

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

(DOKTORA TEZİ)

**DÜŞÜK DENEYİMİ YAŞAYAN KADINLARA VERİLEN
DESTEKLEYİCİ BAKIMIN PSİKOSOSYAL SAĞLIK
DURUMLARINA ETKİSİ**

PELİN PALAS KARACA

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. ÜMRAN OSKAY**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
PROGRAMI**

İSTANBUL-2016

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Pelin Palas Karaca tarafından hazırlanan Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psiko-Sosyal Sağlık Durumlarına Etkisi başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

17 / 10 / 2016

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji (Tez İzleme Komite Üyesi) Biruni Üniversitesi /
Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



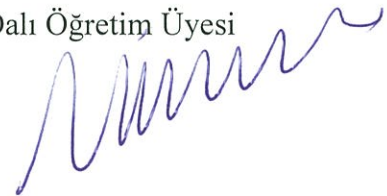
2.Prof.Dr.Nevin H.Şahin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Prof.Dr.Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Ümran Oskay (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi /
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Doç.Dr.Leyla Küçük (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü.Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi / Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim
Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



PELİN PALAS KARACA

İTHAF

Sevgili aileme ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince değerli bilgi, görüş ve önerileriyle beni yönlendiren, her zaman ilgi ve desteği ile yanımda olduğunu hissettiren, benim için sonsuz emek veren çok değerli hocam Doç. Dr. Ümran OSKAY'a

Mesleki ve eğitim hayatımın gelişimi için bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, doktora eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye, Prof. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN'e, Doç. Dr. Ergül ASLAN'a, Doç. Dr. Gülay Rathfisch'e,

Tez aşamasında bilgi ve desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK' e Akademik eğitim boyunca desteğini hissettiğim kıymetli hocam Prof. Dr. Nurdan Demirci'ye,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan, destekleri ve yardımları için Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Jinekoloji Servisin' de çalışan ebe ve hemşirelere,

Her zaman yanımda hissettiğim ve bana güç veren annem Sibel PALAS'a, babam Ercüment PALAS'a,

Bu zorlu süreçte beni destekleyen, sonsuz ilgi, sabır ve anlayış gösteren sevgili eşim Orhan KARACA'ya, varlığı ile bana manevi destek sağlayan biricik oğlum Ali Ege Karaca' ya sonsuz teşekkür ederim.

Bu araştırma, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu tarafından desteklenmiştir. Proje No: 115S929

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Xİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XİV
ÖZET	XV
ABSTRACT.....	XVİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Düşük	5
2.1.1. Düşüğün Tanımı ve Görülme Sıklığı	5
2.1.2. Düşüğün Etiyolojisi.....	6
2.1.3. Düşüğün Sınıflandırılması	7
2.1.4. Düşüğün Semptomları.....	10
2.1.5. Düşüğün Tanısı	11
2.1.6. Düşüğün Tedavisi	14
2.2. Düşük Yaşayan Kadınların Yaşadığı Sorunlar	15
2.2.1. Fiziksel Sorunlar	15
2.2.1.1. Ağrı	15
2.2.1.2. Kanama	15
2.2.2. Psikolojik Sorunlar.....	15
2.2.2.1. Gebelik kaybı ve hayal kırıklığı.....	16
2.2.2.2. Kendini suçlama.....	17
2.2.2.3. Anksiyete.....	17
2.2.2.4. Depresyon	18
2.2.2.5. Yeniden Gebe Kalma İle İlgili Duygular	19
2.3. Düşük ve Yas Süreci	20

2.3.1. Yas ve Yas Süreci	20
2.3.2. Yas Tepkileri	22
2.3.3. Yas Danışmanlığı	24
2.3.4. Düşükte Yas Danışmanlığı	24
2.3.4.1. Düşük Sonrası Yas Süreci	24
2.3.4.2. Düşük Sonrası Ebeveynlerin Tepkileri	26
2.3.4.3. Düşük Sonrası Yas Danışmanlığı	27
2.4. Düşük Yapan Kadına Psikososyal Destek	29
2.4.1. Eş, Aile ve Arkadaş Desteği	29
2.4.2. Sağlık Profesyonellerinin Desteği	31
2.5. Düşük Yaşayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Bakımı	34
2.5.1. Fiziksel Bakım	35
2.5.2. Psikososyal Bakım	38
2.6. Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlarda Swanson Bakım Kuramının Eğitim ve Danışmanlık Sunumunda Kullanımı	44
2.6.1. Kristen Swanson	46
2.6.2. Swanson Bakım Kuramı	46
2.6.3. Kuramın Amacı	47
2.6.4. Kuramın Kavramları	48
2.6.4.1. Hemşire	48
2.6.4.2. Kişiler	48
2.6.4.3. Sağlık ve iyilik	48
2.6.4.4. Çevre	49
2.6.4.5. Bakım	49
2.6.5. Kuramın Basamakları	49
2.6.5.1. Bilmek	49
2.6.5.2. Birlikte Olmak	50
2.6.5.3. Gereksinimlerini Karşılama	51
2.6.5.4. Güçlendirme	52
2.6.5.5. İnancı Korumak	53
3. GEREÇ VE YÖNTEM	55
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	55
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	55

3.3. Araştırmanın Değişkenleri	55
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	56
3.5. Araştırmanın Zamanı	56
3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	58
3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması	58
3.6.2. Örneklem Özellikleri.....	59
3.6.3. Randomizasyon ve Araştırma Grupları.....	60
3.7. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	62
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	62
3.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	62
3.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	63
3.7.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği	63
3.7.5. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği	64
3.7.6. Yas Ölçeği.....	65
3.8. Araştırmanın Uygulaması	66
3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	66
3.8.2. Araştırmanın Uygulanması	66
3.8.2.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar	66
3.8.2.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	67
3.8.3. Araştırmanın Uygulanmasında İzlenen Akış	68
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	70
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	71
4. BULGULAR.....	72
4.1. Düşük Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Dağılımı	73
4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	73
4.1.2. Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular	75
4.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Duygu-Düşünce ve Tepkilerinin Karşılaştırılması	76
4.1.4. Kadınların Düşük Sonrası Endişeleri ve Beklentileri	79
4.1.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	81

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas, Beck Umutsuzluk, Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeylerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması	84
4.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	84
4.2.2. Kadınlarda Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Beck Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulgular	88
4.2.3. Kadınlarda Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası DASÖ Düzeylerine İlişkin Bulgular	92
5. TARTIŞMA	96
5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik- Jinekolojik ve Düşük Sonrası Yaşanan Duygu/Düşence/Tepki/Beklenti Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	97
5.2. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi Sosyal Destek Sistemlerine ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	101
5.3. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	103
5.4. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması	105
5.5. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Depresyon/Anksiyete/Stres Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	107
6. SONUÇLAR	110
7. ÖNERİLER.....	112
KAYNAKLAR	114
FORMLAR	128
EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	128
EK-2: DÜŞÜK DENEYİMİ YAŞAYAN KADINLARA AİT TANITICI BİLGİ FORMU	130
EK-3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	133
EK-4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ	134
EK-5: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ.....	136
EK-6: DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ	137
EK-7: YAS ÖLÇEĞİ	139
EK-8: YAS ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI	140

EK-9: BALIKESİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN YAZISI	141
EK-10: BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI.....	143
EK-11: SWANSON BAKIM KURAMI' NA GÖRE DÜŞÜK YAŞAYAN KADINLARA VERİLEN DESTEKLEYİCİ BAKIM.....	145
EK-12:GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLAR İÇİN REHBER.....	152
ÖZGEÇMİŞ	160



TABLOLAR LISTESİ

Tablo 2-1: Düşüğün Semptom ve Bulguları	11
Tablo 2-2: Erken Gebelik Kayıplarına Ait Klinik Bulgular ve Ultrasonografi Bulguları	13
Tablo 2-3: Normal Yas Tepkileri.....	23
Tablo 2-4: Düşük Sonrası İletişim Teknikleri	32
Tablo 3-1: DASÖ Puantaj Tablosu	65
Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	73
Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	75
Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yeniden Gebelik İsteme Durumu İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	76
Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Duygu-Düşünce ve Tepkilerinin Karşılaştırılması	77
Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Olayına Karşı Verilen Tepkiye Etki Edebilecek Faktörlerin Karşılaştırılması.....	78
Tablo 4-6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Yaşadığı Endişelere İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4-7 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Sağlık Personelinden Beklentilerinin Karşılaştırılması	80
Tablo 4-8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Aileden Beklentilerinin Karşılaştırılması	81
Tablo 4-9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	82
Tablo 4-10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi SBTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	83
Tablo 4-11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	85
Tablo 4-12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Beck Umutsuzluk Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	89

Tablo 4-13: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası DASÖ'ne İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	93
--	----



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil: 2-1 Düşük Tipleri	10
Şekil 3-1: Araştırma Zamanı.....	57
Şekil 3-2: Araştırmayı Tamamlayan Vaka Sayısı.....	59
Şekil 3-3: Randomizasyon ve Araştırma Grupları.....	61
Şekil 3-4: Araştırma Uygulama Akış Şeması	69
Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Yas Ölçeği ve Alt Ölçek Skorları.....	88
Şekil 4-2: Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Ölçek Skorları	91
Şekil 4-3 Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan DASÖ ve Alt Ölçek Skorları.....	95

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA: American Pregnancy Association-Amerikan Gebelik Birliği

BUÖ: Beck Umutsuzluk Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

DASÖ: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği

D&C: Dilatasyon ve Küretaj

NSAİİ: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: World Health Organization – Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

PALAS KARACA, P. (2016). Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psikososyal Sağlık Durumlarına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, düşük deneyimi yaşayan kadınlarda Swanson Bakım Kuramı temel alınarak hazırlanmış eğitim/bakım programının ve bireysel danışmanlığın, umutsuzluk, yas, depresyon, anksiyete ve stres faktörlerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmaya Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Jinekoloji servisinde Mayıs 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında düşük yapan ve araştırma kriterlerine uyan 104 (deney: 52, kontrol: 52) kadın alındı.

Verilerin toplanmasında Düşük Yapan Kadınlara Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASÖ) ve Yas Ölçeği kullanıldı. Swanson Bakım Kuramına temellendirilmiş eğitim/bakım deney grubuna 1. gün hastane, 3.gün ev ziyareti, 7. gün telefon görüşmesi, 3. hafta ev ziyareti/hastane görüşme, 5. hafta telefonla görüşme ve 6. hafta ev ziyareti olmak üzere toplam altı aşamada gerçekleştirildi.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri, sosyo-demografik özellikleri, obstetrik- jinekolojik özellikleri, düşük yaptıkları zaman, düşük sonrası duyguları, düşünceleri, tepki durumları, yaşadığı endişeler, düşük sonrası aile ve sağlık personelinde beklentileri bakımından benzer olduğu bulundu. Swanson bakım sonrası kadınların fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel yas semptomlarında hafifleme; motivasyon düzeylerinde ve gelecek ile ilgili beklentiler/umut düzeylerinde olumlu yönde gelişme, gelecek ile ilgili olumsuz duygularında, depresyon ve anksiyete belirtilerinde azalma görüldü. Kadınların Swanson bakım sonrası stres düzeylerinde ise değişiklik olmadığı belirlendi.

Sonuç olarak Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim/destekleyici bakımının; düşük yapan kadınların yas sürecine olumlu katkı sağladığı, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığı belirlendi. Bununla birlikte kadının tekrar bir gebelik düşünmesi halinde, yeni bir bebek için umut etmesini ve inancını sürdürmesini sağladı.

Bu araştırma, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu tarafından desteklenmiştir. Proje No: 115S929

Anahtar Kelimeler: Düşük, Yas, Depresyon, Hemşirelik Bakimi, Swanson Bakım Kurami.



ABSTRACT

PALAS KARACA, P. (2016). The Effect of Supportive Care Given to Women Who Experienced Miscarriage on Their Psychosocial Health. İstanbul University, The Institute of Medical Sciences, Department of Women Health and Diseases Nursing Doctoral Dissertation İstanbul.

This study aimed to determine the effect of education/care program and personal counseling prepared based on the Swanson's Theory of Caring on hopelessness, grief, depression, anxiety and stress factors in women who experienced miscarriage.

A total of 104 women (experimental group=52 and control group=52) who had a miscarriage between May 2016 and August 2016 in Ataturk State Hospital Gynecology Services in Balıkesir Province and met the inclusion criteria of the study were included in the study.

The data were collected Information Form for Women Having Miscarriage, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Stress-Coping Style Scale (SCSS), Beck Hopelessness Scale (BHS), Depression, Anxiety, Stress Scale (DASS) and Grief Scale. The education/care based on the Swanson's Theory of Caring was provided to the experimental group in six stages at the hospital on the first day, through home visit on the third day, by phone call on the seventh day, through home visit/hospital interview in the third week, by phone call in the fifth week and through home visit in the sixth week.

The study found that the women included in the experimental and control groups of the study were similar in terms of descriptive, socio-demographic and obstetric-gynecologic characteristics, their time of miscarriage, feelings, thoughts, reactions, concerns after miscarriage, and their expectations from their family and health care professionals. It was also found that after the care based on the Swanson's Theory of Caring, the physical, emotional, behavioral and cognitive grief symptoms of the women decreased; their motivation levels and levels of expectation/hope for future positively improved and their negative feelings about future, depression and anxiety symptoms decreased. The study found that the stress levels of women did not change after the Swanson care.

As a result, the education/supportive care based on the Swanson's Theory of Caring was found to make positive contribution to the grief process of women who experienced miscarriage and to decrease the symptoms of hopelessness, depression and anxiety.

Also, it helped women to hope and hold their belief for a new baby in case of thinking about having a pregnancy again.

This research is supported by Science and Technology Research Institute of Turkey.

Keywords: miscarriage, grief, depression, nursing care, Swanson's Theory of Caring



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde modern tıptaki ilerlemelere rağmen kadınlarda hala düşük klinik bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Düşük gebeliğin birinci ve ikinci trimesterinde kanamaya sebep olan nedenler arasında ilk sırada olup, kadınlarda birçok komplikasyona yol açabilmektedir (Akan 2006). Dünya Sağlık örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından düşük, 23. gebelik haftasından küçük, 500 gramdan daha düşük ağırlığa sahip embriyo/fetus ve eklerinin uterusun atılarak, gebeliğin sonlanması tanımlanmaktadır (Who 2001). Tüm dünyada gebeliklerin %15-20'i spontan düşük nedeniyle kaybedilmektedir (Swanson ve ark. 2009; Adolfsson 2011; Robinson 2014). Bu düşüklerin %27'si 25-29 yaş arasında, %75'i ise 45 yaşın üstünde görülmektedir (Kersting ve Wagner 2012; Robinson 2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2013)'na göre; Ülkemizde evlenmiş kadınların beşte birinin (%23) kendiliğinden düşük yaptığı, %14'ünün ise en az bir kez isteyerek düşük yaptığı görülmektedir.

Düşük gebelikte sık görülen yaygın bir komplikasyon olup, kadının hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyen travmatik bir süreçtir (Kersting ve Wagner 2012; Toffol ve ark. 2013). Düşüğün fiziksel semptomları olan vajinal kanama, kramp ve ağrının başlaması ile birlikte kadında kaygı, korku, çaresizlik, kontrol kaybı, anksiyete ve depresif belirtiler gibi psikolojik semptomlar da görülebilmektedir (Geller ve ark. 2004; Obi ve ark. 2009; Körükçü ve Kukulu 2010; Robinson 2014). Yapılan çalışmalarda düşüğe bağlı anksiyete semptomlarının %30-50 arasında değiştiği, depresyon belirtilerinin ise %10-55 oranında görüldüğü ve bu semptomların altı ay ile bir yıl kadar devam ettiği bildirilmiştir (Geller ve ark. 2004; Lok ve Neugebauer 2007; Toffol ve ark. 2013). Obi ve ark. (2009)'nın yaptıkları bir çalışmada düşük yapan kadınların % 74'ün hafif düzeyde, %3'ünün orta düzeyde ve %13'ünün ciddi düzeyde depresyon belirtileri yaşadıkları rapor edilmiştir. Düşük sonrası kadınlarda majör depresyon bulgularının yanında post-travmatik stres bozukluğu, psikiyatrik bozukluklar ve intihar da görülebilmektedir (Szanto 2006; Swanson ve ark. 2009; Körükçü ve Kukulu 2010). Post-travmatik stres bozukluğu ile ilgili yapılan prevalans çalışmasında post-travmatik stres bozukluğunun ilk 1. ayda %25 ve kaybın 4. ayında %4 olduğu görülmüştür (Nikcevic 1998). Bowles ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada ise düşük

yapan kadınların yalnızca %1'lik kısmında post-travmatik stres bozukluğu kriterlerine uyduğu, %10'nun da ise akut stres bozukluğu yaşadığı saptanmıştır.

Düşük nedeni ile yaşanan kayıp, kadınların yas sürecini yaşamasına da yol açmaktadır (Adolfsson 2010; Nakano ve ark. 2013). Yas süreci kişinin yaşadıklarını sindirmesi, oluşan duyguların ya da gerçeğin farkına varma dönemidir (Akan 2006). Yas sürecine verilen tepkiler her kadında farklı düzeyde yaşanmaktadır (Koopmans 2013). Bireylerin yas sürecinde kayba karşı duydukları tepkiyi, yastaki bireyin kişilik özellikleri, baş etme tarzı, kültürel ve dini inancı, ruhsal hastalık öyküsü, destek sistemi, ekonomik durum, ölümü algılama ve önceki deneyimler etkileyebilmektedir (Kersting ve Wagner 2012; Toffol ve ark. 2013).

Yas süreci kadını hemen etkilediği gibi, 1-2 yıl sonra da etkileyebilmektedir. Düşük sonrası yas süreci ile ilgili yapılan çalışmalarda düşük yapan kadınların %40'nın kısa süre içerisinde hemen yas dönemine girdikleri belirlenmiştir (Lok ve Neugebauer 2007). Toedter ve ark. (2001) yayınladığı makalede Perinatal yas skalası kullanılarak dört ülkede yapılan, 22 uluslararası çalışmanın sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Karşılaştırmanın sonucunda çalışma sonuçlarının değerli olduğunu, düşük yapan annelerin yas derinliğinin (Perinatal yas ölçeği toplam puanı:81,5) ileri gebelik haftasında (Perinatal yas ölçeği toplam puanı:84,5) bebeğini kaybedenler kadar olduğunu göstermiştir (Toedter ve ark. 2001). Yapılan diğer çalışmalarda da kadının içten içe kendini suçladığı ve suçluluk duygusunu çok sık yaşadığı gözlenmiştir. Bu etkilerin en uzun süren ve silinmesi için en çok zaman gerektiren hisler olduğu saptanmıştır (Toedter ve 2001; Lok ve Neugebauer 2007).

Düşük yapan annenin yası en az herhangi bir yaşayan yakınıni kaybetmesi kadar ciddi olmaktadır. Yapılan çalışmalarda da düşükten sonra kadının yaşadığı yas safhalarının çocuğunu ya da akrabasını kaybedenlerle hemen hemen aynı olduğu bildirilmiştir (Toedter ve 2001; Frost ve ark. 2007; Lok ve Neugebauer 2007). Brier (2008)'e göre sevilen kişiye yönelik belirgin anılar bulunmamasına rağmen annenin zihninde ve hayalinde bebeğe ait imgelerin yer alması kadının yas sürecini yaşamasına neden olmaktadır. Aynı zamanda kadın üzüntü veya kaybedilen bebeğe özlem duyarak, kayıp konusunda konuşmak ve kaybın mantıklı bir açıklamasını öğrenmek ister (Beutel ve ark. 1995). Bu nedenle düşük sonrası hemşire kadına destekleyici bakım uygulayarak onların yas süreci kolay atlattıklarını sağlamalıdır (Küçükkaya 2009).

Düşük, daha büyük ve komplike bir yasin ve kederin tetikleyicisi olabilir (Germain 2005; Monk 2006; Murphy ve Philpin 2010). Komplike yas, bireyin yaşadığı çevreye adapte olamaması, kişisel, sosyal ve mesleki yaşamının olumsuz yönde etkilenmesi ve kaybın ardından en az altı ay geçmesine rağmen bireyin normal yaşamına dönememesi olarak tanımlanır (Küçükkaya 2009). Komplike yas, sosyal desteğin eksikliğinden ya da daha evvelden bulunan psikopatolojik bir rahatsızlıktan kaynaklanabilir. Komplike yas sürecinde kadın çaresizlik, kendini değersiz hissetme ve umutsuzluk duygularını yaşayabilir. Hemşire, düşük yapan kadına destekleyici bakım uygulayarak kadın yas sürecini kolaylaştırabilir ve komplike yas sürecini engelleyebilir (Küçükkaya 2009; Yıldız 2009; Morales ve ark. 2012). Düşük yapan kadınlara uygulanacak olan destekleyici bakımın kadınların fiziksel iyileşmesine, yas sürecini kolay atlatmasına, benlik saygısının devamının sağlanmasına, umutlu düşünmesine, depresyon, stres ve anksiyete düzeylerini azaltılmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde kadın doğum kliniklerinde düşük yapan kadınlara verilen bakım incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin düşük sonrası fiziksel bakıma odaklandıkları ve kadınlara yönelik destekleyici bakımın yetersiz olduğu düşünülmektedir. Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yapılan çalışmada, kayıp sonrası kadınların anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin, emosyonel ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenerek destekleyici hemşirelik bakımının sağlanması gerektiği belirlenmiştir (Candan 2012). Ülkemizde düşük sonrası dönemde kadınlara verilecek destekleyici bakıma ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca düşük yapan kadınlara yas sürecinde destekleyici bakımın verilmesine, değerlendirilmesine, komplike yasin gelişmesinin önlenmesine ve geliştiği durumlarda baş etme stratejilerin uygulanmasına yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır (Lok ve Neugebauer 2007). Bu bağlamda Swanson Bakım Kuramı düşük yapan kadınların bakımında, kadınların iyilik halinin kazandırılmasında, yas sürecini atlatmalarında ve psikososyal sağlığının geliştirilmesinde hemşirelere rehber olan bir kuramdır. Bu nedenle düşük yapan kadınlara uygulanacak olan Swanson bakım kuramına temellendirilmiş eğitim ve danışmanlığın sunulduğu bakım planlı ve sistemli bir şekilde yapılarak, kadınların düşük sürecini rahat atlatmaları ve kadınların bakım gereksinimlerinin karşılanmasına katkı sağlayacaktır.

Bu araştırma, dūřük deneyimi yaşayan kadınlara verilen destekleyici bakimin psikososyal sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Düşük

2.1.1. Düşüğün Tanımı ve Görülme Sıklığı

Düşük (abortus) terimi önceleri “*embryo ve fetüsün uterustan dışarı atılması*” olarak ifade edilmiştir (Candan 2012). Who (1970) önceleri düşüğü gebeliğin 28. gebelik haftasından önce istemsiz kaybı olarak tanımlamıştır (Kline 1984 pp.23). Bu haftanın sınırı tıp ve teknolojinin gelişmesi ve preterm eylemlerde yaşam sansının artması ile birlikte düşürülmüştür (Kline 1984; Akan 2006; Candan 2012). Günümüzde düşük, WHO (2001) tarafından “*23. gebelik haftasından küçük, 500 gramdan daha düşük ağırlığa sahip embriyo/fetus ve eklerinin uterustan atılarak, gebeliğin sonlanması*” olarak tanımlanmaktadır.

Düşük, kadın sağlığını etkileyen klinik bir olgu olup, gebeliğin birinci ve ikinci trimesterinde kanama yapan nedenler arasında ilk sırada yer almaktadır (Akan 2006). Buna rağmen düşüklerin tam olarak insidansını belirlemek zordur. Bunun sebebi rapor edilmeyen düşükler, tespit edilemeyen gebelik kayıpları (biyokimyasal abortus) ve tanımlamadaki farklı yaklaşımlardır. WHO dünya genelinde her yıl 210 milyon kadının gebe kaldığını ve bunlardan 135 milyonunun canlı doğum yaptığını tahmin etmektedir. Diğer 75 milyon kadının gebeliği ise gebelik kaybı, ölü doğum, indüklenmiş abortus ile sonuçlanmaktadır (WHO 2008).

Klinik olarak bilinen spontan düşük insidansı %15-20'dir (Swanson ve ark. 2009; Robinson 2013; Adolfsson 2011). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (2013) göre ülkemizde evlenmiş kadınların beşte birinin kendiliğinden düşük yaptığı görülmektedir. Düşük insidansı ile ilgili 200 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada da kadınların gebe kaldıktan 3 ay sonra %31'nin düşük yaptığı tespit edilmiştir (Matovina ve ark 2004).

Düşüklerin %27'si 25-29 yaş arasında, %75'i ise 45 yaşın üstünde görülmektedir (Adolfsson 2011; Kersting ve Wagner 2012; Robinson 2014). Bu konu ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada düşüklerin %12'sinin 30 yaş ve üstünde, %39'nun 35 yaştan sonra olduğu ve yaş arttıkça düşük oranının artış olduğu saptanmıştır (Maconochie ve ark. 2007). İleri maternal yaşın daha önceki düşük, parite, mens

düzenine bağlı olmaksızın yüksek risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Andersen ve ark. 2000).

Düşük riski, gebelik haftası ile değişkenlik göstermektedir. Düşüklerin %80'i birinci trimesterde görülmekte ve bu oran bundan sonraki haftalarda hızla düşmektedir (Anselmo 2004; Gezginç ve Dalkılıç 2011). Danimarka' da bu konu ile 27.432 kadın üzerinde yapılan çalışmada fetal kayıp riskinin (abortus, mol gebelik, ektopik gebelik) ilk trimesterde yüksek olduğu, ikinci ve üçüncü trimesterlerde düştüğü saptanmıştır (George 2006). Bu durum ile ilgili yapılan başka bir çalışmada fetal kardiyak aktivitenin saptanmasından sonra 6. gebelik haftasında düşük oranı %9,4, 7. gebelik haftasında %4,2, 8. gebelik haftasında %1,5 ve 9. gebelik haftasında ise %0,5 olarak bulunmuştur (Tong ve ark. 2008). 6337 erken gebeliğin incelendiği diğer bir çalışmada, gebelik kaybı oranı 7. gebelik haftasında %9,6 iken, 14. gebelik haftasında %2,3 olarak bulunmuştur (Ashoor ve ark. 2010).

2.1.2. Düşüğün Etiyolojisi

Düşüğün Etiyolojisi embriyonel, maternal ve paternal faktörler olmak üzere üç bölümde incelenir.

Embriyonel faktörler; Embriyonel faktörlerin çoğu ilk trimesterde düşüğe yol açar ve bu düşüklerin yaklaşık %50'si ile %60'ı embriyonun bir kromozomal anomalisiyle bağlantılıdır (Beckmann ve ark 2011 pp.148; Seyhan ve ark. 2011; Candan 2012; Holmes ve Baker 2014 pp.99). Bu anomaliler ovum, spermatogonyumun veya zigotun oluşum sırasında meydana gelir (Çoşkun 2008 pp. 523). Anomalilerin yaklaşık dörtte birinin anneden, %5' nin ise babadan kaynaklanan hatalara bağlı olduğu belirtilmiştir (Ordu 2012).

Maternal faktörler; Anneye ait faktörler genellikle birinci trimester sonu ile ikinci trimester abortuslarına sebep olmaktadır (Ordu 2012; Holmes ve Baker 2014 pp.99). Bu sebepler (Chen ve Creinin 2007; Ashoor ve ark 2010; Beckmann ve ark 2011 pp.147-149; Weintraub ve Sheiner 2011; Ordu 2012);

- Demografik faktörler: ileri anne yaşı, 2 veya daha fazla düşük öyküsü,
- Maternal hastalıklar: Wilson hastalığı, fenilketonüri, siyanotik kalp hastalığı, hemoglobinopatiler, inflamatuvar barsak hastalıkları,

- Endokrinopatiler: Kontrolsüz diabetes mellitus, anormal tiroid fonksiyonları, luteal faz defekti,
- İnfeksiyonlar (maternal ateş): Listeria monocytogenes kolonizasyonu, parvovirus B19, rubella, herpes simplex, toxoplasma gondii, tyco plasma hominis, chlamydia trachomatis ve diğerleri,
- Hiperkoagübilite durumları, anormal immun sistem: Genetik veya edinilmiş trombofili, APLA sendromu, sistemik lupus eritematozus, alloimmun hastalık,
- Genital organ anomalileri: tümör, anomoli, myom...
- Madde kullanımı: Kafein, sigara, alkol, kokain,
- İlaçlar: Non Steroid Anti-İnflamtuar İlaçlar (NSAİİ), anestezi gazlar,
- Çevresel maddeler: Formaldehid, zirai ilaçlar, solventler, radyasyon,
- Travmalar: Gebeliğin 14. haftasından önceki dönemlerdeki elektrik çarpmaları, amniyosentez girişimleri, ateşli ve delici silah yaralanmaları, trafik kazaları...
- Beslenme Bozuklukları.

Paternal faktörler: Düşüklerde paternal faktörler üzerindeki araştırmalar halen yetersizdir (Weintraub ve Sheiner 2011; Ordu 2012). Paternal sebepli düşüklere ileri baba yaşı yada kromozom anomalileri yol açabilir (Ordu 2012). Son yıllarda düşük riski ile baba yaşı arasında bağlantı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Andersan ve ark (2004)'nın yaptıkları 50 yaş ve üzeri erkeklerde yaptıkları çalışmada paternal yaşta riskin %88 arttığı belirtilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda bu oranın %60-%90 arasında değiştiği saptanmıştır (Slama ve ark. 2004).

2.1.3. Düşüğün Sınıflandırılması

Düşükler oluş zamanlarına, tamamlanma şekline, oluş şekline ve klinik seyrine göre dört şekilde sınıflandırılır (Şekil 2-1).

Düşükler oluş zamanına göre;

- a) Subklinik düşük (Belirlenemeyen düşük)
- b) Erken düşük: Gebeliğin ilk 12 haftalık dönemini kapsar. Düşüklerin %80'i bu dönemde olmaktadır. den fazlası ilk 12 haftada olmaktadır. Bunların en az yarısı kromozomal anomalilerine bağlıdır (Ordu 2012).

c) Geç düşük: Gebeliğin 12. haftasından sonra görülen düşüklere dir. Bu düşüklere gebeliğin 12-22. haftalarını kapsar.

Düşükler tamamlanma şekline göre:

a) Komplet düşüklere (Tam düşük): Genellikle gebeliğin 6. haftasından önce ve 14. haftasından sonra gerçekleşen düşüklere de görülür. Gebelik ürününün tümü dışarı atılmıştır. Tam düşükte uterus küçük ve iyi kontrakte dir. Az miktarda vajinal kanama ve hafif ağrı olabilir (Weintraub ve Sheiner 2011).

b) İnkompleyt düşüklere (Tamamlanmamış düşük): Bu düşük tipi çoğunlukla gebeliğin 12. haftasından sonra gerçekleşen düşüklere de görülür. Embriyo veya fetüs ve eklerinin bir kısmının uterus kavitesi dışına atılıp, bir kısmının ise kavitede kaldığı durumdur. Genellikle fetüsün atılmasına karşılık önemli oranda plental materyal uterin kavite içinde kalabilir. Uterus beklenen gebelik haftasından küçüktür ve iyi kontrakte değildir. Kadında kanama miktarı değişkenlik gösterebilir ve ağrılı kramplar olabilir.

Oluş şekillerine göre:

a) Spontan düşüklere (Kendiliğinden olan düşük): Genellikle zorlama, cerrahi ya da medikal girişim olmadan oluşan düşüklere dir. Spontan düşük riski gebelik haftası ile değişkenlik göstermekte olup, %80 gibi büyük bir oranda gebeliğin birinci trimesterde görülür (George 2006).

b) Zorlanmış düşüklere (Provake, İnduced): Bu grup kendi arasında 2 alt guruba ayrılır;

Medikal düşük (Terapötik düşük): Tıbbi nedenle yapılan düşüklere dir (Çoşkun 2008 pp. 526; Terzioğlu ve ark. 2010). Gebeliğin devamı annenin hayatını tehdit ediyorsa, sağlığını olumsuz yönde etkiliyorsa, anomalili bir bebek doğuracaksa, gebelik tecavüz ve ensest ilişki sonucu oluşmuşsa kadına medikal düşük önerilir (Çoşkun 2008 pp. 526). Bu tür durumlarda gebelik 20. haftadan önce sonlandırılır.

