



**PERİNATAL KAYIP SONRASI ÇİFTLERDE  
POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Esra SABANCI**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR  
Yüksek Lisans Tezi – 2018**

**T.C  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERİNATAL KAYIP SONRASI ÇİFTLERDE  
POST-TRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE  
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Esra SABANCI**

**Ebelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı**

**Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR**


**MALATYA**

**2018**

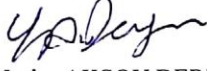
## KABUL VE ONAY SAYFASI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan; **Esra SABANCI'nın "Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Travmatik Stres Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler"** konulu bu çalışması, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/01/2018



Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR  
İnönü Üniversitesi  
Tez Danışmanı  
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA  
İnönü Üniversitesi  
Üye



Yrd. Doç. Dr. Büşra CESUR  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Üye

### ONAY

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../2018 tarih ve 2018/..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ  
Enstitü Müdürü

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLolar DİZİNİ .....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kayıp.....	4
2.1.1. Perinatal Dönemde Kayıp .....	4
2.1.2. Perinatal Kayıp Nedenleri .....	6
2.1.3. Kayıp ve Perinatal Kayıp Sonrasında Bireysel Yas Tutma Süreci .....	7
2.1.4 Perinatal Kayıpta Ailenin ve Bebeğin Hakları .....	9
2.2. Travma Kavramı .....	10
2.2.1. Travma Türleri .....	10
2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu.....	11
2.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	12
2.3.1. Perinatal Kayıpta Post Travmatik Stres Bozukluğu.....	13
2.3.2. Perinatal Kayıp Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler.....	14
2.3.3. Perinatal Kayıp Sonrası Ebelik Yaklaşımları.....	19
3. MATERYAL VE METOT.....	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21

3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.7. Verilerin Analizi.....	23
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKLAR.....	48
EKLER.....	59
EK.1. Özgeçmiş.....	59
EK.2. Kişisel Bilgi Formu.....	60
EK.3. Olayların Etkisi Ölçeği .....	64
EK.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	66
EK.5. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı Onayı.....	67
EK.6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Araştırma İzin Formu.....	68
EK.7. Turgut Özal Tıp Merkezi Kurumu Araştırma İzin Formu.....	69
EK.8. T.C. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Perinatal Ölümler Bilgi Yazısı.....	70

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışma sürecim boyunca değerli bilgilerini benimle paylaşan, akademik ve bireysel gelişimim adına sağladığı yakın ilgi, emek ve harcadığı zaman için değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana destek olan Ebelik Bölüm Başkanı hocam Yrd. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA'ya,

Eğitimim ve tüm hayatım boyunca gösterdiği sonsuz anlayış ve destek için annem Hanım SABANCI ve babam Doğan SABANCI'ya

Eğitim hayatım boyunca doğru adımlar atmam için desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen kıymetli abim Ahmet SABANCI'ya

Beni bu süreçte yalnız bırakmayan arkadaşlarım Esra Karataş OKYAY, Esra GÜNEY, Sümeyye ALTIPARMAK, Tuğba Enise BENLİ ve Zeliha SUNAY'a,

Araştırmaya katılmayı kabul eden kayıp yaşamış olan çiftlere sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Esra SABANCI

## ÖZET

### Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Travmatik Stres Bozukluğu Ve Etkileyen Faktörler

**Amaç:** Araştırma, perinatal kayıp sonrası çiftlerde post-travmatik stres bozukluğu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.

**Materyal ve Metot:** Kesitsel tipte olan araştırma, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beydağı Kampüsü ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi kadın doğum servisleri ve yenidoğan ünitelerinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini perinatal kayıp yaşamış 154 çift (154 kadın ve 154 erkek) oluşturdu. Veriler Şubat-Kasım 2017 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formları (kadın ve erkek) ve Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve t testi kullanıldı.

**Bulgular:** OEÖ toplam puan ortalamasının kadınlarda  $39.51 \pm 15.31$ , erkeklerde  $28.30 \pm 13.74$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha az PTBS yaşadığı ( $p < 0.05$ ); gebeliği 22-29 haftaları arasında sonlananlar ile 38 ve üzeri haftalar arasında sonlanan kadınların, 30-37 haftalar arasında sonlananlara göre daha fazla PTBS yaşadığı belirlendi ( $p < 0.05$ ). Erkeklerde eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yükseldikçe daha az PTBS yaşandığı ( $p < 0.05$ ); alkol kullanmayan ve doğum sonu bebeğini gören erkeklerin daha az PTBS yaşadığı belirlendi ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Perinatal kayıp sonrası PTBS kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Kadınlarda, gebeliğin 30-37 gestasyonel haftalar arasında sonlanması ve çalışıyor olma; erkeklerde ise, doğum sonu bebeği görme, alkol kullanmıyor olma, yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip olma PTBS düzeyini düşürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Perinatal kayıp, Post- Travmatik Stres Bozukluğu

## ABSTRACT

### Traumatic Stress Disorder And Affecting Factors In Couples After Perinatal Loss

**Aim:** The research was conducted to determine the post-traumatic stress disorder and the affecting factors in couples after perinatal loss.

**Material and Method:** The cross-sectional study was carried out at Malatya Education and Research Hospital Beydağı Campus and İnönü University Turgut Özal Medical Center in obstetrics and gynecology departments. The sample of the study consisted of 154 pairs (154 female and 154 male) who experienced perinatal loss. Data were collected from February-November 2017 with the Personal Information Forms (men and women) and the Influence of Events Scale (IES). Number, percentage distribution, mean, standard deviation, one way variance analysis, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U and t test were used in the analysis of the data.

**Result:** It was determined that the mean total score of HPL was  $39.51 \pm 15.31$  in women and  $28.30 \pm 13.74$  in men and the difference between the groups was statistically significant ( $p < 0.05$ ). Working women had less PTSD than those who did not ( $p < 0.05$ ); it was determined that women who terminated between the ages of 22-29 weeks of gestation and women who completed between 38 and over weeks experienced more PTSD than those who ended between 30-37 weeks ( $p < 0.05$ ). The lower the level of education and income in males, the less PTSD was experienced ( $p < 0.05$ ); men who did not drink alcohol and who had a baby after birth were found to have less PTSD ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** PTSD after perinatal loss is more common in women than in men. In females, your pregnancy is terminated and functioning between 30-37 gestational weeks; while in males, having a postpartum baby, having no alcohol, having high education and income level decreases the level of PTSD.

**Key Words:** Midwifery, Perinatal loss, Post-Traumatic Stress Disorder



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACOG</b>	: American College Of Obstetricians And Gynecologists
<b>AIHW</b>	: Australian Institute of Health and Welfare
<b>ASB</b>	: Akut Stres Bozukluğu
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>ICD-10</b>	: Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyonu-10
<b>IUGG</b>	: İnter Uterin Gelişme Geriliği
<b>MEAH</b>	: Malatya Eğitim Araştırma Hastanesi
<b>NICE</b>	: Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü
<b>PTSB</b>	: Post Travmatik Stres Bozukluğu
<b>RCOG</b>	: Kraliyet Obstetrik ve Jinekoloji Koleji
<b>TÖTM</b>	: Turgut Özal Tıp Merkezi
<b>TSSB</b>	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
<b>UK</b>	: Birleşik Krallık

## TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
<b>Tablo 4.1.</b> Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	23
<b>Tablo 4.2.</b> Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	24
<b>Tablo 4.3.</b> Kadın ve Erkeklerin Olayların Etkisi Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	25
<b>Tablo 4.4.</b> Kadın ve Erkeklerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	26
<b>Tablo 4.5.</b> Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Olayların Etkisi Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.....	27
<b>Tablo 4.6.</b> Kadın ve Erkeklerin Perinatal Kayıp Süreçlerine İlişkin Özelliklere Göre OEÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28

# 1. GİRİŞ

Perinatal kayıp, gebeliğin 22. haftasından (veya 500 gram) itibaren doğum sonrası ilk 28 güne kadar olan fetal ve neonatal ölümler olarak tanımlanmaktadır (1). Günümüzde tıp ve obstetrik alanlardaki büyük ilerlemelere rağmen perinatal kayıplar halen görülmektedir (2). Dünyada bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 31.7 iken, Türkiye de bebek ölüm hızı binde 7.6'dır ve bu kayıpların %0 7.7 lik kısmını perinatal kayıplar oluşturmaktadır (3).

Perinatal kayıp sonrası dönem kadın, aile hatta ebe / sağlık çalışanı için bile travmatik ve duygusal bir süreçtir (4, 5). Perinatal kayba annenin cevabı fiziksel semptomlar olabileceği gibi (mide bulantısı, kusma, yorgunluk, göğüs ağrısı, titreme, baygınlık hissi, baş dönmesi, baş ağrıları gibi), depresyon ve post travmatik stresin içerdiği üzüntü, keder, stres, intihar düşüncesi, suçluluk, utanma, sinir gibi duygusal semptomlar da olabilir (4, 6, 7). Ayrıca günümüzde babaların aktif rollerinin artması, ultrasonla görüntüleme gibi uygulamalara babanın da katılması gibi nedenlerle perinatal kayıp sonrası eşlerde de duygusal semptomlar yaygın olarak yaşanmaktadır (8-10). Yapılan çalışmalarda da perinatal kayıp yaşayan çiftlerin yaşamayanlara oranla 4 kat daha fazla post travmatik stres bozukluğu yaşadıkları ve ilişkilerinin bozulduğu gösterilmiştir (11, 12).

Post Travmatik Stres Bozukluğunun (PTSB) klinik belirtilerinde birey ya uyanıkken travmatik olayı tekrar tekrar hatırlar, ya da rüyalarda olayı görür. Bazı durumlarda kişi bir kaç saniyeden bir kaç saate kadar süren kimlik, bellek, algı ve çevre ile ilgili normalde bir bütün halinde çalışan duyumlarında işlev bütünlüğü bozulmaları yaşar ve travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi davranır. Buna savunma olarak travmaya eşlik eden uyarılardan sürekli kaçınır. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede ve uyku süresinde sıklıkla sıkıntılar yaşar. Normal süreçte yapmaktan hoşlandığı etkinliklerden uzaklaşır. Yakın çevresindekilerle bile duygusal ilişkiler kurmakta zorluklar yaşar. Konsantrasyon bozukluklarıyla birlikte, işlerini veya eğitimlerini sürdürmekte zorlanırken aile yaşamları ve evlilikleri bu süreçten ciddi şekilde etkilenebilir. Buldukları şehri, hiçbir gerekçe göstermeden terk edebilirler ve olumsuz duygularla baş edebilmek için; alkol, uyuşturucu madde veya sakinleştiricileri yoğun kullanma eğiliminde olabilirler (13).

PTSB; ölüm, ölüm tehdidi, tecavüz, ciddi yaralanma ya da kişinin kendisi veya sevdiklerine tehdit oluşturan durumla karşılaştığında ortaya çıkmaktadır (14, 15). Perinatal kayıp, travmatik doğum veya preterm doğum eylemi yaşayan kadınlar için de PTSD riski yüksektir (16). Aynı demografik verilere sahip bebeğini kaybeden anneler ile bebeği hayatta olan anneler karşılaştırıldığında PTSD riski 6 kat daha fazla bulunmuştur. Kayıp sonrası yaklaşık 6-12 ay sonra PTSD azalmaya başlar (17). Fakat perinatal kayıp sonrası stresten tamamen uzaklaşmak için ve diğer psikolojik etkilerin normale dönmesi için 5- 18 yıl kadar uzun bir süreden bahsedilmektedir (18).

Perinatal kayıp sonrası yaşanan PTSD düzeyini etkileyen pek çok faktör vardır. Sosyal destek, kayıp yaşayan kişi için stres düzeyini etkileyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (19). Partner, aile veya aile dışından alınan desteğin annenin stres süresini kısaltmada etkili olduğu bilinmektedir (4, 20). Kayıp sonrası hissedilen partner desteğinin eksikliği keder ve stres süresinin uzamasına neden olurken, iletişim kuran ve hislerini paylaşan çiftlerin streslerinin ve stres reaksiyonlarının daha az olduğu, aynı zamanda partnere karşı duyulan güven hissini de arttırdığı belirtilmektedir (21, 22). Aile ve partnerin yanı sıra sağlık çalışanlarının kayıp sonrası desteği de stres düzeyini etkiler (4, 20). Sağlık personeli doğum sonrası ailelere bebeği görmek/dokunmak isteyip istemedikleri seçeneklerini sunmalı ve bu süreç boyunca aileye destek olmalıdır. 28 hafta ve üzerinde gebelik haftasına sahip kayıp sonrası bebeğine dokunan ve gören anneler bu anı eşsiz olarak tanımlarken, kayıp sonrası sağlık personeli tarafından desteklenen annelerin desteklenmeyen annelere göre bebeğine dokunma ve sarılma deneyimini yaşama oranı 4 kat artmaktadır (23). Post-travmatik stres perinatal kaybı takiben bir sonraki gebelik süresince de görülmekte, bir önceki gebeliğinde perinatal kayıp yaşayan gebelerde stres düzeyi %20 oranındadır (24).

Perinatal kaybın olumsuz etkileri bilinmesine rağmen ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin ve aile bireylerinin bu konuda daha fazla bilgiye sahip olarak perinatal kayıp sonrası stres gelişme riskine karşı kayıp yaşayan bireylerin korunabilmesi için bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmaya ihtiyaçları vardır. Bu nedenle perinatal kayıp sonrası PTSD düzeyinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir.

## **1.1 Araştırmanın amacı**

Bu araştırma, perinatal kayıp sonrası çiftlerde post-travmatik stres bozukluğu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Kayıp

Evrensel bir deneyim olan kayıp; bireyin yaşamında kendisi için önemli olan nesnelere, kişilerin, organların, işlevlerin, hayvanların vb. uzaklaştırılması ya da yitirilmesidir. En kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür. İnsanlar günlük hayatlarında ölümün ağır yükünden kurtulmak için ölüm kavramını daha olumlu hale dönüştürmeye çalışırlar. Ölen yakınları için göç etti, Allah ile buluştu, ebedi huzura erdi vb. ifadeler kullanmayı tercih ederler ( 25).

Bu yaklaşıma rağmen, kayıplar karşısında bireyin yaşadığı keder sürecinde şu temel öğeler her zaman göz önünde tutulmalıdır.

- Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir keder, acı süreci başlatır,
- Her kayıp, geçmiş kayıpları hatırlatır,
- Her kayıp, sürece uygun yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir. Her bireyin yaşam süreci; bu streslerle yüz yüze gelme becerilerine, kayıp karşısında gösterdiği uyuma ve bu kayıp olgusunu büyüme için bir değişim aracı olarak nasıl kullanabildiğine bağlıdır ( 26).

#### 2.1.1. Perinatal Dönemde Kayıp

Perinatal Dönemi ifade eden ve ülkelere göre çeşitlilik gösteren birkaç tanım vardır. Bu tanım farklılığı dönemin başlangıcını ifade eden gestasyonel yaş ile bitişini ifade eden doğumdan sonraki gün farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde Perinatal dönemi tanımlamak için kabul edilen minimal gestasyon yaş 20 haftadır. Avrupa ülkelerinde ise minimal gestasyonel yaş 16 ile 28 hafta arasında değişmektedir. Birleşik Krallık (UK), bu dönemi gebeliğin 24. haftası ile başlayan, doğum sonu 7 veya 28 gününe kadar devam eden bir süre olarak tanımlarken, Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), bu süreyi gebeliğin 20. haftası (140 gün) ile doğumdan sonraki 28 gün arasındaki periyod olarak tanımlamaktadır (27). Uluslararası Hastalık Sınıflandırması Versiyonu-10 (ICD-10), bu dönemi, gebeliğin 22. tamamlanmış haftası ile (154 gün) başlayan ve doğumdan 7 gün sonra biten süre olarak

ifade etmektedir (28). Bu farklı tanımlardan dolayı ülkeler arasında mortalite istatistiklerini karşılaştırmak, doğum ve ölüm kayıtlarının farklı olması nedeniyle zordur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu zorluktan dolayı sadece 500 gramın üzerinde doğan ölü veya canlı fetüs ve eklerinin ulusal perinatal istatistiklere alınması gerektiğini önermekte (29) iken, American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG), gebeliğin 22. haftasından (veya 500 gram) itibaren doğum sonrası ilk 28 güne kadar olan süreyi perinatal periyod olarak tanımlamakta ve istatistiklere alınmasını önermektedir (30).

Yaşamları boyunca; tüm kadınların dörtte birinden fazlası düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlemiştir. Aileler yaşadıkları kayba uyum aşamasında büyük sorunlar yaşamaktadır (2). Perinatal kayıp yaşayan çiftler sıklıkla bu durumu inkar ederler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünürler. Aileler bebeklerinin yaşamları ile ilgili pek çok plan yaparken, bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeği kabullenemezler. Böyle bir olayın neden başlarına geldiğini merak etme ve düşünme eğilimindedirler. Diğer kayıplara göre perinatal kayıp sonrası çiftlerin bu duruma adaptasyonu çok daha zor olmaktadır. Özellikle ölümün beklenmediği; düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi durumlarda çok büyük travmalar yaşanmaktadır (31). Ayrıca yaşanan kayıp sonrası diğer aile bireylerinden yeterli yas desteği görmeyen çiftler, yas tutma veya çözünme sürecini atlatmakta daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (32). Bu kayıpların tanımlanması şu şekildedir;

**Düşük (Spontan Abortus):** Fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden, genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde gebeliğin sonlanması demektir. Erken gebelik haftalarında yaşanan düşüklere kadın çok az rahatsızlık hissedebilir hatta bazen o anda durumun farkına bile varmayabilir (32).