İstemli düşük (kriminal, elektif): Anne ve fetüsün sağlıklı olmasına rağmen, istenmeyen bir gebeliğin 10. haftasından önce sonlandırılmasıdır. Genellikle planlanmamış gebelikler sonucunda meydana gelmektedir (Terzioğlu ve ark. 2010). Aynı zamanda yapılan araştırmalarda sosyo-ekonomik problemlerin, anne yaşının, eş ile ilgili yaşanan problemlerin ve öğrenim düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin isteğe bağlı

düşüklerin uygulanma sıklığını artırdığı saptanmıştır (Than ve ark 2005; Terzioğlu ve ark. 2010)

Klinik seyrine göre düşükler

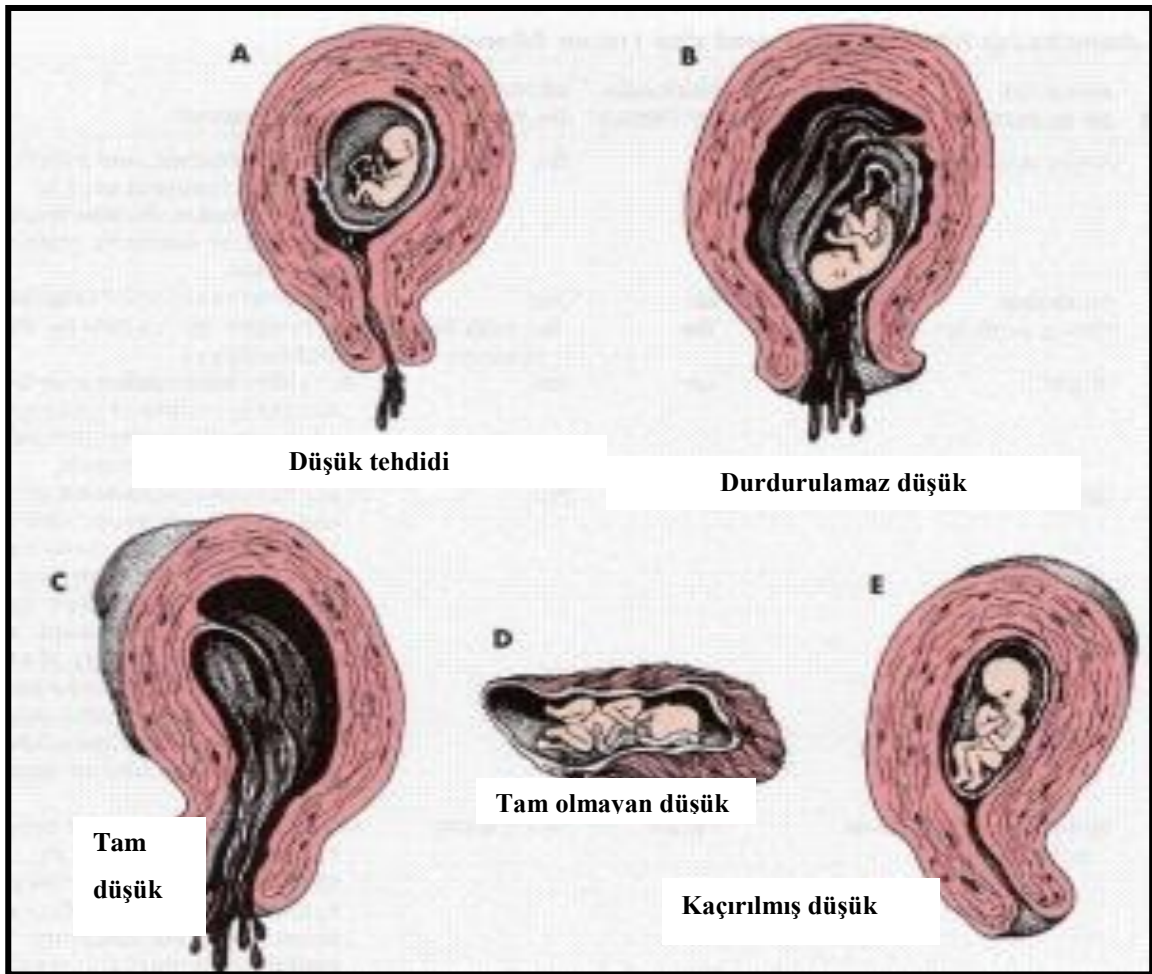
a) Abortus imminens (Düşük tehdidi): Gebeliğin ilk 20. haftasında görülür. Vajinal kanama ya da lekelenme mevcuttur. Bununla birlikte abdomen ve sırtın alt kısmında kramp tarzı ağrı bulunabilir. Muayenede uterus büyüklüğü gestasyonel hafta ile uyumlu olup, serviks uzun ve kapalıdır. Gebelik ürünü henüz bozulmamıştır. Bu nedenle gebelik testi poziftir (Çoşkun 2008 pp. 524; Weintraub ve Sheiner 2011; Ordu 2012). Uygun tedavi ve bakımla gebelik devam ettirilebilir. Gebe kadına yatak istirahati ile birlikte koitustan ve ağır fizik aktiviteden kaçınma önerilmelidir (Çoşkun 2008 pp. 524).

b) Abortus insipiens (Durdurulamayan düşük): Kadında servikal dilatasyon, uterin kontraksiyonlar ile birlikte vajinal kanama ve ağrı vardır. Ayrıca membranlarda yırtılmış olabilir.

c) Missed abortus (Ölü düşük): Embryo veya fetüsün öldüğü, kanama ve servikal dilatasyonun olmadığı bir düşük türüdür (Ordu 2012; Taşkın 2002 pp. 364; Murray ve Kinney 2013 pp.506). Uterin büyümede durma mevcuttur, ultrasonografide fetal hareket saptanmaz ve takiplerde B-HCG artmaz (Taşkın 2002 pp. 364; Candan 2012). Gebelik ürünü uterusu 4 hafta veya daha uzun süre kalabilir (Taşkın 2002 pp. 364). Kadında amenore ya da kahverengi vajinal akıntı vardır (Ordu 2012; Murray ve Kinney 2013 pp.506). Memelerdeki değişikliklerde gerileme mevcuttur (Ordu 2012; Murray ve Kinney 2013 pp.506). Olguların çoğunda ağrı şikayeti bulunmamaktadır (Ordu 2012). Tedavi uterin kavitenin boşaltılmasıdır (Murray ve Kinney 2013 pp.506).

d) Habitüel abortuslar (Rekürren abortuslar, tekrarlayan düşükler): 3 veya daha fazla gebelik kaybının 22. haftadan önce gerçekleşmesidir (Alataş 2004). Tekrarlayan düşüklerin en sık nedenleri genetik faktörler, kromozomal bozukluklar, servikal yetmezlik, konjenital uterin anomalilerdir (Alataş 2004; Murray ve Kinney 2013 pp.506). Aynı zamanda luteal faz defekti, immunolojik faktörler ve enfeksiyona bağlı nedenler de tekrarlayan düşüklere yol açabilir (Alataş 2004; Murray ve Kinney 2013 pp.506). Kadında kötü kokulu akıntı mevcuttur.

e) Septik düşük: Embriyo/fetüs/plasenta ile birlikte kavum uterinin enfekte olmuş halidir (Çoban 2008 pp.525; Ordu 2012). Genellikle kriminal düşüklük sonrası görülür (Demirkıran 1999). Kadında akut enfeksiyon belirtileri olup, myalji ve kusma görülür (Taşkın 2002 pp. 356; Çoban 2008 pp.525). Kadının septik şok tablosuna ilerlemesini engellemek ve enfeksiyonu ortadan kaldırmak için acil olarak tedavi edilmelidir. Tedavide kadına antibiyotik başlanır. İlerleyen tablolarda histerektomide uygulanabilir (Holmes ve Baker 2014 pp.102-104).



Şekil: 2-1 Düşük Tipleri

Kaynak: Perry, S.E., Marilny J (Ed.). (2014) Maternal Child Nursing Care. Amerika, Elsevier.

2.1.4. Düşüğün Semptomları

Düşük eyleminde sekonder bir amenore sonrası olan vajinal kanama, abdominal ağrı ya da pelvik ağrı mevcuttur (Chen ve Creinin 2007; Prine ve Macnaughton 2011; Ordu 2012). Vajinal kanama koyu ve lekelenme şeklinde olup, progesteron ve estrogen

hormon düzeyindeki azalmaya bağlı olarak desiduanın atılması ile ilgilidir (Taşkın 2002 pp.354). Daha sonra konsepsiyon ürünün ayrılmaya başlaması ile birlikte kanama açık, parlak ve kırmızı olur. Kanama gebeliğin haftasına ve olayın ilerleyiş tarzına göre leke tarzında ya da bol miktarda olabilir (Çoşkun 2012 pp.523-526; Ordu 2012.). Düşükte ağrı ise çeşitli şekillerde kendini gösterir, ritmik ya da sürekli olabilir (Çoşkun 2012 pp.523-526). Abdominal veya pelvik ağrı, sırtta ve perineuma yayılabilir (Altun ve Özererkan 2008 pp.584).

Düşüğün Semptom ve Bulguları Tablo 2-1’de yer almaktadır.

Tablo 2-1: Düşüğün Semptom ve Bulguları

SEMPTOMLAR	BULGULAR
Vajinal lekelenme/kanama (abortus tip ve şiddetine bağlı)	Vajinal lekelenme/kanama (abortus tip ve şiddetine bağlı)
Abdominal-pelvik ağrı/kramp	Vajinal muayenede Feto-pleental parça görülmesi
Feto-pleental parça düşürme öyküsü	Uterusun beklenen gebelik haftasından küçük olması
Gebelik belirtilerinde azalma/kaybolma	Servikal açıklık
Kötü kokulu akıntı, yüksek ateş	Hemorajik şok bulguları (abondan kanamalarda) Ultrasonografide fetal kalp atımının izlenememesi Uterin kavitede pleental materyal izlenmesi (inkomplet abortus) Boş uterin kavite (komplet abortus) Kötü kokulu akıntı, yüksek ateş, suprapubik hassasiyet (septik abortus) DIC bulguları (missed asbortus, septik abortus)

2.1.5. Düşüğün Tanısı

Gebeliğin ilk 22 haftasında vajinal kanama olduğunda dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Vajinal kanamanın düşük tehdidi mi, yoksa başka bir nedenle mi ilişkili olduğu belirlenmelidir (Taşkın 2002 pp.357). Bu yüzden düşüğün tanısı ayrıntılı bir

öyküyü, fiziki muayeneyi, klinik bulguları ve ultrasonografiyi kapsar (Çoban 2008 pp. 526; Weintraub ve Sheiner 2011.). Bununla birlikte bazen düşüğün ayırıcı tanısı için (implantasyon kanaması, ektopik gebelik, molar gebelikler) bazen de abortusun komplikasyonlarını değerlendirmede laboratuvar testlerden de faydalanılmaktadır (Weintraub ve Sheiner 2011).

Ayrıntılı bir öykü için kadının obstetrik ve jinekolojik öyküsü mutlaka sorulmalıdır (Ordu 2012). Kan ve idrarda da koryanik gonadotrop hormon düzeyine bakılarak gebeliğin devam edip etmediği belirlenir (Çoban 2008 pp. 526). Kadında sekonder bir amenore sonrası gelişen bir vajinal kanamanın (servikal polip, vajinit, servikal karsinom, gestasyonel trofoblastik hastalık, ektopik gebelik, alt genital traktüs travmaları ve yabancı cisim) olup olmadığı saptanmalıdır (Ordu 2012).

Pelvik muayene yapılmalıdır. Pelvik muayenenin zorlamadan ve kolay bir biçimde yapılması gerekir. Pelvik muayene kanamanın kaynağı, servikal dilatasyon ve düşük materyalinin kavite dışına atılıp atılmadığı anlamak için uygulanmalıdır (Ordu 2012).

Ultrasonografi gebelikte kanamaların değerlendirilmesinde, gestasyon haftasını belirlemede, vajinal kanamada ve pelvik ağrı durumunda uygulanır. Aynı zamanda gebeliğin devam edip etmediğini, fetüsün canlı olup olmadığını gösteren bir yöntemdir (Ordu 2012).

Tablo 2-2'de erken gebelik kayıplarına ait klinik bulgular ve ultrasonografi bulguları özetlenmiştir.

Tablo 2-2: Erken Gebelik Kayıplarına Ait Klinik Bulgular ve Ultrasonografi Bulguları

Kategori	Tanim	Ultrasonografi özelliği
Anembriyonik gebelik	Herhangi embriyonik bir yapı Gestasyonel kese >13 mm ve Yolc gelişimi olmaksızın sadece kesesi gözüküyor gestasyonel kesenin geliştiği Gestasyonel kese >18 mm ve durumdur. Daha önceleri “empty sac” Embriyonik kutup gözüküyor veya “blighted ovum” olarak bilinen 1 haftalık sürede herhangi bir durumdur.	gelişim göstermeyen >38 gün üzeri gebelik.
Tam düşük	Konsepsiyon ürünlerinin tamamının atıldığı durumdur.	Boş uterus/endometriyal hat kalın olabilir.
Ektopik gebelik	Endometriyum dışında yerleşmiş gebelik. En sık yerleşim tubalardır. Bununla birlikte serviks, uterus de-sac'ta serviks, uterus de-sac'ta sınırlı olabilir. Kalp atımı cornuları, over ve abdomen de olan embriyo görünümü olabilir.	Boş uterus. Kistik/kompleks görülebilir veya cul adneksiyal kitle görülebilir veya cul. Kalp atımı görülebilir ancak nadirdir.
Embriyonik veya fetal kayıp	Embriyo veya fetüsün gelişiminden sonra gerçekleşen gebelik kaybıdır.	Kalp atımı görülmeyen ≥ 5 mm embriyo.
Tam olmayan düşük	Konsepsiyon ürünlerinin tamamının atılmadığı durumdur.	Serviks kapalıdır ve kanama yoktur. 1 haftalık sürede gelişim “Missed abortus” olarak da bilinir. gözükmeyen <5 mm embriyo. Endometriyal hat boyunca veya servikal kanalda heterojenöz ve/veya ekojenik materyal.
Kaçınılmaz düşük	Serviks dilate, sıklıkla kanama mevcut, konsepsiyon ürünlerinin pasajı gerçekleşmemiş, ancak kayıp engellenemez.	Konsepsiyon ürünleri görülebilir durumda, fetal kardiyak aktivite var veya yok.
Tekrarlayan düşük	Üç veya daha fazla ardışık gebelik - kayıptır.	

Septik düşük	Endometrium, parametrium, adneks veya peritonun assendan Tam olmayan düşük ile aynı enfeksiyonu ile ilişkili tam olmayan düşük durumudur.
Düşük tehtidi	Kapalı serviks ile birlikte 20 hafta Gebelik haftası ile uyumlu bulgular. öncesi viable gebelikte vajinal Subkoryonik hemoraji görülebilir. kanama durumudur.

Kaynak: Prine, L. ve Macnaughton, H. (2011). Office management of early pregnancy loss. *American Family Physician*, **84**:75-82.

2.1.6. Düşüğün Tedavisi

Düşük tanısı kesin olarak konulduktan sonra tedavi için üç yaklaşım vardır. Bunlar; cerrahi tedavi (dilatasyon küretaj), medikal tedavi ve izlem yaklaşımıdır.

1. Cerrahi Tedavi: Ülkemizde ve dünyada en tercih edilen yöntemlerden birisidir (Ordu 2012). Dilatasyon ve Küretaj (D&C) işlemi, birinci trimester ve erken ikinci trimester gebelik kayıplarında potansiyel hemoraji ve enfeksiyon komplikasyonlarından korunmak için uygulanır (Chen ve Creinin 2007). Dilatasyon ve küretaj yöntemi ile gebelik ürünü uterusun boşaltılır (Çoban 2008 pp. 526). Takip olanağı bulunmayan embriyo/fetüsün öldüğü, kanama, ateş ve enfeksiyon bulgularının olduğu kadınlarda uygulanır (Ordu 2012).

Dilatasyon ve küretaj işlemi etkili ve güvenli bir yöntemdir (Ordu 2012). Buna rağmen enfeksiyon, uterin perforasyon, uterusun tam boşaltılmaması, servikal travma, ileride infertilite veya ektopik gebeliğe zemin hazırlayabilecek olan uterin adezyonlardır ve anesteziye bağlı komplikasyonlar görülebilmektedir (Demetroulis ve ark. 2001).

2. Medikal Tedavi: Medikal tedavi konsepsiyon materyalinin atılmasını indükler. Seçenekler tipik olarak bir prostoglandin analogu (en sık kullanılan misoprostol) veya mifepristone ile veya metotreksat kombinasyonu şeklindedir (Chen ve Creinin 2007).

3. Bekleme/İzlem Yönetimi: Hastada cerrahi girişimi zorunlu kılan komplikasyonların hiçbiri yoksa bekleme/izlem yönetimi tercih edilebilir. Bekleme/İzleme yöntemi 13 haftanın altında düşük yapan, vital bulguları stabil ve

infeksiyon belirtisi olmayan vakalarda da kullanılan bir yöntemdir (Chen ve Creinin 2007). Medikal yönetim ile karşılaştırıldığı çalışmalarda benzer başarı oranlarından bahsedilmiştir (Shelley ve ark 2005). Başarı oranlarındaki farklılıklar izlem süresine, kullanılan medikal rejime ve düşük tipine (inkomplet abortus vs missed abortus) bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Shelley ve ark 2005).

2.2. Düşük Yaşayan Kadınların Yaşadığı Sorunlar

2.2.1. Fiziksel Sorunlar

2.2.1.1. Ağrı

Düşük yaşayan kadınlarda görülen ağrı kramp ve künt tarz olup, şiddeti değişiklik gösterebilir. Ağrı uterus kontraksiyonlarından ve servikal dilatasyondan kaynaklanabilir. Ağrı yeri ise pelvis orta hatta ve simfisiz pubisin hemen arkasında hissedilir (Kılıççı 2004; Adolfsson 2006).

2.2.1.2. Kanama

Kanama genellikle sekonder bir amenore sonrası gelişir. Kanama kısa ya da uzun süreli olup, gebelik haftasına ve düşük tipine göre değişiklik gösterebilir. Kanamanın rengi kırmızı ya da siyah olabilir. Kanama ile birlikte pelvik ağrı mevcut ise, gebelik ürünü düşebilir. Gebelik ürünü tam olarak atılırsa kadın rahatlayabilir. Buna bağlı olarak kanama ve ağrı azalır. Eğer gebelik ürünü tam olarak atılmazsa kanama ve ağrı devam ederek, kadında istenmeyen bir komplikasyona neden olabilir (Kılıççı 2004).

2.2.2. Psikolojik Sorunlar

Düşük sonrası kadınların psikolojik semptomlar yaşadığı birçok çalışmada rapor edilmiştir (Swanson 1999b; Neugebauer ve ark. 2006; Nikcevic ve ark. 2007; Adolfsson ve Larsson 2010). Bu psikolojik semptomlar arasında en çok suçluluk, hayal kırıklığı, öfke, depresyon ve anksiyete gibi emosyonel durumlar görülmektedir. Bununla birlikte kadında posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif rahatsızlıklar, intihar ve panik bozuklar da ortaya çıkabilir (Akker 2011). Finlandiya'da intihar ile ilgili yapılan bir çalışmada intihar oranlarının düşük yapmış kadınlarda, canlı doğum yapmış kadınlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır (Akker 2011).

Düşük yapan kadınlarda psikolojik semptomların sıklığı ve şiddeti her kadında aynı düzeyde olmamaktadır. Bu semptomların sıklığı ve şiddeti yönünden risk altında yer alan kadınları değerlendirdiğimizde (Akker 2011; Nynas ve ark. 2015);

- Psikiyatrik hastalık öyküsü bulunanlar,
- Daha önce hiç çocuğu olmayanlar,
- Eş ve/veya diğer sosyal destek kaynakları yetersiz olanlar,
- Daha önce düşük yapanlar,
- Düşük soysa-ekonomik duruma sahip olanlar,
- Planlı bir gebelik kaybı yaşayanlar,
- İnfertil olanlar,
- Baş etme becerileri yetersiz olarak ifade edebiliriz.

2.2.2.1. Gebelik kaybı ve hayal kırıklığı

Düşük yaşayan kadınlar çoğu zaman ölümü görmemiş, şimdi ise büyük ve beklenmedik bir kayıpla karşı karşıya kalan genç insanlardır (Adolfsson 2006; Akan 2006). Aynı zamanda yaşanan düşük olayı ile birlikte kadının bu gebelikte canlı bir bebek doğurma ihtimali ortadan kalkmıştır. Buna bağlı olarak kadın çocuk büyütme, ebeveyn olma, ebeveyn olarak yeni kimlik alma ile ilgili hayal kırıklığı yaşar. Bununla birlikte ebeveynlerin olmasını çok istediği beklentileri ortadan kalkınca yaşadıkları umutsuzluğun acısı daha keskin olabilir (Akan 2006; Akker 2011).

Kayıp sonrasındaki erken aylarda, kadınlar sıklıkla yalnızlık, boşluk ve özlem gibi duyguları da yaşarlar. Sütleri geldiğinde, emzirecek bir bebekleri olmamaları yaşanacak emosyonel gerginliğe zemin oluşturabilir. Hem anneler hem de babalar istedikleri çocukları hakkında değişik düşüncelere dalabilirler. Bazı kadınlar bu duygularla başa çıkmak için anılarını anlatmazlar veya bebek hakkında konuşmazlar. Bazıları ise anılarını ve kayıpları hakkında devamlı konuşmak isterler. Özellikle çocuk odasıyla ve bebek kıyafetleri ile alakalı ne yapacaklarına karar vermek bu dönemde çok zordur. Bazı kadınlar evlerine gitmeden odanın yıkılmasını isterlerken, bazıları da kayıplarına yas tutana kadar odanın dokunulmamış kalmasını isterler (Perry 2015).

Düşük erken dönemde bir gerçekleşmiş ise kadın, kaybettiği bebeği için bir kimlik yaratamaz, bebeğinin cinsiyetini bilemez, tutunacak bir fotoğrafı ya da gömecek

bir şeyi yoktur (Adolfsson 2006). Böyle bir durum kadının daha çok keder yaşamasına ve yas sürecinin uzamasına yol açabilir.

2.2.2.2. Kendini suçlama

Kadınların üçte ikisi düşükten sonra kendilerini suçlu hissederler ve suçluluk duygusu taşırlar (Adolfsson 2006). Bunun nedeni kadınlar düşük olayını önleyemedikleri ve bebeklerini koruyamadıkları duygusu taşıdıkları için yoğun savunmasızlık duygusundan dolayı suçluluk duygusu hissedebilirler. Bununla birlikte düşüğün nedeni genetik olması, fetüste anomalinin tespit edilmesi ya da olayın kazaya/travmaya bağlı olarak meydana gelmesi suçluluk duygusu geliştirebilir (Candan 2012). Aynı zamanda anneler fetüsün ve bebeğin iyi olması durumundan kendileri sorumlu tuttıkları için suçluluk tepkileri de verebilirler. Kadının geçmişte yaşadığı olaylar da suçluluk duygusunun yaşanmasına yol açabilir. Örneğin annenin obstetrik öyküsünde kürtaj varsa, kendisinin cezalandırıldığını düşünebilir ve suçluluk duygusunu daha da yoğun yaşayabilir. Kadının bu şekilde obsesif bir düşünceye sahip olması, kadın için bir psikolojik travmadır. Aynı zamanda bu obsesif düşünce oldukça rahatsız edici olup, bu aşamada algılanan sosyal destek kişinin bu durumla başa çıkmasında oldukça önemlidir. Böyle bir durumda kadına geçmişte yaşanan deneyiminin yanlış olmadığını ve bu gebeliğinde kendi suçunun bulunmadığı ifade edilerek, kadına destek olunmalıdır (Perry 2015).

2.2.2.3. Anksiyete

Düşük sonrası kadının hayatında önemli emosyonel değişiklikler olmaktadır. Bu dönemde kadın kaygı, stres ve anksiyete semptomlarına maruz kalır. Düşüğe bağlı anksiyete ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda da anksiyete semptomlarının hemen başladığı bildirilmiştir (Lok ve Neugebauer 2007). Anksiyete semptomları düşük yapan kadınların %20'sini etkilemektedir (Lok ve Neugebauer 2007; Nynas ve ark. 2015). 10 ve 14. haftalarda düşük yapan 204 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada ise düşük sonrası takibi yapılmayan ve duyguları paylaşılmayan kadınların anksiyete seviyesi, takibi yapılan ve duyguları paylaşılan kadınlara göre yüksek bulunmuştur (Nikcevic ve Tunkel 1998).

Anksiyete semptomları düşük sonrası kadında 1 ve 3 yıl arasında sürebilir ve bu semptomlar kadının yaşam kalitesi ile birlikte bir sonraki gebeliğini de etkileyebilir (Nynas ve ark. 2015). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınların düşüğe sebep olan tıbbi sebeplerin gelecekteki gebeliklerinde tekrarlanmasından korktuklarını ve anksiyete duydukları belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınlara tıbbi açıklama yapıldıktan sonra stres seviyelerinin azaldığı, anksiyete semptomların ise 6 ay boyunca yavaş bir şekilde azaldığı ve 1 yıl içinde normale döndüğü gözlenmiştir (Nikcevic ve ark. 2009). Gong ve ark. (2013)'nın bu konu ile ilgili Çin'de 20.000 düşük öyküsü olan kadın üzerinde yaptıkları çalışmada anksiyete ve depresyon semptomlarının ilk trimesterde yüksek olduğu saptanmıştır. Yeni bir gebelikte ise anksiyete ve depresif semptomların olması perinatal komplikasyonlar açısından bir risk faktörü oluşturmaktadır (Armstrong 2004; Blackmore ve ark. 2011). Bu nedenle sağlık profesyonelleri bir sonraki gebelikte depresyon ve anksiyete riskini arttıracak durumları tespit etmelidir.

2.2.2.4. Depresyon

Düşük, travmatik bir deneyim olup, düşük sonrası ortaya en sık çıkan sorunlardan birisi depresyondur. Yapılan araştırmalarda, düşük yapan kadınların üzüntü yaşadıkları ve depresyona maruz kaldıkları bildirilmektedir. (Swanson ve ark. 2007; Brier 2008; Adolfsson ve Larsson 2010; Rowlands ve Lee 2010). Depresyon, düşüğü takiben ilk hafta ya da birkaç ay içerisinde ortaya çıkabilir. Düşük yapan 280 kadının incelendiği bir gözlemsel çalışmada ise depresyon semptomlarının %28'inde aniden, %19'unda 3 ay, %16'sında 6 ay, %9'unda ise 12 ay sonra geliştiği bildirilmiştir (Frost ve ark. 2007). Birinci trimester düşük sonrası 232 kadının değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise düşük sonrası 7.ayda depresyon riskinin arttığı ve bu riskin sonraki gebeliğe de yansıdığı görülmüştür (Bergner ve ark. 2009).

Depresyon ile birlikte kadında birtakım problemlerde görülebilir. Bu problemler şunlardır;

- Yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk,
- Günlük hayatta yapılan işlere konsantre olamama,
- Hoşnutsuzluk,
- Düşünce sürecinde değişim,
- Problemleri çözmede yetersizlik,

- Karar vermede güçlük
- Düzensizlik

Düşük yaşayan kadınların depresyon düzeyleri, düşük yaşamayan kadınlara göre daha yüksek olabilmektedir. Literatürde düşük yapan kadınlarda depresyon görülme sıklığının %10-55 arasında değiştiği ve depresyon belirtilerinin ise düşükten hemen sonra ortaya çıktığı rapor edilmiştir (Nynas ve ark. 2015; Lok ve Neugebauer 2007). Bu konu ile ilgili Neugebauer ve ark. (1992)'nin yaptığı çalışmada, kayıptan hemen sonraki erken dönemde, hastaların %36'sının hafiften ağıra doğru çeşitli seviyelerde depresyon belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir. Ayrıca bu durumun gebe kadınlardan 3,4 kat daha fazla ve yakın dönemde düşük yapmamış kadınlardan 4,3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda 6. haftada ve 6 ay sonra bakılan depresyon seviyeleri de toplumdaki diğer kadınlardan yaklaşık olarak 3 ve 2,6 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Rowlands (2008) incelediği 33 çalışmanın sonucunda düşük yapan kadınların hepsinde depresyon seviyelerinin arttığını belirtmiştir.

2.2.2.5. Yeniden Gebe Kalma İle İlgili Duygular

Düşük gebeliğin, fetüsün, bebeğin, gelecekteki çocuğun, anneliğin, kendine güvenin kaybıdır. Aynı zamanda düşük tekrar gebe kalabilme konusunda endişelere sebep olur. Bu yüzden düşük sonrası kadında boşluk hissi, utanç, çaresizlik, düşük özgüven yaygın olarak görülür (Perry 2015). Başka bir gebelik ihtimalini düşününce çiftler korku ve endişe duygularını da yaşayabilirler. Önceki kayıp öyküsü bir sonraki gebelikte ebeveynlerin stres düzeyini artırarak, ebeveynlerin umut ve korku karışımı duygu yaşamalarına sebep olabilir (Armstrong 2004; Perry 2015). Aynı zamanda obstetrik geçmişinde düşük öyküsü olan kadınların yeni yaşayacakları gebeliklerinde prenatal bağlanma düzeyleri de azalabilir (Körükçü ve Kukulu 2010). Ebeveynler başka bir kayıp durumunda nasıl başa çıkacaklarını düşünebilirler. Bununla iyi ebeveyn olma ve daha güvenli hissetme konusunda da düşüncelidirler (Armstrong 2004; Perry 2015). Bu bağlamda ebeveynlerin duygularını ifade etmelerine izin verilmeli, yanlış anlamaları düzeltilmeli ve onların anlayabileceği şekilde anlaşılabilir, doğru bilgiler verilmelidir (Candan 2012).

2.3. Düşük ve Yas Süreci

2.3.1. Yas ve Yas Süreci

Yas; kayıp, ayrılık veya bir değişiklik durumunda bireyin verdiği tepkilerdir (fiziksel, duygusal, bilişsel, davranışsal). DSM-IV-TR kriterlerine göre yas “değer ve sevilen bireyin kaybindan dolayı oluşan stres durumuna yönelik bir tepki” olarak bildirilmektedir. Yas ilk kez Freud tarafından tanımlanmıştır. Küçükkaya (2009)’nın ifade ettiğine göre, “Freud (1961) yası ölen kişiden bağlarını koparma, sonra yavaş yavaş bir başkasına yeniden bağlanma süreci” olarak tanımlamıştır (Küçükkaya 2009).

Yas tutma; kayıp durumunda verilen bir psikolojik cevap olup, bireyin iç dünyası ile gerçek arasında anlaşma sağlamak için yapılan uyumdur (Karaca 2013). Bu çok doğal, beklendik bir duygulanım sürecidir. Bu süreçte doğru ya da yanlış tepkiler yoktur. Bu süreç herkes için farklı bir deneyimdir ve bu nedenle, insanların yasa farklı tepkiler vermeleri çok doğaldır. Bazı kişilerde yas tutma hafif, bazılarında ise daha ağır düzeyde yaşanır. Bazı kişiler ise kendi yasını görmezden gelir ve yasını yok sayar (Karaca 2013; Adolfsson 2006). Kişilerin yaslarının yok sayılması, bu dönemin daha patolojik hale gelmesine ve depresyon gibi hastalıkların ortaya çıkmasına yol açabilir.

Literatürde yas süreci ile ilgili olarak farklı tanımlar yapılmıştır (Rothaupt ve Becker 2007; Küçükkaya 2009; Genlik 2012). Genlik (2012)’nin bildirdiğine göre Freud (1917) “yas sürecini sonu gelebilecek bir durum”, Lindemann (1944) “yas sürecinin yaşanılan kayba yönelik ilk tepkiler”, Kübler Ross (1969) “yas sürecini bireyin ölümü kabul etmesi”, Bowlby (1980) “yas süreci inanamama ve duygusuzlaşma, arzu etme, çözülme ve yeniden düzenlenme”, Parkes (1987) “yas sürecini alarm, arama, hafifleme, öfke-suçluluk ve yeni bir kimlik kazanma” olarak tanımlamıştır.

Worden yas süreci tamamlanması için bireyin kaybedilen kişi için bir anlam oluşturması ve yerine getirmesi gereken görevlerden söz etmiştir. Bu görevler yas sürecindeki bireyin duygusal ve bilişsel olarak çevreye yeniden adapte olabilmesi için gereklidir (Gizir 2006; Küçükkaya 2009; Worden 2009 pp.4-104; Genlik 2012; Bildik 2013).

Worden göre yas sürecinin dört görevi;

Görev 1- Kaybın gerçekliğini kabul etme: Bu görevde birey, kayıp olayı ile tam anlamıyla yüzleşir ve kişinin asla geri dönmeyeceğini anlar. Başsağlığı ziyaretleri, cenaze törenine katılma kişiyi ölümün gerçekliği ile yüz yüze getirir. Bu durumun kabul edilmesi, bir daha ölen kişiyle görüşülemeyeceği inancının sağlanması açısından önemlidir.

Bu dönemde birey şok ve inkâr duygularını yaşayabilir. Kişi ölmemiş gibi davranabilir. Bu durum kaybın başlangıcında kabul edilir bir durum olup, bu durumun uzamaması gerekmektedir.

Görev 2- Yasın acısı üzerinde çalışmak ve duygularını ifade etmek: Kayıp sonucu oluşan acı hem fiziksel hem duygusal bir acıdır. Bu acının yaşanması, daha sonraki süreçte bir iç rahatlığın çıkması açısından önemlidir. Birey bu yüzden bu acıyı kabullenmeli ve yaşmalıdır.

Bu dönemde bireyin acısı bastırılır, duygularını ifade etmesine olanak sağlanmazsa ve bireylerden bir şey olmamış gibi yaşaması beklenirse yas süreci uzar. Parkes (1972)'de eğer kişinin yas yaşaması engellenirse, o kişide yas sürecinin uzayacağını ve yasin tamamlanmasının zor olacağını belirtmiştir. Yas sürecinin uzaması ile birlikte bireylerde depresyon ya da anormal davranışlar görülebilir. Yas sürecini yaşamayan bu bireylere psikolojik terapi gerekebilir.

Görev 3- Kaybedilen kişi olmadan çevreye uyum sağlamak: Worden (2003)'e göre bu görevde bireyler ölen kişi ile ilgili olarak farklı duygular hissedebilir. Bu duygular bireyin kaybedilen kişi ile arasındaki ilişkiye bağlı olarak değişebilir. Bu görevde önemli olan yas tutan bireylerin, kişi ile ilgili anılarını unutmadan çevreye yeniden adapte olabilmesidir.

Ebeveynlerin dünyaları bir bebek kaybından sonra paramparça olur ve yaşadıkları yer önemsizleşir. Buna bağlı olarakta bir kriz oluşur ve bu süreçte "Niçin" "Nasıl" sorularını sorarak travmatik olayı anlamaya çalışırlar. Böylece bebek olmadan çevreye alışmaya başlarlar (Taşkın 2002 pp.135).

Bu dönemde yas tutan bireyler sosyal destek aramalı, arkadaşları ile görüşmeli, iletişim içinde olmalı ve yaşamdaki değişikliklerin farkında olmalıdır. Bu şekilde birey yaşanan kayba uyum sağlar (Küçükaya 2009;Yıldız 2009).

Görev 4- Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirme ve yaşama devam etme: Bu görevde kaybedilen kişi ile vedalaşma gerçekleşir. Bu yüzden yasin

tamamlanmasında en zorlanılan kısımdır. Birey ölen kişi ile arasındaki bağı tamamen sonlandırmaz, duygusal olarak ona ait anıları ile yaşamını devam ettirir. Küçükkaya (2009)'un bildirdiğine göre Worden (2009) yas tutan bireyin acı çekmeksizin düşünebilmeyi başardıkları anda yas sürecinin tamamlanmış olacağına dikkati çekmektedir.