**Ölü Doğum:** İki şekilde oluşabilmektedir.

1- Bebeğin anne karnında öldüğü doğumdan önce tespit edilmiştir. Anne ve baba durumun farkındadır.

2- Bebek doğum esnasında ölmüştür veya anne, bebeğin ölmüş olduğunu doğum esnasında öğrenmiştir (33).

Neonatal ölüm: Doğumun gerçekleşmesinden itibaren 28 günlük sürede bebeğin ölmesidir. Genellikle gelişimsel bir defekt, hastalık ya da prematürite bebeği kaybetme sebebidir.

### **2.1.2. Perinatal Kayıp Nedenleri**

Günümüzde perinatal kayıp nedeniyle başvuran hastaların yaklaşık yarısında hala belirgin bir neden saptanamamaktadır (34). Gebelik kayıplarının etiyojisi yedi ana başlıkta incelenebilmektedir. Bunlar:

- 1- Genetik Nedenler: Parental yapısal kromozomal bozukluklar, gebelik ürününe ait kromozomal bozukluklar
- 2- Endokrin Nedenler: Luteal faz defekti, Hipo/ Hipertiroidi, Diabetes Mellitus, Polikistik Over Sendromu, Hiperprolaktinemi
- 3- Enfeksiyona Bağlı Nedenler: Ureaplasma Urealyticum, Mycoplasma Hominis, Toxoplasma Gondii, Rubella, Cytomegalovirus, Coxackie, Herpetik viruslar
- 4- Anatomik Nedenler: Konjenital uterin anomaliler, Ascherman sendromu, Servikal yetmezlik,
- 5- İmmunolojik Nedenler: Otoimmun, Alloimmun
- 6- Trombofili: Kalıtsal, Edinsel
- 7- Diğer: Sigara, Alkol, Kimyasallar, Radyasyon (32).

ACOG'a göre; ölü doğanlarda saptanan en yaygın anormallikler şunlardır: Kromozomal ve genetik anomaliler, Down sendromu, Turner sendromu, Edward sendromu ve Patau sendromu. Parvovirüs, sitomegalovirüs, sifiliz ve Listeria monocytogenes gibi enfeksiyonlar nedensel olarak ölü doğum ile ilişkilidir. Ölü doğumların sebepleri sıklıkla, umbilikal kord problemleri ve anormallikleri olarak görülmektedir. Ancak ACOG'un yönergeleri, kordon anormalliklerinin normal canlı doğumların neredeyse üçte birinde de görülmesi nedeniyle bu tanıyı koymadan önce diğer nedenlerin ortadan kaldırılması gerektiğini ifade etmektedir. Bu nedenle, ACOG bir ölü doğumu kord problemi ile ilişkilendirebilmek için korda bağlı tıkanıklık veya dolaşımda sorun olması gerektiğini belirtmektedir (30, 33).



ACOG'a göre ölü doğumların önemli bir kısmı kapsamlı bir değerlendirmeye rağmen hala açıklanamamaktadır (30). Fakat, İntra Uterin Gelişme Geriliği (IUGG), bir fetüsün uygun bir şekilde büyümemesi, ölü doğumun bilinen en önemli nedenidir ve bazı genetik defektler, fetal enfeksiyonlar, anne sigara içimi, hipertansiyon, otoimmün hastalık, obezite ve diyabet ile ilişkilidir. Plasenta dekolmanı da ölü doğumun bir diğer yaygın nedenidir. Kokain ve diğer yasadışı uyuşturucu kullanımı, sigara, hipertansiyon ve preeklampsi, plasental akımın ani duruşuna önemli ölçüde katkıda bulunur (33).

### **2.1.3. Kayıp ve Perinatal Kayıp Sonrasında Bireysel Yas Tutma Süreci**

Yasın çözüm süreci, kaybedilen kişinin olmadığı bir hayatın başarıyla sürdürülebilmesini ve üzüntünün azalmasını ifade etmektedir. Birbirine benzer modelleri kullanan Bowlby ve Parkes; hissizlik, özlem duyma-arama, karışıklık (disorganizasyon)- umutsuzluğa düşme, ve düzenleme (reorganizasyon)- çözülme olarak yasın çözümünün özel evrelerini tanımlanmıştır (34).

**Hissizlik evresi:** İlk birkaç saat içinde başlayıp bir haftaya kadar süren dönemde kayıp yaşayan birey şoka girer, ölüm gerçeği karşısında şaşkınlık yaşar ve durumu inkâr eder. Öfke patlamaları veya panik atakta artış gözlenebilen evredir (2).

**Özlem Duyma-Arama Evresi:** Bowlby ve Parkes tarafından özlem duyma ve arama olarak adlandırılan bu evrede birey bu kaybı niçin kendilerinin yaşadığını sorgular. Bireylerde ölmüş bireyi iyileştirip tekrar aralarına katma, geri getirme isteği ve umutsuzluk hissi vardır. Bu evre aylar hatta yıllar sonra sona erebilir (2).

**Karışıklık (Disorganizasyon) ve Umutsuzluğa Düşme Evresi:** Birey kayıp gerçeğini kabul etmiştir. Kaybedilen bireyin geri gelmesinin mümkün olmadığını kavrandığı evredir.

**Düzenleme (Reorganizasyon) Evresi:** Parkes ve Bowlby, bu evreyi iyileşmeye eşlik eden ve iyileşmelerin meydana geldiği evre olarak tanımlamışlardır. Karamsar durumla yer değiştiren daha olumlu bir duygunun var olduğu, kayıp yaşayan bireyin kendini yeniden tanımladığı bir süreçtir. Genellikle duygu, düşünce ve hisler kayıp yaşanmadan önceki haline dönmeye başlar (2).

Yasın evrelere ayrılması konusunda eleştiriler vardır. Bu eleştiriler; yasa verilen yanıtta bireysel farklılıklar olmasından dolayı evrelerin uygun ve yeterli olup olmadığı

konusundadır. Bireysel farklılıkların, yası evrelere ayırma teorisinin yararlılığını azalttığını ileri süren Bugen, evrelerin düzenli bir biçimde oluşmadığını tespit etmiştir. Yas tutan birey davranışlarının, her zaman evrelere özgü davranış biçimleri gibi olmasının mümkün olmadığını bildirmiştir (35). Bugen, yasin çeşitli evrelerden oluşturulması yerine süreç, yoğunluk ve hazır oluşa göre farklılaştığının kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca yas sürecinin belli bir sırayı takip etmeyen çok çeşitli duygusal durumların olduğunu ileri sürmektedir. Kaybın engellenebilir olması ve kaybedilen bireye olan yakınlık yasin yoğunluk ve sürecini belirlemektedir (36). Bireyin yas tutma süreci; kronik yas depresyonu, anksiyete atakları, fobiler, obsesif düşünceler ve psikotik reaksiyonlar gibi çeşitli patolojik risklerden dolayı değerlendirilmelidir. Buna karşılık; gecikmiş yas veya yasin görülmemesi, kayıp yaşayan birey için daha tehlikeli bir durum oluşturabilmektedir. Örneğin; kayıp sonrası duygularını bastıran anneler de duygularını açıkça ifade edenlere göre daha uzun süre patolojik semptomlar görülmektedirler (36).

Perinatal kayıp sonrası yas; bireysel yası, çiftin ebeveynliğini, bebek bekleyen aileyi kapsayan karmaşık bir süreçtir (2). Sahu, kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili kavramları perinatal kayba uyarlamıştır. Yas tutan bireyleri ortak bir biçimde evrelendirmiştir. Bireylerin sırasıyla; hissizlik-şok, özlem duyma-arama, karışıklık (disorganizasyon) ve düzenleme (reorganizasyon) evrelerini ortak olarak yaşadıklarını belirtmiştir. Perinatal kayıp yaşayan bireylerin ise kayıp yaşayan bireylerden tek farkının düzenleme (reorganizasyon) evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğunu belirtmiştir. Bireylerin yasa yanıtları farklı tipte kayıp yaşayanlarla benzerlik gösterse de perinatal yas çözümü çok zor olan kendine has özellikleri barındırmaktadır (2). Örneğin; çözülme sürecini engelleyen suçluluk, günahkarlık ve utanç gibi farklı duygular vardır. Bu hisler de yapılan bir şeyin, işlenen bir günahın kayba sebep olduğu düşündürmektedir. Anneler; doktora geç başvuru yapmış olma, doktorun önerilerini yerine getirmeme, zararlı şeyler tüketmek, dikkatsizlik gibi herhangi bir davranışlarından dolayı suçluluk hisseder ve kayba sebep olduklarını düşünerek kendilerini suçlar. Ebeveynler ölümün engellenebilir olduğuna inandıkları için kendilerini bebeğin yanlışlıkla ölümünden sorumlu tutmaktadır. Bu durum kendini küçümseme, reddetme ve onaylamama hislerine neden olmaktadır. Ayrıca, perinatal dönemde bebeğini kaybeden ailelerin çözülme süreçleri kayıptan sonra yaklaşık üç yıl içerisinde gerçekleşmektedir (36). Sahu, çözülme döneminde ailelerin normal

yaşamlarına geri döndüklerini fakat bebeklerini kaybetmek konusunda yaşadıkları travmayı hiç unutmadıklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte çözülme süreci ebeveynler için hiçbir zaman tam olarak atlatılmış ve tamamlanmış bir süreç olmamaktadır (2).

#### **2.1.4. Perinatal Kayıpta Ailenin Ve Bebeğin Hakları**

##### **Aile Hakları**

1. Perinatal dönemdeki kayıptan önce ve sonra istedikleri bir zaman diliminde bebeklerini görme ve dokunma fırsatına sahip olmak,
2. Bebeklerinin resimlerini çekme fırsatına sahip olmak,
3. Mümkün olduğunca ve istedikleri kadar çok hatıra (ultrason, ayak izi, boy, kilo kaydı, isim bileziği vs.) sahibi olmak,
4. Bebeklerine isim verebilmek,
5. Kendi kültürel ve dini uygulamalarını yerine getirebilme olanağına sahip olmak,
6. Ailenin duygu, düşünce, inanç ve isteklerine saygı duyacak sağlık personelinin bakım hizmeti alabilmek,
7. Taburculuk öncesinde bebekleriyle mümkün olduğunca çok zaman geçirebilmek,
8. Bebekleriyle yalnız kalabilme fırsatına sahip olmak,
9. Yas süreci hakkında bilgilendirilmek,
10. Otopsi ve patolojik muayene isteme hakkını kullanabilmek/bilgi edinebilmek,
11. Defn ve cenaze törenlerini kişisel inanç veya kültürüne göre yerine getirebilmek,
12. Yas sürecinde danışmanlık ve destek almak (37).

##### **Bebeğin Hakları**

1. Bebeği, doğmuş ve ölmüş bir kişi olarak tanımak,

2. Bebeğe isim vermek,
3. Ailesi tarafından görölmek, dokunulmak ve tutulmak,
4. Defin işlemlerinin eksiksiz şekilde yapılması
5. Çiftlere bebeklerinin yaşamının sonlandırılması hakkında bilgi vermek (37).

## **2.2. Travma Kavramı**

Ölüm tehdidi ya da ölüm ile karşı karşıya kalınmasına neden olan ağır yaralanma veya hastalık durumlarında, kendisinin ya da bir yakınının fiziksel ya da yaşamsal bütünlüğe yönelik bir tehlide maruz kalan bireyin yaşadığı olağandışı olaylar olarak tanımlanan kavrama “Travma” denir (38). Travmatik olayları olağandışı kılan durumlar; beklenmedik olay olması dışında bireyin yaşam olaylarına uyum sağlamasında zorluk çekmesi ve baş etme yollarının da yetersiz kalmaya başlamasıdır (38).

Travmatik olaylar; çeşitli olumsuz psikolojik sonuçların ortaya çıkmasına ve anksiyete, depresyon, alkol/madde bağımlılığı, intihar ve travma sonrası stres bozukluğu gibi tepkilere neden olabilen durumlardır (38). Bununla birlikte bireyler, travma sonrası pozitif anlamda psikolojik değişim yaşayabilmekte ve travmatik durumlarla baş etmeye yönelik stratejiler geliştirebilmektedirler.

### **2.2.1. Travma Türleri**

Travmalar; sosyal, psikolojik ve doğal nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bireysel ya da toplumsal olarak yaşanabildiği gibi, belirli bir olaydan kaynaklanabilmekte ya da süregelen olarak varlığını devam ettirebilmektedir (39).

Bireysel travmalar; aile içi ya da dışı şiddet/istismar, tecavüz/cinsel istismar, işkence, tutsaklık, yangın, patlama vb. gibi olaylar, ev ve trafik kazaları, ani hastalıklar ve ameliyatlar, plansız gebelik/düşük/kürtaj/ölü doğumlar, gasp/soyulma, yaralanma, sakat kalma, ani ölümler, uzuv kaybı, ayrılık ve boşanmalar, iş ya da mal kaybı, başarısızlık, kıyaslanma, dışlanma, ihmal, terk, aşağılanma vb. gibi durumlara maruz kalan kişileri etkileyen olayları ifade etmektedir (40).

Toplumsal travmalar; terör, darbe, savaş, doğal afetler, bulaşıcı hastalıklar, ekonomik krizler, soykırım, zorunlu göç vb. gibi . gibi durumlara maruz kalan toplumu etkileyen olayları ifade etmektedir (40).

Yaşanan bir olayı “psikolojik travma” olarak ele almak için; kişinin ani ve beklenmedik bir şekilde gelişen, kendisinin ya da sevdiklerinin yaşamsal bütünlüğüne karşı tehdit oluşturan bir olayı yaşaması ya da tanık olması, bu olay karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme tepkileri vermiş olması gerekmektedir (41). Kişinin hayatını devam ettiren işlevlerini ve uyumunu ciddi anlamda sekteye uğratmış olması travmayı olağandışı kılan en önemli özelliğidir. Bu sebeple psikolojik travma, olayı yaşayan bireyin algısı, değerlendirmesi ve tepkisi doğrultusunda tanımlanmaktadır. Çünkü her travmatik olay, tüm bireylerde aynı etkilere ve tepkilere neden olmamaktadır. Travmanın şiddetinin yanı sıra kişinin genetik yatkınlığı ve aile öyküsü, stresle başa çıkma yöntemleri, sosyal destek kaynakları, geçmiş travma ve stres yaşantıları vb. gibi faktörler travmayla karşılaşan bireyin bu duruma nasıl tepkiler vereceğini; travmanın etkilerinin ileride ruhsal bir bozukluğa dönüşüp dönüşmeyeceğini belirleyebilmektedir (42).

### **2.2.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu**

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), kişinin yaşadığı aşırı travmatik stres yaratan bir olayın ardından travmatik olayı tekrar tekrar yaşama, geçirilen travmayı hatırlatan olay, yer ve durumlardan uzak durma, duygusal tepkilerde azalma ve aşırı uyarılma belirtileri ile giden tablo şeklinde tanımlanmıştır. Akut Stres Bozukluğu (ASB) ise, aşırı travmatik bir stresörle karşılaştıktan sonraki 30 gün içerisinde anksiyete belirtileri, dissosiyatif belirtiler ve diğer belirtilerin görüldüğü durumlar olarak tanımlanmıştır. Stres bozukluğunun belirtilerinin 2-30 gün arasında ortaya çıkıp kaybolması durumunda ASB tanısı konulabilmektedir. Fakat belirtiler 30 günden daha uzun bir süre devam ediyorsa tanı TSSB olarak değiştirilir. ASB tanısı koyabilmek için stres bozukluğunun 30 günden az sürmesinin yanı sıra travma sırasında veya sonrasında 5 dissosiyasyon (bilinçlilik, hafıza, kimlik, çevrenin algılanması gibi zihinsel işlev kümelerinin bütünlüğünün aniden, geçici veya devamlı olarak birbirlerinden ayrılması, çözülmesi) belirtisinden en az üçünün bulunmasıdır (43). Bu 5 dissosiyasyon şöyledir;

- 1- Bireyde uyuşukluk, dikkatsizlik ya da duygusal tepkisizlik.
- 2- Çevreye karşı farkındalık düzeyinde azalma.
- 3- Derealizasyon ( birey de gerçeği değerlendirememesi, çevrenin değişmiş olduğu hissini varlığı).

4-Depersonalizasyon ( bireyin kendisini, çevresini ya da her ikisini gerçek değilmiş gibi hissetmesi)

5-Dissosiyatif amnezi (geçmişini hatırlayamama) (44).

### **2.3. Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB)**

Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB); ölüm, ölüm tehdidi, tecavüz, ciddi yaralanma ya da kişinin kendisi veya sevdiklerine tehdit oluşturan duruma karşılaştığında ortaya çıkmaktadır (45, 46).

PTSB; ASB'nin 30 günden uzun sürmeye başladığı durum olarak tanımlanmaktadır. PTSB; akut (3 aydan kısa süren), kronik (3 aydan uzun süren), gecikmiş (olaydan 6 ay sonra başlayan) ve tekrarlayıcı (ilk olay kadar şiddetli olmasa da ilk olayı hatırlatan durumlarda belirtilerin şiddetlenmesi) şeklinde 4 farklı tipte görülebilmektedir (47). PTSB klinik belirtilerinde birey ya uyanıkken travmatik olayı tekrar tekrar hatırlar, ya da rüyalar da olayı görür. Bazı durumlarda kişi bir kaç saniyeden bir kaç saate kadar süren kimlik, bellek, algı ve çevre ile ilgili normalde bir bütün halinde çalışan duyumlarında işlev bütünlüğünü bozulmaları yaşar ve travmatik olayı yeniden yaşıyormuş gibi davranır. Buna savunma olarak travmaya eşlik eden uyanıklardan sürekli kaçınır. Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmekte ve uyku süresinde sıklıkla sıkıntılar yaşamaktadırlar. Normal süreçte yapmaktan hoşlandığı etkinliklerden uzaklaşır. Yakın çevresindekilerle bile duygusal ilişkiler kurmakta zorluklar yaşar. Konsantrasyon bozukluklarıyla birlikte, işlerini veya eğitimlerini sürdürmekte zorlanırken aile yaşamları ve evlilikleri bu süreçten ciddi şekilde etkilenebilir. Buldukları şehri, hiçbir gerekçe göstermeden terk edebilirler ve olumsuz duygularla baş edebilmek için; alkol, uyuşturucu madde veya sakinleştiricileri yoğun kullanma eğiliminde olabilirler (43).

PTSB belirtilerinden anı yeniden yaşıyormuş gibi hissetme, kaçınma ve küntleşme, dönemin önemli bir bölümünü hatırlayamama, uyku bozuklukları gibi belirtileri erkeklere göre kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek düzeydedir (48).

#### **2.3.1. Perinatal Kayıpta Post Travmatik Stres Bozukluğu**

Doğum çoğu kadın için pozitif bir deneyim olarak algılansa da stresli bir olaydır. Oysa doğum olayı toplumda “normal” olarak algılanmaktadır ve bu sebeple bazı kadınlar için travmatik olması düşüncesi yadırganabilmektedir. Ancak, gebelik yada

doğum esnasında bir komplikasyon geliştiğinde (düşük, ölü doğum, kanama gibi yaşamı tehdit eden olaylar meydana geldiğinde veya müdahaleler yeterli ağrı kesici uygulamadan yapıldığında) doğum travmatik bir olay haline gelebilmektedir (45).

Doğum sonrası kadınlar; iştah ve uyku düzeninde değişiklik, suçluluk, utanç ve PTSD da dahil olmak üzere önemli fiziksel, zihinsel ve sosyal hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Perinatal kayıp deneyimleyen annelerde ise bu deneyimlere maruz kalma riski yüksektir (14). Kayıp sonrası özellikle anneler de PTSD riski, sağlıklı doğum yapan annelere oranla 6 kat daha fazladır (15). Perinatal kayıp sonrası dönem kadın, aile hatta ebe / sağlık çalışanı için bile travmatik ve duygusal bir süreçtir (6, 23).

Kayıp sonrası, yaklaşık olarak 6-12 ay sonra PTSD azalmaya başlar (16). Kayıp yaşamış kadınların %50 ile %85'i daha sonra çocuk sahibi olmaya karar vermede kayıp sonrası 12-18 ay kadar tıbbi ve psikolojik olarak yüksek risk altındadır (15). Fakat perinatal kayıp sonrası stresten tamamen uzaklaşmak için ve diğer psikolojik etkilerin normale dönmesi için 5- 18 yıl kadar uzun bir süre gerekmektedir (49). Perinatal kayba annenin cevabı fiziksel semptomlar olabileceği gibi (mide bulantısı, kusma, yorgunluk, göğüs ağrısı, titreme, baygınlık hissi, baş dönmesi, baş ağrıları gibi), depresyon ve post travmatik stresin içerdiği üzüntü, keder, stres, intihar düşüncesi, suçluluk, utanma, sinir gibi duygusal semptomlar da olabilir (6, 50). Ayrıca günümüzde babaların aktif rollerinin artması, ultrasonla görüntüleme gibi uygulamalara babanın da katılması gibi nedenlerle perinatal kayıp sonrası eşlerde de duygusal semptomlar yaygın olarak yaşanmaktadır (7, 9).

Kayba ilk reaksiyon bireysel farklılıklar göstermektedir. Fakat, çiftlerde; ağlama, uyku bozukluğu, huzursuzluk ve ağrı gibi şikayetlere yol açabilmektedir. Kaybın üzüntüsünü yaşamak, kadınlar ve erkekler için farklı şekillerde olabilir. Menke, Peppers ve Knapp, perinatal kayıp yasayan anne ve babaların üzüntü süreçlerini değişik oranda yaşadıklarını ifade etmişlerdir (51). Anne ve babanın bebekle birleşme şekillerinin farklılığından kaynaklanarak çiftlerinde farklı şekilde yas tuttukları düşünülmüştür. Araştırmacılar; çoğunlukla, babaların üzüntü sürecinin annelerden daha hızlı olduğunu ve bu yüzden yas sürecinden daha çabuk çıktıklarını düşünmüşlerdir (52). Bu durum çiftlerin ilişkilerde de zorluk yaşama sebebi olabilmektedir. Babalar; olayı sorgulama, ortaya çıkarma fazından, kabullenme ve çözüm fazına geçebilirler. Fakat anneler; bu aşamada yoğun bir acı hissederler. Bu süreçte; çiftlerin iletişimleri iyi değilse, anneler;

babaların davranışlarını anlamayabilir. Anneler, eşlerini soğuk ve ilgisiz olarak algılayabilir, kişisel hislerini onunla paylaşmayabilir. Bu da annelerde yalnızlık hissini arttırır ve acısını tanımlamakta başarısızlığa sebep olur. Diğer taraftan babalar eşini stresli görmekten rahatsızlık duyarlar ve eşlerini duygu bozukluğu olan biri olarak görebilir. Çiftlerin birbirlerine uymayan yas tutma şekilleri evlilikte anlaşmazlığa neden olur. Böyle bir çatışmada ayrılık ya da boşanmaya sebep olabilir (52).

### 2.3.2. Perinatal Kayıp Sonrası Stres Bozukluğunu Etkileyen Faktörler

TSSB'yi (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) etkileyen öznel deneyimin önemi gittikçe artmaktadır. Perinatal kayıp sonrasında çiftlerin kayba gösterecekleri tepkiler çeşitli faktörlerden etkilenir. Bunlar;

**Sosyal Destek:** Sosyal destek zor durum da ya da stres altında olan bireye yakından ilişkide olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak kabul edilmektedir (52). İnsan sağlığı konusunda son yıllarda yapılan araştırmalar, fiziksel sağlığa; psikolojik ve sosyal faktörlerin, biyolojik faktörler kadar etkin olabileceğini göstermektedir (53).

Sosyal desteğin varlığı ve etkinliği, kayıp yaşayan kişi için stres düzeyini etkileyen en önemli faktör olarak belirlenmiştir (19). İnsanların hayatında önemli yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (54). Desteğin ayrıca kimin tarafından sağlandığı da önemlidir. Yaşam boyunca sosyal destek; aile üyelerinden, arkadaşlardan, komşulardan, akrabalarından alınarak gelişir. İhtiyaç olduğunda ise; ebe ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından da destek alınabilmektedir (53). Partner, aile veya aile dışından alınan desteğin annenin stres süresini kısaltmada etkili olduğu bilinmektedir (7, 54). Kayıp yaşayan, yas içinde olan kişilerde psikolojik stresi azaltmak ve duygusal iyiliği arttırmak için sosyal desteği arttırmak gerekmektedir (55). Perinatal kayıp sonrası da yeterli sosyal destek alamadıkları takdirde çiftler için yas süreci içinden çıkılmaz bir süreç olmaktadır. Aynı zaman da bu sürece dahil olan arkadaşlar ve akrabalar da bu süreçten etkilenmektedirler. Yas tutan çiftte ne diyeceklerini bilemedikleri için kendilerini rahatsız hisseden çevre bireyleri çiftle etkileşime girmekten kaçınma eylemindedir. Kaybın sebebi soyut ve anlaşılmaz ise çiftlerin kayıp hakkında konuşmaya olan direnci



daha da artmaktadır. Bu durumda ise çiftler sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (2).

**Eşler Arası İletişim:** Perinatal kayıp sonrasında duygusal yıkılmayla beraber eşlerin iletişimi de zarar görmektedir. Kaybın yaşanmasında çiftler birbirini de suçlayabilmektedirler. Ayrıca kaybettikleri bebekleri için cenaze işlemleri yapma, hatıra alma gibi kararlar da çiftler arasında fikir ayrılıklarına ve iletişimin zarar görmesine sebep olmaktadır (56). Çiftler arasında iletişim kopması aynı zamanda birbirlerine duydukları güven duygusunu da azaltmaktadır (21, 22). Oysa ki bu süreçte; kayıp sonrası hissedilen partner desteğinin eksikliği keder ve stres süresinin uzamasına ve stres reaksiyonlarının artmasına neden olmaktadır.

**Sağlık Çalışanlarının Desteği:** Gebeliğin sonlanması genellikle bir hastane ortamında gerçekleşmektedir. Bu sebeple müdahale süresince sağlık çalışanları çiftlerle sürekli iletişim halindedirler ve ilk destek kaynağı olmaktadır. Bebeklerini kaybettiklerini öğrenen çiftler için sağlık çalışanlarının eylemleri ve kayıp sonrası desteği çiftlerin stres düzeyini etkilemektedir. Bundan dolayı; sağlık çalışanlarının desteği, kısa ve uzun sürede post-travmatik stres düzeyini etkilediği için önemli yere sahiptir (57).

Çiftler, kayıptan hemen sonra bilgi edinmeye veya soru sormaya genelde hazır olmayabilirler. Bu yüzden, ilk şokun etkisiyle duygusal destek ve bilgilere duyulan gereksinimin farkında olmayabilirler. Fakat bakım veren kişiler bu sürecin olumsuz etkilerini azaltmak adına çiftlere destek olmalı ve süreç hakkında bilgi vermelidir (58). Özellikle ölü doğumdan sonra annelerle çalışan sağlık uzmanlarının bu konuya dikkat etmesi gerekmektedir. Anneler, bebeğin neye benzeyeceği konusunda hissettikleri korkudan ve genel olarak ölü bir ceset görme korkusundan dolayı bebeklerin görmek istemeyebilmektedirler. Bu nedenle, sağlık çalışanları, bu korkuları hassas bir şekilde sorgulamalıdır. Çiftlere bilgi vermeli, korktukları noktaları aydınlatmalılar. Birçok çift için bebeklerinin vücudunun iyi bir şekilde oluştuğunu görmek rahatlamaya sebep olurken, diğer yandan bazı çiftler için ölen bebeğindeki hasarı ve bozulmayı görmek oldukça rahatsız edici olabilmektedir. Bu nedenle, doğmuş bebeğin bedeninin zarar gördüğü durumlarda, sağlık çalışanları, anneleri ve babaları hassas bir şekilde hazırlamalıdır (59). Bu kederli olayla baş etmek için verilen eğitimler ölü doğumu negatif etkisini azaltabilir.

**Görmek/ Dokunmak/Sarılmak:** Geleneksel olarak, anne-babalar doğumdan hemen sonra bebeğini görmemekte veya tutmamaktadır (60, 61). Fakat bu yaklaşım önemli derecede eleştiriler almıştır. Bu sebeple ölü doğum sırasında ve sonrasında ebeveynlere yapılan standart bakım zamanla değişmiştir. Çiftlerin; bebekleri ile iletişim kurmaları, anı/hatıra oluşturmaları ve görmeleri/dokunmaları için politikalar geliştirilmiştir (61, 62).

UK'de 1970'den önce, psikolojik travmayı azaltmak için ölü doğumla ebeveyn teması sağlık uzmanları tarafından yasaklanmıştır (63), 1985 yılında RCOG'nun (Kraliyet Obstetrik ve Jinekoloji Koleji) ilkeleri, yeni kanıtları dikkate alarak, ölü bebeklerin ebeveynlerinin bebeği ile temasa geçmeleri konusunda teşvik edilmesi tavsiyesi ile güncelleştirilmiştir (60, 64). Daha sonra, 2010'da yayınlanan güncel RCOG kılavuzunda; ailelerin, bebeklerini görme veya tutma isteği vurgulanmıştır. Daha sonra 2014'te yayınlanan en son Ulusal Klinik Uygulamaları Değerlendirme Enstitüsü (NICE) kılavuz güncellemesinde ise bir değişiklik yapılmıştır. Değişiklikte; kayıp yaşayan çiftler ile tecrübeli bir uygulayıcının görüşmesi ve hatıra olarak bebeğin fotoğrafını çekme, bebeği görme, dokunma, tutma gibi konularda çiftleri bilgilendirmesi tavsiye edilmektedir (65).

**Fetal Ölüm Sonrası Doğum Operasyonu:** İntauterin fetal ölümün tanısıyla birlikte gebeliğin sonlandırılması için kadın operasyona alınmaktadır. Bu sürecin uzaması kadında da stres düzeyini arttırmak ve daha fazla acı çekmesine neden olmaktadır. Perinatal kayıp sonrasında doğumun şekli büyük oranda gestasyonel yaşa bağlıdır. Fakat anneye ait veriler ve çiftin tercihi de doğum şekline karar vermede etkilidir. Kayıp yaşayan kadın için vajinal doğum yapmak medikal açıdan daha az risk taşımaktadır. Buna rağmen çiftler kendi durumlarında ilk olarak sezeryan operasyonu isteyebilmektedirler. Bu durumda gebeler vajinal doğum için cesaretlendirilmelidir. Aynı zamanda çiftlere doğum ağrısı için duygusal ve fiziksel destek verilmelidir (66).

Kadınların üçte biri kadarı travay sürecini ve doğumu travmatik olarak görür. Acil sezaryenin post travmatik strese neden olduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (66, 67), posttravmatik stres bozukluğu gösteren annelerin çoğunun vajinal doğum yapmış olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (66, 68). Bunun dışında yapılan bazı araştırmalarda ise; doğum şeklinin post-travmatik stresle ilişkili olmadığı ifade edilmektedir (66). Fakat doğum şekline eşlik eden; gebelik sırasında var olan

emosyonel bozukluklar, kültürel farklılıklar, eşin iş durumu, gebelikteki ruhsal durum, planlı gebelik, anomalili bebek, evlilik ve aile sorunları, bebeğin evliliği etkileyeceği kaygısı gibi sosyal faktörlerin post-travmatik stresi asıl belirleyicileri olduğu savunulmaktadır (69).

**Anı/Hatıra Yaratmak:** Perinatal kayıp, yaşayan bir insanın ölümü gibi algılanmaz fakat çiftlerde yasın çözülme (resolution) aşamasının gerçekleşebilmesi için açıkça bebeklerinin varoluşunun kabul edilmesi çok önemlidir. Bebeğin, varoluşunun kabullenilmesinin bir yolu da bebeğin ve/veya gebeliğin bıraktığı hatıraları toplamaktır (60, 70, 71).

Erken perinatal kayıplar, geriye anıların oluşturduğu hatıralar yerine sadece yerine getirilememiş hayalleri bırakır. Bu gebelik kayıplarında, hatıralar bırakarak ölen aile üyesinin ölümünün aksine yas tutulacak somut bir anı/hatıra bulunmamaktadır (2). Çiftler, bu süreçte bebeğin hatıralarının olmasına büyük gereksinim duyarlar. Ancak yas tutan çiftler travma etkisi ile bu gereksinimi erteleyebilirler. Son zamanlarda, çiftlerin yaslarını yönetmelerinde yardımcı olmak amacıyla doğum klinikleri bebekten kalan hatıraların saklanması ve hafızalarda yer tutacak olan dini törenlerin yapılmasını desteklemektedir. Doktorlar, ebeler, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları bu girişimler de çiftler için çok etkin olan rehberlik hizmeti almaya yönlendirerek yardımcı olmaya çalışmaktadırlar (32).

**Gestasyonel Yaş:** Kayıp yaşayan bireyler için fetüsün veya bebeğin gestasyonel yaşı kayıp algısında değişiklik meydana getirmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde yaşanan fetal kayıp çok trajik bulunmazken, geç dönemdeki fetal kayıplar ve bebek ölümleri kayıp yaşayan çiftleri derinden etkilemektedir (2). Pek çok araştırmacı, fetüsün veya infantın ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasa verilen cevabın ilişkisini incelemiştir. Bazı araştırmacılar gestasyonel yaş ile perinatal yasın yoğun bir biçimde yaşanması arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki bulurken (72, 73), bazı araştırmacılar bu iki unsur arasında bir ilişki bulamamışlardır (74, 75).

**Anomalili Fetüs:** Günümüzde, fetal anomalileri tarama ve tanı koymadaki teknoloji daha da ilerlemiştir. Bu da gebeliğin 2. veya 3. trimesterında bebekleri için fetal anomali tanısı konulan çiftlerin tanı sonrasında gebelik sonlandırılması kararıyla daha fazla karşı karşıya kalmasına sebep olmuştur (76). Çoğu çift için gebeliğe devam edip etmeme kararı yaşamları boyunca yüz yüze geldikleri en zor karardır.

Fetal anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması, karmaşık ve çatışmalı bir yaşam olayıdır. Gebelik sonlandırılması sonrasında kadınlarda erken ya da geç dönemde ciddi ve kalıcı ruhsal problemler geliştiği kanıtlanmıştır (77). Fetal anomali tanısından sonrasındaki süreçte yas tepkisi, depresyon yada TSSB gelişebilir. Bu tepkilerin süresi ve şiddeti ise değişiklik gösterebilmektedir. Bunun belirleyicileri olarak, bireylerin özgüven yetersizliği, kararsızlık, karar verme sürecinde şüphe içinde olmaları üzerinde durulmuştur (77). Fetal anomali tanısı sonrasında gebeliğini sonlandırmaya karar veren annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin ölü doğum ya da spontan düşük yapan annelerden daha yüksek olduğunu gözlemlenmiştir (42). Bunun sebebi ise intrauterin ölümün aksine, çiftlerin kararı ile anomalili fetüsün hayatının sonlandırılma uygulanması ile açıklanabilmektedir (77).