2.3.2. Yas Tepkileri

Yas acı dolu bir deneyim olup, yaşanan kayba verilen tepkiler kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir (Adolfsson 2006). Bireyin yas sürecinde verdiği tepkileri etkileyen faktörler şunlardır (Genlik 2012);

- Ölen bireyin nasıl kaybedildiği; ölümün ani veya beklenmedik oluşu,
- Ölen bireyin kim olduğu; kaybın kişinin yaşamındaki rolü, bebek, çocuk, arkadaş veya aile kaybı,
- Yas yaşayan bireyin kişisel özellikleri; yaş, cinsiyet, duygularını ifade etme biçimi, depresyon öyküsü, baş etme yöntemler,
- Ölen kişi ile olan ilişki ve duygusal bağ; sevilen veya sevilmeyen kişinin kaybı,
- Kültürel normlar, dini inanışlar ve matem,
- Sosyo-ekonomik etkenler; düşük gelir düzeyi, yetersiz sosyal destek.

Yas sürecinde bireylerin verdiği tepkiler bireye özgüdür ve her bireyin yaşadığı bir deneyimdir (Bildik 2013). Gösterilen tepkiler her bireyde farklı olmakla beraber, normal yas sürecinde bireylerde ortak fiziksel, bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler görülmektedir.

Normal yas sürecindeki kişinin gösterdiği tepkiler Tablo 2-3'de gösterilmektedir (Bildik 2013; Potter ve Wynne 2015 pp. 213; Davidson 2012 pp. 256).

Tablo 2-3: Normal Yas Tepkileri

Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Davranışsal Belirtiler	Duygusal Belirtiler
Göğüs ve baş ağrısı	İnanamama ve inkar	Sosyal çekilme	Ağlama, üzüntü
Enerjisizlik, kilo alma ve kilo kaybı	Ölen kişinin yaşadığı duygusu	Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçma	Kendini ve başkalarını suçlama
Nefes darlığı	Konfüzyon	Uyku Bozukluğu	Umutsuzluk, yalnızlık
Uykusuzluk	İşitsel halüsinasyonlar	Arama ve çağırma	Şaşkınlık ve şok
Midede boşluk hissi	Görsel halüsinasyonlar	Önceden hoşlandığı aktivitelere yönelik ilgi eksikliği	Öfke
Cinsel istekte azalma veya artma			Düşük benlik saygısı

Normal yas sürecindeki kişinin kayıptan sonra derin bir üzüntü duyması, istenmeden gelen düşüncelere maruz kalması, fiziksel problemler yaşaması, sosyal yaşamda zorluk çekmesi ve yitirdiği kişiye yönelik yoğun bir özlem duygusu hissetmesi olağan kabul edilmektedir. Bu belirtilerin çok şiddetli ve uzun süreli olmaması tepkilerin yoğunluğunun ve şiddetinin zamanla azalması ve kişinin normal rutin işlevselliğine geri dönmesi beklenmektedir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association) normal yas belirtilerinin ay yada yıl sürebildiği ve bu belirtilerin zaman içerisinde geçtiği yada hafiflediği bildirmektedir.

Normal veya akut yas tepkilerinin yanında yas sürecinde komplikasyonlu yas tepkileri de görülebilmektedir. Komplikasyonlu yas; kaybın ardından en az altı ay geçmesine rağmen kayıp yaşayan bireyin kişisel, sosyal ve mesleki yaşam alanlarındaki işlevselliğinin giderek bozulması, maladaptif davranışlara neden olması, yasin yoğunlaşması ve bir sonuca ulaşmadan yas tutmanın devam etmesidir (Küçükaya 2009; Yıldız 2009). Komplikasyonlu yasin durumda distres (ağır emosyonel duygular, kayıp ardından yoğun özlem ve acı) ve travmatik distres (ölen bireyin semptomlarını hissetme, öfke, acı, ölen kişiyi hatırlatıcı şeylerden uzak durma) semptomları görülebilmektedir (Zisook ve Shear 2009).

2.3.3. Yas Danışmanlığı

Düşük sonrası yas danışmanlığının amacı bireyde komplike yas gelişmesini engellemek, bireyin yas sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmesini sağlamak, çevreye uyum göstermesini, ölümü kabullenmesini ve ölen birey hayatta olmadan yaşamasına yardımcı olmaktır (Strobe ve ark. 2007; Karaca 2013).

Yıldız (2009)'un bildirdiğine göre "Parkes (1980) yas danışmanlığını yapan kişilerin sağlık profesyonellerinden, bunların seçip eğittiği kişilerden ve destek verdiği gönüllülerden ve kendi kendine yardım gruplarının uygulayabileceğini" belirtmiştir. Yas danışmanlığı genellikle bireysel görüşmeler ile sağlanmalıdır. Danışmanlık haftada bir görüşme şeklinde olup, 8-10 görüşmede sonlandırılmalıdır (Yıldız 2009; Bildik 2013).

Bir yas danışmanı, danışmanlık süresince aşağıdaki faktörlere dikkat etmelidir (Yıldız 2009; Bildik 2013);

- Kişinin ölüme inanması ve gerçek olduğunu anlamasına yardımcı olmalıdır.
- Kişinin duygularını anlatması için kişiyi cesaretlendirmelidir.
- Kaybedilen kişiye yönelik uygun bir anı çerçevesi oluşturmasını önermelidir.
- Kişinin hayatına devam ettirmesi için kişiyi desteklenmelidir.
- Yas sürecinin kişinin gelecekte planlarını erteleme önlemelidir.
- Kayıptan sonraki ilk yıl bireyin ve ailesinin ihtiyacı oldukça destek sağlamalıdır.
- Yas için kişiye zaman tanınmalıdır.

2.3.4. Düşükte Yas Danışmanlığı

2.3.4.1. Düşük Sonrası Yas Süreci

Düşük nedeni ile yaşanan kayıp, hem kadının hem erkeğin yas sürecini yaşamasına yol açmaktadır (Lok ve Neugebauer 2007). Yas süreci kadını hemen etkilediği gibi, 1-2 yıl sonra da etkileyebilmektedir. Yas süreci ile ilgili yapılan çalışmalarda da düşük yapan kadınların %40'nın kısa süre içerisinde hemen yas dönemine girdikleri belirlenmiştir (Lok ve Neugebauer 2007; Rinehart ve Kiselica 2010). Toedter ve ark. (2001) yayınladığı makalede Perinatal yas skalası kullanılarak dört ülkede yapılan, 22 uluslararası çalışmanın sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Karşılaştırmanın sonucunda çalışma sonuçlarının değerli olduğunu, düşük yapan

annelerin yas derinliğinin (Perinatal yas ölçeği toplam puanı:81.5) ileri gebelik haftasında (Perinatal yas ölçeği toplam puanı:84.5) bebeğini kaybedenler kadar olduğunu göstermiştir. Yapılan diğer çalışmalarda da kadının içten içe kendini suçladığı ve suçluluk duygusunu çok sık yaşadığı gözlenmiştir. Bu etkilerin aynı zamanda en uzun süren ve silinmesi için en çok zaman gerektiren hisler olduğu saptanmıştır (Toedter ve ark 2001; Lok ve Neugebauer 2007).

Düşük yapan annenin yası en az herhangi bir yaşayan yakınıni kaybetmesi kadar ciddi de olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda da düşükten sonra kadının yaşadığı yas aşamalarının çocuğunu ya da akrabasını kaybedenlerle hemen hemen aynı olduğu bildirilmiştir (Toedter ve ark 2001; Frost ve ark 2007; Lok ve Neugebauer 2007). Brier (2008)'e göre sevilen kişiye yönelik belirgin anılar bulunmamasına rağmen annenin zihninde ve hayalinde bebeğe aitler imgelerin yer alması kadının yas sürecini yaşamasına neden olmaktadır. Bu dönemde üzüntünün yanı sıra kaybedilen bebeğe özlem duyulur ve kayıpla ilgili konuşmak ve kaybın mantıklı bir açıklamasını duymak istenir (Beutel ve ark. 1995).

Düşük sonrası yas sürecine kadın ve erkeğin verdikleri tepkiler farklılık göstermektedir. Genellikle erkeklerin tepkileri değişken olup, yas sürecini daha hızlı atlattıklarıdır (Rinehart and Kiselica 2010; Candan 2012). Bununla birlikte erkeklerin yas sürecinde verdikleri tepkiler, gebeliği ne kadar istediğine ve çocuğa karşı bağlanma düzeylerine göre değişebilir. Düşük sonrası bağlanma düzeyi düşük babalar yas sürecini yaşamayabilir. Bazı babalar, içinde düşük gerçekten derin bir yas olabilir. Erkekler genelde duygularını güçlü bir şekilde dışa vurmanın kocalık ve babalık rollerine ters düşeceğine inandıkları için, duygularını anlatamazlar ve görmezden gelirler (Rinehart ve Kiselica 2010). Erkekler kolaylıkla duygularını paylaşmadıkları veya yardım istemedikleri için kadınlara göre daha fazla acı çekebilirler. Aynı zamanda erkekler kadınların yasından dolayı da üzüntü duyarlar ve eşine bu yoğun yas döneminde nasıl yardım edecekleri konusunda çaresizlik hissedebilirler. Erkeklerin sakin ve sessiz duruşlarının altında derin bir acı olduğu ve onların da bu duyguları kabul etmelerinde yardıma ihtiyaçları olduğunu fark etmek önemlidir. Amerikan Gebelik Birliği'ne (American Pregnancy Association APA, 2015) göre, kadınlar genellikle erkeklere göre yaşadıkları düşükle ilgili konuşmaya ve sosyal destek arayışına daha açıktırlar. Rinehart ve Kiselica (2010) düşük sonrası erkekler üzerinde yaptıkları çalışmalarında, erkeklerin kendilerini yanlış giden şeyleri fark edemedikleri konusunda suçladıklarını, eş olarak

başarısızlığa uğradıklarını hissettiklerini ve öfkelerini sağlık ekibine veya Tanrı'ya yönelttiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada erkeklerin düşüğün acısıyla başa çıkma yöntemi olarak sık sık uyuşturucu ve alkol kullandıkları, yemek yedikleri, kendini meşgul etme veya şiddet içeren davranışlara yöneldiği saptanmıştır (Rinehart ve Kiselica 2010).

2.3.4.2. Düşük Sonrası Ebeveynlerin Tepkileri

Miles (1984) ve Miles ve Demi (1986, 1997); Lindemann (1944), Parkes (1972), Parkes and Weiss (1983) ve Worden (1991)'in çalışmaları üzerine bir ebeveyn yas süreci tanımlanmıştır. Buna göre yas sürecinde hem kadın hem erkeğin yasa verdikleri tepkiler akut distres (acute distress), yoğun yas (intense grief) ve yeniden düzenlenme (reorganizasyon) şeklinde olmaktadır (Perry 2015).

Akut distres dönemi normal sağlıklı bir bebek bekleyip bunun planlarını yapan ebeveynler için ani ve üzücü bir tecrübedir. Kayıp, onların anne veya baba olarak kimliklerinin ve aile adına kurdukları hayallerin kaybını kapsar. Gebeliğin kaybı haberine ani bir tepki olarak akut distres dönemini başlar. Bu dönemde yas tutan bireyler ortak bir biçimde şok ve hissizlik yaşarlar. Bununla birlikte ebeveynler sisteymiş veya büyülenmiş bir durumdaymış gibi gerçek olmayan ve kafa karışıklığına yol açan duygular hissedebilirler. Aynı zamanda bu duruma inanmazlar ve itiraz ederler. Ebeveynler kendilerini mutsuz ve depresif hissedebilirler. Yoğun ambivalan duygular yaşayabilirler (Perry 2015).

Yoğun yas döneminde yalnızlık, boşluk hissi, özlem, suçluluk ve korku, günlük yaşama adapte olamama ve depresyon gibi psikolojik belirtiler ile yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi ve sırt ağrısı gibi fiziksel belirtiler görülür. Bununla birlikte ebeveynler düşük vücut direncinden dolayı, bazı hastalıklar (soğuk algınlığı, hipertansiyon gibi) yönünden risk altındadırlar (Perry 2015).

Bu dönemde ebeveynler öfke ve dargınlık hissedebilirler. Öfke duygusu gebeliği veya bebeği kurtaramamış sağlık ekibine de olabilir. Bazı ebeveynler öfke duygusunu kaybın gerçekleşmesine izin veren Tanrı'ya karşı gösterilebilir. Bu durumda aileyi manevi bir krize götürebilir. Bununla birlikte öfke matemli ebeveynlerin istediği ve ihtiyacı olan destekleri sağlayamayan aile üyelerine, arkadaşlara ve akranlara karşı da oluşabilir (Perry 2015). Yoğun yas dönemi sırasında görülen bir başka ortak tepki de

derin üzüntü ve depresyondur. Derin üzüntü ve depresyon ebeveyn kaybın gerçekliği ile yüzleştiklerinde ortaya çıkabilir.

Bu aşamada ebeveynler yasın iki görevi olan yasın acısı üzerinde durarak, duygularını ifade ederler ve istenilen çocuk olmadan çevreye uyum sağlamaya çalışırlar (Perry 2015).

Yeniden düzenlenme dönemi yas sürecinin son evresidir. Bu dönemde ebeveynler düşük ve çocuk ölümünün nedenini anlamaya çalışırlar. Bunun için birtakım soruların cevaplarını ararlar. Sorular;

- “Neden ben, neden benim ki?”
- “Benim kaybımın benim yaşamıma anlamı nedir?”,
- “Yaşam ne ile alakalıdır?”,
- “Hayatımın geri kalanıyla ne yaparım?”.

Bu sorular ile yeniden düzenlenme aşamasıyla devam eder ve ebeveynlerin hayatın kırılğanlığı ile alakalı görüşleri önemli ölçüde değişir. Ebeveynler bu dönemde yeni bir gebeliği planlamaya başlayabilirler (Yılmaz 2010; Perry 2015).

2.3.4.3. Düşük Sonrası Yas Danışmanlığı

Erken veya geç dönemde düşük yapmanın sonucu olarak gelişen yas reaksiyonlarının, herhangi bir yakınıni kaybedenlerinki kadar gerçek ve ciddi olduğu bilinmektedir (Lok ve Neugebauer 2007; Küçükkaya 2009). Bununla birlikte düşük, daha büyük ve komplike bir yasın ve kederin tetikleyicisi olabilir (Germain ve ark. 2005; Monk ve ark. 2006; Murphy ve Philpin 2010). Komplike yas sürecinde ebeveyn kendini çaresiz, değersiz hissedebilir ve umutsuzluk duygularını yaşayabilir. Bu süreçte ebeveyn günlük yaşam aktivitelere adapte olamaz. Beutel ve ark. (1995)'nın yaptıkları çalışmada düşük yapan kadınlarda yas sürecini, depresif semptomları ve kombine yas-depresyon reaksiyonlarını incelenmişlerdir. Bu çalışmada kadınlarda umutsuzluk, çaresizlik, kayıp, üzüntü ve suçluluk duygularının ardından somatik bulguların geliştiği görülmüştür. Bazı vakalarda ise yas sürecinin zamanla azalmadığı, semptomların 6 aydan fazla süredir kalıcı olduğu ve daha komplike bir yasa doğru ilerlediği saptanmıştır (Beutel ve ark. 1995). Bu yüzden kadınlara rutin bakım ile birlikte danışmanlık hizmeti verilmelidir. Düşük sonrası **yas danışmanlığının amacı** kadının yaşamını devam ettirmesini sağlamak, baş etme becerilerini geliştirmek, yas süreci

döneminde düşüğün yarattığı acının üstesinden gelmesini sağlamak, kadında komplike yasin gelişmesinin önlenmek ve geliştiği durumlarda ise baş etme becerilerinin uygulanmasını sağlamaktır.

Düşük sonrası yapılan izlem ve danışmanlık programlarının psikiyatrik semptomların üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır (Nynas ve ark. 2015). Düşükten hemen sonra kadınlar üzüntüyü yoğun bir şekilde yaşadıkları için danışmanlık düşük sonrası 1 hafta içinde başlamalıdır (Nynas ve ark. 2015). Düşükten iki hafta sonra kadınla telefonla yapılan görüşmelerinde bile, kadının 6. hafta ve 6. ayda depresif belirtilerinde önemli azalmalar olduğu görülmüştür (Nynas ve ark. 2015). Düşük sonrası psikiyatrik semptomlar iki aydan fazla sürerse kadın psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir.

Literatürde düşük sonrası kadının desteklenmesini sağlayan çalışmalar mevcuttur. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından 185 düşük yapan kadına düşük yapan kadına 1. ve 5. haftalarda Swanson Bakım Kuramına dayalı danışmanlık uygulanmış ve danışmanlık yapılan kadınlarda anksiyete ve depresyon semptomlarının azaldığı tespit edilmiştir (Swanson 1999b). Nikcevic ve ark. (2007) tarafından yapılan çalışmada düşük sonrası beş hafta boyunca kadınlara danışmanlık uygulanmıştır. Danışmanlık sonrası kadınların 4. ayda yas, anksiyete ve depresyon düzeyleri ölçülmüştür. Danışmanlık uygulanan kadınların kontrol grubuna göre yas, depresyon ve anksiyete düzeyleri azalmıştır. Neugebauer ve ark. (2006)'nın bu konu ile ilgili yaptığı çalışmada da deney grubundaki kadınlara düşük sonrası telefonla destek verilmiş ve deney grubunda ki kadınların kontrol grubuna göre anksiyete seviyelerinin azaldığı saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise düşük sonrası kadınlara 6 hafta telefonla destek verilmiş ve kadınların depresyon seviyelerinde önemli bir azalma olduğu bildirilmiştir (Neugebauer ve ark. 2007). Swanson ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada ise düşükten sonra danışmanlık alan kadınların yas ve depresyon düzeylerinin azaldığı ve deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre danışmanlığın ikinci haftalarından itibaren daha hızlı bir iyileşme gösterdiği saptanmıştır.

2.4. Düşük Yapan Kadına Psikososyal Destek

2.4.1. Eş, Aile ve Arkadaş Desteği

Düşük yaşanan derin acılardan biri olup, kadını fiziksel ve psikolojik olarak etkisi altında bırakır (Akker 2011). Bu yüzden düşük yaşayan kadınlar çoğu zaman kaybın hemen sonrasındaki aylarda eş, aile ve arkadaşlardan destek beklemektedir (Kissock MD 2012; Candan 2012). Kadın desteklenmediğini algıladığı takdirde, bu kederli dönemde dışlanmış ve yanlış anlaşılmış hissedebilir (Kissock MD 2012; Akan 2006). Ancak aile bireyleri ve arkadaşlar çoğu zaman matemli aileye nasıl yardım edecekleri konusunda sıkıntılıdırlar. Eş ve aile desteği ile yapılan birçok çalışmada da ailelerin desteği yetersiz bulunmuştur (Akan 2006; Akker 2011; Candan 2012; Kavanaugh ve ark. 2014). Aile ve arkadaşlar bu duruma engel olabilecek, durumu kontrol altına alabilecek bir eylem gerçekleştiremediklerinden kendilerini çaresiz ve işe yaramaz hissetmektedirler (Westberg 2010). Önemli olan ise düşük yapan bir kadına destek olmak onun acısını almak değil, stresini hafifletmesine yardımcı olmaktır (Westberg 2010). Aynı zamanda kadının bu süreçte istedikleri zaman ulaşabilecek birilerinin olduğunu bilmesi ve hissetmesi önemlidir (Kissock MD 2012). Bazen “*ne diyeceğimi bilemiyorum*” demek bile bir kişinin söyleyebileceği en destek verici söz olabilmektedir.

Düşük süreci ile birlikte başlayan yas sürecinin süresi ve şekli kadını etkiler. Kadında yorgunluk, düşük enerji, uyku düzeninin bozulması gibi fiziksel belirtiler ile panik hali, korku, sinirlilik, kâbuslar gibi emosyonel belirtiler ortaya çıkar. Aynı zamanda kadın hatıralar ile yaşamını sürdürmeye çalışırken, kayıp ile ilgili acı yaşar. Bu durumda eş, aile ve arkadaşlar kadının düşük sonrası yas sürecinde olduğunu unutmamalıdır. Kadının kaybını ve yas reaksiyonları saygıyla karşılanmalı, kadına destek olunmalıdır. Aile bireyleri tarafından yas sürecinin bir an önce yok olmasını, hızlandırılmasını sağlamak önerilen bir tutum değildir. Böyle bir tutum kadının daha fazla acı çekmesine, yetersizlik hissine kapılmasına ve kendini yalnız hissetmesine neden olabilir (Kissock MD 2012). Bu desteksizlik kadınların komplike yas tepkileri vermelerine, izolasyon yaşamalarına ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilenmesine yol açabilir. Bu yüzden eş ve aile kadının yanında olmalı, kayba ilişkin duygularını ifade etmelerine izin vermelidir (Yıldız 2009; Körükçü ve Kukulcu 2010).

Bazı kadınlar düşük sonrası yaşadıkları süreci tekrar anlatmak isteyebilirler. Kadın yaşadıklarını anlatınca, bu süreçte yalnız olmadığını görüp, kendisini daha iyi

hissedebilir. Bazen birileri tarafından dinlenmek de kadını rahatlatılabilir. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların benzer deneyimler yaşayan arkadaşları ve aileleri ile deneyimlerini paylaşabilmeyi yararlı buldukları tespit edilmiştir (Kissock MD 2012). Bu yüzden düşük süreci yaşayan kadın ile aile ve arkadaşlar bir araya gelerek, birbirine destek olmalıdır. Kadının yaşadığı bu deneyimi paylaşmalı ve üzüntüsünü belli etmelidir (Kissock MD 2012). Kadına ilgi göstermeli, kadın ile göz teması kurmalı, anlattıklarını onaylamalı ve empati kurarak kadını dinlemelidir. Aile bireyleri ve arkadaşlar, düşük yapan kadınlarda beklenmeyen emosyonel reaksiyonlar olabileceğini bilmeli ve böyle durumlarda duyarlı ve anlayışlı olmalıdır. Bazı kadınlar ise düşük sonrası durum hakkında konuşulmaması tercih ederler. Bu durum kadının yas süreci daha zorlaştırır, kadının sosyal izolasyon yaşamasına yol açarak, iyileşme sürecini geciktirir. Bu durumda bireysel özellikleri dikkate alarak kadın ile iletişim kurulup, acı ve stresini dışa vurması için kadın cesaretlendirmelidir (Westberg 2010; Kissock MD 2012; Jense 2013).

Kadınlara çoğu durumda, aileleri tarafından nasıl davranmaları gerektiği anlatılmaktadır. Kadınlara hayatta olan çocukları için minnettar olmaları gerektiği veya yeni çocuklar doğurmaya çalışabilecekleri söylenmektedir. Aynı şekilde “*bu sadece bir düşüktü, atlatacaksın*”, “*daha gençsin, üzülme*” gibi sözler düşük yapan kadınlar açısından incitici olabilmektedir. Erkeklerin duyguları ise çoğu zaman görmezlikten gelinmekte ve güçlü bir şekilde eşlerine destek olmaları söylenmektedir. Bu mesaj türleri, ebeveynlerin hislerinin çok az takdir edildiğini ve kayıplarının önemsizleştirildiğini göstermektedir (Kissock MD 2012).

Aile ve arkadaşlar gerekli durumlarda ev işlerinde yardım edebilir, çocukların bakımında yardımcı olabilir, yemek pişirme önerisinde v.b bulunabilir (Kissock MD 2012). Bununla birlikte bu kadınların zaman zaman yalnız kalma isteği olabileceğinin bilinmesi ve böyle bir durumda gereksiz üstelemelerden kaçınılması gereklidir (Westberg 2010; Kissock MD 2012). Bunlara ek olarak aile bireyleri ve arkadaşlar düşük yapan kadına yönelik aşağıda yer alan tutum ve tutum ve davranışlardan uzak durmalıdır. Bunlar düşük yapan kadına (Westberg 2010; Kissock MD 2012);

- Tavsiyelerde bulunmak,
- Yorumda bulunmak,
- Düşük deneyimini küçümsemek, önemsizleştirmek (“*daha üç aylıktın zaten*” vs),

- Genel cümleler kullanmak (“zaten bir çocuğun var” gibi),
- Kendi kaybının anlatılması (bazen yardımcı olabilmekle birlikte minimumda tutulmalıdır),
- Sinir, suçluluk, utanma gibi emosyonel reaksiyonları önlemek,
- Kadının duygularını ve yaşadığı olayı önemsememek,
- Yas sürecini yok etmeye çalışmak.

2.4.2. Sağlık Profesyonellerinin Desteği

Tüm gebeliklerin yaklaşık %30-%40’ı düşük, ektopik gebelik, erken doğum, ölüdoğum ve ani bebek ölüm sendromu ile kaybedilmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin kayıp yaşayan bireye ve aileye bakım sağlamadaki yeri çok önemlidir (Akan 2006; Candan 2012). Bu konu ile yapılan bir çalışmada aileler düşük sırasında yaşadıkları en talihsiz olaylardan birinin de sağlık personelinin kayıpları önemsiz bir olay gibi görmesi ve düşüğün gayet normalmiş gibi duygusuz davranması olduğunu ifade etmişlerdir (Rinehart ve Kiselica 2010). Aynı çalışmada kişisel olarak düşük yaşamamış kişilerin yaşamış kişilerle büyük ölçüde empati kuramadığı sonucuna varılmıştır (Rinehart ve Kiselica 2010).

Hastanede kadınla en fazla vakit geçiren ve onlarla yakın ilişki kuran sağlık profesyonelleridir (Yıldız 2009). Bu yüzden sağlık profesyonelleri düşük yaşayan kadına yardımcı olmalı, kadını bu süreçte desteklemeli, onun bakımında aktif rol üstlenmeli ve ailesine destek olmalıdır (Murphy ve Merrell 2009; Jense 2013). Kadının ihtiyaçlarını karşılayarak kendilerini değersiz hissetmesini önlemelidir (Murphy ve Merrell 2009; Jense 2013). Kadına yaptığı düşük tipi ve düşük sonrası bakım hakkında danışmanlık yapılmalıdır (Yıldız 2009). Aynı zamanda sağlık profesyonelleri düşük sonrası yaşayabileceği yas süreci hakkında kadını ve ailesini bilgilendirmelidir (Yıldız 2009). Bütüncül bir yaklaşımla kadınlara karşı tutarlı bir yaklaşım sergileyerek onların yas sürecini kolaylaştırmalıdır (Williams ve ark. 2009).

Sağlık profesyonelleri düşük yaşayan kadınları psikolojik travmalardan korumak için bebeği yaşayan annelerden ayrı özel bir ortam sağlanmalıdır (Jense 2013). Kadını düşük ve duyguları konusunda konuşurmak için cesaretlendirmeli, kadına nasıl hissettiğini sormalıdır (Murphy ve Merrell. 2009). Kadının kontrol kaybının duygularını en aza indirmek için onun anlattıklarını dinlemeli ve kadına seçenekler sunabilmelidir

(Henley ve Schott 2008; Jense 2013). Düşük yapan kadın stresli, endişeli, kızgın ve öfkeli olabilir. Bununla birlikte kendini yalnız, çaresiz ve suçluluk hissedebilir. Bu durumda sağlık profesyonelleri empati yaparak kadını dinlemeli, duygularının normal olduğunu belirtmelidir (Henley ve Schott 2008; Roehrs ve ark. 2008; Jense 2013). Kadının yaşadığı suçluluk duygusunu hafifletmek için açık, uygun ve duyarlı bir iletişim kurmalıdır (Williams ve ark. 2009). Sağlık profesyonelleri kadın ile konuşurken embriyo, konsepsiyon ürünü gibi terimleri kullanmak yerine bebek, cinsiyet veya eğer aileler seçtiyse isim gibi terimler kullanılmalıdır (Henley ve Schott 2008; Jense 2013). Yapılan çalışmalarda sağlık profesyonellerinin “*En iyisi buydu.*” veya “*Zaman her şeyin ilacıdır.*” gibi deyimler kullanmaktan kaçınılması gerektiği bildirilmektedir. Bu ifadeler annenin yaşadığı kaybı önemsenmediğini gösterir (Rowlands ve Lee 2010; Jense 2013).

Sağlık profesyonelleri kadın ve ailesi ile iletişim sağlarken dikkat etmesi gereken ifadeler Tablo 2-4’de yer almaktadır.

Tablo 2-4: Düşük Sonrası İletişim Teknikleri

Doğru İfade ve İletişim	Yanlış İfade ve İletişim
Basit ve anlaşılır bir dil kullanmak	Latince ifadeler kullanma
Aileyi dinle ve bebeğine dokunmasına izin vermek	Aile ile inatlaşmak
Dürüst bir şekilde sorularını cevaplamak	Soru sormaya engel olmak
“Ne diyeceğimi bilmiyorum” demek	“Sizin için en iyi yol bu”
“Senin için üzülüyorum”	“Daha kötü olabilirdi”
“Üzgün hissediyorum”	“Engelli olabilirdi”
“Sormak istediğiniz bir şey var mı?”	“Sen yeniden çocuk sahibi olabilirsiniz”
“Özür dilerim”	“Zamanla iyileşir”
“Daha sonra tekrar konuşabiliriz”	“Bebeğin için iyi oldu”

Kaynak: Canadian Pediatric Society Statement (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Paediatr Child Health. Erişim 10.11.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/pdf/pch06469>

Kadınlara gereksinim duyduğu sıklıkta sağlık profesyonelleri iletişime geçme fırsatı sunulmalıdır. Bu yüzden düşük sonrası kadın ile iletişim hemen kesilmemeli, kadına danışmanlık yapmaya devam edilmelidir. Kadının durumunu gözlemek için ev ziyareti yapılmalı ve telefon ya da internet ile görüşülmelidir (Roose ve Blanford 2011; Nynas ve ark. 2015). Kadın bu sürece uyum sağlayana kadar destek sunulmaya devam edilmelidir (Yıldız 2009; Sejournea ve ark. 2010). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmada düşük sonrası kadınların %70’i hastane sonrası görüşmenin yararlı olduğunu vurgulamışlardır (Sejournea ve ark. 2010).

Who (2015) düşükten sonra kadının fiziksel ve ruhsal iyileşme sağlanması için tekrar gebe kalmadan önce kadınların 6 ay beklemesini önermektedir. Sağlık profesyonelleri tekrar gebelik hakkında kadına bilgi vermeli ve kadının inancını korumalıdır. Bununla birlikte sağlık profesyonelleri, düşük geçmişi olan kadınlara bir sonraki gebelik dönemlerinde duygusal stres ve anksiyete yaşayabileceklerine dair bilgi anlatmalıdır. Bunun için kadının obstetrik geçmişini öğrenmeli, travmatik deneyimlerini gözden geçirmelidir. Aynı zamanda sağlık profesyonelleri önceki kayıpları, şimdiki duygusal durumları, psikolojik semptomları ve gelecekteki gebelik planları hakkında sürekli iletişim halinde olmalıdır (Nynas ve ark. 2015).

Düşük sonrası danışmanlık boyunca sağlık profesyonelleri kadının bu desteği faydalı bulup bulmadığını, bu durumla nasıl başa çıktığını ve daha fazla desteğe ihtiyacı olup olmadığını belirlemelidir. Sağlık profesyonelleri kadınlara kayıpları hakkında konuşurken ve kayıplarını anmalarına yardımcı olurken, kadınları doğum zamanı, kaybın yıldönümü, anneler günü gibi kederin potansiyel tetikleyicileri hakkında da bilgilendirmelidir (Murphy ve Merrell 2009; Johnson ve Langford 2010; Jense 2013).

Bunlara ek olarak sağlık profesyonelleri aileye kayıpla başa çıkma davranışlarını kazandırmalıdır. Bunun için (Akan 2006; Roehrs ve ark. 2008; Körükçü ve Kukulcu 2010);

- Yasadıkları duygu ve davranışların kayba normal reaksiyonlar olduğu anlatılmalı,
- Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemleri saptanmalı ve tekrar kullanmaları sağlanmalı,
- Fiziki, kültürel, psikolojik ve manevi ihtiyaçları belirlenmeli,
- Ailenin yanında olunmalı, onları yalnız bırakmamalı ve deneyimleri paylaşılmalı,
- Ailenin yanlarında olmasını istediği yakınları ve arkadaşları olup olmadığı sorularak, gerekirse onlarla iletişim kurmalarına yardımcı olunmalı ve bu kişilerin ziyaretine izin vermelidir. Bu destek kadının duygularla başa çıkmasında yardımcı olabilir (Roehrs ve ark. 2008).
- Düşük sonrasında destek grupları kadınlara fayda sağlayabilir. Bu destek gruplarına yönlendirilmeli,
- Gerekli ise psikiyatri uzmanlarından konsültasyon istenmeli, sevk edilmelidir.

2.5. Düşük Yaşayan Kadınlara Yönelik Hemşirelik Bakımı

Düşük gebelikte sık görülen yaygın bir komplikasyon olup, kadının hem fiziksel (vajinal kanama, pelvik ağrı, kramp) hem de psikolojik sağlığını (kaygı, korku, anksiyete, depresyon) etkileyen travmatik bir süreçtir (Kersting ve Wagner 2012; Toffol ve ark. 2013). Düşük hangi dönemde olursa olsun bireyler için acı yaşam deneyimlerinden biri olup, baş edilmesi güç bir sorundur. Planlanmamış veya fark edilmemiş bir gebelik olsa dahi, genellikle sahip olunabilecek şey için yas tutulur (Lefier 2015 pp. 85). Bireyler, tıpkı bir bebek ölmüş ya da bebekle ilgili düşlerini ve umutlarını kaybetmiş gibi karşılık verir (Akan 2006). Aynı zamanda düşük sadece gebeliğin son bulması değil aynı zamanda gelecek umutlarının ve beklentilerin de kaybedilmesidir (Rinehart ve Kiselica 2010; Hannebaum 2014). Rinehart ve Kiselica (2010)'a göre aileler bir kez bebeklerinin ultrason görüntülerini gördüklerinde fetus ailerin beyninde görsel olarak hayat bulmakta, böylece aile ve bebek arasındaki bağlanma süreci başlamış olmaktadır (Rinehart ve Kiselica 2010). Bununla birlikte aileler sadece çocuklarını değil, analık babalık rollerini, gebelik durumunu, genlerine ve bedenlerine olan güvenlerini de kaybederler. Bu kayıplara tepki olarak fizyolojik ve psikolojik yanıtlar, yani keder süreci baslar. Keder ve yas, insanların beklediğinden daha derin ve daha uzun sürebilir (Lefier 2015 pp. 85).

Sağlık profesyonelleri içinde hasta ile en uzun süre ve en yakın iletişimde olan hemşirelerdir (Dinç 2010; Öztürk 2010). Bu yüzden kayıp yaşayan aileye bakım vermede hemşirenin önemli bir rolü bulunmaktadır (Radford ve Hughes 2015). Hemşireler düşük tedavisi süresince kişilerin psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçlarını karşılama konusunda anahtar rol oynamaktadırlar (Bryant 2008; Hannebaum 2014).

Hemşirelik bakımı; fiziksel ve psikolojik açıdan yakın ilişkiyi gerektirdiği için hemşireler hastalarının en güçsüz ve mahrem yönlerini görebilmekte; onların ağrılarına, acılarına, yalnızlık, umutsuzluk vb. duygularına tanık olabilmektedirler (Dinç 2010; Öztürk 2010). Hemşire öncelikle kadınla arasında bir güven bağı oluşturmali ve bakımda aktif rol üstlenmelidir (Hannebaum 2014). Aynı zamanda hemşire kadının sorunlarını tartışmak ve kadına destek göstermek için yeterli zaman ayırmalıdır (Bryant 2008). Hemşire bu hassas konuyu tartışmaktan kaçmamalı ve en önemlisi de kadının kaybını kabullenmelidir (Rowlands ve Lee 2010).

Düşük sonrası **hemşirelik bakımının amacı;** düşük yaşayan birey ve aileye yardımcı olmak, fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, yas süreci

hakkında bilgilendirme yapmak, sürecin fiziksel ve psikolojik bir hasar bırakmasını önlemek ve düşük sonrası oluşabilecek problemler ile ilgili baş edebilme becerileri kazandırmak olmalıdır (Akan 2006; Hannebaum 2014).

2.5.1. Fiziksel Bakım

Hemşireler kadının hastaneye kabulünü sağlamalı, muayene ve tanılama için kadını hazırlamalıdır. Hemşire kadının kendini ifade etmesi için ortam yaratmalı, sorularını cevaplamalıdır. Hemşire düşük tipine göre bakım uygulamalarını planlayıp, yapmalıdır. Düşük yapan kadınların fiziksel sorunlarının doğru ve yeterli düzeyde tanınması, uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması açısından önemlidir.

Hemşire düşük yapan kadının fiziksel sorunlarına yönelik bakım planı hazırlayabilmesi için hemşirenin tanılamada göz önünde bulundurması gereken bilgiler şunlardır (Çoşkun 2008 p. 77-86; Lowdermilk ve ark. 2013 p. 646);

- Düşük tipi,
- Obstetrik anamnez; düşük öyküsü, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebelikleri, önceki doğuma ilişkin sorunlar...
- Jinekolojik anamnez; son menstruasyon tarihi, menstrüasyon sıklığı ve süresi, doğum kontrol yöntemi, jinekolojik sorunlar...
- Kanama, ağrı, alerji ve emosyonel durumu,
- Labaratuvar testleri (Beta HCG, Hemoglobin, lökosit sayısı),
- Fiziksel muayene bulguları; vital bulgular, vajinal muayene, ultrasonografi.

Bu doğrultuda toplanan veriler değerlendirilmeli ve hemşirelik tanıları belirlenmelidir. Düşük durumunda karşılaşılan fiziksel sorunlar ve sorunların giderilmesine yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır;

Hemoroji; Kısmi plasenta sonucu ya da cerrahi girişimin yol açtığı duruma bağlı olarak gelişir (Taşkın 2002 p.367-373; Candan 2012; Perry ve ark. 2012; Lowdermilk ve ark 2013 p. 646; Hatfield 2014 pp. 391; Lefier 2015 pp. 83-85).

Hemorojiyi tanılamak için; nabız ya da kan basıncın düşmesi, solunum artması, 1 saatte birden fazla pedin kirletilmesi, idrar çıkışının saatte 30 ml altına düşmesi, hematokrit ve hemoglobin değerinde düşme değerlendirilir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Kanamaya ilişkin öykü alınır,
- Ped takibi ve vital bulgular takip edilir,
- Doku ve pıhtı geçişi izlenir,
- Şok belirtileri yönünden hasta değerlendirilir,
- Aldığı ve çıkardığı izlenip, eksiksiz bir şekilde kayıt tutulur,
- Atılan doku ve pıhtılar muayene için saklanır.

Girişimler sonucunda kadının hemoroji riskinin ortadan kalkması beklenir.

Enfeksiyon riski; serviksin dilate olmasına, geçirilen cerrahi girişime bağlı ya da uterustaki açık olan kan damarlarına bağlı olarak ortaya çıkabilir.

Enfeksiyonu tanılamak için; enfeksiyon belirti ve bulgularının olması, hastanın vücut ısısının yükselmesi, kötü kokulu vajinal akıntının olması gerekir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Vücut ısısı kontrol edilir,
- Aldığı-çıkardığı takip edilir,
- Vajinal akıntı koku yönünden değerlendirilir,
- Laboratuvar sonuçları izlenir,
- Perine bakımının önemi ve ped değiştirmenin önemi kadına anlatılır,
- Yerli uyku ve dinlenmesi sağlanır,
- Enfeksiyon gelişirse doktor istemine göre ilaçlar verilir.
- Taburculuk eğitimi verilir; vajinal duş yapmaması, tampon kullanmaması,

iki hafta ayakta duş şeklinde banyo yapması, iki hafta cinsel ilişkiye girmemesi, kanama ve kötü kokulu akıntısı olduğunda doktora gelmesi gerektiği söylenir.

Girişimler sonucunda kadında enfeksiyon belirti ve bulguları mümkün olduğu kadar en aza indirilmiş olmalı, vücut ısısı ve lökosit sayısı normal olmalı, enfeksiyon gelişmediği gözlenmelidir.

Akut ağrı; uterus kontraksiyonlarına ve cerrahi müdahaleye bağlı olarak gelişebilir.

Ağrıyı tanılamak için; kadın genel durumu ve öyküsü ağrı bulgusunu tanımlar.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Kadın ağrı belirtileri yönünden gözlenir ve ağrıya neden olan çevresel faktörler elimine edilir,

- Ağrının yeri, şiddeti ve ne zaman başladığı belirlenir,
- Ağrıya karşı duygusal tepkiler ve baş etme mekanizmaları belirlenir,
- Kadına uygun pozisyon verilir,
- Kadına gevşeme teknikleri öğretilir,
- Doktor istemine göre uygun analjezik yapılır.

Girişimler sonucunda kadının ağrısının olmadığı gözlenmelidir.

Anemi riski; kan kaybına bağlı olarak gelişebilir.

Anemi tanımlamak için; anemi belirti ve bulgularının olması, hemoglobin düzeyinde düşmenin olması gerekir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Yorgunluk düzeyi değerlendirilir,
- Yaşam bulguları yakından izlenir ve takip edilir,
- Kadına ve ailesine alması gereken besinler (demir ve proteinden zengin besinler, et, baklagiller, kuru meyveler, sebzeler) hakkında bilgi verilir.
- Yorgunluk hissi iki haftadan fazla devam ederse doktorunu bilgilendirmesi söylenir.

Girişimler sonucunda kadında yorgunluk belirtilerinin olmadığı, anemi bulgularının ortadan kalktığı ve hemoglobin düzeylerinin 11 ve 14g/dl arasında olduğu gözlenmelidir.

D sensitizasyon; D- negatif bir gebe kadının D- pozitif fetüs taşıması ile ilgili olarak gelişebilir. D sensitizasyon tanımlamak için; Annenin kan grubunun belirlenmesi gerekir. Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Anne Rh negatif ise düşükten sonraki ilk 72 saat içinde Rhogam (anti-D) yapılır.

Girişimler sonucunda kadın vücudunda D-negatif faktöre karşı antikor gelişmeyecektir.

2.5.2. Psikososyal Bakım

Psikososyal sağlık; bireyin yaşadığı çevreye uyum sağlaması ve bulunduğu çevrede sağlığını bozacak etkenlerin olmamasıdır (Gümüşdaş ve ark. 2014). Düşük sonrası kadın psikososyal sağlığını bozacak birçok etkenle karşı karşıya kalmaktadır. Yapılan birçok araştırmada da kadında psikososyal sağlığını düşük yapmanın etkileri olduğu saptanmıştır. Bu dönemde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği kadının anksiyete, depresyon, stres, öfke, suçluluk duygusu, otonomi kaybı gibi psikolojik semptomlar yaşamasına sebep olabilir. Bu süreçte kadının psikososyal sağlığını korunması ve iyileştirmesi bütüncül yaklaşım açısından önemli olup, hemşire kadınların psikososyal gereksinimlerini göz önünde bulundurmalıdır.

Hemşire kadının psikososyal sağlığını korumak için kadınla güvene dayalı bir ilişki geliştirmesi ve bakım sürecine kadın ve ailenin katılımını sağlamalıdır (Candan 2012). Hemşire kadını ve ailesini dinlemeli, kadının ve eşinin yaşadığı kederle ilgili bilgi sahibi olmalıdır (Lefier 2015 p. 85). Hemşire, kaybın obsteterik sonuçlarını anlatmalı, kaybın kabulünü sağlamalı, ebeveynlerin kaygılarını tartışmaları konusunda cesaretlendirilmeli ve gebelik kaybı konusunda eğitmelidir (Küçükaya 2009; Moroles ve ark. 2012). Aynı zamanda ebeveynleri kayıp hakkında konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilerek, kayıp ile baş etmesini sağlamalıdır (Moroles ve ark. 2012). Radford ve Hughes (2015) düşük yapan 211 kadın üzerinde inceledikleri çalışmada; kadınlar düşük sonrası ne hissettiğinin, bakımda kendileriyle iletişime geçilmesini istediğini ve baş etme becerilerinin kazandırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu yüzden hemşire kayıp yaşayan aile ile etkili iletişim teknikleri kullanılmalıdır. Bunun için hemşire (Kızıl 2015; Lefier 2015 p. 85);

- Kadın ile tanışmalı ve kendini tanıtmalı (*“Merhaba adım Fatma, bugün sizinle ilgilenecek ve size bakım uygulayacak hemşire benim”*),
- Kadının duygu ve düşüncelerini anlatabilmesi, düşünmesini sağlaması ve hissettiklerini ifade edebilmesi için hemşire sessizliğini sürdürmeli (*“Bununla ilgili anlatmak size zor geliyor sanırım. Anlatmayı ve konuşmayı sürdürmek ister misiniz?”*),
- Empati kurmalı (*“Bu yaşadığı için üzgünüm” “Kendinizi üzgün hissedebilirsiniz, sizi anlıyorum” “Bu durum sizin için gerçekten zor olmalı”*),
- Açık uçlu ifadeler kullanılmalı (*“Bu senin için gerçekten çok üzücü olmalı” “Bana şu anda kendinizi nasıl hissettiğinizi anlatır mısınız?”*),

- Hastanın ifade edilen hislerini tekrar ederek yansıtma kullanmalı (*“Sürekli olarak yatakta kalmadığın için mi suçlu hissediyorsun?”*)
- Sağlık profesyoneli ve diğerleri tarafından yapılan açıklamaları güçlendirmeli (*“sorun neydi, neden yaşandı”*),
- Geri bildirim vermeli (*“Evet, anladım”*).

Hemşire düşük yapan kadının psikososyal sorunlarına yönelik bakım planı hazırlayabilmesi için tanılamada göz önünde bulundurması gereken bilgiler şunlardır (Candan 2012; Varcarolis 2015 pp. 3-7);

- Sosyo - demografik özellikleri,
- Mental sağlık durumları,
- Psikososyal durumları (mental sağlık, depresyon belirtileri, panik atak işaretleri, post travmatik stres bozukluğu)
- Günlük yaşam şekilleri,
- Bireysel alışkanlıkları,
- Günlük yaşam aktiviteleri,
- Hastalık ve sağlık öyküleri,
- Bireysel sorunlarını nasıl algıladıkları,
- Aile içi ve dışı sorunları,
- Problem durumunda baş etme becerileri
- Sosyal destek sistemleri,
- Davranışları

Hemşire kadının yas sürecinde ihtiyaçlarını bağımsız bir şekilde değerlendirmelidir (Küçükkaya 2009; Moroles ve ark. 2012). Hemşireler aileleri yaslarını yaşamaları konusunda cesaretlendirmeli ve bu yas sürecinde hiçbir sınırlama olmadığı dair aileleri bilgilendirmelidirler. Ayrıca hemşire ailelere yas sürecinde üzülmeye endişe edilmeyecek bir durum olduğunu ve ailelerin duygularını kontrol etmeye çalışmamaları konusunda bilgi vermelidir. Hemşire aileyi eğlenceli aktiviteler yapması konusunda cesaretlendirmeli ve bu gibi şeylerden pişmanlık duymamalarını sağlamalıdır. Aileye eğlenmenin kayıplarına saygısızlık olmayacağı söylenmeli ve gülüp eğlenmenin iyileşme süresine faydası olduğu anlatılmalıdır (Hannebaum 2014; American Pregnancy Association 2015).

Düşük durumunda karşılaşılan psikososyal sorunlar ve sorunların giderilmesine yönelik hemşirelik girişimleri şunlardır (Taşkın 2002 p.163; Çoşkun 2008 p. 36; Candan 2012, Lowdermilk ve ark. 2013 p. 646; Murray ve Kinnery 2014 p.494-496; Green 2015 p.204-206; Lefier 2015 p. 85);

Korku/Anksiyete; gebelik ve fetüs kaybına, şu anki ve gelecekteki sağlık durumuna ilişkin endişelerine bağlı olarak ortaya çıkar.

Korku/Anksiyete durumunu tanımlamak için; kadının güçlü yönleri, sosyal destek durumu, baş etme mekanizmaları, endişeleri, stres kaynakları, somatik ve davranışsal hareketleri incelenir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Düşük ile ilgili endişeleri, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin vermeli,
- Tedavi ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermeli,
- Düşüğün neden meydana geldiğini anlatmalı,
- Gerçeği anlamalarına yardım etmeli,
- Yas ve yas süreci reaksiyonları hakkında bilgi vermeli,
- Kadın öz bakım aktiviteleri için cesaretlendirmeli,
- Kullandıkları başarılı baş etme yöntemlerini saptamalı ve tekrar kullanmalarını sağlamalı,
- Ön yargısız bir yaklaşım ile kadın dinlenmeli,
- Gevşeme ve rahatlama yöntemleri uygulamalı.

Girişimler sonucunda kadın ve ailesi endişelerini açıkça ifade eder, ailenin bakım ve tedavi ile ilgili kararlara katıldığı gözlenir.

Beklenen Bebeğin Kaybına İlişkin Keder /Yas; beklenen bebeğin kaybına, yas döneminin yaşanmaması ya da sağlık profesyonellerinden kaynaklanan engellere bağlı olarak gelişir.

Yası tanımlamak için ailede algılanan bir kaybın olması, inkar, suçluluk, öfke, değersizlik duygusu, tepkisizlik gibi savunma mekanizmalarının görülmesi, yas fazlarının ve belirtilerinin görülmesi gerekir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Yasın dört fazına göre, normal yas belirtileri tanımlanır,

- Ailenin kültürüne saygı göstererek yas sürecini yaşamasına izin verilir,
- Kadının destek sistemleri değerlendirilir ve istediği kişilerin ziyaretine izin verilir,
- Kadın ve ailesi duygularını açıkça ifade etmesi için desteklenir,
- Kadına ve ailesine gebeliğini kaybettiği gerçeğini kabul etmesi için yeterli zaman tanınır,
- Kadın ve ailesine bebekle vedalaşmasına izin verilir,
- Ailenin iletişim özellikleri belirlenir,
- Sırta masaj yapma gibi gevşeme teknikleri uygulanır,
- Ailenin kayıptan sonraki yaşam hakkında planları araştırılır,
- Kadına yeniden gebe kalmadan önce kaybın yasını tutmasının önemi anlatılır,
- Gereksinim duyulursa psikolojik destek ya da danışmanlık için kadın yönlendirilir.

Girişimler sonucunda kadın ve aile üyeleri yasa ilişkin duygularını uygun şekilde ifade eder ve yas süresi boyunca karşılaşılabilecek problemleri aşarlar.

Spiritüel Distres; Ani ve beklenmedik bir şekilde yaşadığı düşük olayı yol açabilir.

Spiritüel distresi tanılamak için; ailenin dini inançlarını sorgulaması, yaşamın, ölümün ve acı çekmenin anlamını sorgulaması, ümitsizlik yaşaması ve inançları hakkında zıt duygularının olması ile tanı konur.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Kadının manevi inançları, gereksinimleri ve uygulamaları belirlenir,
- Dini inanıcından güç almasına yardım edilir,
- Öfke ve manevi zorlanma duyguları varsa belirlenir,
- Kadının endişeleri dinlenir ve duyguları paylaşılır,
- Aile üyelerinin inançları, öfkeleri, haksızlığa uğradıkları hakkında düşünceleri ifade etmesi sağlanır,
- Destek grupları hakkında bilgi verilir.

Girişimler sonucunda her bir aile üyesinin durumu kabullendiği görülür.

Düşükle ilgili olarak bireysel ya da ailesel etkisiz baş etme riski; Gebeliğin kaybı, bebeğin ölümü, kayıpla ilgili bilgi eksikliği, problem çözme becerilerindeki yetersizlik ya da sosyal destek sistemlerinin olmaması, stres, öfke, anksiyete durumları yol açabilir.

Etkisiz bireysel baş etmeyi tanımlamak için; kaybı yaşayan ailelerin destek sistemleri ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Kadın ve ailenin kullandığı olumlu ve olumsuz baş etme mekanizmaları değerlendirilir,

- Uygun baş etme yöntemi geliştirmesine yardımcı olunur,

- Kadın ve ailenin destek sistemleri değerlendirilir,

- Aileye açık uçlu sorular sorulmalı ve etkili iletişim teknikleri kullanılmalı,

- Kadının bakım gereksinimleri karşılanmalı,

- Kadın ve aileye düşük hakkında bilgi verilir,

- Kadın ve ailesinin yas belirtilerini yaşamasına izin verilir,

- Ailenin yaşadığı duygu ve davranışların normal olduğu, yas sürecinde bu duyguların yaşanabileceği anlatılır,

- Kadın ve ailesini gerektiğinde yalnız bırakmalı, onların duygularını yaşamalarına izin vermeli,

- Kadını ve ailesini gerekli ise psikiyatriye yönlendirmeli

- Kadın ve ailenin durumunu ev ziyareti ve telefonla değerlendirmeli, gerektiğinde destek olmalı.

Girişimler sonucunda ailedeki bireyler gebeliğin kaybı ile ortaya çıkan durumsal ve gelişimsel krizlere uygun tepki verirler ve yeterli baş etme davranışları gösterirler.

Aile süreçlerinde değişim riski; komlike yas nedeniyle ailede birbirinden uzaklaşma ve aile bütünlüğünün sürdürülemezlik durumu.

Aile süreçlerinde değişim tanımlamak için; kadın ve ailenin sosyo demografik özellikleri, aile içi iletişim biçimi, destek sistemleri ve inançları değerlendirilir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Aile içini destekleyici ve özel mahremiyet koruyucu bir hastane ortamı sağlamalı,

- Kadın ve ailenin bakım gereksinimleri karşılmalı,
- Ailenin güçlü yönleri vurgulamalı,
- Destek mekanizmalarının kullanımında aileye yardım etmeli,
- Kayıp deneyiminin doğal bir parçası olan, depresyon, anksiyete ve bağımlılık belirtileri konusunda aile üyelerini hazırlamalı,

• Kadın hastaneden ayrıldıktan sonra da ev ziyareti ve telefon ile iletişim sürdürmeli,

- Ailede fonksiyonel bozulma varsa, aileyi uygun bir terapiye yönlendirmeli.

Girişimler sonucunda aile üyeleri desteklenir, aileye bakım ve aile sürecinin sürdürülmesi sağlanır.

Düşünce sürecinde değişim riski; yasin yaşanılmaması ya da komplike yas nedeniyle düşüncede dağılma, zayıflama, toparlamama ve uygunsuz baş etme yöntemlerinin kullanılmasıdır.

Düşünce sürecinde değişimi tanımlamak için; kadın ve ailenin sosyo demografik özellikleri aile içi iletişim biçimi, destek sistemleri ve inançları değerlendirilir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Kaybı kabullenme süresince kadınların ruhsal durumu değerlendirmeli,
- Depresyon, stres ve anksiyete durumları belirlenmeli,
- Sosyal destek eksikliği değerlendirmeli,
- Yas süreci ve aşamaları kadına anlatılmalı,
- Yeri, zamanı ve kişileri gerçekçi bir şekilde değerlendirilmesine yardımcı olunmalı,

- Kadın duygularını anlatması için cesaretlendirilmeli,
- Gerekirse kadın psikoterapiye yönlendirmeli.

Girişimler sonucunda kadının depresyon yaşama riski en az düzeye inmesi, iyileşmesi ve güvenliği sağlanır.

Ümitsizlik riski; stres, anksiyete ve sosyal destek yokluğundan kaynaklanan güçsüzlüğe bağlı olarak gelişir.

Ümitsizlik durumunu tanımlamak için; bireysel ihtiyaçları belirlenir, sosyal çekilme durumuna bakılır, madde kullanımı gözlenir ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir.

Bu durumda hemşirelik girişimleri şu şekilde olmalıdır;

- Taburculuk sonrası izlem sürdürmeli,
- Daha önce kullandığı başa çıkma yöntemleri belirlenmeli ve kullanması sağlanmalı,
- Kayıp yaşayan bireylerle bir araya gelmelerini sağlamalı,
- Destek olabilecek kişilerin ziyaretine olanak sağlamalı,
- Güçsüzlük ve ümitsizlik bireyin ve ailenin güvenliğini etkiliyorsa psikoterapiye yönlendirilmeli.

Girişimler sonucunda kadın ve aile yas dönemini sağlıklı bir şekilde geçirmesi sağlanır.

2.6. Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlarda Swanson Bakım Kuramının Eğitim ve Danışmanlık Sunumunda Kullanımı

Düşükle ilgili çalışmalara ilgi çok artmış olsa da düşük yapan kadınla ilgilenen ve kadına destek olan hemşirelik bakım çalışmalarına literatürde pek az değinilmektedir (Murphy ve Philpin 2010; Johnson ve Langford 2015). Yapılan çalışmalarda ise düşük sonrası kadınlar hastane personelinin duyarsızlığından, farkında olunmayışından, etkili müdahalelerin yokluğundan ve destek sistemlerinin olmamasından şikâyetçi olduklarını açıkça ifade etmişlerdir (Geller ve ark. 2010; Murphy ve Philpin 2010). Destekleyici hemşirelik bakımına yönelik Swanson'un çalışmaları haricinde belirgin çalışma bulunmamaktadır (Swanson 1999a; Swanson 1999b; Swanson 2000; Swanson ve ark. 2007). Ülkemizde de Swanson bakım kuramına dayalı düşük sonrası kadınları destekleyici çalışma bulunmamaktadır. Bu yüzden çalışmanın kavramsal çerçevesini çalışmaya rehber olan ve Kristen SWANSON'un geliştirdiği "Swanson Bakımı Kuramı" oluşturmuştur. Swanson Bakım Kuramı düşük yapan kadınların bakımında, iyilik halinin kazandırılmasında ve psikososyal sağlığının geliştirilmesinde hemşirelere ve ebelere rehber olan bir kuramdır (Jansson ve Adolfsson 2011). Swanson bakım konusunda, Watson'un çalışmalarından etkilenmiş ve bu çerçevede hemşirenin kişisel, holistik ve bireysel bir psikososyal destek sunması gerektiğini vurgulamıştır (Murphy ve Philpin 2010).

Swanson Bakımı Kuramı'na göre ebe/hemşire düşük yapan kadının duygusal durumuna önem vererek yaklaşır. Kadına şefkat gösterir ve kadın ile arasında duygusal bağ kurulmasını sağlar (Adolfsson 2010). Bununla birlikte onların mahremiyetini korur. Aynı zamanda ebe/hemşire her bir kadını haysiyetli ve saygıdeğer olarak kabul eder ve kadınların ihtiyaçlarını karşılamada yetkin ve beceriklidir (Adolfsson 2010).

Kurama göre; ebe/hemşire düşük yapan her bir kadının özgüvenini korunması konusunda, kadını yüreklendirir. Kadında olumlu bir mental tutum ve gelecek için gerçekçi bir iyimserlik sağlar. Düşük konusunda geriye dönük sorgulamayı ve kendini suçlamayı önlemeye çalışır. Kadınlara düşük olayının gerçekliğini kabul etmesine yardımcı olur. Kadınlar durumun gerçekliğini kabul ettiklerinde olay anlamlı bir hayat tecrübesi haline gelir (Adolfsson 2010).

Ebe/hemşire tarafsızlığı ve iletişim becerileri ile düşük yapan kadınların yas sürecini anlamalarına da yardımcı olur (Adolfsson 2010). Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada kadınlar normal yas yaşıyorlarmış gibi profesyonel bakım hizmeti gördüklerini ve bu bakımdan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda bu çalışmada kadınların yas oranlarının %44'ten %22'ye düştüğü görülmüştür (Adolfsson 2010).

Düşük gibi önemli bir olaydan sonra ebe/hemşire, kadında sağlıklı bir iyileşme sağlar, kadının ruh sağlığını iyileştirir ve kadının ruh sağlığının korunmasına yardımcı olur (Swanson 1999a; Swanson 1999b; Adolfsson 2010). Bunun için de ebe/hemşire kendinden emin bir şekilde uzman bilgisini kullanmalı ve kadının en ihtiyacı olan zamanında fiziksel ve duygusal olarak yanında bulunmalıdır. Aynı zamanda kadınla aktif biçimde ilgilenmeli, terapötik iletişim tekniklerini kullanmalı, kadının gereksinimlerini karşılamalı, kadında iyileşme gayretini artırıcı motivasyonu sağlamalı ve onun inancını sürdürmesini teşvik etmelidir (Swanson 1999a; Swanson 1999b; Adolfsson 2010). Bu bağlamda düşük yapan kadınların psikososyal sağlığın korunması için, kadının bu bakımı alması önem taşımaktadır. Bu yüzden bu çalışma düşük sonrası kadınların psikososyal sağlığını geliştirmek için Swanson Bakımı Kuramı'na dayalı olarak planlanmıştır.

2.6.1. Kristen Swanson

Kristen M. Swanson, RN, PhD, FAAN, North Carolina Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde dekan olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda UNC hastanesinde akademik ilişkilerde danışmanlık görevini devam ettirmektedir. Swanson 1975'te Rhode Island Üniversitesinde lisansını, 1978 yılında Pensilvanya üniversitesinde yetişkin sağlığı ve hastalığı hemşirelik konusunda yaptığı tez ile yüksek lisansını tamamladı. Colorado üniversitesinde psikososyal hemşirelik konusunda doktorasını tamamladıktan sonra, Washington Üniversitesinde doktora sonrası çalışmalara devam etti (Armstrong 2012). Swanson, uluslararası olarak hala kuramın araştırılması, uygulanması ve geliştirilmesi için danışmanlık yapmaya devam etmektedir (Armstrong 2012).

2.6.2. Swanson Bakım Kuramı

Swanson'a (1991) göre bakım verme (caring), "sorumluluğu hissedilen kişinin beslenmesi, bakılması olarak" tanımlanmaktadır. Bu teoride hemşirelik müdahaleleri olarak bakım sürecine odaklanılmaktadır. Bireyin özel bir sağlık problemine verdiği tepkinin anlaşılması ve hemşirenin bakımı aracılığıyla hastanın iyilik halinin geliştirilmesi vurgulanmaktadır (Altınok ve ark. 2011). Swanson bakımı, kişisel olarak bağımlılık ve sorumluluk hislerini taşıyan birisinin diğer değerli birisine bakma yöntemi olarak tanımlayarak, bakımın önde gelen bir hemşirelik fenomeni olduğu belirtmiştir. Swanson, hemşirelik uygulamalarında kuramın uygulanabilmesi için, kuramı geliştirirken bakım alıcılarını üç gruba ayırarak incelemiştir. Bu gruplardan birincisi düşük yapan kadınlardır. Swanson düşük yapan kadınlar ile ilgili olarak, onların düşük sonrası ne hissettikleri, nasıl oldukları ile ilgili araştırma yapmıştır (Swanson 1998). Bu konu ile ilgili yaptığı doktora tezinde düşük yapan 20 kadın için hemşirelik bakımının ne anlam taşıdığını ve bakımın nelerden oluştuğunu belirlemiştir. Bu tezin sonucu olarak Swanson beş aşamalı (bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirmek, inancı korumak) bakım modelini geliştirmiştir (Wojnar 2009). Doktora sonrası Swanson' un çalıştığı ikinci grup ise, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan 19 sağlık profesyoneli ve yenidoğan yoğun bakımda yatan 7 bebeğin ebeveynleridir. Bu çalışmada Swanson, sağlık profesyonelleri ve ebeveynlerin perspektifinden bakımı açıklamaya odaklanmıştır. Bununla birlikte çalışmada sağlık profesyonelleri ve

ebeveynleri gözlemiştir. Bu araştırmanın sonucu olarak beş aşamalı bakım modelinin yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki bebeklerin bakımından sorumlu olan ebeveynlere ve sağlık profesyonellere de uygulanabileceğini fark etmiştir (Wojnar 2009). Swanson'un bakım kuramını geliştirmedeki üçüncü grup ise bakım ve klinik hemşire modelleriydi. Bu modelde bir grup genç annenin, nasıl uzun dönem kamudan hemşirelik bakımı alacağını açıklamıştır. Bu çalışmanın bulgularına dayanarak, Swanson nihayet bakımı bir konsept olarak tanımlamış ve bakım süreçlerini, bakımın alt boyutlarını işlemiştir (Wojnar 2009; Ahern ve ark. 2011). Çalışmaların yayınlanmasından sonra, yirmi yıldır kuram çeşitli yerlerde uygulanmış ve değişime uğramıştır. Buna rağmen kuramın değişmeyen beş basamağı aynı kalmıştır.

Swanson (1991), bakımın beş basamaktan veya süreçten oluştuğunu belirtmiştir.

Bu basamaklar şunlardır;

- Bilmek,
- Birlikte olmak,
- Gereksinimlerini karşılamak,
- Güçlendirmek,
- İnancını korumak.

Swanson'un geliştirdiği bu bakım kuramını birçok hastane ve sağlık merkezi benimseyerek, hemşirelik hizmetlerinde kullanmaktadır. Bu bakım kuramı hastaların yeniden iyileşme sürecine büyük katkı sağlamıştır (Armstrong 2012).

2.6.3. Kuramın Amacı

Swanson, beş bakım sürecinin yalnızca hemşireliğe ait olmadığını belirtmiştir. Buna rağmen kuramda hemşirenin birey, bireyin ailesi ve ekip üyeleri ile nasıl ilişki kuracağı ve nasıl bakım yapacağını belirterek, kuramın hemşirelik uygulamalarına yönelik rehber olmasını sağlamıştır.

Kuramın beş basamağı, birey merkezli bakım sağlamakta ve hemşirelik uygulamaları sırasında birey ile hemşire arasında iletişiminin kurulmasına yardımcı olmaktadır. Kuram hastanın istenilen iyileşme sürecine ulaşması için hemşire ve hasta arasında başarılı bir ilişkinin kurulması gerektiğini belirtmektedir.

Kuram bireyin aldığı bakımla birlikte bireyde iyileşme sürecinin hızlanmasına, hemşirenin bireyin yaşadığı zorlukları anlamasına, bireyin yaşadığı acı olayı atlatmasına

ve geleceğe yönelik kendine olan güveninin artmasına yardımcı olmaktadır (Jansson ve Adolfsson 2011). Bununla birlikte kuram kadının yaşadığı deneyimin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Jansson ve Adolfsson 2011).

2.6.4. Kuramın Kavramları

Swanson, bakım kuramında anahtar rol oynayan etmenleri belirlemiştir. Bu etmenler şunlardır (Wojnar 2009 pp. 193);

- Hemşire
- Kişiler,
- Sağlık/iyilik hal
- Bakım.

2.6.4.1. Hemşire

Swanson (1991; 1993) hemşirelik disiplini başkalarının refahı için bilinçli olarak sağlanan bakım şeklinde tanımlamaktadır. Hemşirelik disiplinin oluşmasında hümanistik yaklaşımın, bilimsel ve klinik bilginin, kültürel değerlerin ve inançların önemli olduğunu vurgular (Swanson 1993; Wojnar 2009 pp. 193).

2.6.4.2. Kişiler

Kişiler burada tek bir birey anlamına geldiği gibi hastanın yakınlarını, ailelerini, dostlarını, toplumları ve grupları da içerebilmektedir. Hemşire iyi bir sağlık hizmetine ulaşmak için kişilerle sağlık ve sosyal konularda iyi bir işbirliği yapmalıdır.

2.6.4.3. Sağlık ve iyilik

Swanson (1993)'a göre bireyin sağlığı ve iyileşmesi sübjektiftir. Bununla birlikte sağlık bireyin bütün olarak ele alınmasını kapsar. Sağlık, bireyin bütün olarak duyguların gelişmesine, ruhuna, düşüncesine, zekâsına, yaratıcılığına, kadınlığına, erkekliğine ve özgürce ifade edebilme durumuna dayanan anlam dolu tecrübeler bütünlüğüdür. Bu yüzden sağlığı yeniden sağlamak ve bireyin bütünlüğünü korumak için; birey fiziksel, mental, psikososyal ve spiritüel olarak ele alınmalıdır (Wojnar 2009 pp. 193).