**Dini İnanç/ Tören:** Perinatal kayıp sonrasında da bazı çiftler dini tören yapmayı tercih etmektedir. Aileler yeni doğacak olan bebeklerini eve beklerken kayıp sonrasında bir cenaze planlamanın travmasına maruz kalmaktadırlar. Fakat, aynı zamanda çiftlerde yasin çözülme (resolution) aşamasının gerçekleşebilmesi için de bebeğin varoluşunun onaylanması ve kayıp için dini törenleri yerine getirilmesi gerekmektedir (60, 70, 71).

Kayıp yaşamış çiftlerde yası etkileyen bir faktör olarak dini inanç araştırılmış ve dini inancın ve dinsel törenlerin bilişsel süreci hızlandığı, kişiye sosyal destek sağladığı, kişinin kaybı anlamlandırmasına ve kaybın kabulüne yardımcı olduğu, sonuç olarak da kayıpla ilgili uyumu kolaylaştırdığı bildirilmiştir. Aynı zamanda, ölümden sonra belirli aralıklarla yapılan dini törenlerde bir anlamda çiftlere, sosyal ve dini destek sağlamaktadır. Bu da var olan desteği devam ettirmektedir (78).

### **2.3.3. Perinatal Kayıp Sonrası Ebelik Yaklaşımları**

Travmatik doğum deneyimlerinde ebeler, kadınlara yardımcı olmakta önemli bir rol oynamaktadır. Ailelerin gereksinimlerinin karşılanmasıyla, ailelerin kayıpla baş etme yeterlilikleri arasında doğru orantı olduğu gösterilmiştir. Perinatal kayıp yaşayan ailelerin gereksinimleri ise; bilgilendirme, psikolojik destek, danışmanlık ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır (16).

Perinatal kayıp yaşayan çiftler, bu dönemde kayıpla ilgili duygularını onları yargılamadan dinleyecek, kendileri ve bebekleri için en doğru kararları vermelerine

zaman ve ortam sağlayacak, onları hakları konusunda bilgilendirecek önyargısız, pratik ve gerçekçi ebelik yaklaşımlarına gereksinim duymaktadırlar (16). Ebeler, resmi bir danışma eğitimi almamış olmasına rağmen, etkin dinleme ve yapılan açıklamalar PTSS oluşmasında dikkate değer farklılıklar ortaya koymaktadır. Bu da, ebelerin psikolojik morbiditeyi azaltma etkin olduğunu öne süren görüşleri desteklemektedir (79).

Ebelik bakımının amacı; kayıp yaşayan çiftlere yardımcı olmak, bakım gereksinimlerini karşılamaktır. Aynı zamanda sürecin fiziksel ve psikososyal bir hasar bırakmasını önlemek ve daha sonra oluşabilecek sorunlarla baş edebilme yeteneği kazandırmaktır (37).

Çiftlere verilecek ebelik bakımı hastanede yaşanan kayıp sürecini ve eve uyum sürecini de kapsayan aile üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmelidir. Çiftler yas süreci boyunca duygularını karar verici olmayan ve onları yargılamayacak birine anlatma ihtiyacı duyabilir. Ebe, ön yargısız ve hoş görülür olarak çiftleri duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirmelidir. Ebeler ayrıca kayıp yaşayan aileyi hakları konusunda bilgilendirmek ve onların bu hakları kullanmaları için uygun zaman ve ortam yaratmak konusunda desteklenmelidirler. Çiftlerde gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili bilgi eksikliği olabilir. Fakat ebe çiftlerin yeterli bilgi sahibi olmalarını sağlamalıdır. Bu aşamada; perinatal kaybın neden meydana geldiği, sonlandırmanın neden gerekli olduğu, hangi teknik ile sonlandırma yapılabileceği, kullanılacak gebelik sonlandırma tekniğinin aşamaları ve annenin ağrı hissedip hissetmeyeceği gibi konularda bilgi verici olmalıdır (16, 79).

Ayrıca; ebeler, yas süreciyle ilgili de çiftlere bilgi vermelidir. Çiftlere, perinatal kayıp sonrası yas sürecini anlatmalı ve daha önce kullandıkları baş etme yöntemlerini belirleyip, başarılı olanları kullanmaları konusunda destek vermelidir. Perinatal kayıp yaşayan ailelerin hakları konusunda bilgi veren ebeler, çiftlerin karar vermeleri için uygun zaman ve ortamı sağlamalıdır. Çiftler, bebeği görmek ve tutmak isteyebilirler. Bu süreçte; ebeler, çiftlere uygun ortamı hazırlamak, bebeği hazırlamak ve mahremiyetlerini sağlamakla görevlidir. Ebeler; çiftler isterse, bebeğin hatıralarının ailesine verilebileceği, bebeklerinin resmini çekebilecekleri ve bebeklerine isim verebilecekleri, inançlarına göre cenaze töreni yapabilecekleri konusunda da çiftleri bilgilendirmelidir. Tüm bunların dışında; çiftler kayıpla baş etmede yetersiz olabilirler. Aileye kayıpla başa çıkma davranışlarını kazandırmak için ebeler olayın bilincinde

olduğunu gösteren ifadelerle, yargılamaktan kaçınarak, ailenin, inkar, kırgınlık, suçluluk duygularını ifade etmelerine ve ağlamalarına izin vermelidirler. Çiftler, taburculuk sonrasında ev ortamında bile perinatal kayıpla başa çıkmada zorluk yaşayabilirler. Bu sebeple çiftleri kayıp öncesi dönemdeki denge durumuna getirmek adına, gevşeme egzersizlerini öğretebilir. Destek olacak arkadaş, yakınlarından ve gerekirse sağlık bakımı verenlerden yardım alması konusunda yol gösterici olabilir. Bunun dışında daha önce kayıp yaşayan çiftlerle bir araya gelmelerini sağlamak (destek grupları), ev ziyaret yapmak veya telefon görüşmeleriyle durumlarını değerlendirmek gibi girişlerde bulunabilir (80).

Perinatal kayıp sonrasında çiftlerin bilgilendirilmesi, danışmanlık ve bakım gereksinimlerinin karşılanması, ebelerin öncelikli görevlerindedir. Bu da çiftlerin kayıp ile baş edebilmesinde ebelerin ne kadar önemli rolü olduğunu göstermektedir (80). Ebelerin; doğru yaklaşımları kayıp sonrası çiftlerin sağlıklı bir yas süreci geçirmeleri sağlanacaktır (16, 80). Perinatal kaybın çok fazla etkisi olmasına rağmen ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Sağlık bakım profesyonellerinin ve aile bireylerinin bu konuda daha fazla bilgiye sahip olarak perinatal kayıp sonrası stres gelişme riskine karşı kayıp yaşayan bireylerin korunabilmesi için bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmaya ihtiyaçları vardır. Bu nedenle perinatal kayıp sonrası PTSS düzeyinin ve etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir.

### **3. MATERYAL VE METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma kesitsel tiptedir.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, Şubat – Kasım 2017 tarihleri arasında Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (MEAH) Beydağı Kampüsü ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) kadın doğum servisleri ve yenidoğan ünitelerinde yürütüldü. MEAH Beydağı Kampüsü'nde 16 yataklı lohusa servisi ve 32 yataklı ameliyat servisi bulunmaktadır. TÖTM'de 28 yatak sayısına sahip olan kadın hastalıkları servisi ve 17 yataklı doğumhane servisi bulunmaktadır. Perinatal kayıp yaşayan kadınlar bu servislerde yatmaktadır. MEAH Beydağı Kampüsü'nde toplam 13 küvezin olduğu 2 yenidoğan yoğunbakım ünitesi bulunmaktadır. TÖTM'de toplam 58 küvezin olduğu 3 yenidoğan yoğunbakım ünitesi bulunmaktadır. Perinatal dönemde yoğun bakım gereksinimi olan bebekler bu servislerde yatmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini MEAH Beydağı Kampüsü ve TÖTM'nde perinatal dönemde kayıp yaşamış olan kadınlar ve eşleri oluşturmaktadır. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü verilerine göre 2016 yılında Malatya'da 162 çift (162 kadın ve 162 erkek) perinatal dönemde kayıp yaşamıştır (EK- 8). Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmeyip araştırmanın yapıldığı tarihlerde araştırmaya alım kriterlerine uyan 154 çift (kadınlar ve eşleri) araştırmaya dahil edildi. Araştırmada perinatal periyodun belirlenmesinde ACOG'un "gebeliğin 22. haftasından (veya 500 gram) itibaren doğum sonrası ilk 28 güne kadar olan süre" tanımlaması kullanıldı (1).

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri:**

- Sözel iletişim kurulabilen,
- Tanı konmuş psikolojik sağlık sorunu olmayan,

- Perinatal kayıp öncesinde yaşanmış başka bir travmatik olay (trafik kazası, deprem, sel, savaşlar, işkence, cinsel taciz gibi) bulunmayan tüm çiftler örneklem kapsamına alındı.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formları (kadın ve erkek) ve Olayların Etkisi Ölçeği ile toplandı.

**Kişisel Bilgi Formları (EK 2):** Literatür taranarak (2, 4, 21) araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kadınlar ve erkekler için ayrı ayrı hazırlanmıştır. Kadınlara ait verilerde sosyo–demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi gibi), evlilik ve obstetrik özellikler (eş ilişkileri, gebelik sayısı, gebelik takipleri, gebeliğin istenme durumu, yaşayan çocuk sayısı, doğum sayısı, önceki gebelik kayıpları gibi) ve şimdiki gebelik kaybına ilişkin bilgiler (kaybın nedeni, kayıp sonrası doğum şekli, kayıp sonrası yaptığı uygulamalar gibi) olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır. Erkeklerle ait verilerde sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi), eşlerinin gebelik süresine ait bilgiler (gebeliğin istenme durumu, gebelik takiplerine katılımı gibi) ve şimdiki gebelik kaybına ilişkin bilgiler (kayıp sonrası yaptığı uygulamalar gibi) olmak üzere toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

**Olayların Etkisi Ölçeği (OEÖ) (EK 3):** Ölçek, Horowitz ve ark. tarafından 1979 yılında travmatik stres semptomlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Weiss ve Marmar 1997 yılında, tüm Travmatik Stres Semptomları Bozuklukları (TSSB) belirti gruplarından sadece ikisini (yeniden yaşama ve kaçınma) sorgulayan orijinal OEÖ’yü yeniden düzenleyerek, tüm TSSB belirti gruplarını sorgulayacak şekilde ölçeği yeniden oluşturmuşlardır. Ölçekte, son bir haftadaki belirtilerin şiddetinin 0-4 arası puanlandığı 22 soru bulunmaktadır. OEÖ; yeniden yaşama (1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20. sorular), kaçınma (5, 7, 8 11, 12, 13, 17, 22. sorular) ve aşırı uyarılma (4, 10, 15, 18, 19, 21. sorular) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach’s alfa değerinin 0.93 olduğu görülmüştür. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 88’ dür (4). Ölçekten alınan yüksek puanlar stres düzeyinin yüksek



olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.86 olarak bulundu.

### **3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler Şubat-Kasım 2017 tarihleri arasında mahremiyetin sağlandığı özel bir odada toplandı. Veri toplama formları çiftlere ayrı ayrı (kadın- erkek) uygulandı. Veri toplama formları çiftlere okunarak ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından formlara işaretlenerek dolduruldu.

### **3.6. Araştırmanın Değişkenleri**

- Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, yaşanan gebelik kaybına ilişkin bilgiler ve algılanan sosyal destek düzeyi

Erkeklerin sosyo-demografik özellikleri, yaşanan gebelik kaybına ilişkin bilgiler ve algılanan sosyal destek düzeyi

- Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

Olayların Etkisi Ölçeğinden elde edilen puan ortalamaları

### **3.7. Verilerin Analizi**

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 17.0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, IL, USA) kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testi kullanıldı.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik onay (Karar no: 2017/4-4; EK 5), araştırmanın yapılması için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan (EK 6) ve Turgut Özal Tıp Merkezi'nden araştırma izni (EK 7) alındı. Ayrıca araştırmaya başlamadan önce, tüm çiftlere asgari bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 4) okunarak sözlü ve yazılı izinleri alındı. Araştırmada yer alan çiftlere çalışmanın adı, amacı, planı, süresi ve elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Kadın (n=154)		Erkek (n=154)	
	n	%	n	%
Yaş (yıl) (Ort.± SS)	29.51 ± 6.20		33.26 ± 6.68	
<b>Eğitim düzeyi</b>				
Okur-yazar değil	17	11.0	1	0.6
Sadece okur-yazar	7	4.5	5	3.2
İlköğretim mezunu	55	35.7	44	28.6
Lise mezunu	41	26.6	62	40.3
Üniversite mezunu	30	19.5	38	24.7
Lisansüstü mezunu	4	2.7	4	2.6
<b>Çalışma durumu</b>				
Çalışmıyor	109	70.8	18	11.7
Çalışıyor	45	29.2	136	88.3
<b>Mesleği*</b>				
İşçi	11	24.4	38	27.9
Memur	25	55.6	40	29.4
Serbest meslek	9	20.0	58	42.7
<b>Sosyal güvence</b>				
Var	125	81.2	125	81.2
Yok	29	18.8	29	18.8
<b>Gelir düzeyi **</b>				
Yüksek	28	18.2	28	18.2
Orta	69	44.8	73	47.4
Düşük	57	37.0	53	34.4
<b>Yaşadığı yer</b>				
İl	80	51.9	80	51.9
İlçe	43	27.9	43	27.9
Köy-kasaba	31	20.2	31	20.2

<b>Aile yapısı</b>				
Çekirdek aile	101	65.6	101	65.6
Geniş aile	53	34.4	53	34.4
<b>Sigara</b>				
Var	19	12.3	89	57.8
Yok	135	87.7	65	42.2
<b>Alkol</b>				
Var	5	3.2	21	13.6
Yok	149	96.8	133	86.4
<b>Eş iletişimi**</b>				
İyi	93	60.4	100	64.9
Orta	51	33.1	50	32.5
Kötü	10	6.5	4	2.6

\*Kadın (n= 45), Erkek (n= 136)

\*\*Bireylerin kendi ifadeleri dikkate alınmıştır.

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması  $29.51 \pm 6.20$ ’dir. Kadınların %35.7’sinin ilkokul mezunu, %70.8’inin çalışmadığı, çalışan kadınların %55.6’sının memur olduğu, %81.2’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %44.8’inin orta düzeyde gelire sahip olduğu tespit edildi. Kadınların %51.9’unun il merkezinde yaşadığı, %65.6’sı çekirdek aileye sahip ve %87.7’si sigara %96.8’i alkol kullanmamakta, %60.4’ünün eşleriyle iletişimin iyi olduğu belirlendi. Araştırmaya dahil edilen erkeklerin yaş ortalaması  $33.26 \pm 6.68$ ’dir. Erkeklerin %40.3’ünün lise mezunu, %88.3’ünün çalıştığı, çalışan erkeklerin %42.7.6’sinin serbest mesleğe sahip olduğu, %81.2’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %47.4’ünün orta düzeyde gelire sahip olduğu tespit edildi. Erkeklerin %51.9’unun il merkezinde yaşadığı, %65.6’sının çekirdek aileye sahip ve %57.8’inin sigara kullandığı, %86.4’ünün alkol kullanmamakta olduğu ve %64.9’ünün eşleriyle iletişimin iyi olduğu belirlendi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2.** Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n=154)

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Parite</b>		
Primipar	45	29.2
Multipar	109	70.8
<b>İlk gebelik yaşı</b>		
25 ve altı	117	76.0
26-34	31	20.1
35 ve üzeri	6	3.9
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>		
Yok	56	36.4
1	36	23.4
2	31	20.1
3 ve üzeri	31	20.1
<b>Önceki düşük varlığı</b>		
Var	43	27.9
Yok	111	72.1
<b>Önceki ölü doğum varlığı</b>		
Var	13	8.4
Yok	141	91.6
<b>Önceki neonatal ölüm varlığı</b>		
Var	2	1.3
Yok	152	98.7
<b>Gebeliğin sonlanma haftası</b>		
22-29	88	57.1
30-37	35	22.8
38 ve üzeri	31	20.1
<b>Doğum şekli</b>		
Normal	116	75.3
Sezeryan	38	24.7

<b>Kayıp nedeni</b>		
Fetal nedenler	80	51.9
Maternal nedenler	28	18.2
Belli değil	46	29.9
<b>Kayıp şekli*</b>		
Ex fetüs	131	85.1
Neonatal ölüm	23	14.9
<b>Yenidoğanın yaşadığı gün (n=23)</b>		
1-10	16	69.6
11 ve üzeri	7	30.4

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %70.8’inin multipar olduğu ve %76.0’ının ilk gebelik yaşının 25 ve altında olduğu tespit edildi. Kadınların %36.4’ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %72.1’inin daha önce düşük, %8.4’ünün daha önce ölü doğum ve %1.3’ünün daha önce neonatal kayıp yaşadığı belirlendi. Kadınların %57.1’inin 22-29 gestasyonel haftalar arasında gebeliklerle sonlandığı ve %75.2’sinin son doğum şeklinin normal doğum olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan kadınların %51.9’unun kayıp yaşama nedeni fetal nedenlerken, kayıpların %85.1’inin ex fetüs nedeniyle olduğu ve neonatal ölüm olarak sonlanan kayıpların %69.6’sının doğum sonu 1-10 günleri arasında yaşadığı belirlendi (Tablo 4.2).