2.6.4.4. Çevre

Swanson (1993), bakımda çevresel ilişkilerin önemli olduğu aynı zamanda bakım kuramının uygulanması konusunda en temel nokta olduğunu belirtmiştir. Swanson'a göre ,"*Çevresel etkilerin kapsamı oldukça geniştir. Bu kapsam içinde kültürel, politik, ekonomik, sosyal, biofiziksel, psikolojik ve ruhsal etkiler yer alabilir*" diye belirtmiştir. Swanson'a göre; hastayı nelerin endişelendirdiğini tanımlamak ve fark etmek, hastanın iyileşmesinde önemli olmaktadır.

2.6.4.5. Bakım

Hemşire, bakımı verirken terapötik ilişkilerini kullanmalı, bilime inanmalı, kişisel iç görüşe ve uzmanca anlayışa sahip olmalıdır. Kuramın önerilen yapısı bakımı şu şekilde ifade etmektedir; *temel olarak bireylerin inancı korumalı, bireyin gerçek duygularını bilinmeli ve yanında olunarak, gereksinimleri karşılanmalı, bu şekilde birey güçlendirilmelidir* (Swanson 1993). Kısacası Swanson Bakımı, "*bir kişiye değer verilerek ve karşıdaki kişiye bağlılık ve sorumluluk duyularak yapılan bakım*" olduğunu belirtmiştir.

2.6.5. Kuramın Basamakları

Swanson'un orta düzey bakım kuramı, sağlık profesyonellerine düşük yapan kadınlar ile ilgili etkili ve hassas bir rehberdir (Jansson ve Adolfsson 2011). Kuram "*bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirmek, inancı korumak*" denilen 5 basamaktan oluşup, terapötik bakım uygulamalarını içermektedir (Jansson ve Adolfsson 2011).

2.6.5.1. Bilmek

Kuramın ilk aşaması bireyi tanıma aşamasıdır (Swanson 1991). Bilmek, bir olayın diğer kişinin hayatında bir anlamı olup olmadığını anlamak için çabalamak demektir (Smith 2004; Andershed ve Olsson 2009). Bilmek, bir olayın başkalarının hayatındaki önemi anlamaya gayret etmektir (Jansson ve Adolfsson 2011). Swanson'a göre hiçbir şey küçümsenmemeli aksine birey dikkatlice dinlenmeli ve sürekli olarak

ipuçları aranıp değerlendirilmelidir. Bu süreçte, bakım verenler ve bakım alanlar birbiriyle ilişki içerisinde (Andershed ve Olsson 2009).

Hemşire birey hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hemşire bir olayın birey üzerindeki etkilerin tamamını bildiği varsayımlarından kaçınıp, bilgi toplamaya odaklanmalıdır. Bilgi tahmini yaklaşımlardan kaçınmayı, bakım verilen bireyi merkeze almayı, geniş değerlendirme yapmayı ve ipuçlarını belirlemeyi içerir (Swanson 1991). Hemşire bakılan kişiye odaklanarak kişinin deneyimlerini öğrenmelidir. Bu aşamada hemşire, felsefe düşünebilmeli, bireyin özgün ve eşsiz olduğunu kabul etmelidir (Swanson 1991).

Bilmek prensibi uygulandığında, birey ve hemşire arasında etkileşim başlar. Kayıp durumunda yaşanan şok zamanında fark edilir. Şok durumundaki ebeveynin, bakım verenleri dikkate alamayacağı akılda tutulmalı ve hissettiklerinin dehşet verici olduğu unutulmamalıdır.

Hemşire bakım uygulamalarını yaparken birey merkezli olmalı, hastanın içinde bulunabileceği tüm durumları değerlendirmeli ve birey ile hemşire kendisini bu bakım sürecinde birleştirmelidir.

Bu aşamada hemşire;

- Varsayımlardan kaçınmalı,
- Bakılan kişiye odaklanmalı,
- Detaylı değerlendirme yapmalı,
- İpuçlarını/belirtileri aramalı,
- Kendini (işe) vermelidir.

2.6.5.2. Birlikte Olmak

İkinci bakım prensibi olan birlikte olmak, bireyin yanında olmak ve bireyle birlikte bir şey yapmaktır (Swanson 1991). Birlikte olmak duygusal açıdan önemli olup, bireyin acısını veya sevinci paylaşmak, değer verilen kişiyi sınırlamamak, kişinin yaşadıklarını anlayabilmektir (Swanson 1991; Swanson 1993; Andershed ve Olsson 2009).

Swanson (1991)'un ifade ettiğine göre "Noddings (1984) birlikte olmak prensibinin önemli olduğunu, fiziksel olarak orada bulunmasa dahi, yanında olunabileceğini" belirtmektedir. Düşük ile ilgili yapılan bir çalışmada, dilatasyon ve

küretaj deneyimi sırasında hemşirenin nasıl yanında olmaya çalıştığını şu sözler ile ifade etmiştir (Swanson 1991). *Mümkün olduğunca hemşire nazik olmaya çalışıyordu hatta biraz ağladı bile. Beni önemsemediğini daha çok hissettirdi. Vakum kullandıklarında bir miktar acı duydum ve dişlerimi sıkarak bitmesini bekledim. Beni rahatlatmaya çalıştı ve neredeyse bitmek üzere olduğunu söyledi. Kendini bırakmadı ve işini yapmaya devam etti. Bunun yalnızca bir zaman meselesi olduğunu söyleyip durdu. Üzgün olduğunu biliyordum.*

Birlikte olmak, bilmek prensibinin küçük bir adım ötesine geçmektir. Bireyin yanında olmak sadece fiziksel olarak yanında bulunmak değildir. Duygularının paylaşıldığı dönemdir (Jansson ve Adolfsson 2011). Bu şekilde hemşire bireyi anlayabilir (Jansson ve Adolfsson 2011). Hemşire bireyin duygusal durumunu sorgulamalı, onun yanında olarak deneyimlerini paylaşmalıdır. Birey için yaşadığı olay neşeli ya da acı verici de olsa hemşire bireyin yanında olup hislerini paylaşmalıdır. Bu süreçte hemşire bireyin rahatsızlık ve sıkıntı hissetmemesini için elinden geleni yapmalıdır.

Düşük deneyimi sırasında bazı kadınlar intravajinal muayene sırasında kendilerini çok güçsüz ve teşhir edilmiş hissedebilirler. Bazıları ise tuvalete gittiklerinde doku parçası ve kan ile karşılaştıklarında keskin his ve duygular yaşayabilirler. Bu durumda kadında yoğun korku ve anksiyeteye bağlı akut panik atak gelişebilir (Jansson ve Adolfsson 2011). Bu aşamada hemşire;

- Orada olmalı,
- Var olduğunu hissettirmeli,
- Duyguları paylaşmalı,
- Yük olmamalıdır.

2.6.5.3. Gereksinimlerini Karşılama

Üçüncü bakım prensibi birey için elinden geleni yapmaktır (Swanson 1991). Gereksinimlerini karşılamak iyileştirici yöntemlerin içinde olup, kişide gereksinimlerin önceden tahmin edebilmesini ve bu gereksinimlerin kişinin saygınlığına zarar vermeden, onu koruyarak ustaca yerine getirilmesini kapsar (Andershed ve Olsson 2009). Kişinin kendi için yapacağı şeylere yardımcı olunmalı, kişi korunmalı ve kişinin rahatını sağlanmalıdır (Andershed ve Olsson 2009). Swanson (1991)'un bildirdiğine

göre gereksinimlerini karşılamak, Larson (1984)'un ve Riemen (1986)'in tarif ettiği gibi bireyin rahatını sağlayıcı bir şekilde olmalıdır.

Hemşire, bireyin iyiliği için onun yapamadığı ve yapılması hemşire tarafından mümkün olan her şeyi yapmalıdır (Swanson 1991; Jansson ve Adolfsson 2011). Hemşire empati yaparak aynı durumu kendisinin de yaşayabileceğini düşünmelidir. Bu durumda kendisi için yapılmasını istediği her şeyi birey için yapmalıdır. Bireyin rahatını sağlamalı, bakımını doğru bir şekilde gerçekleştirmeli, mahremiyetini ve onurunu korumalıdır. Aynı zamanda hemşire bireyin ihtiyaçlarını belirlemeli, geleceğini düşünmeli ve bunları becerikli bir şekilde uygulamalıdır.

Bu aşamada hemşire (Swanson 1991);

- Yapabileceği şeyleri yapmalı,
- Rahatlık sağlamalı,
- Önceden sezmeli,
- Profesyonelce yerine getirmeli,
- Saygınlığını korumalıdır.

Düşük ile ilgili yapılan bir çalışmada, kadın eşinin kendisi için neler yaptığını şu sözler ile ifade etmiştir (Swanson 1991) *"Tim markete gitti ve her çeşidinden hijyenik ped aldı. Oldukça acıkmışım ve o çok tatlı davrandı. Yemek yaptı ve yatağıma kadar getirdi. Bu konudan konuşmadık bile. İkimiz de ben sağlıklı olduğum için şükrediyorduk."Tek umursadığım senin iyi olman" dedi. Düşüğün sonlanmasından sonra bir kadın hemşirenin yaptığını şu şekilde ifade etmiştir (Swanson 1991). "Anestezi almadan önce, anestezistin gözyaşlarımı silmesini küçük bir jest olarak takdir ettim."*

2.6.5.4. Güçlendirme

Dördüncü bakım prensibi olan güçlendirme kişinin hayatını kolaylaştırmaktır (Andershed ve Olsson 2009). Swanson güçlendirmeyi; *"Diğer kişinin hayatındaki bir olayı ya da süreci atlatmasını kolaylaştırmak, destek olmak ve kendi deneyimini yaşamasına izin vermek, kişinin önemli olan konulara odaklanmasına yardımcı olmak, konular hakkında düşünmesi sağlamak, kişiye rehber olmak ve diğer kişinin gerçekliğini onaylamak"* olarak tanımlamıştır.

Hemşire güçlendirme aşamasında, bireyin hayatını, yaşadığı olayları ve alışık olmayan olaylarının etkisini hafifletmek için uğraşmalıdır (Ahern ve ark. 2011).

Hemşire kişinin kendisine bakması için ona yardım etmelidir. Aynı zamanda hemşire, bireyin yaşadığı olayı atlatmasına yardımcı olmalıdır (Jansson ve Adolfsson 2011).

Güçlendirme aşamasında hemşire, uzman bilgisini başkalarının iyiliği için kullanılmalıdır. Bu şekilde bireyin iyileşmesi kolaylaşır. Güçlendirme aşamasında duygusal olarak destek vermenin yanı sıra bilgi ve danışmanlık da yapılmalıdır. Aynı zamanda güçlendirme kişilere yardım etmeyi, alternatifler sunmayı, endişelerin çözümüne odaklanmayı ve duruma bakmayı da gerektirir (Andershed ve Olsson 2009).

Bu aşamada hemşire (Andershed ve Olsson 2009);

- Bilgilendirme ve açıklama yapmalı,
- Kişiyi desteklemeli,
- Danışmanlık yapmalı,
- Geri bildirim almalı,
- Alternatifler yaratmalıdır.

2.6.5.5. İnancı Korumak

En son bakım prensibi olan inancı korumak, kişinin bir olayı ya da bir süreci atlatmak için gereken kapasiteye sahip olduğunu bilmek, ona inanmak ve inancını sürdürülmesini sağlamak anlamına gelmektedir (Swanson 1991; Ahern ve ark. 2011). İnancı koruma sağlık bakımının en temel prensibidir (Jansson ve Adolfsson 2011).

İnancı korumakta amaç, başkalarının hayatına anlam vermek değildir. Eğer bakım yapan kişi gereksinimleri karşılar, güçlendirir ve inancını korursa kişi zaten kendine anlamlı gelen bir yol seçer (Swanson 1991). 1998 de Caring Made Visible röportajında, Swanson bu kategoriyi "*bir anlam bulmaya yardım etmek*" maddesini de ekleyerek genişlettiğini ifade etmiştir. Swanson'a göre, bakım verenler umutsuz durumlarda bile güven teşkil etmeli ve kişiyle tüm yolu kat etmek için gerçekçi bir iyimserlik sergilemelidir. Bu şekilde kişi hayatın zorluklarını atlatabilir, geleceğe anlama bakabilir ve inancı sürdürebilir (Andershed ve Olsson 2009).

Hemşire, bireye inanmalı ve ona güven duymalıdır. Bireye yönelik umut dolu olmalı, bireyin çaresiz olmadığını ifade etmelidir. Hemşire her zaman bireyin yanında olduğunu hissettirmelidir (Andershed ve Olsson 2009). Birey hemşireye ihtiyaç duyarken hemşire onu bırakmamalıdır. Bireyin deneyimlerini anlatmasına fırsat verilmelidir. Aynı zamanda hemşire, kadının duygularına ve korkularına hassasiyet

göstermeli, kadını konuşmaya teşvik etmeli ve bu süreçte kadının yanında olarak inancını sürdürmesine ve durumu kontrol etmenin elinde olmadığı hissini vermelidir. Bununla birlikte hemşire çifti bu zor durumda birbirlerine destek olmak için cesaretlendirmelidir (Andershed ve Olsson 2009). Bu aşamada hemşire; saygıyla inanmalı, umut dolu bir tavrı sürdürmeli ve iyimser olmalıdır.

Sonuç olarak; Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımı düşük yapan kadınlarda bütüncül bir bakım sağlamaktadır. Swanson bakım, planlı ve sistemli bir şekilde yapıldığında kadınların düşük sürecini rahat atlmasına, bakım gereksinimlerinin karşılanmasına ve yeniden iyileşme sürecine büyük katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda bu bakımın kullanılması düşük yapan kadınlarda hemşirelik girişimlerini kolaylaştıracak ve bakımının bilimsel olarak uygulanmasına yön verecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, düşük deneyimi yaşayan kadınlara verilen destekleyici bakımın psikososyal sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

Araştırmanın tipi yarı-deneyseldir. Araştırma, düşük yapan kadınlarda Swanson Bakım Kuramı temel alınarak hazırlanmış eğitim/bakım programının ve bireysel danışmanlığın, umutsuzluk, yas, depresyon, anksiyete ve stres faktörlerine etkisini belirlemek için ön-son test ölçümlü olarak tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri aşağıda yer alan maddelerden oluşmaktadır. Bunlar;

Hipotez 1. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımının uygulanması, onların *yas sürecini* kolay atlatmasını sağlayacaktır.

Hipotez 2. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımının uygulanması, onların *umutsuzluk* düzeylerini azaltacaktır.

Hipotez 3. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımının uygulanması, onların *depresyon* yaşama durumlarını azaltacaktır.

Hipotez 4. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımının uygulanması, onların *anksiyete* düzeylerini azaltacaktır.

Hipotez 5. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımının uygulanması, onların *stres* yaşama durumlarını azaltacaktır.

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken: Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu gibi sosyodemografik özellikler ile Swanson bakım kuramına dayalı verilen destekleyici eğitim ve bakımdır.

Bağımlı değişken: Düşük yapan kadınların yas ölçeği, umutsuzluk ölçeği, depresyon, anksiyete ve stres ölçeğindeki puanları araştırmanın bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi jinekoloji ve kadın doğum servisinde gerçekleşti. Bu hastanenin seçilme nedeni yıllık 538 düşük vakasının olması, hasta sayısının fazla olması ve bu araştırmanın uygulanabileceği bir ortama sahip olmasıdır.

Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi jinekoloji kliniğinde yatak kapasitesi 23 olup, odalar bir, iki, üç, dört ve beş yataklıdır. Bu klinikte 15 hemşire görev yapmakta olup gündüz vardiyasında 13 hemşire, gece vardiyasında 2 hemşire çalışmaktadır. Hemşireler 16 saat ya da 24 saatlik vardiyalarla çalışmaktadırlar. Klinikte aylık düşük yapan kadın sayısı 30-90 arasında değişmektedir. Klinikte düşük yapan kadının genel durumu iyi, vital bulguları stabil, kanaması normal, başka bir sorunu olmadığında, düşükten 2 ve 3 saat sonra taburcu edilmektedir. Kadın hastaneden kendi isteği ile erken dönemde taburcu olmak istediğinde, imza karşılığında taburcu olabilmektedir.

3.5. Araştırmanın Zamanı

Araştırma Ocak 2014-Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleşti. Araştırmanın uygulama zamanı aşağıdaki şekilde yer almaktadır (Şekil 3-1).

Araştırmanın Aşamaları	2014 yılı												2015 yılı												2016 yılı							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Konu seçimi																																
Literatür tarama																																
Veri toplama araçlarının geliştirilmesi																																
Kurum ve etik kurul izinlerinin alınması																																
Swanson bakıma göre destekleyici bakım rehberinin hazırlanması																																
Düşük deneyimi yaşayan kadınlara yönelik bakım rehberinin hazırlanması																																
Randomizasyon yöntemi ile deney ve kontrol gruplarının belirlenmesi																																
Verilerin toplanması																																
Verilerin analizi/Tez Yazımı																																

Şekil 3-1: Araştırma Zamanı

3.6. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mayıs 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesinde düşük yapan tüm kadınlar oluşturdu. Bu tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan, araştırmayı kabul eden kadınlar deney ve kontrol grubuna dahil edildi.

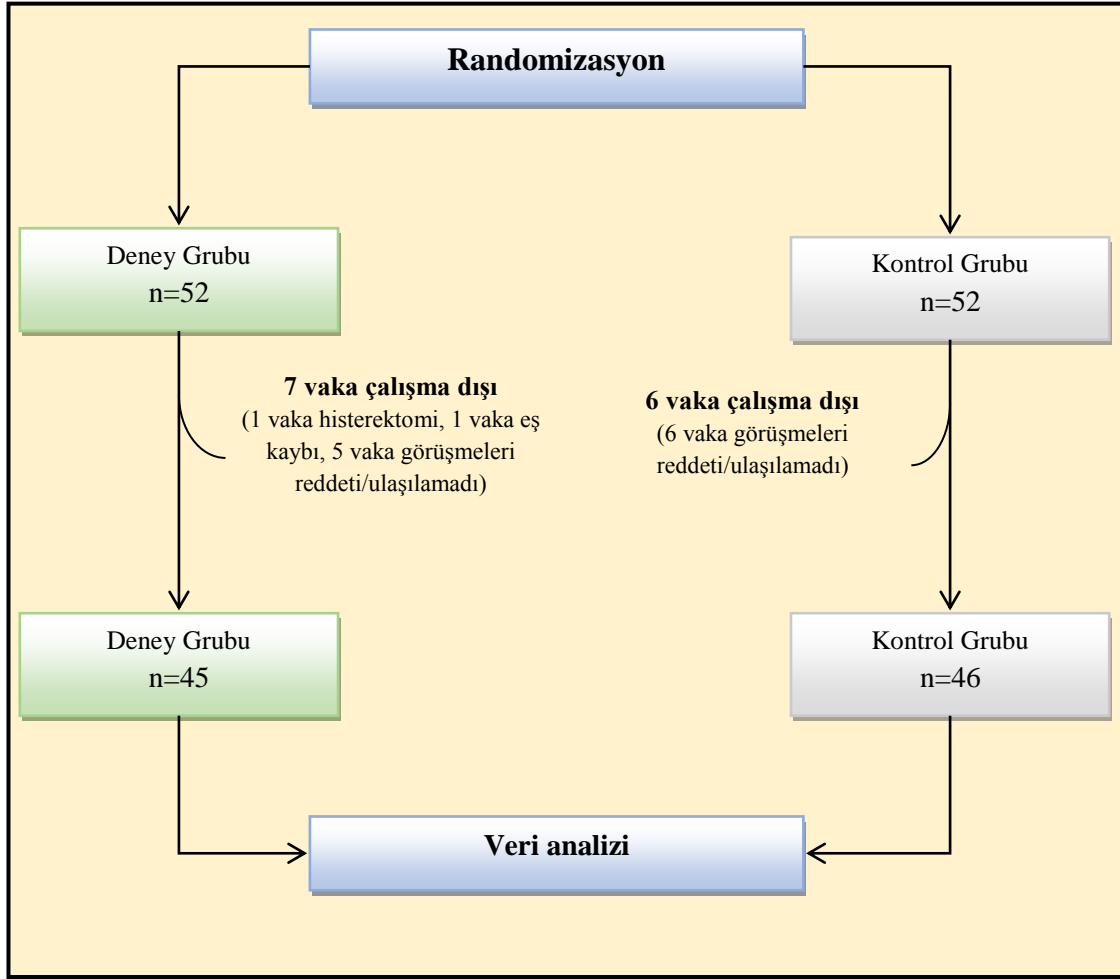
Araştırmanın örneklemine Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Jinekoloji Kliniği'ne Mayıs 2016-Ağustos 2016 tarihleri arasında başvuran, araştırmayı kabul eden, araştırmanın örneklem seçim ölçütlerine uyan ve araştırmanın veri toplama süresi boyunca ulaşılabilen kadınlar alındı.

3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Örneklem büyüklüğü hesaplamasında NCSS (Number Cruncher Statistical System) – PASS 11 (Power Analysis and Sample Size) programı kullanıldı. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi (power analizi) uygulandı. % 95 güven aralığında ve % 80 güçte (deney grubu 45 ve kontrol grubundan 45 düşük yaşayan kadın) toplam 90 kadın olarak hesaplandı.

Örneklem büyüklüğüne ulaşabilmek için toplam 104 kadın (Deney grubu:52, Kontrol grubu:52) çalışmaya dahil edildi. Araştırma süresince deney grubunda 1 kadının eşinin ölmesi, 1 kadın düşük sonrası histerektomi olması, 1 kadına telefonla ulaşılamaması, 4 kadının izlemiden ayrılması nedeniyle 45 kadın deney grubunu ve 1 kadının çalışmayı kabul etmemesi, 5 kadının izlemiden ayrılması nedeniyle 46 kadın kontrol grubunu oluşturarak toplam 91 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Şekil 3-2'de araştırmada yer alan ve araştırmayı tamamlayan vaka sayısı yer almaktadır.



Şekil 3-2: Araştırmayı Tamamlayan Vaka Sayısı

3.6.2. Örneklem Özellikleri

Deney ve kontrol grubu için örnekleme alınma kriterleri:

- Mayıs 2016/Ağustos 2016 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesine bağlı jinekoloji servisine başvuru yapan kadınlar,
- Araştırmaya katılan kadınların okuryazar ya da ilkokul mezunu olması,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar,
- 23 haftadan önce düşük yapanlar,
- 18 yaş üstü olan kadınlar.

Deney ve kontrol grubu için örneklemden dışlanma kriterleri;

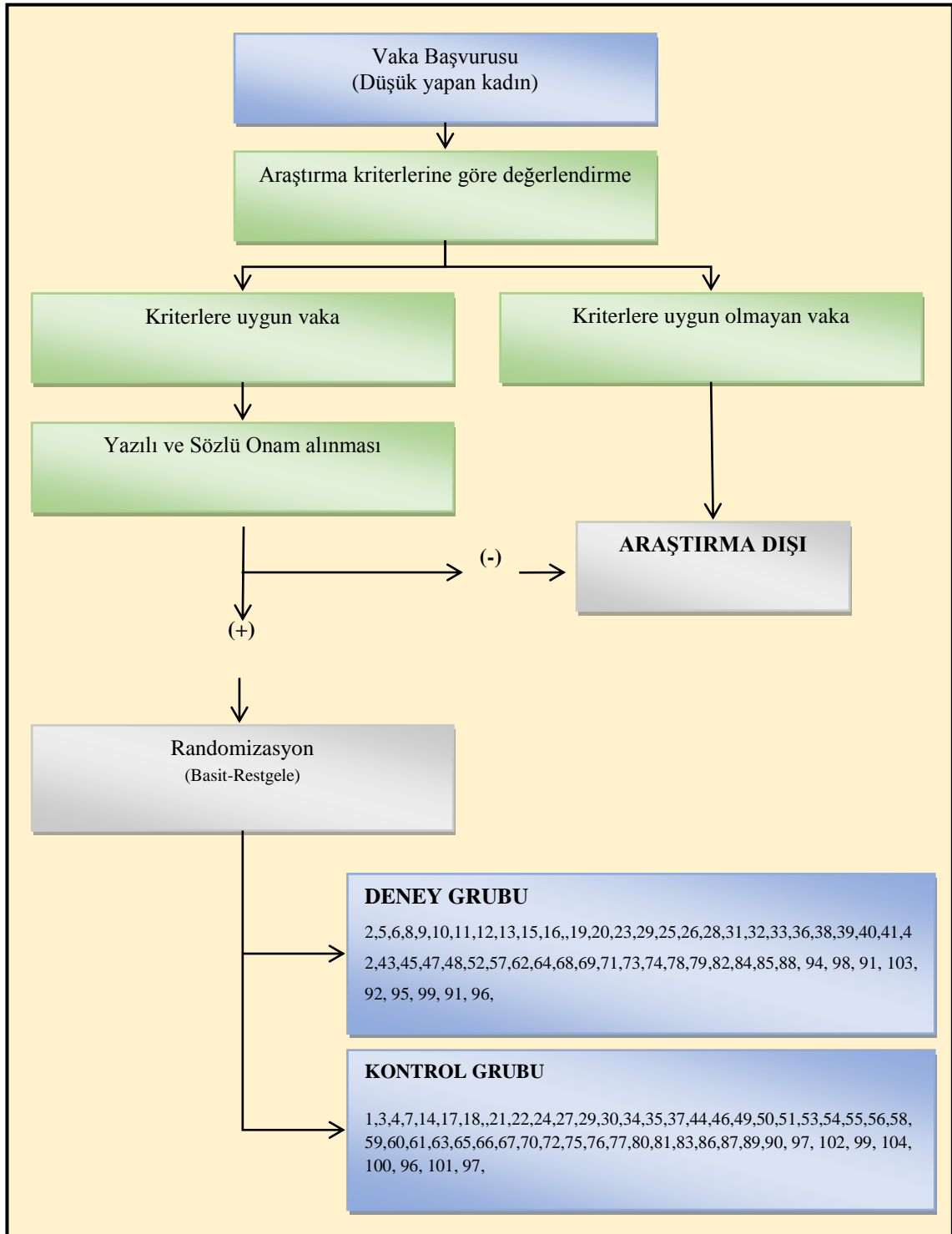
- Araştırmaya katılan kadınların okur yazar değil yada ilkokul mezunu olmaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlar,
- Ölçekleri anlayıp kavrayabilmeyi etkileyen ağır ruhsal bozuklukların olması,
- Fetal anomali için gönüllü sonlandırma isteyen kadınlar,
- İn Vitro Fertilizasyon (IVF) tedavisi ile gebe kalmış olanlar.

Örneklem sayısına ulaşıncaya kadar, haftanın her günü hastanelerin jinekoloji servislerine (deney ve kontrol grubu için) gidilip, örneklem kriterlerine uyan kadınlar örneklem sayısına dahil edildi.

3.6.3. Randomizasyon ve Araştırma Grupları

Grupların randomizasyonu www.random.org sitesinden yararlanılarak basit-rastgele olarak yapıldı. Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesinde hastane yatış sırasına göre basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak randomizasyon uygulandı ve kadınlar deney ve kontrol grubuna göre yerleştirildi.

Araştırma grupları Şekil 3-3'de yer almaktadır.



Şekil 3-3: Randomizasyon ve Araştırma Grupları

3.7. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

Araştırma için gerekli verileri toplamak için aşağıda yer alan veri toplama araçları kullanıldı. Bunlar;

- Gönüllü Olur Formu (Ek 1),
- Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2),
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 3),
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (Ek 4),
- Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 5),
- Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (Ek 6),
- Yas Ölçeği (Ek 7).

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Düşük deneyimi yaşayan kadınlara uygulanacak olan tanıtıcı bilgi formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirildi (Akan 2006; Yıldız 2009; Candan 2012). Bu form üç bölümünden ve toplam 27 sorudan oluşmaktadır. **Birinci bölümde** kadınların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, evlenme yaşı) içeren 7 soru bulunmaktadır. **İkinci bölüm** ise kadınların obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, düşük sayısı) ve şu anki gebelik kaybına yönelik 10 soru içermektedir. **Üçüncü bölümde** kadının düşük sonrası yaşadığı beklenti ve duygularının belirlenmesine yönelik 10 soru bulunmaktadır (Ek 2).

3.7.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇBASDÖ kolay ve anlaşılır bir ölçek olup, 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kişinin algıladığı sosyal destek sistemlerinin yeterliliğini ölçmektedir. ÇBASDÖ' nin geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (Ek 3). Ölçeğin güvenilirliği ve tutarlığı yüksek bulunmuş olup, Cronbach's alfa katsayısı 0,77-0,92 olarak saptanmıştır (Eker, Alkar ve Yıldız 2001).

ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Soruların cevabı "Kesinlikle hayır Kesinlikle evet" şeklinde düzenlenmiş ve 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dereceli olarak ayarlanmıştır.

Ölçekteki sorular desteğin kaynağına ilişkin üç grubu kapsar. Bunlar;

- Aile: 3, 4, 8. ve 11. maddeler,
- Arkadaşlar: 6, 7, 9.ve 12. maddeler,
- Özel bir insan: 1, 2, 5. ve 10. maddeler.

ÇBASDÖ'nde her madde 1-7 arası puanlanmış olup, ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Ölçeğin toplam puanı bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'dür.

ÇBASDÖ'nin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekte toplam puanın yüksek olması bireyin sosyal desteğinin iyi, puanın düşük olması algılanan sosyal desteğin olmadığını gösterir (Eker ve Arkar 1995; Eker, Alkar ve Yıldız 2001).

3.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

SBTÖ, 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından bireylerin stresle başa çıkmada kullandıkları tarzları ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Ek 4). SBTÖ toplam 30 madde ve beş ayrı alt ölçekten oluşmuştur. Bunlar;

- Kendine güvenli yaklaşım: 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26 maddeler,
- Çaresiz yaklaşım: 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28 maddeler,
- İyimser yaklaşım: 2, 4, 6, 12, 18 maddeler,
- Boyun eğici yaklaşım: 5, 7, 13, 15, 21, 24 maddeler,
- Sosyal destek arama: 1, 9, 29, 30 maddeler.

Ölçekte dörtlü likert tipi derecelendirme bulunmakta ve puanlar 0 ile 3 arasında değişiklik göstermektedir. SBTÖ'nin alt ölçeklerden alınabilecek puanların yüksek olması bireyin ilgili başa çıkma tarzına başvurduğunu göstermektedir (Şahin ve Durak 1995).

3.7.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği

BUÖ Beck, Lester ve Trexler tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir. Ölçek bireyin geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerini ortaya koymaktadır. Ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yapıldığı çalışmalarda üç faktör belirlenmiştir (Durak 1993; Durak ve Palabıyıkoglu 1994). Bunlar;

- Gelecek ile ilgili beklentiler-umut 1, 6, 13, 15, 19 maddeler,
- Motivasyon kaybı 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17, 20 maddeler,

- Gelecek ile ilgili duygular 4, 7, 8, 14 ve 18 maddeler (Ek 5).

BUÖ, toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 11 tanesi doğru, 9 tanesi yanlış cevabı olan ifadeleri kapsamaktadır. Bireyden kendisine uzak olan ifadeler için “hayır”, kendisine uygun ifadeler için “evet” seçeneğini işaretlemesi istenmektedir. Ölçekte evet seçeneğini içeren 2, 4,7, 9,11, 12, 14,16, 17, 18, 20. sorulara 1 puan, hayır seçeneğini içeren 1, 2, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara 1 puan verilmektedir (Seber ve ark. 1993).

Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişiklik göstermektedir. Puanlama şu şekilde olmaktadır;

- 0-3 arası puan: Hiç ya da minimal umutsuzluğu,
- 4-8 arası puan: Düşük umutsuzluk seviyesini,
- 9-14 puan: Orta düzey umutsuzluğu,
- 15 ve üzeri puan: İleri umutsuzluk düzeyini göstermektedir.

3.7.5. Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği

DASÖ 1995 yılında Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilmiştir. DASÖ bireylerin anksiyete, depresyon ve stres durumlarını ortaya çıkartmaktadır. DASÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de Akın ve Çetin tarafından 2007 yılında yapılmıştır (Ek 6).

Ölçek, 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahip olup, toplam 42 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete, ve 14' ü stres boyutlarına ait olmak üzere 42 boyuttan meydana gelmiştir (Deniz ve Sümer 2010). Ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir (Akın ve Çetin 2007). Depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarından elde edilen puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Ölçekteki depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin puanları aşağıdaki Tablo 3-1'de yer almaktadır;

Tablo 3-1: DASÖ Puantaj Tablosu

DASÖ	Depresyon	Anksiyete	Stres
Normal	0-9	0-7	0-14
Hafif	10-13	8-9	15-18
Orta	14-20	10-14	19-25
İleri	21-27	15-19	26-33
Çok ileri	28+	20+	34+

3.7.6. Yas Ölçeği

Yas ölçeği Balcı Çelik tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir (Ek 7). Ölçekte bireylerin kayıp karşısında yasayabilecekleri durumlara ilişkin ifadeler yer almaktadır. Ölçek 35 madde olup, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en yüksek puan 175, en düşük puan ise 35'dir (Çelik 2006).

Yas ölçeğinin dört alt boyutu vardır (Çelik 2006). Bunlar;

1. Fiziksel: Yas durumunda bireyde görülen fiziksel belirtileri (ağız kuruluğu, kalpte çarpıntı, midede boşluk, duyarlılık gibi) kapsayan alt ölçek 5 maddeden meydana gelmiştir. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 25, en düşük puan ise 5'dir.

2. Duygusal: Yas durumunda bireyde görülen duygusal belirtileri (ağlama, üzüntü, endişe, korku gibi) kapsayan alt ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan ise 10'dur.