**Tablo 4.3.** Kadın ve erkeklerin Olayların Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Kadın (n=154)	Erkek (n=154)	İstatistiksel Analiz
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Yeniden yaşama	16.68 ± 8.18	9.89 ± 8.13	t=7.300 <b>p=0.000</b>
Kaçınma	12.99 ± 6.05	12.25 ± 4.99	t=1.170 p=0.243
Aşırı uyarılma	9.84 ± 6.32	6.15 ± 5.30	t=5.545 <b>p=0.000</b>
<b>OEÖ toplam</b>	<b>39.51 ± 15.31</b>	<b>28.30 ± 13.74</b>	t=6.763 <b>p=0.000</b>

Kadın ve erkeklerin Olayların Etkisi Ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te verilmiştir. Olayların Etkisi Ölçeğinin alt boyutlarından Yeniden Yaşama alt boyutuna ait puan ortalamaları kadınlarda 16.68±8.18, erkeklerde 9.89±8.13 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Kaçınma alt boyutu puan ortalamasının kadınlarda 12.99±6.05, erkeklerde 12.25 ± 4.99 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Aşırı Uyarılma alt boyutu puan ortalamasının kadınlarda 9.84±6.32, erkeklerde 6.15 ± 5.30 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Olayların Etkisi Ölçeği toplam puan ortalamasının kadınlarda 39.51±15.31, erkeklerde 28.30±13.74 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ; Tablo 4.3).

**Tablo 4.4.** Kadın ve erkeklerin tanıtıcı özelliklerine göre Olayların Etkisi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın (n=154)			Erkek (n=154)		
	n	Ort.± SS	İstatiksel Analiz	n	Ort.± SS	İstatiksel Analiz
<b>Yaş</b>						
17-25	43	39.79±14.15	$F=0.023$	25	31.40±15.32	$KW=4.431$
26-34	73	39.69±15.82	$p=0.977$	63	30.03±15.04	$p=0.109$
35 ve üzeri	38	39.65±15.95		66	25.48±11.28	
<b>Eğitim düzeyi</b>						
Okur-yazar değil	17	44.23±15.92		1	54.00±0.0	
Sadece okur-yazar	7	36.85±19.96		5	50.00±20.65	
İlköğretim mezunu	55	40.29±15.13	$KW=4.570$	44	31.31±14.86	$KW=13.446$
Lise mezunu	41	39.70±15.62	$p=0.471$	62	25.43±12.65	$p=0.020$
Üniversite mezunu	30	37.13±14.54		38	26.55±10.05	
Yüksek lisans mezunu	4	29.50±6.02		4	22.75±2.98	
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	109	41.99±15.11	$t=2.875$	18	30.33±15.87	$U=1097$
Çalışıyor	45	33.53±14.24	$p=0.005$	136	28.03±13.48	$p=0.475$
<b>Gelir düzeyi</b>						
Yüksek	28	36.92±16.10	$KW=0.551$	28	24.82±9.25	$KW=5.974$
Orta	69	39.65±15.22	$p=0.578$	73	25.95±11.17	$p=0.003$
Düşük	57	40.63±15.14		53	33.39±17.26	
<b>Sigara</b>						
Var	19	33.26±14.92	$U=1105$	89	26.12±13.41	$t=1987$
Yok	35	40.40±15.21	$p=0.500$	65	31.29±13.73	$p=0.107$
<b>Alkol</b>						
Var	5	31.80±6.87	$U=286.5$	21	23.23±12.98	$U=1225$
Yok	149	39.77±15.46	$p=0.303$	133	29.10±13.73	$p=0.034$
<b>Eş iletişimi</b>						
İyi	93	40.52±15.28	$KW=1.255$	100	29.37±13.21	$KW=5.419$
Orta	51	37.90±15.44	$p=0.534$	50	26.72±15.10	$p=0.067$
Kötü	10	38.50±15.70		4	21.50±3.10	

Kadın ve erkeklerin tanıtıcı özelliklerine göre Olayların Etkisi Ölçeği'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Kadınların yaş grupları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, eş iletişimi, sigara ve alkol kullanmalarına göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

Kadınların çalışma duruma göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışan kadınların puan ortalamalarının  $33.53\pm 14.24$  olduğu, çalışmayanların puan ortalamalarının ise  $41.99\pm 15.11$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Erkeklerin yaş grupları, çalışma durumu, eş iletişimi ve sigara kullanmalarına göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

Erkeklerin eğitim düzeyine göre, OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okur- yazar olmayanların puan ortalamasının  $54.00\pm 0.0$ , sadece okur- yazar olanların puan ortalamalarının  $50.00\pm 20.65$ , ilkokul mezunu olanların puan ortalamalarının  $31.31\pm 14.86$ , lise mezunu olanların puan ortalamalarının  $25.43\pm 12.65$ , üniversite mezunu olanların puan ortalamalarının  $26.55\pm 10.05$ , yüksek lisans mezunu olanların puan ortalamalarının  $22.75\pm 2.98$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Erkeklerin gelir düzeyine göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gelir düzeyi yüksek olanların puan ortalamalarının  $24.82\pm 9.25$  olduğu, orta düzeyde olanların puan ortalamalarının  $25.95\pm 11.17$  ve düşük düzeyde olanların puan ortalamalarının  $33.39\pm 17.26$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Erkeklerin alkol kullanma durumlarına göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, alkol kullanan erkeklerin puan ortalamalarının  $23.23\pm 12.98$  olduğu, kullanmayanların puan ortalamalarının ise  $29.10\pm 13.73$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ; Tablo 4.4).



**Tablo 4.5.** Kadınların obstetrik özelliklerine göre Olayların Etkisi Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=154)

Değişkenler	n	Ort.± SS	İstatiksel Analiz
<b>Parite</b>			
Primipar	45	40.64±15.17	<i>t</i> =0.585
Multipar	109	39.05±15.41	<i>p</i> =0.560
<b>İlk gebelik yaşı</b>			
25 ve altı	117	38.86±14.93	<i>KW</i> =1.128
26-34	31	41.77±16.60	<i>p</i> =0.569
35 ve üzeri	6	40.66±17.30	
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>			
Yok	56	40.00±15.89	
1	36	39.05±15.23	<i>F</i> =0.049
2	31	39.80±12.82	<i>p</i> =0.986
3 ve üzeri	31	38.90±17.21	
<b>Önceki düşük varlığı</b>			
Var	43	40.93±16.67	<i>t</i> =0.710
Yok	111	38.97±14.79	<i>p</i> =0.479
<b>Önceki ölü doğum varlığı</b>			
Var	13	39.23±13.79	<i>U</i> =1092
Yok	141	39.54±15.48	<i>p</i> =0.943
<b>Gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı</b>			
Evet	122	39.53±15.24	<i>t</i> =0.021
Hayır	32	39.46±15.81	<i>p</i> =0.983
<b>Gebelik takiplerine eşin katılma durumu</b>			
Evet	106	38.68±14.97	<i>t</i> =-1.001
Hayır	48	41.35±16.04	<i>p</i> =0.391
<b>Bebeğin cinsiyetini öğrenme durumu</b>			
Evet, biliyorum kız	76	39.97±16.04	<i>KW</i> =0.297
Evet, biliyorum erkek	61	39.39±14.76	<i>p</i> =0.862
Bilmiyorum	17	37.94±14.60	
<b>Bebeğin ismini belirleme</b>			
Evet	91	41.47±15.35	<i>t</i> =1.1919
Hayır	63	36.69±14.92	<i>p</i> =0.057

<b>Gebeliğinin sonlanma haftası</b>			
22-29	88	41.15±15.65	<i>F=3.395</i>
30-37	35	33.68±13.46	<b><i>p=0.036</i></b>
38 ve üzeri	31	41.45±15.10	
<b>Son doğum şekli</b>			
Normal	116	39.89±14.53	<i>t=0.533</i>
Sezeryan	38	38.36±17.63	<i>p=0.595</i>
<b>Kayıp şekli</b>			
Ex fetüs	131	38.71±15.19	<i>U=1215</i>
Neonatal ölüm	23	44.08±15.49	<i>p=0.139</i>
<b>Yenidoğanın yaşadığı gün (n=23)</b>			
1-10	16	41.87±16.64	<i>U=0.877</i>
11 ve üzeri	7	49.14±12.01	<i>p=0.349</i>

Kadınların obstetrik özelliklerine göre Olayların Etkisi Ölçeği'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te verilmiştir. Kadınların parite, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğinde düşük ve ölü doğum varlığı, gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı ve takiplere eşiyile katılması, bebeğin cinsiyetini öğrenme durumu, kayıp şekli, son doğum şekli ve yenidoğanın yaşadığı gün sayısına göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

Gebeliğin sonlanma haftasına göre kadınların OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 22-29 haftalar arasında sonlananların puan ortalamalarının 41.15±15.65 olduğu, 30-37 haftalar arasında sonlananların puan ortalamalarının 33.68±13.46 olduğu ve 38 ve üzeri haftalar arasında sonlananların puan ortalamalarının 41.45±15.10 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ; Tablo 4.5).

**Tablo 4.6.** Kadın ve Erkeklerin Perinatal Kayıp Sürecine İlişkin Özelliklere Göre OEÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Kadın		İstatistiksel Analiz	Erkek		İstatistiksel Analiz
	n	Ort.± SS		n	Ort.± SS	
<b>Gebeliğin istenme Durumu</b>						
Evet	121	40.25±14.96	$t=1.144$	123	29.04±14.22	$t=1.341$
Hayır	33	36.81±16.49	$p=0.254$	31	25.35±11.39	$p=0.182$
<b>İleride gebelik planlama durumu</b>						
Evet kısa süre sonra	41	39.36±14.54	$F=0.041$	65	29.66±13.99	$F=0.591$
Evet uzun süre sonra	51	40.01±16.04	$p=0.959$	47	26.89±12.81	$p=0.555$
Hayır	62	39.20±15.44		42	27.78±14.48	
<b>Fetusun ultrasonda görülme durumu</b>						
Evet	142	39.14±15.43	$U=665.5$	113	27.91±13.75	$t=-0.589$
Hayır	12	44.00±13.55	$p=0.209$	41	29.39±13.84	$p=0.557$
<b>Bebek hareketlerini hissetme /gözleme durumu</b>						
Evet	132	39.83±15.61	$U=1364$	98	28.47±13.98	$t=0.208$
Hayır	22	37.63±13.54	$p=0.649$	56	28.00±13.43	$p=0.836$
<b>Doğum sonu bebeği görme durumu</b>						
Evet	78	38.00±14.64	$t=-1.250$	105	26.57±12.45	$t=-2.252$
Hayır	76	41.07±15.91	$p=0.213$	51	31.80±15.59	$p=0.026$
<b>Doğum sonu bebeğin nasıl görüldüğü(n=78)</b>						
Sarılı/örtülü	28	40.10±14.94	$U=616.5$	53	25.92±11.46	$t=0.542$
Çıplak	50	36.82±14.48	$p=0.384$	50	27.27±13.5	$p=0.589$
<b>Doğum sonu bebeğe dokunma durumu</b>						
Evet	31	37.67±14.57	$t=0.748$	61	27.39±12.79	$t=0.665$
Hayır	123	39.98±15.51	$p=0.455$	93	28.90±14.37	$p=0.507$
<b>Doğum sonu bebeğe nasıl dokunulduğu (n=31)</b>						
Sarılı/örtülü	8	39.12±20.54	$U=87.00$	42	25.64±12.19	$U=303.5$
Çıplak	23	37.17±12.43	$p=0.821$	19	31.26±13.57	$p=0.137$
<b>Doğum sonu bebeğin resmini çekme durumu</b>						
Evet	14	44.78±12.61	$U=751$	23	30.30±11.02	$U=1176$
Hayır	140	38.99±15.49	$p=0.150$	131	27.95±14.17	$p=0.094$
<b>Doğum sonu bebeğin resminin nasıl çekildiği (n=14)</b>						
Sarılı/örtülü	7	48.85±15.66	$U=2200$	15	31.53±11.50	$U=45.50$
Çıplak	7	44.71±9.97	$p=0.805$	8	28.00±10.37	$p=0.357$

<b>Bebeğe cenaze işlemleri yapılma durumu</b>						
Evet	117	39.47±15.06	<i>t=0.059</i>	122	27.78±13.73	<i>t=0.913</i>
Hayır	37	39.64±16.27	<i>p=0.953</i>	32	30.28±13.84	<i>p=0.363</i>
<b>Eş desteği alma durumu</b>						
Evet	121	38.66±15.22	<i>t=1.3355</i>	93	28.92±13.49	<i>t=0.689</i>
Hayır	33	42.66±15.43	<i>p=0.184</i>	61	27.36±14.17	<i>p=0.492</i>
<b>Sağlık çalışanı desteği alma durumu</b>						
Evet	19	13.15±6.93	<i>U=952.5</i>	12	23.16±11.91	<i>t=658</i>
Hayır	135	17.17±8.24	<i>p=0.070</i>	142	28.73±13.83	<i>p=0.191</i>
<b>Kayıbın arkadaşlarla paylaşılma durumu</b>						
Evet	118	16.44±8.42	<i>t=0.108</i>	119	28.22±14.04	<i>t=0.130</i>
Hayır	36	17.44±7.36	<i>p=0.914</i>	35	28.57±12.88	<i>p=0.897</i>
<b>Danışmanlık kaynakları hakkında bilgi durumu</b>						
Evet	50	38.14±15.42	<i>t=0.774</i>	26	28.80±12.13	<i>U=1449</i>
Hayır	104	40.18±15.28	<i>p=0.440</i>	128	28.81±14.04	<i>p=0.299</i>

Kadın ve erkeklerin perinatal kayıp sürecine ilişkin özelliklere göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. Kadınların gebeliği isteme durumu, ileride gebelik planlama durumu, fetüsü ultrasonda görme, fetüs hareketlerini hissetmesi, doğum sonu bebeğini görmesi, dokunması ve resim çekmesi (sarılı/örtülü, çıplak), cenaze işlemleri yapması, eşinde ve sağlık çalışanlarından destek alması, yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşması ve danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olması durumlarına göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

Erkeklerin gebeliği isteme durumları, ileride gebelik planlama durumları, fetüsü ultrasonda görme, fetüs hareketlerini gözlemlenme, doğum sonu bebeğine dokunması ve resim çekmesi (sarılı/örtülü, çıplak), cenaze işlemleri yapması, eşinden ve sağlık çalışanlarından destek alması, yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşması ve danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olması ile OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ).

Erkeklerin perinatal kayıp sürecinde doğum sonu bebeğini görme durumlarına OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, doğum sonu bebeğini gören erkeklerin puan ortalamalarının  $26.57±12.45$  olduğu, görmeyenlerin puan

ortalamlarının ise  $31.80 \pm 15.59$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ; Tablo 4.6).



## 5. TARTIŞMA

Yaşamları boyunca tüm kadınların dörtte birinden fazlası gebelik kaybını deneyimlemiştir (31). Özellikle gebelik kaybının beklenmediği durumlarda çok büyük travmalar yaşanabilmekte (2), kadın ve erkeklerde PTSD de dahil olmak üzere önemli fiziksel, zihinsel ve sosyal hastalıklar ortaya çıkabilmektedir. Özellikle perinatal dönemde kayıp yaşayan çiftlerde önemli sorunlar ortaya çıkabilmektedir (2). Bu bölümde, perinatal kayıp sonrası çiftlerde post-travmatik stres bozukluğu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız araştırma bulguları, literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Kayıpla ilgili yapılan çalışmalarda cinsiyet karşılaştırılması yapılmasına rağmen gebe kalma ve doğum yapma eylemi kadına özgü olduğu için perinatal dönemle ve perinatal kayıpla ilgili çalışmalar daha çok anneyle özdeşleştirilmiştir (55, 81). Ancak günümüzde babaların gebelik ve doğum sürecinde aktif rollerinin artması ve gebelik sürecine katılmasıyla perinatal kayıp sonrası eşlerde de duygusal semptomlar yaygın olarak yaşanabilmektedir. Çalışma sonucumuzda kadınların erkeklere göre daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3). Literatürde bizim çalışmamızla benzer şekilde, perinatal kayıp sonrası kadınlarda PTSD gelişme riskinin erkeklere göre daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (82-84). Armstrong tarafından 2002 ve 2004 yıllarında perinatal kayıp sonrasını çiftlerin depresif semptomlarını belirlemek amacıyla yapılan iki ayrı çalışmada, kayıp sonrasında annelerin stres düzeylerinin babalara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (83, 84). Christiansen tarafından Danimarka'da bebek ölümü sonrası çiftlerin PTSD semptomlarını belirlemek amacıyla yapılan iki çalışmada da annelerin babalara göre iki kat daha fazla PTSD yaşadığı belirtilmiştir (85, 86). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre OEÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece çalışma durumunun PTSD düzeyini etkilediği belirlendi. Çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha az PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4). Bizim araştırmamızın bulgularıyla benzer olarak, Dağlar'ın gebelerin stresle başa çıkma

tarzları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, çalışmayan gebelerin anksiyete düzeyleri çalışan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (87). Benzer olarak; Şahin ve Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada, çalışan gebelerin depresyon puanı daha düşük bulunmuştur (88). Dağlar ile Şahin ve Kılıçarslan'ın bulguları ile bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir.

Perinatal kayıp yaşayan kadınların diğer tanıtıcı özelliklerine (yaş grupları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, eş iletişimi, sigara ve alkol kullanma) göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, PTSD düzeyini etkilemediğini ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4). Daha önce yapılan çalışmalarda da tanıtıcı özelliklerin sadece PTSD düzeyini değil, aynı zamanda depresyon ve anksiyete gibi diğer psikolojik sorunlarla ilgili de benzer sonuçlar bildirilmiştir (89-92).

Kadınların yaş gruplarına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında; yaşın travma sonrası kişilerde PTSD gelişmesini ve kişilerin tepkilerini etkilemediğini belirten çalışmalar vardır (92-96). Akbaş ve arkadaşları gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin depresyon düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, depresyon düzeyinin yaş gruplarına göre bir farklılık göstermediği bildirilmiştir (91). Şahin ve Kılıçarslan da gebelerle ilgili yaptığı çalışmada yaşın depresyon skoru ile bir ilişkisi olmadığını saptamıştır (88). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kadınların eğitim düzeyi göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında; literatürde farklı sonuçlar mevcuttur. Robertson ve arkadaşlarının 1000 kadınla yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile PTSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir (97). Şahin ve Kılıçarslan da eğitim düzeyinin depresyon ile ilişkili olmadığını bildirmiştir (88). Campbell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip annelerde PTSD riskinin arttığını belirtmiştir (98). Benzer şekilde; Akbaş ve arkadaşları da eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduklarını bildirmiştir (91). Bu çalışmalarda kadınların formal eğitimleri sorgulanmıştır. Ancak günümüzde formal eğitim dışında pek çok kadın farklı kaynaklardan bilgi edinebilmekte ve kendi kişisel gelişimine katkı sağlayabilmektedir. Bu çalışma sonuçlarındaki farklılıkların da bundan kaynaklandığı düşünülebilir.

Kadınların gelir düzeyine göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında; gelir düzeyi ile PTSD arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar vardır. Bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak pek çok çalışmada gelir düzeyi ile PTSD arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirten çalışmalara rastlanmıştır (99, 101). Ancak bazı diğer çalışmalarda düşük gelir veya maddi zorlukların PTSD ile ilgili faktörler olduğu bildirilmiştir (102-105). Kadınlar tarafından algılanan gelir düzeyinin farklı olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların eş iletişimi ile PTSD yaşama durumuna bakıldığında, Gözüyeşil'in çalışmasında kadınların depresyon düzeyi ile eş uyumu arasında ilişki bulunmuştur (92). Bunun aksine, Candan gebelik kaybı yaşayan çiftlerinde eş iletişiminin PTSD'yi etkilemediğini belirtmiştir. Candan'ın çalışması bizim çalışmalarımızla paralellik göstermektedir.

Kadınların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında; literatür araştırmalarında perinatal kayıp sonrasında madde kullanımıyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak perinatal depresyon ile sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Çalışmalar, gebelik öncesi veya sırasında madde kullanımının kaygı ve stres düzeyini arttırdığını göstermiştir (99, 106, 107). Yakın zamanda yapılan bir araştırmada, gebelik sırasında sigara içmeye devam eden kadınların, gebelik sırasında sigarayı bırakanlara kıyasla daha yüksek düzeyde strese maruz kalma olasılığı olduğu belirtilmiştir (108). McCoy ve arkadaşları postpartum depresyonun risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada sigara içen annelerde postpartum depresyon oranının içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmiştir (109). Perinatal psikiyatrik bozuklukların sebeplerini araştıran başka bir çalışma da ise annenin sigara kullanımı ile postpartum depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (110). Bununla birlikte, kadınlarda antenatal depresyon ve anksiyete riskini belirlemek için yapılan bir araştırma gebelik sırasında sigaranın antenatal depresyon ile ilişkili olmadığı bulunmuştur (111). Bu çalışma sonuçlarındaki farklılığın kadınların stresle baş etme yöntemlerinin farklı olmasından kaynaklandığı, bazı kadınların stres durumunda sigara ve alkol kullanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan erkeklerin tanıtıcı özelliklerine göre OEÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve alkol kullanma durumunun PTSD



düzeşini etkilediği belirlendi. Erkeklerde eğitim düzeşini arttıka daşaz PTSD yaşandığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.4). Literatür taramasında kayıp sonrası erkeklerin PTSD düzeşlerini etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Farklı gruplarda yapılan çalışmalar da; Breslau ve arkadaşları, erkeklerin düşük eğitim düzeyinin PTSD gelişimi için önemli bir risk etkeni olduğunu ve eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte olayları algılama, başa çıkma mekanizmalarının da arttığı belirtilmiştir. Erkeklerde eğitim düzeyinin artması PTSD'nun gelişiminden koruyan önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (112, 113). Bu bulgu bizim çalışmamızla uyum göstermektedir.

Perinatal kayıp yaşayan erkeklerin gelir düzeyine göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, literatürde erkeklerin gelir düzeylerinin perinatal kayıp sonrası PTSD'ye etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Düşük gelir, mali problemler ve para endişeleri, ekonomik yardım alma, anne ve babanın işsizliği, konut idaresi gibi bir dizi sosyo-ekonomik faktörler depresyon gelişme riskini arttırmaktadır (114, 115). Farklı gruplarda yapılan çalışmalarla erkeklerin gelir düzeyinin depresyon varlığını etkilediği belirtilmiştir. Reading çocuklu bireylerle yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyinin depresyonu artırma üzerine etkili olduğunu belirtmiştir (114). Goodman postpartum dönemde depresyon ile ilgili faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada düşük gelir düzeyinin postpartum depresyonu arttırmada etkili olduğunu göstermiştir (115). Bu sonuçlar bizim elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir.

Perinatal kayıp yaşayan erkeklerin alkol kullanımına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, perinatal kayıp yaşayan erkeklerin alkol kullanımıyla ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır. Ancak Kural tarafından farklı grupta yapılan bir çalışmada; madde bağımlılığı tedavisi gören erkeklerde alkol/madde bağımlısı olma durumu ile PTSD ek tanısı almanın ilişkili olduğu belirtilmiştir (116). Kural'ın çalışması bizim çalışmamızla uyum göstermektedir.

Araştırmaya katılan erkeklerin diğer tanıtıcı özelliklerine göre OEÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, erkeklerin yaş grupları, çalışma durumu, eş iletişimi ve sigara kullanma durumlarının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.4).

Erkeklerin yaş gruplarıyla PTSD yaşama durumlarına bakıldığında, çalışmamızda elde ettiğimiz bulgularla paralel şekilde, pek çok çalışmada da yaşın

travma sonrası PTSS gelişmesini ve kişilerin tepkilerini etkilemediği belirtilmiştir (92-96, 108). Bu farklılığın yaş gruplarının önemi olmaksızın toplumumuz tarafından eşleri gebe olan erkeklere babalık kimliğinin verilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Perinatal kayıp yaşayan erkeklerin çalışma durumuna göre PTSS yaşama durumlarına bakıldığında, literatür taramasında perinatal kayıp sonrası erkeklerin PTSS düzeylerini etkileyen faktörlerle ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızda erkeklerin çalışma durumlarının PTSS gelişmesini etkilemediğini sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun toplumumuzun erkeklere çalışsalar da çalışmasalar da sosyal hayatla sürekli bağlantılı olabilme, kayıp yaşadığı ve kaybı hatırlatan ortamdan uzaklaşabilme imkanı vermesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkeklerin eş iletişimiyle PTSS yaşama durumlarına bakıldığında, Candan tarafından yapılan çalışmada da eş iletişimin PTSS'yi etkilemediği bulunmuştur (52). Candan'ın çalışması bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Literatür araştırmalarında, perinatal kayıp sonrasında madde kullanımıyla ilgili çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı gruplarda yapılan çalışmalarda sigara kullanımının PTSS üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir (117, 118). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların obstetrik özelliklerine göre OEÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece gebeliğin sonlanma haftasının PTSS düzeyini etkilediği belirlendi. Gebeliği 22-29 haftaları arasında sonlananlar ile 38 ve üzeri haftalar arasında sonlananların, 30-37 haftalar arasında sonlanana göre daha fazla PTSS yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.5). PTSS düzeyinin 22-29 hafta arasındaki erken dönem kayıplarında yüksek olmasının nedeninin, bu dönemdeki kayıpların açıklanamayan sebeplere bağlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan, 38 hafta ve üzerindeki geç dönem kayıplarda, sağlıklı bir doğum ve doğum sonu sürece hazırlanan ve bebeğini kucağına almak için gün sayan gebelerin doğuma yakın bir süreçte bebeklerini kaybetmeleri PTSS düzeyini arttırdığı düşünülmektedir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, PTSS gelişiminde preterm doğumu önemli bir risk faktörü olarak gösteren çalışmalarda vardır (45, 86, 118-123).

Araştırmaya katılan kadınların diğer obstetrik özelliklerine göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadınların parite, ilk gebelik yaşı,

yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğinde düşük ve ölü doğum varlığı, gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı ve takiplere eşiyile katılması, bebeğin cinsiyetini öğrenme durumu, kayıp şekli, son doğum şekli ve yenidoğanın yaşadığı gün sayısının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5).

Kadınların pariteye göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında; çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikteki bazı araştırmalarda; kadınların primigravida ve multigravida olma durumlarına göre anksiyete düzeyleri arasında fark olmadığı belirtilmiştir (124-126). Yine çalışma bulgularımızla benzer şekilde, yaşayan çocuk sayısının gebelikte depresyon düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (87, 125).

Kadınların ilk gebelik yaşına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, literatürde ilk gebelik yaşının perinatal kayıp sonrası PTSD'ye etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ilk gebelik yaşının PTSD düzeyini etkilemediğinin belirlenmesi, çalışmaya katılan kadınların çoğunun (%70.8) multipar olmasıyla açıklanabilir.

Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Akbaş ve arkadaşları ve Şahin ve Kılıçaslan da yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin depresif belirti göstermesi arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (88, 91). Armstrong daha önce kayıp yaşamış gebelerle yaptığı çalışmasında yaşayan çocuğa sahip olmanın depresif semptom düzeyinde bir fark oluşturmadığını ileri sürmüştür (84). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kadınların önceki gebeliğinde düşük ve ölü doğum varlığına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, düşük ve ölü doğum öyküsü ile anksiyete ve postpartum depresyon yaşama arasında ilişki olmadığını belirten çalışmalar vardır (84, 88, 91). Karabulut tarafından 530 loğusa ile yapılan çalışmada da, daha önce deneyimlenen düşük ve ölü doğumun postpartum depresyon belirtileri arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olmadığı saptanmıştır (127). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kadınların gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı ve takiplere eşiyile katılmasına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, bu değişkenlerin PTSD'ye

etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı ve takiplere eşyle katılma durumunun PTSD düzeyini etkilemediği bulgusu; kaybın beklenmedik olay olmasıyla, takiplerin ise sağlıklı gebeliğin bir parçası olmasıyla açıklanabilir.

Kadınların bebeğin cinsiyetini öğrenme durumuna göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, Christiansen tarafından bebeklerinin ölümü sonrası çiftlerin PTSD semptomlarını belirlemek için 634 bireyle gerçekleştirdiği çalışmada, bebeğin cinsiyetinin PTSD belirtileri üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur (85). Benzer şekilde; Yaman PTSD'yi etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 132 ebeveynle yaptığı çalışmada, bebeğin cinsiyetinin PTSD gelişmesinde anlamlı bir farklılık göstermediği bildirilmiştir (128). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kadınların kayıp yaşama şekline göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, Christiansen kayıp türünün (doğum öncesi, doğum ya da doğum sonrası), PTSD şiddeti üzerinde herhangi bir etki göstermediğini belirtmiştir. Aynı çalışmada, anne-babaların doğumdan önce, doğum sırasında veya doğum sonrasında çocuklarını kaybetmiş olup olmadıklarına göre PTSD şiddetinde farklılık göstermediği belirtilmiştir (85). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kadınların son doğum şekline göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, doğum şekli PTSD gelişimi açısından en çok araştırılan konulardan biridir. Yapılan bazı çalışmalarda PTSD ve doğum şekli ilişkili bulunmuş ve acil sezaryenin postpartum PTSD için bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (129-132). Soderquist ve Ryding'in yaptıkları çalışmada, PTSD düzeyinin acil sezaryenle doğum yapanlarda, vajinal doğum ya da elektif sezaryene göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (129, 130). MaClean ve arkadaşları, spontan vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum ve acil sezaryeni karşılaştırmış, postpartum altıncı haftada PTSD semptomlarını değerlendirmiştir. Müdahaleli vajinal doğum diğer gruplara kıyasla daha fazla stres etkeni olarak değerlendirilmiş ve daha fazla travmatik algılanabileceği belirtilmiştir (109). Ancak Yönel ve Polachek yaptıkları çalışmada, PTSD ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir (90, 133). Yönel ve Polachek'in çalışma bulguları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların, doğum sırasında ve sonrasında kadınların aldıkları bakım ve desteğin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Neonatal kayıp yaşayan kadınların yenidoğanın yaşadığı gün sayısına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, yapmış olduğumuz çalışmada doğum sonrası yoğun bakımda ünitesine alınarak yoğun bakımda hayatını kaybeden bebeklerin yaşadıkları gün sayısı ile annelerin PTSD arasında önemli fark olmadığı bulundu. Çalışmamız, Christiansen'in yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Christiansen doğum sonrası kayıplarda, çocuğun yaşadığı süre ile PTSD şiddeti arasında anlamlı bir ilişkili olmadığını belirtmiştir (85).

Araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin perinatal kayıp sürecine ilişkin özelliklerine göre OEÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece erkeklerde doğum sonu bebeğini görmeyenlerin görenlere göre daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4.6). Bu sonuç bebeğin erkek tarafından görülmesinin stres düzeyini azalttığı ve stresle başa çıkmada olumlu katkısı olabileceğini göstermektedir.

Kadınların ve erkeklerin diğer perinatal kayıp sürecine ilişkin özelliklere göre OEÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın ve erkeklerin gebeliği isteme durumu, ileride gebelik planlama durumu, fetusu ultrasonda görme, fetüs hareketlerini hissetmesi, doğum sonu bebeğe dokunması ve resim çekmesi (sarılı/örtülü, çıplak), cenaze işlemleri yapması, eşinden ve sağlık çalışanlarından destek alması, yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşması ve danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olmasının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ) (Tablo 4.6).

Perinatal kayıp yaşayan kadın ve erkeklerin gebeliği isteme durumlarına göre PTSD yaşama durumuna bakıldığında, Polachek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada PTSD geliştiren ve geliştirmeyen faktörler arasında gebeliğin planlanmış bir gebelik olmasının anlamlı bir fark oluşturmadığı belirtilmiştir (90). Gözüyeşil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise isteyerek gebe kalanlar ile istemeden gebe kalanlar arasında depresyon puanları arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir (92). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Kadın ve erkeklerin ileride gebelik planlama durumları ile PTSD yaşama durumlarına bakıldığında; çalışmamızda çiftlerin ileride gebelik planlama durumlarının PTSD düzeyini etkilemediği bulgusu, çiftlerin kaybı yeni yaşamış olmasından ve ileriye

yönelik sağlıklı planlamaların henüz yapılamamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik döneminde fetüsün ultrasonda görülmesi ve annenin karnına dokunması yoluyla bebeğin tensel olarak hissedilmesi bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir. Ancak çalışmamızda fetusun ultrasonda görülmesi ve fetus hareketlerinin gözlenmesi ile PTSTB düzeyi arasında ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu gebelikte fetüsle kurulan ilişkinin kayıp sonucu oluşacak stres düzeyini etkilemeyebileceğini göstermektedir.

Literatürde, ölü doğum sonrası bebeklerine dokunan veya dokunmayan ebeveynlerin; genel sağlık, uyku bozukluğu, enerji ve özgüven sonuçların değerlendirmek amacıyla ebeveynlerin psikolojik sağlık sonuçlarını karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır (60, 70, 71). Perinatal kayıp yaşayan 943 kadınla yapılan bir çalışmada doğum sonu bebeğine dokunma ile PTSTB semptomları ya da anksiyete / depresyon yaşama durumunun ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Rådestad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ölü doğum sonrasında bebeğine dokunmanın annelerin kaygı ve stres düzeyleri üzerine etkisi olmadığını bulmuşlardır (70, 71). Bu çalışmalardan farklı olarak; 23 çalışmanın dâhil edildiği sistematik bir çalışmada doğum sonu bebeğe dokunmanın olumlu sonuçlar gösterdiğini ve PTSTB görülme riskini azalttığı belirtilmiştir (134). Çalışmada aynı zamanda bebeğini gören veya tutan ebeveynler için asıl belirleyiciliğin kültürel faktörler, tabular ve inançlar olduğu belirtilmektedir. Buda bizim çalışmamızda ölen bebeği görmenin anne için PTSTB düzeyini etkilemezken, baba için PTSTB düzeyini etkilemesinin sebebini açıklamaktadır ( $p<0.05$ ).