3. Bilişsel: Yas durumunda bireyde görülen bilişsel belirtileri (halisünasyonlar, dağınıklık, inamama gibi) kapsayan alt ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan ise 10'dur.

4. Davranişsal: Yas durumunda bireyde görülen davranışsal belirtileri (kayıp olan kişiyi arama, dikkatsizlik, uyku bozuklukları, yeme rahatsızlıkları gibi) kapsayan alt ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 50, en düşük puan ise 10'dur.

Yas Ölçeği' nin bu araştırmada kullanımı için ölçeği geliştiren Prof. Dr. Seher BALCI ÇELİK'ten e-mail ile izin alındı (Ek 8).

3.8. Araştırmanın Uygulaması

3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Düşük deneyimi yaşayan kadınlara uygulanacak olan tanıtıcı bilgi formunda yer alan soruların anlaşılabilirliği, ölçeklerin/tanıtıcı bilgi formunun kullanılabilirliğini ve yapılan destekleyici bakımın değerlendirip, geliştirmek amacı ile Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi'nde düşük yapan 10 kadın (deney grubunda 6, kontrol grubunda 4 kadın) ile görüşülerek ön uygulama gerçekleştirildi.

Ön uygulama sonunda veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test edildi. Aynı zamanda deney grubunda 3. haftada olan ev ziyareti değiştirilerek, görüşme hastanede/ev ziyareti şeklinde planlandı.

3.8.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verilerinin toplanmasına, Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği (Ek 9) ve Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı (Ek 10) alındıktan sonra başlandı. Deney ve kontrol grubunun uygulama aşaması 15.05.2016-12.08.2016 tarihleri arasında tamamlandı.

3.8.2.1. Deney Grubuna Yapılan Uygulamalar

Düşük yapan kadınların yas sürecine uyum göstermesini, depresyon, anksiyete, stres ve umutsuzluk durumlarını kolay atlatmasını sağlamak amacıyla Swanson Bakım Kuramına dayalı temellendirilmiş eğitim/bakım hazırlandı ve uygulandı (Ek 11). Swanson bakım hastane, ev ziyareti ve telefon görüşmesi olmak üzere toplam altı aşamada gerçekleşti.

Araştırmanın verileri hastalarla yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Gerçekleştirilen her bir görüşme ortalama 45 dakika sürdü. Bu görüşmelerde düşük yapan kadınların onuruna ve mahremiyetine saygılı davranıldı.

1.Gün Hastane: Araştırma kriterlerine uyan kadınlar ile rahat bir görüşme yapabilmek için, görüşme öncesi uygun fiziki ortam sağlandı. Kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okundu ve kadınların onamları alındı (Ek 1). Araştırmanın amacı, yöntemi ve süreci hakkında bilgi verildi. Kadınlara araştırma sırasında toplanan bilgilerin gizli kalacağı açıklandı. Kadınlara Tanıtıcı Bilgi Formu dolduruldu. Aynı zamanda kadınlara ÇBASDÖ doldurularak destek sistemleri ve SBCTÖ doldurularak bu sürecinin kadını nasıl etkilediği değerlendirildi.

Swanson Bakım kuramının ilk üç basamağı “*hastayı tanıma (bilmek), hasta ile birlikte olmak, hastanın gereksinimlerini karşılamak*” uygulandı (Ek 11).

3. Gün Ev Ziyareti: Kadınlara BUÖ, DASÖ ve Yas Ölçeği doldurularak, bu sürecin kadını nasıl etkilediği belirlendi. Birinci gün hastanede verilen destek ve danışmanlık (bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak) tekrar kadınlara anlatıldı. Aynı zamanda Swanson Bakım Kuramı’na göre hazırlanmış rehber kitapçık verildi. Bu rehber literatür bilgileri ve tez izleme komite üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından hazırlandı (Ek 12). Swanson Bakım kuramının dördüncü basamağı olan “*güçlendirme*” uygulandı (Ek 11).

7. Gün Telefon Görüşmesi: Swanson Bakım kuramının dördüncü basamağı olan “*güçlendirme*” uygulandı (Ek 11).

3. Hafta Ev Ziyareti/Hastanede Görüşme: Swanson Bakım kuramının beşinci basamağı olan “*inancını sürdürme*” uygulandı (Ek 11).

5. Hafta Telefonla Görüşme: Swanson Bakım kuramının beşinci basamağı olan “*inancını sürdürme*” uygulandı (Ek 11).

6. Hafta Ev Ziyareti: Swanson Bakım kuramının beşinci basamağı olan “*inancını sürdürme*” uygulandı (Ek 11). Aynı zamanda kadınlara BUÖ, DASÖ ve Yas Ölçeği yapıldı.

3.8.2.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubunda yer alan kadınlar ile hastaneye yattıkları gün tanışıldı. Kontrol grubuna araştırma sırasında bir girişim uygulanmadı. Bu grupta yer alan kadınlara hastanede uygulanan rutin hemşirelik bakımı verildi. Hastanede uygulanan rutin hemşirelik bakımı aşağıda yer alan maddelerden oluşmaktadır. Bunlar;

- Düşük sonrası danışmanlık verilmesi (aile planlaması yöntemi, tekrar gebelik zamanı, tehlike işaretleri),
- Kanama kontrolünün yapılması,
- Ağrının giderilmesi,

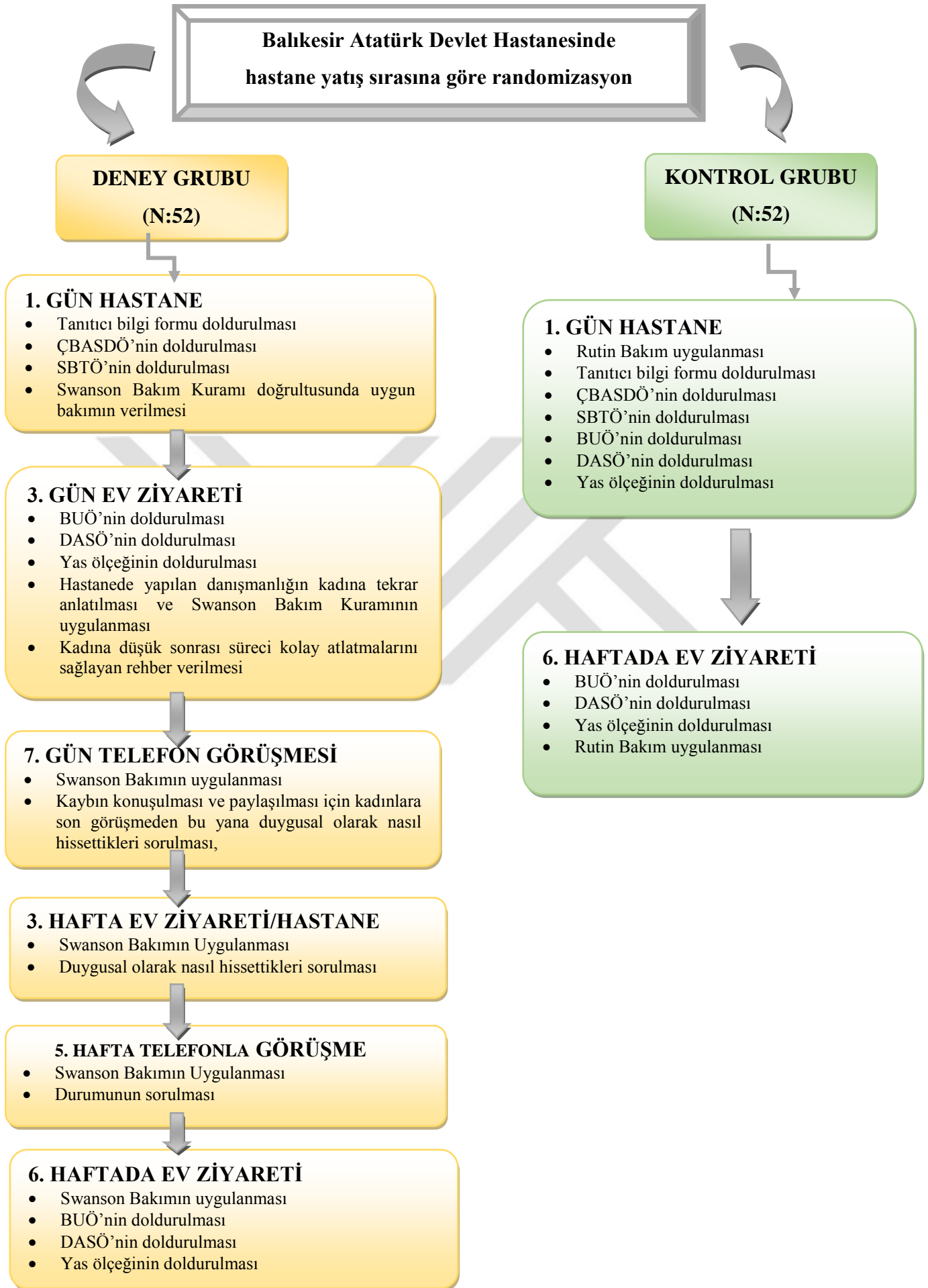
- Tekrar kontrole geleceği zamanın söylenmesi.

Kadınlara Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okunup, kadınların onamları alındı. Aynı zamanda “*Tanıtcı Bilgi Formu, ÇBASDÖ, SBÇTÖ, BUÖ, DASÖ ve Yas Ölçeği*” ön test uygulaması yapıldı. Altıncı haftada son test uygulaması için (BUÖ, DASÖ ve Yas Ölçeği) ev ziyareti gerçekleştirildi. Aynı zamanda araştırmacı tarafından kontrol grubunda yer alan kadınların soruları da cevaplandı.

3.8.3. Araştırmanın Uygulanmasında İzlenen Akış

Araştırmanın uygulama akış şeması şekil 3-4'de yer almaktadır.





Şekil 3-4: Araştırma Uygulama Akış Şeması

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science for Windows, Version 16.0) paket programı kullanılarak değerlendirildi.

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler şu şekildedir;

Değerlendirilen Parametreler	Kullanılan İstatistiksel Yöntem
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi	<ul style="list-style-type: none"> PASS-NCSS
Randomizasyon sonrası deney ve kontrol grupların homojenitesi	<ul style="list-style-type: none"> Sayı, yüzde, ki-kare ve iki ortalama arasındaki farkın önemlik testi
Yüzdeler arasındaki farkın gösterilmesi	<ul style="list-style-type: none"> Ki-Kare (X²), Fisher Exact Test,
Kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik-jinekolojik bulguları, düşük olayına karşı tepkilerine etki edebilecek faktörler, düşük sonrası endişeleri ve beklentileri	<ul style="list-style-type: none"> Ki-Kare (X²) Fisher exact test Mann Whitney U Testi
Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası Yas, BUÖ, DASÖ puanlarına ilişkin bulgularının karşılaştırılması	<ul style="list-style-type: none"> Paired-Samples T Test Mann Whitney U Testi

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Swanson Bakım Kuramı klinikte uygulanan sürekli bir sistem değildir. Bu kuram araştırma amacı ile uygulandı. Araştırmacı klinikte olmadığı zaman bu model diğer düşük yapan kadınlara uygulanamadı. Bu yüzden araştırmanın sonuçları örneklemin yapıldığı grupla sınırlıdır, genelleme yapılamaz. Araştırma sonuçlarının sadece çalışmanın yapıldığı grup için genellenebilir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın yapılabilmesi ve hastalara ulaşabilmek için Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi için yazılı izin alındı (Ek 9). Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı (Ek 10) alındıktan sonra araştırmaya başlandı. Araştırma kapsamındaki kadınlara araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak yazılı onamları alındı.



4. BULGULAR

Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psikososyal Sağlık Durumlarına Etkisini belirlemek amacıyla, araştırma kapsamına alınan 91 vaka (deney grubunda 45, kontrol grubunda 46) ile yapılan çalışmadan istatistiksel analizler neticesinde elde edilen bulgular aşağıda belirtilen iki başlık altında ele alındı. Bunlar;

4.1. Birinci bölümde düşük yaşayan kadınlara ait özelliklerin dağılımına; tanıtıcı özellikleri, sosyo-demografik özellikleri, obstetrik- jinekolojik özellikleri, düşük yaptığı zaman, düşük sonrası duyguları, düşünceleri, tepki durumları, yaşadığı endişeler, düşük sonrası aile ve sağlık personelinden beklentileri, sosyal destek sistemleri ve stresle başa çıkma tarzlarına ilişkin bulgular,

4.2. İkinci bölümde deney grubundaki kadınlara uygulanan Swanson bakım öncesi ve bakım sonrası ile kontrol grubundaki kadınlara uygulanan rutin bakım öncesi ve sonrası Yas Ölçeği, BUÖ, DAS ve alt ölçeklerinin puan değişimleri ile gruplar içi ve gruplar arasındaki karşılaştırmalara ilişkin bulguları.

4.1. Düşük Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Dağılımı

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine, obstetrik- jinekolojik özelliklerine, düşük yaptığı zamana, düşük olayına karşı duygularına, düşüncelerine, tepki durumlarına, yaşadığı endişelere, sosyal destek sistemlerine, stresle başa çıkma tarzlarına, düşük sonrası aile ve sağlık personelinin beklentilere ilişkin bulgulara yer verildi.

4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 4-1’de yer almaktadır.

Tablo 4-1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	Deney (X ±SS)		Kontrol (X ±SS)		Test*		p
Yaş	28,48±6,15		29,36±7,39		0,617		0,519
Evlilik Yaşı	21,53±4,49		20,67±3,10		1,06		0,29
Evlilik Süresi	6,97±5,17		8,63±6,49		1,347		0,181
	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		Test, p
	n	%	n	%	n	%	
Eğitim Durumu							X²=0,406 p=0,81
İlköğretim	19	42,2	20	43,4	39	42,8	
Ortaöğretim	18	40	20	43,4	38	41,7	
Lisans ve üzeri	8	17,7	6	13	14	15,3	
Eğitim Süresi							X²=0,392 p=0,531
8 yıl altı	37	82,2	40	86,9	77	84,6	
8 yıl üstü	8	17,7	6	13	14	15,3	
Çalışma Durumu							X²=0,09 p=0,76
Çalışan	12	26,6	11	23,9	23	25,2	
Çalışmayan	33	73,3	35	76	68	74,7	
Aile Tipi							X²=0,09 p=0,76
Çekirdek aile	32	71,1	34	73,9	66	72,5	
Geniş aile	13	28,8	12	26	25	27,4	
Gelir Durumu							X²=0,89 p=0,64
Gelirim giderimden az	15	33,3	17	36,9	32	35,1	
Gelirim giderime denk	22	48,8	24	52,1	46	50,5	
Gelirim giderimden fazla	8	17,7	5	10,8	13	14,2	
Sigara Kullanımı							X²=0,1 p=0,74
Evet	8	17,7	7	15,2	15	16,4	
Hayır	37	82,2	39	84,7	76	83,5	
Alkol Kullanımı							X²=(-) p=1
Evet	-	-	-	-	-	-	
Hayır	45	100	46	100	91	100	

Deney grubundaki kadınların **yaş ortalaması** $28,48 \pm 6,15$, **evlenme yaş ortalaması** $21,53 \pm 4,49$, **evlilik süresi ortalaması** $6,97 \pm 5,17$, kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $29,36 \pm 7,39$, evlenme yaşı ortalaması ise $20,67 \pm 3,10$, evlilik süresi ortalaması $8,63 \pm 6,49$ olarak saptandı. Deney ve kontrol grubunda bulunan kadınların yaş, evlenme yaşı ve evlilik süresi ortalamalarının birbirine benzer olduğu bulundu (Tablo 4-1, sırasıyla $t=0,617$, $p=0,519$, $t=1,06$, $p=0,29$, $t=1,347$, $p=0,181$).

Kadınların eğitim düzeylerine bakıldığında deney ve kontrol grubunun çoğunluğunun ilköğretim ve ortaöğretime sahip olduğu belirlendi ve her iki grubun eğitim düzeyleri birbirine benzer olduğu bulundu (Tablo 4-1, $X^2=0,406$, $p=0,81$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların eğitim süreleri değerlendirildiğinde büyük bir kısmının 8 yıl ve altında eğitim gördüğü belirlenmiş olup, her iki grubun eğitim sürelerinin birbirine benzer olduğu belirlendi (Tablo 4-1, $X^2=0,392$, $p=0,531$).

Araştırmaya katılan kadınların, % 74,7'sinin ev hanımı olduğu ve deney ile kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 4-1, $X^2=0,09$, $p=0,76$).

Kadınların aile özelliklerine bakıldığında deney grubunun %71,1'inin kontrol grubunun ise %73,9'unun çekirdek aileye sahip olduğu belirlendi ve grupların aile özelliği bakımından benzer olduğu saptandı (Tablo 4-1, $X^2=0,09$, $p=0,76$).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunu ekonomik durumları orta düzey olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınlar arasında ekonomik durumları açısından yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamsız bulundu (Tablo 4-1, $X^2=0,89$, $p=0,64$).

Araştırmada her iki grupta yer alan kadınların büyük bir kısmının sigara alışkanlığının olmadığı belirlendi. Sigara alışkanlığı açısından gruplar benzerdir (Tablo 4-1, $X^2=0,1$, $p=0,74$).

Kadınların tamamının alkol alışkanlığının olmadığı saptandı. Alkol alışkanlığı açısından gruplar benzerdir (Tablo 4-1, $X^2=-$, $p=1$).

4.1.2. Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-2’de araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı (bu araştırmadaki düşük dahil) ve düşük yaptığı haftaya ilişkin veriler görülmektedir.

Tablo 4-2: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Obstetrik-jinekolojik özellikler	Deney n=45		Kontrol n=46		*Z _{MWU}	P
	\bar{X}	±SD	\bar{X}	±SD		
İlk gebelik yaşı	22,8	4,8	21,9	3,33	-0,45	0,65
Gebelik sayısı	2,51	1,34	3,15	1,7	-1,77	0,07
Doğum sayısı	1,02	0,91	1,43	1,36	-1,31	0,19
Ölü doğum sayısı	0	0	0,02	0,14	-0,98	0,32
Düşük sayısı	1,48	0,84	1,71	1,16	-0,87	0,38
Düşük haftası	8,68	2,56	9,43	2,69	-1,27	0,20
Yaşayan çocuk sayısı	1,02	0,91	1,39	1,29	-1,28	0,19

* Mann Whitney U Testi

Araştırmaya katılan kadınlardan ilk gebelik yaşı deney grubunda 22,8±4,8, kontrol grubunda ise 21,9±3,33 olarak tespit edilmiş olup, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4-2, Z_{MWU}=-0,45, p=0,65).

Deney grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı 2,51±1,34, kontrol grubundaki kadınların ortalama gebelik sayısı 3,15±1,17 olup, gruplar arasında toplam gebelik sayısı bakımından fark yoktur (Tablo 4-2, Z_{MWU}=-1,77, p=0,07).

Canlı doğum sayısı deney grubunda 1,02±0,91, kontrol grubunda 1,43±1,36 olarak tespit edilmiş, olup gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktur (Tablo 4-2, Z_{MWU}=-1,31, p=0,19). Ölü doğum sadece kontrol grubunda birer vakada mevcut olup gruplar arasında bu özellik açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 4-2, Z_{MWU}=-0,98 p=0,32).

Bu araştırmadaki düşük dahil olmak üzere toplam düşük deney grubunda 1,48±0,84, kontrol grubunda 1,71±1,16 olup, grupların toplam düşük sayısı açısından birbirine benzer belirlendi (Tablo 4-2, Z_{MWU}=-0,87, p=0,38).

Kadınlar düşük yaptığı zamana göre değerlendirildiğinde, deney grubunda düşük zamanı $8,68 \pm 2,56$, kontrol grubunda ise $9,43 \pm 2,69$ hafta olarak tespit edildi. Düşük yaşanan gebelik zamanı açısından deney ve kontrol grupları birbirine benzerdir (Tablo 4-3, $Z_{MWU} = -1,27$, $p = 0,20$).

Yaşayan çocuk sayısı deney grubunda $1,02 \pm 0,91$, kontrol grubunda ise $1,39 \pm 1,29$ olarak tespit edilmiş olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 4-3, $Z_{MWU} = -1,28$, $p = 0,19$).

Tablo 4-3’de deney ve kontrol grubundaki kadınların tekrar gebelik isteme durumu ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yeniden Gebelik İsteme Durumu İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Yeniden Gebe Kalma İsteği	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		(X^2)	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Hayır	14	31,1	19	41,3	33	36,2	1,02	0,31
Evet	31	68,8	27	58,6	58	63,7		

Düşük yaşanan gebelik sonrası vakaların tekrar gebelik isteme durumları değerlendirildiğinde deney grubundaki vakaların %68,8’inin, kontrol grubundaki vakaların %58,6’sının tekrar gebelik istedikleri belirlendi. Tekrar gebelik isteme durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 4-8, $X^2 = 1,02$, $p = 0,31$). Deney grubundaki gebelik isteyen kadınların %58’inin uzun vadede, %41,3’ünün kısa vadede, kontrol grubundaki kadınların ise %25,9’unun uzun vadede, %74,4’ünün kısa vadede gebe kalmak istedikleri belirlendi.

4.1.3. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Duygu-Düşünce ve Tepkilerinin Karşılaştırılması

Deney ve kontrol grubunda düşük yaşayan kadınların, düşükten hemen sonra tepkileri “inkar, kabullenme, değersizlik-içine kapanma, öfke, korkma, düşünmeme, suçluluk ve üzüntü-ağlama” ve düşüğü yakınları ile paylaşmaya yönelik bulguları Tablo 4-4’de yer almaktadır.

Tablo 4-4: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Duygu-Düşünce ve Tepkilerinin Karşılaştırılması

Kadınların düşük sonrası duygu-düşünce-tepkileri ve paylaşma durumları	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		Chi-square (X ²)	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
İnkar	10	22,2	12	26	22	24,1	0,18	0,66
Kabullenme	11	24,4	8	17,3	19	20,8	0,68	0,41
Değersizlik/İçine kapanma	21	46,6	15	32,6	36	39,5	1,88	0,17
Öfke	5	11,1	5	10,8	10	10,9	0,01	0,97
Üzüntü-Ağlama	35	77,7	29	63	56	61,5	1,86	0,17
Korkma	18	40	15	32,6	33	36,2	0,53	0,46
Düşünmeme	9	20	6	13	15	16,4	0,80	0,37
Suçluluk	22	48,8	15	32,6	37	40,6	2,49	0,11
Düşüğü Yakınlarla Paylaşma								
Evet	35	77,7	34	73,9	69	75,8	0,18	0,66
Hayır	10	22,2	12	26	22	24,1		

Her iki grupta düşük sonrası görülen en sık görülen tepkinin “üzüntü/ağlama” ve “suçluluk” olduğu tespit edildi. Düşük yaşayan deney grubundaki kadınların %77,7’sinde üzüntü/ağlama, %48,8’inde suçluluk, %46’sında değersizlik/içine kapanma, %40’ında korkma, %24,4’ünde kabullenme %22,2’sinde inkar, %11,1’inde öfke duygusunun yaşandığı görülürken, kadınlardan %20’sinde ise düşük olayını düşünmemeyi tercih etti. Kontrol grubundaki kadınların %61,5’nde üzüntü/ağlama, %40,6’sında suçluluk, %39,5’nde değersizlik/içine kapanma, %36,2’sinde korkma, %20,8’inde kabullenme, %24,1’inde inkar, %10,9’unda öfke duygusunun yaşandığı görülürken, kadınlardan %16,4’ünde ise düşük olayını düşünmediği görüldü. Deney ve kontrol grubu arasında “inkar, kabullenme, değersizlik-içine kapanma, öfke, korkma, düşünmeme, suçluluk ve üzüntü ağlama” açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü.

Kadınların yaşadıkları düşük olayını yakın çevreleri ile paylaşma durumları ele alındığında, deney grubunda %77,7, kontrol grubunda ise %73,9 olarak saptandı. Her iki grupta düşük olayını yakın çevre ile paylaşma durumu açısından benzer olduğu belirlendi (Tablo 4-4, X²=0,18, p=0,66).

Yaşanan düşüğün yakın çevresi ile paylaşmayan kadınların bu davranış sebepleri incelendiğinde deney grubundaki kadınların %60'ı “paylaşmayı istememek”, %20'si “ayıplamadan çekinmek”, %20'si “yaşanan olayın ani gelişmesi” nedenini belirledi. Kontrol grubundaki kadınların ise %33,3'ü “istememek”, %8,3'ü “utanmak”, %8,3'ü “suçluluk hissi”, %41,6'sı “ayıplamadan çekinmek”, %8,3'ü “yaşanan olayın ani gelişmesi” nedenini söyledi.

Tablo 4-5’de deney ve kontrol grubundaki kadınların düşük olayına karşı verilen tepkiye etki edebilecek faktörler ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Olayına Karşı Verilen Tepkiye Etki Edebilecek Faktörlerin Karşılaştırılması

Düşük olayına karşı verilen tepkiye etki edebilecek faktörler	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		X ²	p değeri	
	n	%	n	%	n	%			
Daha önce bir kayıp öyküsü *								1,001	0,317
Evet	7	15,5	11	23,9	18	19,7			
Hayır	38	84,4	35	76	73	80,2			
Gebelikte karşılaşılan sorun varlığı**								1,029	0,310
Evet	14	31,1	10	21,7	24	26,3			
Hayır	31	68,8	36	78,2	67	73,6			
Gebeliği isteme durumu ***								3,358	0,067
Evet	40	88,8	34	73,9	74	81,3			
Hayır	5	11,1	12	26	17	18,6			
Düzenli Gebelik takibi ****								3,068	0,080
Evet	39	86,6	33	71,7	72	79,1			
Hayır	6	13,3	13	28,2	19	20,8			

* Çocuk, anne, baba, kardeş vb.

** İlaç ve/veya radyasyon maruziyeti gibi fiziksel faktörler, depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörler, kötü gelir düzeyi gibi stres nedeni olabilen ekonomik faktörler

*** Kayıp yaşanan gebeliği başlangıçta isteme durumu

**** Kayıp yaşanan gebelikte düzenli takip altında olanlar

Deney grubundaki vakaların %15,5’inde, kontrol grubundaki vakaların %23,9’unda daha önce deneyimlenen önemli bir yakının kaybına (çocuk, anne, baba, kardeş v.b) ait öykü mevcuttur. Bu kayıp öykü açısından gruplar birbirine benzerdir (Tablo 4-5, X²=1,00, p=0,31).

Araştırmaya katılan kadınların düşükle sonuçlanan bu gebelik sürecinde %26,3’ünün bir sorun yaşadığı (ilaç ve/veya radyasyon maruziyeti gibi fiziksel

faktörler, depresyon, anksiyete gibi psikolojik faktörler, kötü gelir düzeyi gibi stres nedeni olabilen ekonomik faktörler) belirlenmiş olup, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4-5, Deney grubu %31,1, Kontrol grubu %21,7 $X^2=1,02$, $p=0,31$).

Düşük yaşayan deney grubundaki kadınların %88,8'i, kontrol grubunun ise %79,9'nun bu gebeliği istediği tespit edilmiş olup ve her iki grubun gebeliği isteme durumu açısından benzer olduğu görüldü (Tablo 4-5, $X^2=3,35$, $p=0,43$). Bu gebeliği istemeyen kadınların gebeliği istememe nedenleri araştırıldığında; deney grubunda yer alan kadınların; %80'inin maddi açıdan yetersiz olduğu, %20'sinin küçük çocuğu olduğu; kontrol grubunda yer alan kadınların ise %25'inin maddi açıdan yetersiz olduğu, %25'inin küçük çocuğu olduğu, %8,3'ünün sağlık sorunlarının bulunduğu, %41,6'sının yeterli sayıda çocuğa sahip olduğu belirlendi.

Deney grubundaki kadınların %86,6'sının, kontrol grubundaki kadınların ise %79,1'nin düzenli gebelik takibi öykülerinin olduğu tespit edilmiş ve her iki grubun düzenli gebelik takibi yönünden benzer olduğu saptandı (Tablo 4-5, $X^2= 3,06$, $p=0,08$).

4.1.4. Kadınların Düşük Sonrası Endişeleri ve Beklentileri

Tablo 4-6'da kadınların düşük sonrası yaşadığı endişelere ilişkin bulguların dağılımını göstermektedir.

Tablo 4-6: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Yaşadığı Endişelere İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Kadınların düşük sonrası yaşadığı endişeler	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		Chi-square (X^2)	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Bir sonraki gebeliğimde aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum	25	55,5	23	50	48	52,7	0,28	0,59
Şu anki kendi sağlığımdan endişeliyim	10	22,2	17	36,9	27	29,6	2,36	0,12
Patoloji sonucuna göre bu düşüğün nedenlerini merak ediyorum	9	20	10	21,7	19	20,8	0,04	0,83
Sanki hamileliğim devam ediyormuş gibi, kötü bir duygu	3	6,6	0	0	3	3,2	3,17	0,07

Deney grubundaki kadınların %55,5'i, kontrol grubundaki kadınların ise %50'si bir sonraki gebeliğinde aynı şeyleri yaşamaktan korktuklarını ifade ettiler. Deney ve

kontrol grubundaki kadınlar bir sonraki gebelikte tekrar düşük yaşama korkusu bakımından birbirine benzer bulundu (Tablo 4-6, $X^2=0,28$, $p=0,59$).

Düşük sonrası “*Şu anki kendi sağlığımdan endişe duyuyorum*” diye ifade eden deney grubunda deney grubunda %22,2, kontrol grubunda %36,9’dur. Her iki grubun düşük sonrası yaşadığı sağlıklı olma endişesi yönünden benzer olduğu belirlendi (Tablo 4-6, $X^2=2,36$, $p=0,12$).

Patoloji sonuçlarına göre yaşanan düşük olayının sebebine merak eden kadınların oranı deney grubunda %20, kontrol grubunda ise %21,7’dir. Patoloji sonuçlarına göre yaşanan düşük olayının sebebine merak duygusunun oranı gruplar açısından benzerdir (Tablo 4-6, $X^2=0,04$, $p=0,83$).

Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınlardan %6,6’sı düşük sonrası sanki hamileliğinin devam ettiğini hissini taşıdıklarını ifade etti. Kontrol grubunda buna benzer bir duygu durum görülmemiş olmasına karşın, bu durum açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi (Tablo 4-6, $X^2=3,17$, $p=0,07$).

Tablo 4-7 deney ve kontrol grubundaki kadınların düşük sonrası sağlık personelinin beklentilerinin dağılımını göstermektedir.

Tablo 4-7: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Sağlık Personelinin Beklentilerinin Karşılaştırılması

Sağlık Personelinin Beklenti Durumu	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		Chi square (X^2)	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Danışmanlık*	17	37,7	19	41,3	36	39,5	0,14	0,71
Bakım*	17	37,7	19	41,3	36	39,5	0,03	0,95
Gülyüz*	8	17,7	11	24	19	20,8	0,01	0,97
Hassas Davranış*	2	4,4	2	4,3	4	4,4	0,79	0,77
Beklenti yok*	9	20	5	10,8	14	15,3	0,40	0,52

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Her iki grupta yer alan kadınların düşük durumda sağlık personelinin beklentileri incelendiğinde; deney grubundaki kadınların %28,8’i danışmanlık, %20’si bakım, %8,8’i gülyüz, %4,4’ü hassas davranış, %20’si de ise hiçbir beklentilerinin

olmadığını; kontrol grubundaki kadınların %32,6'sı danışmanlık, %19,5'i bakım, %8,6'sı güler yüz, %4,34'ü hassas davranış, %10,8' i de beklentilerinin olmadığını ifade etti. Her iki gruptaki kadınların sağlık personelinden beklentileri konusunda gruplar benzerdir (Tablo 4-7).

Tablo 4-8 deney ve kontrol grubundaki kadınların düşük sonrası aileden beklentilerinin dağılımını göstermektedir.

Tablo 4-8: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Düşük Sonrası Aileden Beklentilerinin Karşılaştırılması

Aileden Beklenti Durumu	Deney n=45		Kontrol n=46		Toplam n=91		Chi-square (X ²)	p değeri
	n	%	n	%	n	%		
Anlayış	11	24,4	8	17,3	19	20,8	0,68	0,40
İlgi	8	17,7	4	8,6	12	13,1	1,63	0,20
Anlayış ve İlgi	6	13,3	7	15,2	13	14,2	0,06	0,79
Hatırlatılmama	5	11,1	11	23,9	16	10,9	1,70	0,19
Destek	10	22,2	9	19,5	19	14,2	0,88	0,34
Ev işlerinde yardım	1	2,2	5	10,8	6	6,5	2,76	0,09
Beklenti yok	6	13,3	6	13	12	13,1	0,02	0,96

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınlara düşük sonrası aileden beklentileri sorulduğunda; deney grubundaki kadınlar anlayış (%24,4), ilgi (%17,7) ve destek (%22,2), kontrol grubundakilerin ise anlayış (%17,3), ilgi (%8,6) ve olayın hatırlatılmaması (%23,9) gerektiği belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların %14,2'si destek ve %6,5 ev işlerinde yardım beklediklerini belirttiler. Her iki grup düşük sonrası aileden beklentileri açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 4-8).

4.1.5. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Tablo 4-9'da ÇBASDÖ'ne göre deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyal destek sistemlerine ve alt boyutlarına yer verildi.

Tablo 4-9: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Deney n=45		Kontrol n=46		*Z _{MWU}	P
	\bar{X}	±SD	\bar{X}	±SD		
Aile	18	6,39	19	6,33	-0,79	0,42
Arkadaş	17,6	6,37	20	5,27	-1,64	0,09
Özel Kişi	16,7	6,9	19	6,2	-1,70	0,08
Toplam	52,6	18,1	58	15,7	-1,45	0,14

* Mann Whitney U Testi

ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları deney grubunda 52,6±18,1, kontrol grubunda ise 58±15,7'dir. Her iki grupta puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (Tablo 4-9, Z_{MWU}=-1,45, p=0,14).