Perinatal kayıp sonrası resim çekme/cenaze işlemleri yapılıp yapılmadığına göre PTSTB yaşama durumuna bakıldığında, bizim bulgularımıza benzer olarak, literatürde de yapılan çalışmalarda kayıp yaşayan bebeğin fotoğrafını çekme ve cenaze işlemleri yapma ile PTSTB arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (61, 71, 72). Bunun yanında resim çekme/ cenaze işlemleri yapmanın PTSTB'yi azaltmada etkili olduğunu ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (55, 135). Bu sonuçlar dikkate alındığında bu işlemlerin her birey için farklı etkiye sahip olacağı sonucu çıkarılabilir. Buradan yola çıkarak bireylerin doğru karar vermede yardıma ihtiyacı olabileceği düşünülmektedir.

Eş ya da sağlık çalışanlarından destek alma durumlarına göre PTSTB yaşama durumuna bakıldığında, literatürde bizim elde ettiğimiz bulgunun tersine aile ve sağlık

personelinin destek eksikliğinin PTSD düzeyini artırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (121, 136). Farklılığın verilerin toplanma zamanı, kişilerin sosyal desteğe ve yeterli bakıma ulaşma zamanındaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadın ve erkeklerin yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşması ve danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olma durumları ile PTSD yaşama durumlarına bakıldığında; literatürde yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşma durumuyla perinatal kayıp sonrası PTSD'ye etkisini inceleyen tek çalışmaya rastlanmıştır. Candan tarafından yapılan çalışmada yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşma durumunun PTSD'yi etkilemediği bulunmuştur. Candan'ın çalışması bizim çalışmalarımızla paralellik göstermektedir. Bizim alışmamızda danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olma durumunun PTSD yaşama durumunu etkilemediği belirlenmişti. Bu durumun çiftlerin bilgi kaynağından haber olsa da bunun etkinliğinin ve gerekliliğinin farkında olmamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Perinatal kayıp sonrası çiftlerde post-travmatik stres bozukluğu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Perinatal kayıp sonrası kadınların erkeklere göre daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.3),
- Perinatal kayıp yaşayan kadınların yaş grupları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, eş iletişimi, sigara ve alkol kullanımının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4),
- Çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha az PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4)
- Perinatal kayıp yaşayan erkeklerin yaş grupları, çalışma durumu, eş iletişimi ve sigara kullanımının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.4),
- Erkeklerde eğitim düzeyi arttıkça daha az PTSD yaşandığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4),
- Erkeklerde gelir düzeyi arttıkça daha az PTSD yaşandığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4),
- Alkol kullandığını belirten erkeklerin daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4),
- Perinatal kayıp yaşayan kadınların parite, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğinde düşük ve ölü doğum varlığı, gebelik takiplerinin düzenli olup olmadığı ve takiplere eşikle katılması, bebeğin cinsiyetini öğrenme durumu, kayıp şekli, son doğum şekli ve yenidoğanın yaşadığı gün sayısının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.5),
- Gebeliği 22-29 haftaları arasında sonlananlar ile 38 ve üzeri haftalar arasında sonlanan kadınların, 30-37 haftalar arasında sonlananlara göre daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.5),



- Perinatal kayıp sürecinde kadınların ve erkeklerin gebeliği isteme durumu, ileride gebelik planlama durumu, fetusu ultrasonda görme, fetüs hareketlerini hissetmesi, doğum sonu bebeğe dokunması ve resim çekmesi (sarılı/örtülü, çıplak), cenaze işlemleri yapması, eşinden ve sağlık çalışanlarından destek alması, yaşadığı kaybı arkadaşlarıyla paylaşması ve danışmanlık kaynakları hakkında bilgi sahibi olmasının PTSD düzeyini etkilemediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.6),
- Doğum sonu bebeğini görmeyen erkeklerin görenlere göre daha fazla PTSD yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.6).

Bu sonuçlar doğrultusunda postnatal bakım hizmeti veren ebe ve diğer sağlık çalışanlarının;

- Yaşanan perinatal kayıp sonrasında çiftlerde travmatik etki oluşabileceği ve PTSD gelişebileceğini göz önünde bulundurması,
- Çiftleri, PTSD gelişmesini etkileyen; tanıtıcı, obstetrik, ve kayıp sürecine ilişkin özelliklerine göre değerlendirilmesi,
- Perinatal kayıp sonrası çiftleri hassas bir biçimde değerlendirmesi, PTSD gelişimiyle ilgili sorun saptandığında, çiftlere uygun ebelik yaklaşımı sağlayarak sürecin sağlıklı bir şekilde geçirilmesine yardımcı olunması,
- Bu süreçte görev alacak ebe ve diğer sağlık çalışanlarının konu hakkında bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinin sağlanması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. ACOG Committee opinion. Perinatal and infant mortality statistics. Number 167, December 1995. Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obs* 1996, 53: 86–8.
2. Yılmaz S. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2010.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2015. [www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) 11 Eylül 2017
4. Cacciatore J, Rådestad I, Frøen JF. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. *Birth* 2008, 35: 313–20.
5. Murray JA, Terry DJ. Parental reactions to infant death: The effects of resources and coping strategies. *J Soc Clin Psychol* 1999, 18: 341–69.
6. Scheidt CE, Hasenburg A, Kunze M, vd. Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2012; 73: 375–82.
7. Murray JA, Terry DJ, Vance JC, Battistutta D, Connolly Y. Effects of a program of intervention on parental distress following infant death. *Death Stud* 2000, 24: 275–305.
8. Robinson M, Baker L, Nackerud L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Stud* 1999, 23: 257–70.
9. Badenhorst W, Riches S, Turton P, Hughes P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006; 27, 245–56.
10. Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and Cohabitation Outcomes After Pregnancy Loss. *Pediatrics* 2010, 125: e1202–e1207.
11. Turton P, Evans C, Hughes P. Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: Phase II of a nested case-control cohort study. *Arch Womens Ment Health* 2009, 12: 35–41.
12. Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi 2005, 47: 205-10.

13. Guducu N, Kayan BO, Isci H, Yiğiter AB, Dünder İ. Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women Delivering Vaginally or by Cesarean Section. *Jinekoloj Obstet Pediatr ve Pediatr Cerrahi Derg* 2013, 5: 114–17.
14. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Arch Womens Ment Health* 2016, 19: 987–99.
15. Gold KJ, Johnson TR. Mothers at risk: maternal mental health outcomes after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2014, 123: 6S.
16. Bonanno GA, Kaltman S. The varieties of grief experience. *Clin Psych Rev* 2001, 21: 705–34.
17. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review) Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database* 2013, CD000452.
18. Kersting A, Kroker K, Steinhard J. Does abortion technique influence the course of perinatal grief in second trimester termination for fetal anomalies? *Am J Obstet Gynecol* 2006, 194: 1743.
19. Doka KJ. *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press <http://books.google.com/books?hl=pt-BR&id=evlGAAAAMAAJ&pgis=1> 2002, 11 Nisan 2017.
20. Murray JA, Terry DJ. Parental reactions to infant death: The effects of resources and coping strategies. *J Soc Clin Psychol* 1999, 18: 341–69.
21. Büchi S, Mörgeli H, Schnyder U, Jenewein J, Glaser bir, Fauchere JC, Ulrich Bucher, H, Sensky T. Shared or Discordant Grief in Couples 2–6 Years After the Death of Their Premature Baby: Effects on Suffering and Posttraumatic Growth. *Psychosomatics* 2009, 50: 123–30.
22. Kamm S, Vandenberg B. Grief Communication, Grief Reactions And Marital Satisfaction In Bereaved Parents. *Death Stud* 2001, 25: 569–82.
23. MacDorman MF, Kirmeyer SE, Wilson EC. Fetal and perinatal mortality, United States, 2006. *National Vital Statistics System* 2012, 60: 1–22.
24. The Perinatal Society of Australian and New Zealand. Perinatal Society of Australia and New Zealand Clinical Practice Guideline for Perinatal Mortality Audit [http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/Section\\_1\\_Version\\_2.2\\_April\\_2009.pdf](http://www.stillbirthalliance.org.au/doc/Section_1_Version_2.2_April_2009.pdf) 2009, 11 Nisan 2017.

25. Bilge A, Embel N, Kaya FG. The Attitudes of the Students Who Will Become Madicalcare Professional Aganist the Death And the Relations with These Attitudes and Their Death Anxieties And the Variables Which Affect Attitudes. *J Psychiatr Nurs* 2013, 4: 119–24.
26. Okyayuz Ü. Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz Dergisi*. 1995, 3(1): 167-71.
27. Autralian Government. Australian Institute of Health and Welfare [meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/327314](http://meteor.aihw.gov.au/content/index.phtml/itemId/327314) 13 Eylül 2017
28. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization 1992.
29. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. *Med Care* 1998, 36: 54–66.
30. ACOG Committee opinion. Perinatal and infant mortality statistics. Number 167, December 1995. Committee on Obstetric Practice. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obs* 1996, 53: 86–8.
31. Yilmaz SD, Beji NK. Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery* 2013, 29: 1272–7.
32. Buldukoğlu K. Gebeliğin Kaybı ve Perinatal Yas. İçinde: *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*, Taşkın L (Çeviri editörü). *Psychological Aspects Of High-Risk Pregnancy*, Taşkın L. 2. basım, Ankara, Palme Yayıncılık 2002, 133-86.
33. ACOG Practice Bulletin No. 102: Management of Stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009, 113: 748–61.
34. Cesur G. Kayıp Yaşantılarının Sonrası: Tartışmalı Bir Kavram “Karmaşık Yas”, *Nesne Psikoloji Dergisi* 2017, 5:10.
35. Bugen LA. Human Grief: A Model for Prediction and Intervention. *Amer J Orthopsychiat* 1977, 47: 196–206.
36. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007, 21: 249–59.
37. Dikencik BK, Akın N, Yavan T, Coşkun A. Perinatal dönemde çocuk kaybı olan ebeveynlerin duygusal tepkileri ve bunlara yönelik hemşirelik yaklaşımı. *Perinatoloji Dergisi* 1999, 7(1): 9.

38. Yıldız ZS. Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Belirtileri, Travma Sonrası Gelişim Ve Kendini Açma. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi 2016.
39. Oflaz F, Özcan CT, Taştan S, Çiçek H, Aslan Ö, Vural H. Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010, 1(1): 1-6.
40. Oflaz F, Hatipoğlu S, Aydın H. Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing* 2008, 17(5): 677-87.
41. Gates DM, Gillespie GL. Secondary Traumatic Stress in Nurses Who Care for Traumatized Women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008; 37: 243–9.
42. Air TM, McFarlane AC, Psychother D. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *J Clin Psychiatry* 2003, 64(2): 175-81.
43. Şuer T. Posttravmatik Stres Bozukluğu. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi 2005, 47: 205-10.
44. Türkiye Psikiyatri Derneği. Akut Stres Bozukluğu. <http://www.psikiyatribursa.org/anksiyete-bozukluklari/akut-stres-bozuklugu.html> 15 Ekim 2017.
45. Güdücü N, Kayan BÖ, İşçi H, Başgül YA, Dünder İ. Sezaryenle ve normal doğum yapan kadınlarda postpartum posttravmatik stres bozukluğu. *JOPP Derg* 2013, 5(3):114-7.
46. Friedman MJ, Keane TM and Resick PA. Handbook of PTSD: Science and practice. Guilford Press 2007.
47. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen tarafından uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö)- Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999, 10 (4), 286-93.
48. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *Yeni Symposium* 2008, 46(2): 51-61.
49. Gravensteen IK, Helgadottir LB, Jacobsen E-M, Sandset PM and Ekeberg Ø. Long-term impact of intrauterine fetal death on quality of life and depression: a case-control study. *BMC pregnancy and childbirth* 2012, 12: 43.

50. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med* 2013, 18: 76–82.
51. Sonay A. Tıbbi abortus yapan kadınların yaşadığı psiko-sosyal sorunlara ilişkin nitel bir çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul: İstanbul Üniversitesi 2006.
52. Candan Ö. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri Ve Hemşirelik Bakım Desteğinin Depresyon Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2012.
53. Khorshid L, Gürol Arslan G, Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim* 2006, 81: 182-8.
54. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 9(2): 68-75.
55. Cacciatore J. Effects of support groups on post traumatic stress responses in women experiencing stillbirth. *OMEGA-Journal of Death and Dying* 2007, 55: 71-90.
56. Sahu S. Coping with perinatal death. *J Reprod Med* 1981, 26: 129–32.
57. Gold KJ, Sen A, Xu X. Hospital Costs Associated with Stillbirth Delivery. *Matern Child Health J* 2013; 17: 1835–41.
58. Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AE. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ open* 2013, 3: e002237.
59. Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. *BMC pregnancy and childbirth* 2014, 14: 203.
60. Rådestad I, Steineck G, Nordin C, Sjogren B. Psychological complications after stillbirth—influence of memories and immediate management: population based study. *BMJ* 1996, 312: 1505-8.
61. Lasker JN, Toedter LJ. Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death studies* 1994, 18: 41-64.
62. Cunningham KA. Holding a stillborn baby: does the existing evidence help us provide guidance? *The Medical journal of Australia* 2012, 196: 558-60.

63. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *N Engl J Med* 1970, 283: 344–9.
64. Studd J. The Yearbook of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 1995. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists <https://www.crcpress.com/The-Yearbook-of-the-Royal-College-of-Obstetricians-and-Gynaecologists-1995/Studd/p/book/9780902331778>  
11 Ağustos 2017.
65. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance and guidelines | NICE <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192> 11 Eylül 2017.
66. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review) Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database* 2013; CD000452.
67. Sword W, Kurtz Landy C, Thabane L, vd. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2011; 118: 966–77.
68. Garthus NS, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014, 14: 191.
69. Ateser G, Oz IS, Sardarli S, Aydin DS, Boran BA. Has Delivery Method any Influence on the Postpartum Mood of the Mother? Postpartum SCL-90-R. *Istanbul Med J* 2017, 18: 62–7.
70. Rådestad I. Stillbirth: care and long-term psychological effects. *Br J Midwifery* 2001, 9: 474–80.
71. Rådestad I, Surkan PJ, Steineck G, Cnattingius S, Onelöv E, Dickman PW. Long-term outcomes for mothers who have or have not held their stillborn baby. *Midwifery* 2009, 25: 422–9.
72. Goldbach KR, Dunn DS, Toedter LJ, Lasker JN. The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991, 61: 461.
73. Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58: 435–49.
74. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980, 43: 155-9.

75. Swanson KM, Connor S, Jolley SN, vd. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Res Nurs Health* 2007; 30: 2–16.
76. Hunt K, France E, Ziebland S, Field K, Wyke S. My brain couldn't move from planning a birth to planning a funeral': A qualitative study of parents' experiences of decisions after ending a pregnancy for fetal abnormality. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 1111–21.
77. Güçlü OG, Arslan Ö, Erkiran M, Gedikbaşı A. Fetal Anomali Nedeniyle Terminasyon Uygulanan Kadınlarda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile İlişkisi. *Noropsikiatr. Ars* 2013, 50: 161-8.
78. McIntosh DN, Silver RC, Wortman CB. Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 812–21.
79. Lavender T, Walkinshaw SA. Can Midwives Reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomized Trial. *Birth* 1998, 25: 215–9.
80. Yenal K, Sirin A. Perinatal Kayıp Yasayan Aileye Yaklaşım. *Hemsirelik Forumu* 2004, 7(1): 7-11.
81. Barr P. Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* 2004, 77: 493–510.
82. Hampton MR, Frombach I. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care Women Int* 2010, 21: 67–76.
83. Armstrong DS. Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss. *J Nurs Scholarsh* 2002, 34: 339–45.
84. Armstrong DS. Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004, 33: 765–73.
85. Christiansen DM, Elklit A, Olf M. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2013, 35: 605–11.
86. Christiansen DM, Olf M, Elklit A. Parents bereaved by infant death: Sex differences and moderation in PTSD, attachment, coping and social support. *Gen Hosp Psychiatry* 2014, 36: 655–61.
87. Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi The relationship between anxiety and depression level and



- coping styles with stress of pregnant women. *Cumhur Tıp Derg* *Cumhur Tıp Derg* *Cumhur Med J* *Cumhur Med J* 2014, 36: 429–41.
88. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010, 27(1), 51-8.
89. Adewuya A, Ologun Y, Ibigbami O. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2006, 113: 284–8.
90. Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *Isr Med Assoc J* 2012, 14: 347–53.
91. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş, AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008, 45, 85-91.
92. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2008, 3: 39–66.
93. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. In: *J Clin Psychiatry* 2000, 15: 20–3.
94. Silva JA, Derecho DV, Leong GB, Weinstock R, Ferrari MM. A Classification of Psychological Factors Leading to Violent Behavior in Posttraumatic Stress Disorder. *J Forensic Sci* 2001, 46: 14963J.
95. Öztürk R, Saruhan A. 1-4 Aylık Premature Bebeği Hastanede Tedavi Gören Annelerin Depresyon ve Maternal Bağlanma İlişkisinin İncelenmesi. *HEMARG: Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013, 15: 1.
96. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Aycan S. 2- Hafta 18-Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı Ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Med J* 2011, 28(4), 385-93.
97. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression; a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004, 26; 289-95.
98. Campbell DG, Felker BL, Liu CF, vd. Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 711–718.