Swanson/Rutin bakım öncesi ÇBASDÖ'nin alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde; "Aile" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 18±6,39, kontrol grubundaki kadınlarda 19±6,33, "Arkadaş" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 17,6±6,37, kontrol grubundaki kadınlarda 20±5,27, "Özel kişi" alt boyutu deney grubundaki kadınlarda 16,7±6,9, kontrol grubundaki kadınlarda 19±6,2 olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu (p>0,05) (Tablo 4-9).

Tablo 4-10'da Swanson/Rutin bakım öncesi kadınların SBTÖ'ne göre kendine güvenli, iyimser, sosyal destek arama, çaresiz ve boyun eğici durumları değerlendirildi.

Tablo 4-10: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi SBTÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	Deney n=45		Kontrol n=46		*Z _{MWU}	p
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$		
Kendine Güvenli Yaklaşım	2,02	0,40	2,12	0,36	-1,04	0,29
İyimser Yaklaşım	1,75	0,52	1,96	0,60	-1,59	0,11
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	2,11	0,54	2,17	0,46	-0,58	0,56
Çaresiz Yaklaşım	1,31	0,6	1,35	0,65	-0,05	0,95
Boyun Eğici Yaklaşım	1,51	0,76	1,44	0,7	-0,29	0,76

* Mann Whitney U Testi

Swanson/Rutin bakım öncesi stresle başa çıkma tarzlarına bakıldığında deney grubundaki kadınların en sık sosyal destek arama yaklaşımı ($2,11 \pm 0,54$), ikinci sırada kendine güvenli yaklaşımı ($2,02 \pm 0,4$), üçüncü sırada iyimser yaklaşımı ($1,75 \pm 0,52$), alt sırada ise çaresiz yaklaşımı ($1,31 \pm 0,6$) ve boyun eğici yaklaşımı ($1,51 \pm 0,76$), kontrol grubundaki kadınların en sık sosyal destek arama yaklaşımı ($2,17 \pm 0,46$), ikinci sırada kendine güvenli yaklaşımı ($2,12 \pm 0,36$), üçüncü sırada iyimser yaklaşımı ($1,96 \pm 0,6$), alt sırada ise çaresiz yaklaşımı ($1,35 \pm 0,65$) ve boyun eğici yaklaşımı ($1,44 \pm 0,7$) kullandıkları saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların stresle başa çıkma tarzları alt ölçek skorları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulundu ($p > 0,05$) (Tablo 4-10).

4.2. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas, Beck Umutsuzluk, Depresyon-Anksiyete-Stres Düzeylerine İlişkin Bulgularının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney grubundaki kadınlara uygulanan Swanson bakım öncesi ve bakım sonrası ile kontrol grubundaki kadınlara uygulanan rutin bakım öncesi ve sonrası Yas Ölçeği, BUÖ, DASÖ ve alt ölçeklerinin puan değişimleri ile gruplar içi ve gruplar arasındaki karşılaştırmalara ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Tablo 4-11’de deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası yas ölçeğinin 4 alt boyutu olan; fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel puan ortalamalarına ilişkin bulguların karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4-11: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Yas Ölçeği	Deney (n=45)				Kontrol (n=46)				**Deney BÖ/BS*		**Kontrol BÖ/BS*		***Deney/Kontrol BÖ		***Deney/Kontrol BS	
	Swanson Bakım Öncesi		Swanson Bakım Sonrası		Rutin Bakım Öncesi		Rutin Bakım Sonrası		t	p	t	p	Z _{MWU}	P	Z _{MWU}	P
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$								
Fiziksel	19,2	3,94	7,68	2,54	18,9	3,7	10,7	3,12	19,3	0,000	12,9	0,000	-0,37	0,71	-4,82	0,000
Duygusal	31,4	10,64	14,1	3,96	29,7	10,87	19,4	4,9	13,7	0,000	5,9	0,000	-0,77	0,44	-4,81	0,000
Davranışsal	36,3	9,34	14,4	3,25	33	10,2	21,2	7,52	17,4	0,000	10	0,000	-1,60	0,10	-3,11	0,002
Bilişsel	25,2	8,73	13,9	4,97	27,2	8,59	17,1	6,29	9,29	0,000	8,99	0,000	-1,98	0,07	-1	0,000
Toplam	111	18,38	49,9	8,83	110	17,18	67,9	13,71	23	0,000	14,38	0,000	-0,11	0,90	-6,52	0,000

*BÖ: Bakım öncesi , BS: Bakım sonrası ** Paired-Samples T Test *** Mann Whitney U Testi

Kadınlar **fiziksel** alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi fiziksel puan ortalaması $19,2\pm 3,94$ ve bakım sonrası fiziksel puan ortalaması $7,68\pm 2,54$ olarak belirlendi. Kadınların Swanson bakım öncesi ve sonrası fiziksel semptomları karşılaştırıldığında bakım sonrasında bakım öncesine göre anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 4-11, $t=19,3$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki kadınların ise rutin bakım öncesi fiziksel puan ortalaması $18,9\pm 3,7$ ve bakım sonrası fiziksel puan ortalaması $10,07\pm 3,12$ olarak saptandı. Kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası fiziksel semptomları karşılaştırıldığında bakım sonrasında bakım öncesine göre anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 4-11, $t=12,9$, $p=0,000$). Her iki grubun Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası fiziksel semptomları karşılaştırıldığında; bakım öncesinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, Swanson bakım sonrası anlamlı fark olduğu belirlendi. Deney grubundaki kadınların fiziksel semptomları azaldı (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,37$, $p=0,71$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-4,82$, $p=0,000$).

Deney grubundaki kadınların **duygusal** puan ortalaması Swanson bakım öncesi $31,4\pm 10,64$ iken Swanson bakım sonrası $14,1\pm 3,96$ olarak belirlendi. Deney grubundaki kadınlar Swanson bakım öncesi ve sonrası duygusal belirtiler açısından kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 4-11, $t=13,7$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi duygusal puan ortalaması $29,7\pm 10,87$, bakım sonrası $19,4\pm 4,9$ olarak belirlenmiş olup, rutin bakım öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-11, $t=13,7$, $p=0,000$). Deney ve kontrol grubu arasında Swanson bakım sonrası puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=0,77$, $p=0,44$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-4,81$, $p=0,000$). Deney grubundaki kadınların swanson bakım sonrası duygusal semptomları azaldı.

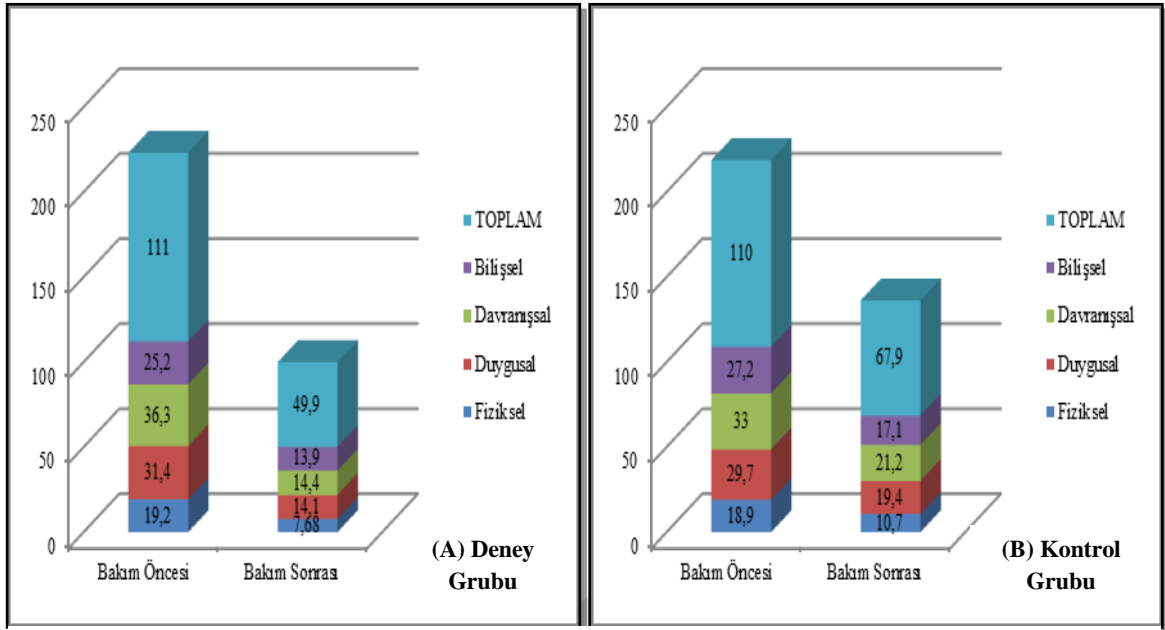
Yas ölçeğinin **davranışsal** alt boyutuna bakıldığında; deney grubundaki kadınların ortalama davranışsal puanının Swanson bakım öncesi $36,3\pm 9,34$ ve bakım sonrası $14,4\pm 3,25$; kontrol grubundaki kadınların ise ortalama davranışsal puanının rutin bakım öncesi $33\pm 10,2$ ve rutin bakım sonrası $21,2\pm 7,52$ olduğu belirlendi. Deney grubundaki kadınlarda Swanson bakım öncesi ve sonrası puan ortalamaları ile, kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-11, sırasıyla, $t=17,4$ $p=0,000$, $t=10$, $p=0,000$). Her iki grubun Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası davranışsal

semptomları karşılaştırıldığında; bakım öncesinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, Swanson bakım sonrası anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-1,60$, $p=0,10$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=3,11$, $p=0,002$). Deney grubundaki kadınların duygusal semptomları azaldı.

Bilişsel alt boyut incelendiğinde; deney grubundaki kadınların bilişsel puanı Swanson bakım öncesi $25,2\pm 8,73$, bakım sonrası $13,9\pm 4,97$ ve kontrol grubundaki kadınların Rutin bakım öncesi $27,2\pm 8,59$ ve Rutin bakım sonrası $17,1\pm 6,29$ olarak belirlendi. Bilişsel alt boyut puan ortalamaları deney ve kontrol grubundaki kadınlarda anlamlı derecede değişti (Tablo 4-11, sırasıyla, $t=9,29$, $p=0,000$, $t=8,99$, $p=0,000$). Deney ve kontrol grupları arasında Swanson bakım öncesi istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiş, Swanson bakım sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-1,98$, $p=0,07$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-1$, $p=0,000$). Deney grubunda bilişsel semptom düzeyi Swanson bakım öncesine göre, swanson bakım sonrasında olumlu yönde gelişti.

Araştırmaya katılan kadınlar yas yaşama durumu açısından ele alındığında; **Yas ölçeği toplam puan** ortalaması deney grubundaki kadınlarda Swanson bakım öncesi $111\pm 18,38$, Swanson bakım sonrası $49,9\pm 8,83$, kontrol grubundaki kadınlarda rutin bakım öncesi $110\pm 17,18$, rutin bakım sonrası $67,9\pm 13,71$ olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grupları yas düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası yas puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (Tablo 4-11, sırasıyla: $t=23$, $p=0,000$, $t=14,38$ $p=0,000$). Her iki grup karşılaştırıldığında Swanson/Rutin bakım öncesi gruplararası istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, Swanson/Rutin bakım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,11$, $p=0,90$, Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-6,52$, $p=0,000$). Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubuna kıyasla yas sürecine karşı verdikleri tepkiler olumlu yönde gelişti.

Şekil 4-1’de deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası yas ölçeğinin 4 alt boyutu olan; fiziksel, duygusal, davranışsal, bilişsel puan ortalamalarına ilişkin bulgular özetlenmiştir.



Şekil 4-1: Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Yas Ölçeği ve Alt Ölçek Skorları

4.2.2. Kadınlarda Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Beck Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-12’de deney ve kontrol grubundaki kadınların BUÖ motivasyon kaybı, gelecek ile beklentiler/umut, gelecek ile ilgili duygular ve toplam BUÖ puanları ile Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası karşılaştırmalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4-12: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Beck Umutsuzluk Ölçeğine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

BUÖ	Deney (n=45)				Kontrol (n=46)				Deney**		Kontrol**		Deney/Kontrol***		Deney/Kontrol***	
	Swanson Bakım Öncesi		Swanson Bakım Sonrası		Rutin Bakım Öncesi		Rutin Bakım Sonrası		BÖ/BS*		BÖ/BS		BÖ		BS	
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	t	p	t	p	Z _{MWU}	P	Z _{MWU}	P
Motivasyon Kaybı	4,48	2	1,68	0,97	4,36	1,71	2,28	1,29	8,82	0,000	7,71	0,000	-0,12	0,90	-2,36	0,01
Gelecek ile İlgili Beklentiler, Umut	4,64	1,68	1,86	1,54	4,54	1,73	2,32	1,38	10,45	0,000	7,60	0,000	-0,31	0,75	-1,99	0,04
Gelecek ile İlgili Duygular	2,97	1,35	1,8	0,94	2,52	1,24	2,41	1,08	5,91	0,000	0,56	0,57	-1,64	0,10	-2,49	0,01
Toplam	12,1	4,11	5,37	2,69	11,5	3,49	7,06	2,79	11,43	0,000	9,09	0,000	-0,62	0,53	-2,87	0,04

*BÖ: Bakım öncesi , BS: Bakım sonrası ** Paired-Samples T Test *** Mann Whitney U Testi

Deney ve kontrol grupları **motivasyon kaybı** yönünden ele alındığında; deney grubundaki kadınların ortalama puanı Swanson bakım öncesi $4,48 \pm 2$ ve Swanson bakım sonrası $1,68 \pm 0,97$; kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi $4,36 \pm 1,71$ ve rutin bakım sonrası $2,28 \pm 1,29$ olarak belirlendi. Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası deney ($t=-8,82$, $p=0,000$) ve kontrol ($t=7,71$, $p=0,000$) grupları kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Motivasyon kaybı yönünden deney ve kontrol grupları arasında Swanson bakım öncesi istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiş olup, Swanson bakım sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,12$, $p=0,90$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-2,36$, $p=0,01$). Deney grubunda motivasyon düzeyleri swanson bakım öncesine göre, bakım sonrasında olumlu yönde gelişti.

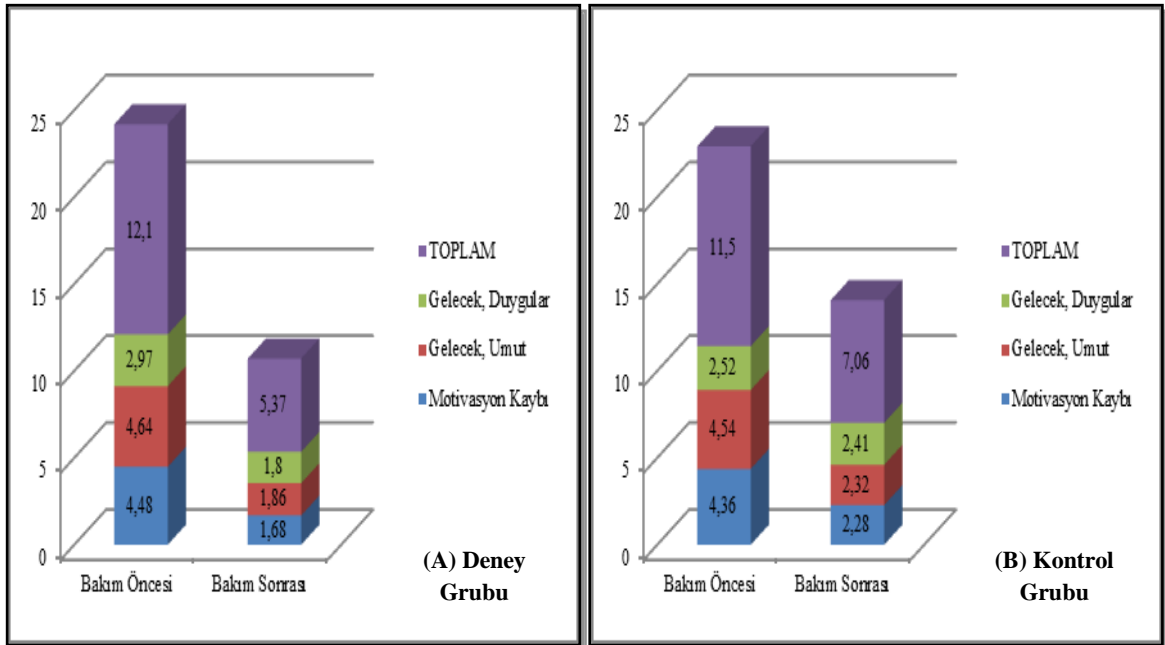
Kadınlar **gelecek ile ilgili beklentiler/umut** düzeylerine göre değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi ortalama $4,48 \pm 2$, Swanson bakım sonrası ortalama $1,68 \pm 0,97$ puan ve kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi $4,36 \pm 1,71$ puan, rutin bakım sonrası ortalama $2,28 \pm 1,29$ puan aldıkları saptandı. Deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi ve sonrası ile, kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (Tablo 4-11, sırasıyla, $t=10,45$, $p=0,000$, $t=7,60$, $p=0,000$). Deney ve kontrol grubu arasında Swanson bakım öncesi istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, bakım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,31$, $p=0,75$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-1,99$, $p=0,04$). Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre gelecek ile ilgili beklentiler/umut düzeylerinin daha iyi olduğu saptandı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği **gelecek ile ilgili duygular** puan ortalaması; deney grubundaki kadınlarda Swanson bakım öncesi $2,97 \pm 1,35$ ve Swanson bakım sonrası $1,8 \pm 0,94$, kontrol grubundaki kadınlarda ise rutin bakım öncesi $2,52 \pm 1,24$ ve rutin bakım sonrası $2,41 \pm 1,08$ olarak belirlendi. Grupların Swanson/Rutin öncesi ve sonrası gelecek ile ilgili duygular puanları karşılaştırıldığında; deney grubunda Swanson bakım öncesi ve sonrası ($t=5,91$, $p=0,000$) ve deney grubu ile kontrol grubu arasında bakım sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuşken ($Z_{MWU}=-2,49$, $p=0,01$), kontrol grubunun rutin bakım öncesi ve sonrası ($t=0,56$, $p=0,57$) ile gruplar arasında tedavi öncesinde ($Z_{MWU}=-1,64$, $p=0,10$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi.

Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların gelecek ile ilgili olumsuz duyguları azaldı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği **toplam puan** ortalaması deney grubundaki kadınlarda Swanson bakım öncesi $12,1 \pm 4,11$, bakım sonrası $5,37 \pm 2,69$; kontrol grubundaki kadınlarda rutin bakım öncesi $11,5 \pm 3,49$ ve bakım sonrası $7,06 \pm 2,79$ olarak belirlendi. Swanson/Rutin bakım öncesine göre bakım sonrası BUÖ puan ortalaması deney ve kontrol grubunda azaldığı ve bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 4-11, sırasıyla, $t=11,43$, $p=0,000$, $t=9,09$, $p=0,000$). Her iki grup karşılaştırıldığında Swanson/Rutin bakım öncesi gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, Swanson/Rutin bakım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,62$, $p=0,53$, Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-2,87$, $p=0,04$). Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların umutsuzluk düzeyleri azaldı.

Şekil 4-2’de deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası BUÖ’nin 3 alt boyutu olan; motivasyon kaybı, gelecek ile ilgili beklentiler/umut, gelecek ile ilgili duygular puan ortalamalarına ilişkin bulgular özetlenmiştir.



Şekil 4-2: Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Alt Ölçek Skorları

4.2.3. Kadınlarda Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası DASÖ Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 4-13’de deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası DASÖ’nin 3 alt boyutu olan; depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına ilişkin bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir



Tablo 4-13: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası DASÖ'ne İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

DASÖ	Deney (n=45)				Kontrol (n=46)				Deney**		Kontrol**		***Deney/ Kontrol BÖ		***Deney/ Kontrol BS	
	Swanson Bakım Öncesi		Swanson Bakım Sonrası		Rutin Bakım Öncesi		Rutin Bakım Sonrası		t	p	t	p	Z _{MWU}	P	Z _{MWU}	P
	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$	\bar{X}	$\pm SD$								
Depresyon	24,6	7,12	7,71	3,95	22	6,42	12	6,12	20	0,000	12,6	0,000	-1,84	0,06	-3,62	0,000
Anksiyete	15,7	7,88	4,6	3,21	17,4	5,58	9,76	5,19	11,4	0,000	10,1	0,000	-1,17	0,23	-4,95	0,000
Stres	18,2	10	7,02	4,75	21,3	10,16	7,41	5,14	10,4	0,000	10,7	0,000	-1,60	0,10	-0,33	0,73
Toplam	58,8	15,83	19,5	6,98	59,5	16,7	29,1	12,69	21,1	0,000	15,1	0,000	-0,40	0,68	-4,16	0,000

*BÖ: Bakım öncesi , BS: Bakım sonrası ** Paired-Samples T Test *** Mann Whitney U Testi

Kadınlar **depresyon** alt boyutu açısından değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi depresyon puan ortalaması $24,6\pm 7,12$ ve bakım sonrası depresyon puan ortalaması $7,71\pm 3,95$ olarak belirlendi. Kadınların Swanson bakım öncesi ve sonrası depresyon belirtileri karşılaştırıldığında bakım sonrasında bakım öncesine göre anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 4-13, $t=20$, $p=0,000$). Kontrol grubundaki kadınların ise rutin bakım öncesi depresyon puan ortalaması $22\pm 6,42$ ve bakım sonrası depresyon puan ortalaması $12\pm 6,12$ olarak saptandı. Kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında bakım sonrasında bakım öncesine göre anlamlı fark olduğu görüldü (Tablo 4-13, $t=12,6$, $p=0,000$). Her iki grubun Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında; bakım öncesinde deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yokken, Swanson bakım sonrası anlamlı fark olduğu belirlendi. Deney grubundaki kadınların depresyon düzeyleri azaldı (Tablo 4-13, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-1,84$, $p=0,06$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-3,62$, $p=0,000$).

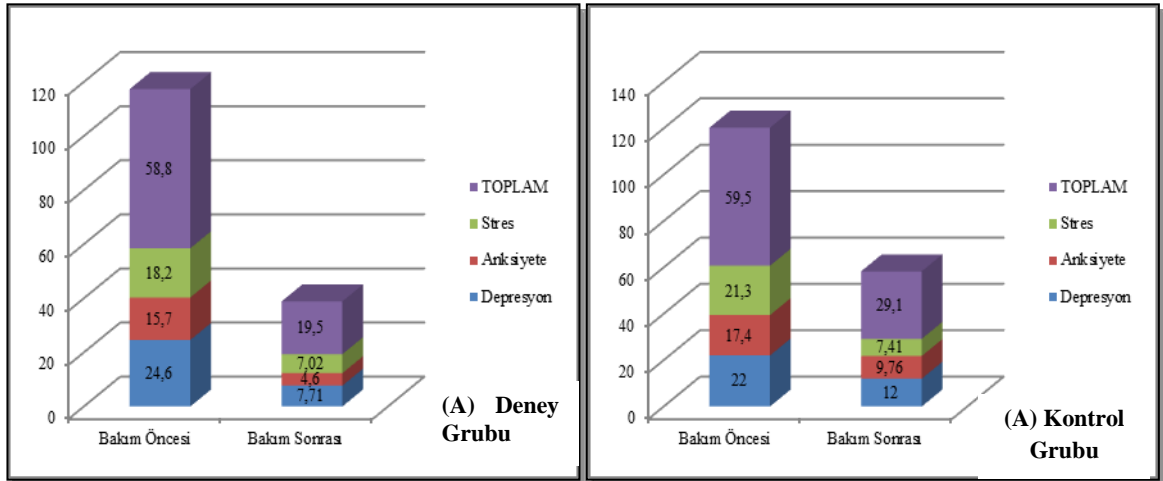
Araştırmaya katılan kadınlar **anksiyete** düzeylerine göre değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi ortalama $15,7\pm 7,88$, Swanson bakım sonrası ortalama $4,6\pm 3,21$ puan ve kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi $17,4\pm 5,58$ puan, rutin bakım sonrası ortalama $9,76\pm 5,19$ puan aldıkları saptandı. Deney grubundaki kadınların Swanson bakım öncesi ve sonrası ile, kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi ve sonrası puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi (Tablo 4-13, sırasıyla, $t=11,4$ $p=0,000$, $t=10,1$ $p=0,000$). Deney ve kontrol grubu arasında Swanson bakım öncesi istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, bakım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. (Tablo 4-13, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-1,17$, $p=0,23$; Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-4,95$, $p=0,000$). Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre anksiyete semptomları azaldı.

Deney ve kontrol grupları **stres** düzeyleri yönünden ele alındığında; deney grubundaki kadınların ortalama puanı Swanson bakım öncesi $18,2\pm 10$ ve Swanson bakım sonrası $7,02\pm 4,75$; kontrol grubundaki kadınların rutin bakım öncesi $21,3\pm 10,16$ ve rutin bakım sonrası $7,41\pm 5,14$ olarak belirlendi. Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası deney ($t=-10,4$, $p=0,0000$) ve kontrol ($t=10,7$, $p=0,0000$) grupları kendi içinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Deney ve kontrol grupları Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası stres düzeyi açısından kıyaslandığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi (Tablo 4-11, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-1,60$,

$p=0,10$; Bakım sonrası: $Z_{MWU} = -0,33$, $p= 0,73$). Swanson bakım sonrası kadınların stres düzeylerinde bir değişiklik olmadığı belirlendi.

Kadınlar DASÖ **toplam puan** açısından değerlendirildiğinde; deney grubundaki kadınlarda Swanson bakım öncesi $58,8 \pm 15,83$, Swanson bakım sonrası $19,5 \pm 6,98$, kontrol grubundaki kadınlarda rutin bakım öncesi $59,5 \pm 16,7$, rutin bakım sonrası $29,1 \pm 12,69$ olarak tespit edildi. Deney ve kontrol grupları DASÖ toplam **puan** düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Tablo 4-13 sırasıyla: $t=21,1$ $p=0,000$, $t=15,1$ $p=0,000$). Her iki grup karşılaştırıldığında Swanson/Rutin bakım öncesi gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark yokken, Swanson/Rutin bakım sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. (Tablo 4-13, Bakım öncesi: $Z_{MWU}=-0,40$, $p=0,68$, Bakım sonrası: $Z_{MWU}=-4,16$, $p=0,000$). Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubuna kıyasla depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri azaldı.

Şekil 4-3'te deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası DASÖ'nin 3 alt boyutu olan; depresyon, anksiyete, stres puan ortalamalarına ilişkin bulgular özetlenmiştir.



Şekil 4-3 Deney ve Kontrol Gruplarında Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrasında Uygulanan DASÖ ve Alt Ölçek Skorları

5. TARTIŞMA

Düşük gebelikte sık görülen yaygın bir komplikasyon olup, kadında hem fiziksel hem de psikolojik semptomlara yol açabilmektedir (Kersting ve Wagner 2012; Toffol ve ark. 2013). Yapılan çalışmalarda düşüğe bağlı anksiyete semptomlarının %30-50 arasında değiştiği, depresyon belirtilerinin ise %10-55 oranında görüldüğü, bu belirtilerin ise düşükten hemen sonra ortaya çıktığı ve altı ay ile bir yıl kadar devam ettiği bildirilmiştir (Geller ve ark. 2004; Lok ve Neugebauer. 2007; Toffol ve ark. 2013; Nynas ve ark. 2015). Bununla birlikte düşük nedeni ile yaşanan kayıp, kadınların yas sürecini yaşamasına da yol açmaktadır (Adolfsson 2010; Nakano ve ark. 2013). Bu süreçte kadın yeterli danışmanlık ve destek almazsa kadının kişisel, sosyal ve mesleki yaşamlarındaki etkinlikleri giderek azalır ve kadında komplike bir yas süreci başlar (Küçükkaya 2009; Yıldız 2009; Morales ve ark. 2012). Bu yüzden düşük yapan kadınlara uygulanacak olan destekleyici bakım; kadınların fiziksel iyileşmesine, yas sürecini kolay atlatmasına, benlik saygısının devamının sağlanmasına, geleceğe yönelik umutlu düşünmesine, depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin azalmasına yarar sağlayacağı için önemlidir.

Literatürde düşük yapan kadınların bakımında, iyilik halinin kazandırılmasında, psikososyal sağlığının geliştirilmesinde, yas sürecini normal bir şekilde atlatmalarında ve kadınlara desteğin sağlanmasında Swanson Bakım Kuramı'nın etkili olduğu bildirilmiştir (Adolfsson 2010; Jansson ve Adolfsson 2011). Bu yüzden araştırma Swanson Bakım Kuramı'na dayalı verilen eğitim ve danışmanlığın düşük deneyimi yaşayan kadınların, psikososyal sağlık durumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Düşük deneyimi yaşayan kadınlara uygulanan Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilen hemşirelik bakımının yas, umutsuzluk, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerine etkisini randomize kontrollü tasarımla inceleyen bu araştırmanın bulguları beş başlık altında tartışıldı. Bunlar;

1. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik- jinekolojik ve düşük sonrası yaşanan duygu/düşünce/tepki/beklenti özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi sosyal destek sistemlerine ve stresle başa çıkma durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
3. Kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası yas düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

4. Kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası umutsuzluk düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

5. Kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve sonrası depresyon/anksiyete/stres düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Tartışmayı takiben çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda öneriler rapor edildi.

5.1. Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik- Jinekolojik ve Düşük Sonrası Yaşanan Duygu/Düşünce/Tepki/Beklenti Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik- jinekolojik ve düşük sonrası yaşanan duygu/düşünce/tepki/beklenti özelliklerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Düşük yaşayan deney ve kontrol grubundaki kadınlar arasında yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim süresi, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu, sigara/alkol kullanımı, obstetrik-jinekolojik özellikleri, tekrar gebelik isteme durumları, düşük sonrası duygu, düşünce, tepkileri, aile ve sağlık personelinden beklentileri konusunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu özelliklerin benzer olması grupların karşılaştırılabilirliği göstermesi ve çalışma sonucu elde edilen verilerin güvenilirliği bakımından önemlidir.

Yapılan çalışmalarda, düşük yapan kadınların %27'sinin 25-29 yaş arasında, %75'nin ise 45 yaşın üstünde olduğu görülmektedir (Kersting ve Wagner 2012; Robinson 2014; ACOG 2015). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (2015, American College of Obstetrician and Gynecologists, ACOG)'nin erken gebelik kaybı ile yayınladıkları rehberde kayıp için en yüksek riskin maternal yaş ve önceki gebelik kaybı öyküsü olduğu belirtilmektedir. ACOG (2015)'a göre klinik olarak tanı alan erken gebelik kaybı oranları 20-30 yaşları arasında %9-17 olduğu, 35 yaştan sonra insidansının arttığı, 40 yaş üzerinde %40 ve 45 yaş üzerinde %80 olduğu belirtilmiştir. Candan (2012)'nin "Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisi" yüksek lisans tez çalışmasında 52 çift çalışmaya alınmış ve gebelik kaybı yaşayan kadınların, % 28,8'inin 26-30 yaş arasında, Akan (2006)'nin "Tıbbi abortus yapan kadınların yaşadığı psikososyal sorunlara ilişkin nitel bir çalışma" yüksek lisans tez çalışmasında 11 kadın

örnekleme oluşturmuş ve %36,4'ünün 20-29 yaş arasında olduğu saptanmıştır. Akdağ (2014) yüksekisans tez çalışmasında terapötik abortus uygulanan kadınların abortus sonrası anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla çalışmaya 10-20. gebelik haftalarında terapötik abortus uygulanan 60 kadın alınmış ve kadınların yaş ortalamaları 28,6 olarak saptanmıştır.

Taşhan (2007) tarafından erken gebelik kayıplarında maternal trombofileleri belirlemek amacıyla 102 kadın üzerinde yaptığı çalışmada kadınların yaş ortalaması $27,67 \pm 6,35$ olarak tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde Johnson ve Langford (2015) tarafından 8 ve 20. haftalar arasında gebelik kaybı yaşayan toplam 40 kadın (deney grubu:20, kontrol grubu:20) ile yas danışmanlığı programının etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, kadınların yaş ortalaması deney grubunda $28,8 \pm 7,3$, kontrol grubunda $25,2 \pm 6,2$ olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada diğer araştırma sonuçlarına benzer şekilde düşük yaşayan kadınlardan deney grubunda yer alanların yaş ortalaması $28,48 \pm 6,15$, kontrol grubunda yer alanların yaş ortalaması ise $29,36 \pm 7,39$ olarak tespit edilmiştir. (Tablo 4-1). Düşük yaşayan kadınların yaş ortalaması ile ilgili olan bulgumuz literatür verileriyle uyum göstermektedir.

TNSA (2013) verilerinde ortanca ilk evlilik yaşının 21 ve ilk gebelik yaşının 22,9 olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada TNSA verilerine paralel olarak kadınların ortalama evlilik yaşı deney grubunda 21,53, kontrol grubunda 20,67 olarak, ilk gebelik yaşının ise deney grubunda $22,8 \pm 4,8$, kontrol grubunda $21,9 \pm 3,33$ olarak bulunmuştur (Tablo 4-1). Sonucun örneklem sayısı az olmasına rağmen, TNSA 2013 sonuçlarına yakın olması sevindiricidir.