99. Abuidhail J, Abujilban S. Characteristics of Jordanian depressed pregnant women: a comparison study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014, 21: 573–9.
100. Josefsson A, Angelsioo L, Berg G, Ekstrom CM, Gunnervik C, Nordin C, Sydsjo G. Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet. Gynecol.* 2002, 99:223–8.
101. Srinivasan N, Murthy S, Singh AK, Upadhyay V, Mohan SK, Joshi A. Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of chennai. *J. Clin. Diagn. Res* 2015, 9: 08–12.
102. Fisher J, Tran T, La BT, Kriitmaa K, Rosenthal D, Tran T. Common perinatal mental disorders in northern Viet Nam: community prevalence and health care use. *Bull World Health Organ* 2010, 88: 737–45.
103. Fisher J, Tran T, Duc Tran T, Dwyer T, Nguyen T, Casey GJ, Anne Simpson J, Hanieh S, Biggs BA. Prevalence and risk factors for symptoms of common mental disorders in early and late pregnancy in Vietnamese women: A prospective population-based study. *J Affect Disord* 2013, 146: 213–9.
104. Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, Roux I, Mbewu N, Rotheram-Borus MJ. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri-urban settlements. *Reprod. Health* 2011, 8: 9.
105. Holzman C, Eyster J, Tiedje LB, Roman LA, Seagull E, Rahbar MH. A life course perspective on depressive symptoms in mid-pregnancy. *Matern Child Health J* 2006, 10: 127–38.
106. Bottomley KL, Lancaster SJ. The association between depressive symptoms and smoking in pregnant adolescents. *Psychol. Health Med.* 2008, 13: 574–82.
107. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J. Womens Health (Larchmt)* 2003, 12: 373–80.
108. Smedberg J, Lupattelli A, Mårdby AC, Payton ME, Watson GH. The relationship between maternal depression and smoking cessation during pregnancy—a cross-sectional study of pregnant women from 15 European countries. *Arch Womens Ment Health* 2015; 18: 73–84.
109. MacClean LI, Mcdermott MR, May CP. Method of delivery and subjective distress: women's emotional responses to childbirth practices. *J Reprod Infant Psychol* 2000, 18: 153-62.

110. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: A leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003, 67: 219–29.
111. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2016, 191: 62–77.
112. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991, 48: 216-22.
113. Breslau N, Davis GC, Schultz LR. Posttraumatic stress disorder and incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry* 2003, 60: 289-94.
114. Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Soc Sci Med* 2001, 53: 441-53.
115. Goodman JH. Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Jognn*, 2004, 33: 310-20.
116. Kural S, Evren C, Can S, Çakmak D. Alkol ve Madde Bağımlılarında Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2004,14:1-8.
117. Bolu A, Pan E, Günay H, Öznur T, Aydemir E, Erdem M. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Saldırgan Davranış ile Dissosiyasyon Arasındaki İlişki, *Gülhane Tıp Derg* 2014, 56: 97-101.
118. Şahin Hd, Naz İ, Aksel N, Aksel N, Tuksavul F, Özsöz A. Hastane Personelinde Sigara Alışkanlığı: Psikolojik Sorunların Etkisi Var Mıdır? *İzmir Göğüs Hastan Derg* 2015, 29: 2.
119. Crawley R, Lomax S, Ayers S. Recovering from stillbirth: the effects of making and sharing memories on maternal mental health. *J Reprod Infant Psychol* 2013, 31: 195-207.
120. Modarre MM, Sedigheh Afrasiabi S, Montazerark A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12: 88.
121. Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006, 27(2):91–7.
122. Paul TA. Prevalence of Posttraumatic Stress Symptoms After Childbirth: Does Ethnicity Have an Impact?. *J Perinat Edu* 2008, 17(3), 17–26.

123. Holditch DD, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003, 32: 161-171.
124. Babadağlı B, Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008, 11: 96-105.
125. Sevil DÜ, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. Kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası anksiyete ve depresyon düzeylerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2004, 18: 67-76.
126. Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir 1998.
127. Karabulut İ. Doğum Sonu Birinci Ve Dördüncü Aylarda Maternal Bağlanmanın Postpartum Depresyon İle İlişkisi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya 2013.
128. Yaman S, Altay N. Posttraumatic stress and experiences of parents with a newborn in the neonatal intensive care unit. *J Reprod Infant Psychol* 2015, 33: 140–52.
129. Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009, 116: 672–80.
130. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency caesarean section in comparison with elective caesarean section instrumental normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998, 19: 135–44.
131. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obst Gyn* 2006, 27: 81–90.
132. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007, 86: 1090-6.
133. Yönel E. Modifiye Perinatal Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği Türkçe Geçerlik Ve Güvenilirliği İle Postpartum Travma Sonrası Stres Bozukluğu Etiyolojisi Ve Yaygınlığı. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri

Enstitüsü, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Uzmanlık Tezi, Sivas 2015.

134. Kingdon C, Givens JL, O'Donnell E, Turner M . Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth* 2015; 42: 206–218.
135. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol* 2004, 103:698–709.
136. Czarnocka J. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychol* 2000, 39: 35–51.



## **EKLER**

### **EK-1. Özgeçmiş**

1989 yılında Diyarbakır'da doğdu. İlkokul eğitimini Diyarbakır'da, orta eğitimini Siirt'de ve lise eğitimini Adıyaman'da tamamladı. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nden mezun oldu. 2014 yılında Van Gevaş Toplum Sağlığı Merkezinde çalıştı. 2015 yılında Malatya Özel Gözde Grubu Hastanelerinde çalışmaya başladı. 2015 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programında lisansüstü eğitimine başladı. 2015 yılında Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2017 yılından itibaren İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır.

## EK-2. Kişisel Bilgi Formları

### Kadın Formu

1-Kaç yaşındasınız? .....

2-Eğitim düzeyiniz nedir?

- Okur-yazar değil     Sadece okur-yazar     İlkokul mezunu  
 Lise mezunu     Üniversite mezunu     Yüksek lisans mezunu

3- Mesleğiniz nedir?

- Ev Hanımı     İşçi     Memur     Serbest Meslek     Diğer....

4- Sosyal Güvenceniz var mı?  Var     Yok

5- Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

- Geliri giderinden fazla     Geliri gideriyle eşit     Geliri giderinden az

6- Aile tipiniz?

- Çekirdek aile     Geniş aile     Parçalanmış aile

7- Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

- il     ilçe     Köy - kasaba

8- Sigara kullanıyor musunuz?

- Evet .....tane/günde     Hayır

9- Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet .....bardak/hafta     Hayır

10- Eşinizle iletişiminiz nasıl?

- İyi     Orta     Kötü

11- Bu gebeliği istiyor muydunuz?

- Evet, istiyordum     Hayır, istemiyordum

12- Daha sonra planlayacağınız gebelikler olacak mı?

- a)Evet, kısa sürede istiyorum b)Evet ama uzun bir süre geçmesi gerek c)Hayır

13-Gebelik takiplerinizde bebeğinizi ultrasonda gördünüz mü?

- Evet     Hayır

14- Bebek hareketlerini hissettiniz mi?

- Evet     Hayır

15- Doğum sonrasında bebeğinizi gördünüz mü?

- Evet - Örtülü/ Sarılı     Evet – Çıplak     Hayır

16- Doğum sonrasında bebeğinize dokundunuz mu?

- Evet - Örtülü/ Sarılı     Evet – Çıplak     Hayır

17- Doğum sonrasında bebeğinizin resmini çektiniz mi?

( ) Evet - Örtülü/ Sarılı ( ) Evet – Çıplak ( ) Hayır

18- Bebeğinize cenaze işlemleri yapacak mısınız?

( ) Evet ( ) Hayır

19- Yaşadığınız bu olay süresince gerek duyduğunuzda eşinizden yardım/destek aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

20- Yaşadığınız bu olay süresince gerek duyduğunuzda sağlık çalışanlarından yardım/destek aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

21- Yakınlarınız, arkadaşlarınız yaşadığınız olaydan haberdar mı?

( ) Evet, paylaştım ( ) Hayır, daha paylaşmadım

22- Danışmanlık için nerelere başvuracağınız hakkında bir bilginiz var mı?

( ) Evet ...Belirtiniz.... ( ) Hayır

23- İlk gebelik yaşıınız: .....

24- Yaşayan çocuk sayısı: .....

25- Bu kaçınıc gebeliğinizdi? .....

26- Daha önceki gebelik kayıpları:

( ) Düşük: sayısı:..... ( ) Ölü doğum: sayısı:.....

( ) Neonatal ölüm: sayısı:.....

27- Şimdiki gebelik kaçınıc haftada sonlandı? .....

28- Şimdiki gebeliği sonlanma nedeni nedir?

( ) Nedeni belli değil ( ) Fetal nedenler ( ) Maternal nedenler

29- Gebelik takiplerini düzenli olarak yaptırmış mıydınız?

( ) Evet ( ) Hayır

30- Gebelik takiplerine eşinizle birlikte katılıyor muydunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

31- Bebeğinizin cinsiyetini öğrendiniz mi?

( ) Evet, Biliyorum kız ( ) Evet, Biliyorum erkek ( ) Hayır

32- Bebeğinize vereceğiniz ismi belirlemiş miydiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

33- Doğum şekliniz ne oldu?

( ) Normal Doğum ( ) Sezeryan Doğum



## Erkek Formu

1- Kaç yaşındasınız? .....

2- Eğitim düzeyiniz nedir?

Okur-yazar değil  Sadece okur-yazar  İlkokul mezunu

Lise mezunu  Üniversite mezunu  Yüksek lisans mezunu

3- Mesleğiniz nedir?

Çalışmıyor  İşçi  Memur  Serbest Meslek  Diğer....

4- Sosyal Güvenceniz var mı?

Var  Yok

5- Gelir düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

Geliri giderinden fazla  Geliri gideriyle eşit  Geliri giderinden az

6- Aile tipiniz?

Çekirdek aile  Geniş aile  Parçalanmış aile

7- Şu anda nerede yaşıyorsunuz?

il  ilçe  Köy - kasaba

8- Sigara kullanıyor musunuz?

Evet .....tane/gün  Hayır

9- Alkol kullanıyor musunuz?

Evet .....bardak/hafta  Hayır

10- Eşinizle iletişiminiz nasıl?

İyi  Orta  Kötü

11- Bu gebeliği isteme durumunuz?

Evet, istiyordum  Hayır, istemiyordum

12- Daha sonra ki zaman da çocuk sahibi olmayı ister misiniz ?

a) Evet, kısa sürede istiyorum b) Evet ama uzun bir süre geçmesi gerek

c) Hayır

13-Gebelik takiplerinizde bebeğinizi ultrasonda gördünüz mü?

Evet  Hayır

14- Bebek hareketlerini gözlemlediniz mi ?

Evet  Hayır

15- Doğum sonrasında bebeğinizi gördünüz mü ?

Evet - Örtülü/ Sarılı  Evet – Çıplak  Hayır

16- Doğum sonrasında bebeğinize dokundunuz mu?

Evet - Örtülü/ Sarılı  Evet – Çıplak  Hayır

17- Doğum sonrasında bebeğinizin resmini çektiniz mi?

Evet - Örtülü/ Sarılı  Evet – Çıplak  Hayır

18- Bebeğinize cenaze işlemleri yapacak mısınız?

Evet  Hayır

19- Yaşadığınız bu olay süresince gerek duyduğunuzda eşinizden yardım/destek aldınız mı?

Evet  Hayır

20- Yaşadığınız bu olay süresince gerek duyduğunuzda sağlık çalışanlarından yardım/destek aldınız mı?

Evet  Hayır

21- Yakınlarınız, arkadaşlarınız yaşadığınız olaydan haberdar mı?

Evet, paylaştım

Hayır, daha paylaşmadım

22- Danışmanlık için nerelere başvuracağınız hakkında bir bilginiz var mı?

Evet .... Belirtiniz....

Hayır

### EK-3. Olayların Etkisi Ölçeği

Gebeliğinizin sonlanmasını düşünerek aşağıdaki soruları cevaplayınız.					
	Hiç	Biraz	Orta	Fazla	Çok fazla
1-Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor					
2-Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor					
3-Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor					
4-Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum					
5-Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum					
6-İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum					
7-Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum					
8-Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum					
9-Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor					
10-Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum					
11-Olayı düşünmemeye çalışıyorum					
12-Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve çözmeye çalışmıyorum					
13-Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi hissizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum					
14-Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum					
15-Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum					

16-Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar					
17- Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum					
18-Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum					
19-Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum					
20-Olayla ilgili rüyalar görüyorum					
21-Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum					
22-Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum					

#### **EK-4. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

##### ***Sayın katılımcı;***

Bu anket formu ‘Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Travmatik Stres Bozukluğu Ve Etkileyen Faktörler’ adlı çalışma kapsamında bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Anket formunda 2 adet form bulunmaktadır. Bu formlardan birinde bazı kişisel (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş ile ilgili bilgiler, gelir düzeyi) ve gebeliğe ait özellikleriniz (gebelik ve doğum sayısı, gebelik haftası, önceki obstetrik öyküsü) ile ilgili sorular yer almaktadır. Diğer anket formu bebeğiniz ilgili duygu ve düşünceleriniz hakkında ki sorulardan oluşmaktadır. Anketlerde bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu araştırmanın niteliği açısından son derece önemlidir. Bu nedenle sorulara doğru yanıtlar vermenizi rica ederiz. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. İstedığınız zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Araştırma sırasında kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak ve araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Elde edilen sonuçlara sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır

Yukarıda yazılan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yeterli yanıtlar aldım.

Katılımcının/Gönüllünün;

Yardımcı Araştırmacı

Sorumlu Araştırmacı

Adı soyadı:

Arş.Gör. Esra SABANCI

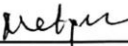
Yrd.Doç. Dr. Tuba UÇAR

İmza:

İmza:

İmza:

**EK-5. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik  
Kurul Başkanlığı Onayı**

<b>T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu)</b>			
<b>Oturum Tarihi</b>	<b>Oturum Sayısı</b>	<b>Karar Sayısı</b>	
21.02.2017	4	2017/4-4	
<p><b>Karar No: 2017/4-4:</b> Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 21.02.2017 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Yrd. Doç. Dr. Tuba UÇAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu; Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Arş. Gör. Esra SABANCI'nın "<b>Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Travmatik Stres Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler</b>" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum İzin Belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla <b><u>etik onayı verilmesine</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.</b></p>			
Prof. Dr. Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı		Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Saim YOLOĞLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI

## EK-6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Araştırma İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/04/2017-E.9923



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Malatya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

MALATYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - MALATYA İLİ KURUM İDARI  
HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
17/04/2017 15:21 - 94346804 - 771 83401  
0043541155

Sayı : 94346804-771  
Konu : Araştırma İzni

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 23/03/2017 tarihli ve 59728196-6620 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Esra SABANCI tarafında, 20 Nisan 2017 - 31 Ocak 2018 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisi ve yenidoğan ünitelerinde yapılacak olan "Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Traumatik Stres Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler" konulu bilimsel araştırma çalışmasının, ekte göndermekte olduğumuz protokol hükümleri doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Abdülvahap BOZTEPE  
Genel Sekreter

EKLER:  
Protokol

GÜVENLİ ELEKTRONİK  
İMZALI ASLI İLE AYNIYDIR  
18.1.04/2017  
Mehmet DOĞAN  
Teknisyen

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği

Bilgi için:Nesrin KARA

Faks No:4223245601

Unvan:EBE

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya Kamu hastaneleri Birliği

Telefon No:4223245603 (2036)

Eğitim Birimi N. KARA khb44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9b6e3ac8-a590-431d-8b80-c712fd0553db kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-7. Turgut Özal Tıp Merkezi Kurumu Araştırma İzin Formu



Evrak Tarih ve Sayısı: 10.04.2017-E.27600

T.C.

**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50235129-100  
Konu : Uygulama İzni

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinin 07/04/2017 tarihli ve 27273 sayılı yazısı.

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Esra SABANCI'nın, "Perinatal Kayıp Sonrası Çiftlerde Post-Travmatik Stres Bozukluğu ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışmasını Nisan 2017 - Ocak 2018 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi' ne bağlı Kadın-Doğum Servisleri ve Yenidoğan Ünitesinde yapma talebin uygun görüldüğüne ilişkin Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğinin ilgi yazısı ekte gönderilmiştir. Bilgilerinize rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof.Dr. Nusret AKPOLAT  
Rektör Yardımcısı

Ek:Yazı ve ekleri

İnönü Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı, Öğrenci Merkezi  
Telefon No: 4223773030 Faks No: 4223411070  
E-Posta: ogrenci@inonu.edu.tr İnternet Adresi:  
<https://www.inonu.edu.tr/tr/cms/ogrenci>

Bilgi İçin: Abdulkadir IRMAK  
Unvan: Bilgisayar İşletmeni  
Telefon No: 422 3773044



## EK-8. T.C. Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Perinatal Ölümler Bilgi Yazısı

T.C.  
MALATYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



SAYI : 52858848 – 236/

KONU : Perinatal Ölümler

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

İlgi: 22.09.2017 tarih ve E.23655 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıda Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisan programı öğrencisi Esra SABANCI' nın tez çalışmasını yapabilmesi için; 2016 yılına ait Malatya İlinde yaşanmış olan Perinatal kayıpların sayısı istenmişti. Tarafımızca istenen veri 162 olarak tespit edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Muhammed DURAN  
İl Sağlık Müdürü

.....  
İl Sağlık Müdürlüğü -Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar –Programlar ve Kanser Şube Müdürlüğü ( Çocuk ve Ergen Sağlığı ) Şifa Mah.Zapçioğlu Cad. Sıtmapınarı / MALATYA Tel : (0 422) 326 22 66 Dahili:309-241 Fax: (0 422) 3257377

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 004e04e2-237a-485f-931c-0a7e98e6b472 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.