TNSA (2013) verilerine göre, ülkemizde üreme dönemindeki kadınların %69'unun 8 yıl ve altı eğitim gördüğü saptanmıştır. Bu araştırmada Akdağ (2014)'ın, Candan (2012)'nin çalışmalarına ve TNSA 2013 sonuçlarına benzer olarak kadınların çoğunluğunun (%84,6) 8 yıl ve altı eğitim gördüğü belirlenmiştir (Tablo 4-1). Bu sonuçlara göre ülkemizde kadınların eğitim seviyesinin düşük olduğu ve bu sonucun kadın sağlığını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

TNSA 2013 verilerinde kadınların %31,1'nin mesleki olarak çalıştığı saptanmıştır. Türkiye'de yapılan diğer araştırma sonuçlarında da benzer sonuçlar bildirilmiştir (Akan 2006; Candan 2012; Akdağ 2014). Bu araştırmada da benzer bir

şekilde deney ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun (deney grubu %73,3; kontrol grubu %68) ev hanımı olduğu ve kadınların yaklaşık yarısının (%50,5) gelir düzeyleri ile gider düzeylerinin eşit olduğunu tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Kadınların yeterli eğitim düzeylerinin olmaması herhangi bir işgücüne katılmamalarının nedeni olarak açıklanabilir. Aynı zamanda kadınların büyük çoğunluğunun çalışmaması oluşabilecek sağlık problemlerinde profesyonel yardıma başvurmalarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Araştırmayı kabul eden deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların büyük bir bölümünün (deney grubu %71,1; kontrol grubu %73,9) çekirdek ailede yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da kadınların büyük bir kısmının çekirdek ailede yaşadığı bildirilmiştir (Akan 2006; Yılmaz 2010; Candan 2012; Akdağ 2014). Araştırmada örneklem sayımız küçük olmasına rağmen, sonuçlarımız Ülkemizdeki çalışma sonuçlarını destekler şekildedir.

Kadınlarda gelişen sigara bağımlılığı gebelik sırasında da devam edebilmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmalarda gebelikte sigara kullanma sıklığı %3 ile %37 arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Marakoğlu ve Sezer 2003; Semiz ve ark. 2006; Doğu ve Berkiten 2008; Altıparmak ve ark. 2009). Schneider ve ark. (2008) tarafından Almanya’ da yapılan alan çalışmasında gebelikte sigara içme oranı %13 olarak saptanmıştır. Sönmez (2015)’nin “Gebelikte sigara kullanımı, gebelikte sigara kullanımına anksiyetenin ve mutluluğun etkisinin incelenmesi” yüksek lisans tez çalışmasında ise çalışmaya 187 gebe alınmış ve sigara içme oranı %13,9 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada deney grubundaki kadınların %17,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların % 15,2’sinin gebelik döneminde sigara içtiği tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Çalışma sonucumuz diğer çalışma sonuçlarına benzer olmasına rağmen kadınların gebelik döneminde sigara içmesi, sigaranın embriyo/fetüs üzerinde olumsuz etkileri konusunda farkındalıklarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

ACOG (2015)’a göre tanı almış gebeliklerin %10’u düşükle sonuçlanmaktadır; Ülkemizde ise evlenmiş kadınların beşte birinin (%23) kendiliğinden düşük yaptığı, %14’ünün ise en az bir kez isteyerek düşük yaptığı görülmektedir (TNSA 2013). Yapılan çalışmalarda da tüm gebeliklerin %15-20’i spontan düşük nedeniyle kaybedildiği ve birinci trimester döneminde düşüklerin sık görüldüğü bildirilmiştir. (Swanson ve ark. 2009; Adolfsson 2011; Robinson 2014). Bu araştırmada kadınların ortalama düşük sayısı deney grubunda 1.48 ± 0.84 , kontrol grubunda 1.71 ± 1.16 olup,

düşük yaptığı haftaların ortalaması ise deney grubunda $8,68 \pm 2,56$, kontrol grubunda ise $9,43 \pm 2,69$ hafta olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermekte olup, düşüklerin %84,6'sının birinci trimesterde olduğu belirlendi (Tablo 4-2).

WHO (2015) düşük sonrası kadınların üreme sağlığının korunması, maternal ve perinatal risklerin en aza indirilmesi için tekrar bir gebelik için 6 ay beklenmesi gerektiğini önermektedir. Bu araştırmada deney grubundaki kadınların %58'i, kontrol grubundakilerin ise %25,9'u düşük sonrası tekrar gebelik için uzun bir sürenin geçmesi gerektiğini belirtti (Tablo 4-3). Bu sonuç gebelik kaybı sonrası kadınların acısının hafifletilmesi, yas sürecinin yaşanması ya da tamamlanması, üreme sağlığının sürdürülmesi, fiziksel ve psikolojik olarak yeni bir gebeliğe hazırlanması açısından önemlidir.

Bir kadının gebeliği teşhis edildiğinde, kadın içgüdüsel olarak bedenini ve beynini anneliğe hazırlar. Gebelik düşük ile sonuçlandığında ise kadın boşluk hissi, yoğun üzüntü, tekrar bir gebelik için endişe hissi, kendilerini değersiz hissetme gibi duygular yaşayabilir (Andersson ve ark. 2012; Lee ve Rowlands 2015). Candan (2012)'nin çalışmasında gebelik kaybı sonrası kadınların % 86,5'inin üzüntü duygusunu, % 84,6'sının ağlama duygusunu, % 57,7'sinin suçluluk ve korku duygusunu yaşadığı ve %5,8'inin ise tepkisiz kaldığı saptanmıştır. Terzioğlu ve ark. (2010)'nin Terapötik Abortus Uygulanan Kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada ise, kadınların büyük bir kısmının korku yaşadığı (%85,3), bebeğin kaybından dolayı üzüntü hissettiği (%15,3) ve suçluluk duygusu taşıdığı belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların düştükten sonra yoğun bir şekilde üzüntü yaşadıkları, suçluluk duygusu duydukları, ağladıkları, kendilerini değersiz hissettikleri, korktukları görüldü ve her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Bu benzerlik deney ve kontrol gruplarının karşılaştırılabilirliği açısından önemlidir (Tablo 4-4). Bu sonuca göre gebelik kaybı yaşayan kadınların duygusal olarak benzer şekilde etkilendikleri, ağladıkları, suçluluk ve korku duygusu yaşadıkları, üzüntü ve değersiz hissettikleri söylenebilir.

Düşük deneyimleyen kadınlar bir sonraki gebeliklerinde tekrar düşük yaşayabileceğini düşünerek korku ve endişe duymaktadırlar. Akan (2006)'nin çalışmasında abortus sonrasında kadınların tekrar yaşayacakları gebeliklerinde aynı problemlerin yaşanma ihtimalinin kadınların yaşadığı korkular arasında yer aldığı

belirlenmiştir. Benzer olarak bu araştırmada da deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların düşük sonrası yaşadığı korku ve endişelere ilişkin en sık “Bir sonraki gebeliklerinde aynı şeyleri yaşamaktan korktuklarını” ifade ettikleri ve gruplar arasında fark olmadığı saptandı (Tablo 4-6). Bu sonuçlara göre kadınların bir sonraki gebeliklerine yönelik kaygıları konusunda danışmanlık ihtiyacı olduğunu düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalarda düşük sonrası dönemde kadının sağlık profesyonellerinden danışmanlık (fiziksel bakım, düşük tipi, düşük nedeni, duygular, düşük sonrası bakım), empatik yaklaşım, sabır, anlayış ve güleryüz beklediği görülmüştür (Beutel ve ark 1995; Read 2002; Murphy ve Merrell 2009; Jense 2013; Nynas ve ark. 2015). Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların diğer araştırmalara benzer olarak sağlık profesyonellerinden en sık danışmanlık (%39,5) ve güleryüz (%20,8) bekledikleri saptandı (Tablo 4-7). Düşük sonrası kadınların büyük bir kısmının sağlık profesyonellerinden danışmanlık bekleme bu konuda sağlık profesyonellerinin yoğun iş ve düşük sonrası kadın ile iletişimin hemen kesilmesi nedeniyle yetersiz kaldıkları düşüncesindeyiz.

Düşük sonrası kadınlar çoğu zaman kaybın hemen sonrasında zamanlarda eş, aile ve arkadaşlardan destek beklemektedir (Akan 2006; Kissock MD 2012; Candan 2012). Bu araştırmada da deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların en çok ailelerinden anlayış (%20,8), ilgi (%13,1) ve destek (%14,2) bekledikleri belirlendi (Tablo 4-8). Çalışma sonucumuz literatürde yer alan araştırmaları destekler niteliktedir ve düşük sonrası kadınlarda aile desteğinin çok önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

5.2. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi Sosyal Destek Sistemlerine ve Stresle Başa Çıkma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin Bakım öncesi sosyal destek durumlarına ve stres ile başa çıkma durumlarına ilişkin bulgular, ÇBASDÖ ve SBTÖ doğrultusunda tartışıldı.

Kadınların düşük sonrası anksiyete, depresyon ve yas düzeylerini etkileyen en önemli unsurlardan birisi de sahip oldukları sosyal destek sistemleridir. Sosyal destek kadının algıladığı iyilik halini sürdürmek, baş etme becerilerini geliştirmek ve düşük sonrası görülen depresyonu atlama için önem taşımaktadır (Harris ve ark. 2014).

Literatürde eş, aile ve arkadaşları tarafından sosyal destek sistemleri yetersiz olan kadınların düşük sonrası yas reaksiyonların daha uzun sürdüğü ve ruhsal sorunların daha uzun yaşayabileceği bildirilmiştir (Swanson 2000; Hughes ve Riches 2003; Akdağ 2014). Swanson (2000) yaptığı çalışmada düşük sonrası sosyal desteği yetersiz olan kadınların emosyonel olarak zorlandıkları, yetersiz baş etme becerileri gösterdikleri ve düşükten hemen sonra gelişen depresyonun bir yıl sürdüğünü rapor etmiştir. Candan (2012)'nin gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yaptığı araştırmada sosyal destek puanı arttıkça kadınların depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Akdağ (2014) çalışmasında terapötik abortus sonrası kadınların sosyal destek düzeylerinin orta düzeyde olduğunu bulmuş, aile ve eş desteği arttıkça kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinde azalma meydana geldiği bildirmiştir. Korenromp ve arkadaşlarının (2005) fetal anamoli nedeniyle 24. haftadan önce gebelikleri sonlandırılan 254 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada ise eş desteğinin kayıp sonrası döneme uyum sağlamada önemli olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınlar ÇBASDÖ'nin aile, arkadaş, özel kişi alt boyutları ve ölçek toplam puan açısından değerlendirildi. Düşük sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi sosyal destek sistemleri açısından birbirine benzediği, grupların homojen dağıldığı ve algıladıkları sosyal desteğin orta seviyede olduğu bulundu (Tablo 4-9). Bu durum deney ve kontrol grupların karşılaştırılabilirliği açısından önem taşımaktadır.

Düşük sonucunda kadın beklemediği bir duruma tepki olarak stres ve kaygı durumu yaşayabilir. Sham ve ark. (2010) tarafından 161 kadın üzerinde düşük sonrası gelişen psikiyatrik morbiditeyi belirlemek için yaptıkları çalışmada kadınların düşük sonrası stres duygusu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada düşük yapan kadınların %1'nin de post-travmatik stres, %10'nun da ise akut stres bozukluğu yaşandığı saptanmıştır (Bowles ve ark 2000). Düşük ile ilgili psikolojik reaksiyon ölçeği geliştirmek amacıyla yapılan meta-analiz çalışmasının sonuçlarına göre, incelenen tüm çalışmalarda stres faktörü tanımlanmış ve kadınların düşük sonrası %40'nun stres yaşadığı tespit edilmiştir (Adolfsson 2011).

Bu araştırmada düşük sonrası yaşanan stres durumlarında kadınların başetme mekanizmalarını değerlendirmek amacıyla SBTÖ uygulandı. Swanson/Rutin Bakım öncesi deney grubundaki kadınların kendine güvenli, iyimser, sosyal destek arama, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım Stresle Başa Çıkma Tarzları alt ölçek puan

ortalamasının, kontrol grubundakilere göre istatistiksel olarak benzer özellikte olduğu görüldü. Deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi stres durumunda en sık başvurdukları olumlu baş etme yöntemleri olan kendine güvenli ve sosyal destek arama yaklaşımlarında olduğu belirlendi (Tablo 4-10). Bu bulgular araştırmanın başlangıç aşamasında deney ve kontrol gruplarının homojen özellikte olduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

5.3. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Yas Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi ve Sonrası yas durumuna ilişkin bulgular, Yas Ölçeği doğrultusunda tartışıldı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel yas düzeyine ilişkin bulguların tartışmasına yer verildi.

Düşük sonrası yas ile ilgili yapılan çalışmalarda düşük yapmanın kadınlarda yas sürecinin yaşanmasına yol açtığı tespit edilmiştir (Frost ve ark. 2007; Toedter ve ark. 2001; Adolfsson 2010; Nakano ve ark. 2013). Kadın bu süreci normal bir şekilde atlatabilirse, kadında komplike yas gelişebilir (Beutel ve ark. 1995). Bu nedenle kadının düşük sonrası dönemde yas semptomlarına ve baş etme becerilerine yönelik destekleyici bakım önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda da düşük yapan kadınlara yas süreci döneminde verilen destekleyici bakımın önemli olduğu belirtilmiştir (Johnson ve Langford 2015; Nynas ve ark. 2015). Buna rağmen gelişmiş ülkelerde 20. haftadan önce gerçekleşen gebelik kayıplarında genellikle kadınların kan ihtiyacı, infeksiyon ile mücadele, hemodinamik destek gibi fiziksel ihtiyaçları karşılanmakta, emosyonel ve psikososyal gereksinimleri ya hiç karşılanmamakta ya da minimal düzeyde karşılanmaktadır (Hutti 2005). Johnson ve Langford (2015) bu konu ile ilgili yaptıkları çalışmada erken gebelik kaybının kadın hayatında potansiyel bir risk olarak tanımlanması ve emosyonel desteğin rutin protokoller haline getirilip, kaybın gestasyonel haftasına bakılmaksızın uygulanması gerektiğini sonucuna varmışlardır.

Adolfsson ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada Swanson bakımının erken dönemde düşük yapan kadınlarda yas düzeyini azalttığı bildirilmiştir. Düşük sonrası yapılan bir diğer çalışmada Swanson bakım kuramına dayalı olarak verilen eğitim ve danışmanlığın çiftlerde yas ve depresyon belirtilerinin hafifletilmesinde en etkili yöntem

olduğu belirlenmiştir (Swanson ve ark 2009). Adolfsson (2010)'nun düşük sonrası kadınların iyilik halini geliştirmek için aktif destek ve Swanson bakım uyguladığı çalışmada ise düşük yapan kadınlara Swanson bakım kuramına dayalı aktif destek verilmiş ve sonuçlar perinatal yas ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda kadınların profesyonel bakım hizmeti aldıklarını, normal yas yaşıyorlarmış gibi tedavi olduklarından memnun kaldıklarını ve 4. ayda yas skorlarında anlamlı bir derecede düşme olduğu belirlenmiştir. Johnson ve Langford (2015) gebelik kaybı sonrası yas danışmanlığı çalışmalarında da 8 ve 20. haftalar arasında spontan düşük yapan 40 kadına perinatal yas ölçeği uygulanmış, çalışmanın sonucunda erken gebelik kaybı sonrası yas danışmanlığının etkili olduğunu ve kadınların baş etme becerilerini arttırdığını bildirmişlerdir.

Bu araştırmada Swanson Bakım Kuramına dayalı verilen destekleyici bakımın yas düzeylerinde etkili olup olmadığını objektif olarak değerlendirilmesi amacı ile Swanson/Rutin bakım öncesi deney ve kontrol grubundaki kadınlar Yas Ölçeği toplam puanı ve ölçeğin alt boyut (fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel) ortalamaları açısından değerlendirildi. Buna göre araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların yas düzeyleri açısından birbirine benzediği ve grupların homojen olduğu bulundu. Yine, deney ve kontrol grubundaki kadınların Yas Ölçeği'nin alt boyutları olan fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel puan ortalamaları bakımından birbirine benzediği saptandı (Tablo 4-11). Bu durum Swanson Bakım Kuramına temelli hemşirelik bakımın ve danışmanlığın etkisini değerlendirmek açısından önemlidir. Aynı zamanda Swanson/Rutin bakım öncesinde tüm kadınların travmatik bir süreç olan düşükten benzer şekilde etkilendikleri ve yas reaksiyonları gösterdikleri anlaşılmaktadır.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların yas ölçeği puanlarında Swanson/Rutin bakım sonrası anlamlı bir şekilde azalma görüldü. **Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımın uygulanması, onların yas sürecini kolay atlatmasını sağladı** (Tablo 4-11). Kadınlarda hem rutin bakımın hem de Swanson bakımın yas ölçeğinin alt boyutları olan fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel belirtilerinde olumlu yönde etkisinin olduğu belirlendi. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda yas belirtilerin düzelmesinin nedeni olarak düşük üzerinden geçen zaman içerisinde kadınlar kendi çevreleri ile de etkileşim içerisinde bulunmuş olup, kendi baş etme stratejilerini kullanmış olabilecekleri şeklinde açıklanabilir.

Bu araştırmada her iki bakım türünün etkileri birbiri ile karşılaştırıldığında deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre yas puanları açısından ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı. Bu sonucun kadınlara verilen Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş destekleyici bakımdan kaynaklandığı ve kadınlarda yas semptomlarının azalmasına katkı sağladığı düşüncesindeyiz. Bu sonuç Swanson Bakım Kuramı'nın "Bilmek, Birlikte olmak, Gereksinimlerini Karşılama, Güçlendirme" basamakları kapsamında uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının kadınların yaşadıkları yas üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Swanson Bakım Kuramı kapsamında düşük yapan kadınlara güvenli bir ortamın oluşturulması, etkin iletişim kurulması, düşük süreci hakkında bilgi (düşük tipi, nedenleri, belirtileri, tedavisi ve yöntemleri, düşük sonrası bakım) verilmesi, yas ile ilgili danışmanlık (yas, yas belirtileri, düşük sonrası duygular) yapılması, düşük ile başetmesini sağlayacak rehber kitapçık verilmesi, düşük ile ilgili duyguların konuşulması, duygusal olarak nasıl hissettiklerinin sorulması ve yas sürecini yaşayabilmesi için zaman tanınması kadınlarda yas semptomlarını azaltmada etkili olduğunu düşündürmektedir. Kadınların bu süreci sağlıklı atlatalmaları amacı ile hastaneden tabarcu olduktan sonara yapılan ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri de kadınlarda yas semptomlarının azalmasına katkı sağlamış olabilir. Yas semptomlarını azaltmada Swanson bakımının olumlu etkisinin rutin bakıma göre anlamlı düzeyde yüksek olması sebebiyle, düşük yapan kadınlara verilecek olan hemşirelik bakımında rutin bakım yerine öncelikli olarak Swanson bakımının tercih edilmesi önerebileceğimiz bir yaklaşımdır.

5.4. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Umutsuzluk Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası umutsuzluk durumuna ilişkin bulgular, Beck Umutsuzluk Ölçeği doğrultusunda tartışıldı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların motivasyon kaybı, gelecek ile beklentiler/umut, gelecek ile ilgili duygular düzeyine ilişkin bulguların tartışmasına yer verildi.

Düşük sonrası kadınlarda bilişsel, emosyonel, davranışsal ve fiziksel bir çok semptom görülmektedir (Adolfsson ve ark. 2004; Hale 2007). Aynı zamanda düşük deneyimleyen kadınlarda geleceğe karşı güvensizlik, endişe, korku ve umutsuzluk gibi semptomlarda ortaya çıkmaktadır. Düşük ile birlikte ailenin gerçekleşmesini çok

istediği planları da aniden yok olunca kadının hayal kırıklığının daha keskin olabilmektedir (Akan 2006; Akker 2011).

Yapılan çalışmalarda da düşük sonrası kadınların umutsuzluk duygusu yaşadığı bildirilmiştir (Clausus 2009; Adolfsson ve Larsson 2010). Bu çalışmada Swanson/Rutin Bakım öncesi Beck Umutsuzluk Ölçeği puanı deney grubundaki kadınlarda $12,1 \pm 4,11$ ve kontrol grubundaki kadınlarda $11,5 \pm 3,49$ olduğu belirlendi. Bu çalışmada daha önce yapılan çalışmalara benzer olarak kadınların düşükten sonra umutsuzluk duygusu yaşadıkları saptandı (Tablo 4-12).

Bu araştırmada Swanson/Rutin bakım sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınlarda BUÖ toplam puanı, motivasyon kaybı, gelecek ile ilgili beklentiler/umut alt boyut puan ortalamalarının düştüğü saptandı. **Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımın uygulanması, onların umutsuzluk semptomlarını azalttı.** Buna göre her iki bakımın da, düşük sonrası dönemdeki kadınlara pozitif etkisi bulunan, uygulandığında anlamlı sonuçlar alınabilen etkinlikler olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte Swanson bakım alan kadınların gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması, rutin bakım alan kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı derecede düşmüştür. Bu sonuç Swanson bakımın, düşük yapan kadınlarda gelecek ile ilgili karamsar düşünmesini azalttığını göstermektedir. Bu farkın Swanson bakım kuramın “Güçlendirme ve İnancını Sürdürme” basamağı kapsamında kadınlara uygulanan düşük sonrası sürecin sanıldığı kadar kötü olmadığını belirtilmesi, deneyimledikleri pozitif ve negatif duyguların anlatılması için cesaretlendirilmesi, sorularının cevaplandırılması ve tekrar gebelik için umutsuz olmadıklarının fark edilmesinin sağlanması gibi hemşirelik girişimlerinin etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırmacı bu basamak kapsamında deney grubundaki kadınlar ile etkili iletişim kurarak ev ziyaretleri gerçekleştirildi ve telefon görüşmeleri yapıldı.

Araştırmada her iki bakım türünün etkileri biribiri ile karşılaştırıldığında Swanson bakım alan deney grubundaki kadınların, rutin bakım alan kontrol grubundaki kadınlara göre BUÖ genel puan ortalaması, gelecek ile ilgili beklentiler/umut düzeylerinde, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı boyutlarında ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptandı (Tablo 4-12). Bu farkın Swanson bakım kuramının “Bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirme ve inancını sürdürme” basamaklarına dayalı uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının ve destekleyici bakımın etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmada Swanson Bakım

Kuramı'na göre düşük sonrası kadınların yanında duygusal olarak bulunuldu, kadına saygı çerçevesinde destek olundu, gereksinimleri karşılandı ve her kadının bu süreci atlatması için kendilerine olan inançlarının sürdürülmesi sağlandı. Ayrıca kadınların gelecek ile ilgili karamsar duygularını hafifletmek, motivasyonlarını arttırmak ve umut etmelerini sağlamak için kullandıkları olumlu başetme becerileri belirlendi ve kullanması için teşvik edildi. Bu sayede Swanson bakım sonrası kadınların düşük sonrası yaşadıkları geleceğe karşı umutsuzluk duygularında anlamlı bir şekilde iyileşme olmuştur.

5.5. Kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası Depresyon/Anksiyete/Stres Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların Swanson/Rutin Bakım Öncesi ve Sonrası depresyon, anksiyete ve stres durumuna ilişkin bulgular, DASÖ doğrultusunda tartışılmıştır. Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği'nin üç alt boyutu olan depresyon, anksiyete ve strese yönelik puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

Depresyon, anksiyete ve stres düşük sonrası ortaya çıkan en sık psikolojik semptomlardır. Bu semptomlar kadının yaşam kalitesini, karar vermesini, düşünce sürecini ve bir sonraki gebeliğini etkilediği için düşük sonrası verilen destekleyici bakım önem taşımaktadır (Lok ve Neugebauer 2007; Nynas ve ark. 2015).

Swanson (1999b) tarafından yapılan "Düşükte bakım, ölçüm ve zamanın etkisinin kadınların iyilik hallerine yansımaları" konulu makale çalışmasında bakım odaklı danışmanlığın kadınlarda öfkeyi, zihin karmaşıklığını, anksiyeteyi, depresyon semptomlarını azalttığı, öz saygıyı arttırdığı, duygu durumlarını düzelttiği, ruh halindeki inişleri ve çıkışları azalttığı saptanmıştır. Nikcevic ve ark. (2007)'nin sosyo-demografik özellikleri iyi, evli ve birinci trimesterde düşük yapan 66 kadında (deney grubu:33, kontrol grubu:33) medikal/psikolojik danışmanlığın etkisini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada, danışmanlık alan grupta suçluluk duygusu, üzüntü, yas semptomlarında azalma ve anksiyete düzeylerinin önemli ölçüde düştüğü görülmüştür. Sejourne ve ark. (2011) tarafından yapılan düşükten sonraki anksiyete, depresyon ve strese karşı kısa süreli programın etkinliği çalışmalarında ise düşükten hemen sonra verilen psikolojik desteğin etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda düşükten sonra hemen başlanan danışmanlığın etkili olduğu ve anksiyetenin azaldığı bildirilmiştir

(Sejourne ve ark. 2011). Grosu ve ark. (2015) tarafından düşük sonrası kadınların iyi hallerine destekleyici danışmanlığın etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları bir diğer çalışmada da düşük sonrası kadınlara verilen destekleyici danışmanlığın kadınların iyilik hallerine katkıda bulunduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların Swanson/Rutin bakım öncesi depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri değerlendirildi ve her iki gruptaki kadınların depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri açısından, benzer olduğu bulundu (Tablo 4-13). Bu sonuç Swanson Bakım Kuramı'na temelli hemşirelik bakımın ve danışmanlığın etkisini değerlendirmek açısından önemlidir. Bununla birlikte tüm kadınların düştükten etkilendikleri, stres yaşadıkları, depresyon ve anksiyete semptomları gösterdikleri anlaşılmaktadır.

Bu araştırmada düşük sonrası rutin bakım alan kontrol grubu kadınlarda ve Swanson bakım alan deney grubu kadınlarda bakım öncesi döneme göre DASÖ alt boyut puanlarında anlamlı düzeyde azalma görülmüştür (Tablo 4-13). **Düşük deneyimi yaşayan kadınlara Swanson bakımın uygulanması, onların depresyon ve anksiyete semptomlarını azalttı.** Bu sonuca göre Swanson/Rutin bakımın kadınların depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının azaltılması yönünde olumlu etkisi bulunmaktadır. Bu sonuç Swanson Bakım Kuramı' nın güçlendirme ve inancı sürdürme basamağında yer alan gebelik kaybı ile baş etmelerini sağlayacak rehber kitapçığın verilemesi, kadınların endişelerini, korkularını ifade etmesine izin verilmesi, öz bakım aktiviteleri için kadının teşvik edilmesi, yürüme, dışarıya çıkma gibi sosyal aktiviteler için kadının desteklenmesi, olumlu baş etme yöntemlerinin saptanması ve kullanması için teşvik edilmesi, kadın gebelik düşünüyorsa umut etmesinin önemli olduğunun söylenmesi gibi girişimlerin etkin olduğunu göstermesi açısından anlamlıdır. Kontrol grubunda yer alan kadınlarda da anksiyete, stres ve depresyon semptomlarının azalmasının nedeni düşük sonrası hastanede rutin bakım kapsamında danışmanlık yapılması ve kayıp olayının üzerinden geçen zamanın etkisi olabilir.

Swanson/Rutin bakımın etkileri birbirleri ile karşılaştırıldığında iki grup arasında depresyon ve anksiyete belirtileri görülme düzeyleri açısından ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanırken, stres belirtileri yönünden anlamlı düzeyde bir fark görülmedi (Tablo 4-13). Bu çalışmada stres alt boyutunun farklılık göstermemesinin nedeni, araştırmadaki her iki gruptaki kadınların stres durumu karşısında olumlu baş etme yöntemleri olan, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımını

kullanmalarından kaynaklanıyor olabilir (Tablo 4-10). Anksiyete ve depresyon alt boyutlarında oluşan farkın ise Swanson bakım kapsamında kadınların duygularının desteklenmesi, olumsuz düşüncelerin giderilmesi, kendilerine olan güvenin artırılması, duygu durumlarını ifade etmelerine izin verilmesi, hayattan zevk alabilmeleri amacı ile kadınların sosyal çevre ile etkileşimin sürdürülmesinin istenmesi gibi hemşirelik girişimlerinin ve destekleyici bakımın sonucu olduğu söylenebilir. Aynı zamanda anksiyete ve depresyon semptomlarını hafifletmek amacıyla deney grubuna yapılan ev ziyaretleri ve telefon görüşmelerinde kadınların sorunlarının dinlenilmesi ve ilgilenilmesi, kadınların rahatlamalarına, kendilerini iyi hissetmelerine ve değerli olduklarını düşünmelerinde etkili olduğu söylenebilir. Bu araştırmada Swanson Bakım Kuramı'na göre düşük sonrası yaşanan duyguların, düşüncelerin ifade edilmesine izin verildi ve olumsuz duygulara yönelik çözüm önerileri sunuldu. Bu girişimlerin deney grubunda yer alan kadınlarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin azalmasında etkili olduğu düşüncesindeyiz.

6. SONUÇLAR

Araştırma Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilmiş eğitim ve destekleyici bakımın, düşük yapan kadınlarda kayıp sonrası yaşanan yas, umutsuzluk, depresyon, anksiyete ve stres durumlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırma, randomize kontrollü yarı-deneysel araştırma niteliğindedir. Araştırma başlangıcında belirlenen hipotezler sınanmıştır.

Düşük yaşayan kadınlara uygulanan Swanson bakımın;

- ❖ Kadınların yas süreci atlatmalarında olumlu etkisi vardır.
- ❖ Kadınlarda umutsuzluk duygusunun azaltılmasında olumlu etkisi vardır.
- ❖ Kadınlarda anksiyete ve depresyon semptomların azaltılmasında olumlu etkisi vardır.
- ❖ Kadınlarda stres düzeyinin azaltılmasına olumlu etkisi yoktur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

❖ Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıttıcı özellikleri, sosyo-demografik özellikleri, obstetrik- jinekolojik özellikleri açısından istatistiksel fark olmadığı gözlemlendi.

❖ Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların düşük yaptığı zaman, düşük sonrası duyguları, düşünceleri, tepki durumları, yaşadığı endişeler, düşük sonrası aile ve sağlık personelinden beklentileri bakımından istatistiksel fark önemsiz bulundu.

❖ Swanson/Rutin bakım öncesi deney ve kontrol grubundaki kadınlar sosyal destek sistemleri ve stresle başa çıkma tarzları açısından değerlendirildiğinde, her iki grup arasında istatistiksel olarak fark olmadığı gözlemlendi.

❖ Swanson/Rutin bakım öncesi deney ve kontrol grubu arasında yas ölçeği alt boyut ve toplam puanları yönünden istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

❖ Swanson/Rutin bakım sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınların ***yas ölçeği toplam ve alt puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.***

Swanson bakım sonrası kadınların fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel yas

semptomlarında azalma görüldü. Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların kontrol grubuna kıyasla yas sürecine karşı verdikleri tepkiler olumlu yönde gelişti.

❖ Swanson/Rutin bakım öncesi deney ve kontrol grubu arasında BUÖ alt boyut ve toplam puanları yönünden istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

❖ Swanson/Rutin bakım sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınların **BUÖ toplam ve alt puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.** Swanson bakım sonrası kadınların motivasyon düzeylerinde ve gelecek ile ilgili beklentiler/umut düzeylerinde olumlu yönde gelişme görüldü.

❖ Swanson bakım sonrası deney grubundaki kadınların **gelecek ile ilgili olumsuz duyguların bakım öncesine ve kontrol grubuna göre azaldığı belirlendi.**

❖ Swanson/Rutin bakım öncesi deney ve kontrol grubu arasında DASÖ'nin alt boyut ve toplam puanları yönünden istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

❖ Swanson/Rutin bakım sonrası deney ve kontrol grubundaki kadınların **Depresyon-Anksiyete-Stres ölçeği toplam puanı ile depresyon ve anksiyete alt ölçek puanlarında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulundu.** Stres alt ölçek puanları arasındaki farkın önemsiz olduğu görüldü. Swanson bakım sonrası kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı, stres düzeylerinde ise değişiklik olmadığı görüldü.

❖ Swanson Bakım Kuramı'na dayalı destekleyici bakımın düşük yapan kadınlarda uygulanabilir ve kolaylaştırıcı olduğu belirlendi.

❖ Çalışmanın sonucunda **Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş eğitim ve destekleyici bakımının, düşük yapan kadınlarda yas, depresyon ve anksiyete belirtilerini azalttığı, kadınların motivasyon düzeylerini yükselterek, geleceğe inanmasını ve umut etmesini sağladığı** belirlendi.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelere ve araştırmacılara yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelere yönelik öneriler;

- ❖ Perinatoloji hemşirelerinin düşük yapan kadını ve ailesini hassas bir biçimde değerlendirmesi,
- ❖ Düşük yaşayan kadınların yaşadıklarını paylaşabilmeleri için destek gruplarının oluşturulması ve kadınların yönlendirilmesi,
- ❖ Jinekoloji servislerindeki odaların düşük yapan kadınların rahat edebilecekleri ve duygularını ifade etmelerini destekleyecek şekilde tek kişilik olarak düzenlenmesi,
- ❖ Multidisipliner ekip anlayışının/hizmetinin hastanelerde oluşturulması ve hemşirelerin ekip içerisinde danışman, uygulayıcı, araştırmacı, eğitici ve koordinatör olarak rol üstlenmesi,
- ❖ Düşük yapan kadınların umutsuzluk, stres, anksiyete, depresyon ve yas belirtilerini azaltacak hemşirelik bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- ❖ Swanson Bakım Kuramı'na dayalı bakımın önemine ilişkin toplantı, eğitim ve hizmet içi toplantılarının yapılması,
- ❖ Düşük yapan kadınların fiziksel ve psikososyal sağlıkları için taburculuk sonrası iletişimin hemen kesilmemesi, kadının ev ziyaretleri ve telefon ile desteklenmesi.

Araştırmacılara yönelik öneriler;

- ❖ Swanson Bakım Kuramı'nın tüm basamaklarının düşük yapan kadınlar üzerindeki etkisini inceleyen deneysel çalışmaların yapılması,

- ❖ Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilmiş düşük yapan kadınların eşlerini kapsayan araştırmaların yapılması,
- ❖ Swanson Bakım Kuramı'nın yaygınlaştırılması için nitel ve nicel araştırmaların yapılması,
- ❖ Düşük yapmanın kadınların yaşamlarına etkisini belirlemek amacıyla epidemiyolojik araştırmaların yapılması önerilir.



KAYNAKLAR

Adolfsson, A., Larsson, PG., Wijma B. ve Berterö, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women International*, **25(6)**,543-60.

Adolfsson, A. (2006). Miscarriage: Women's experience and its cumulative incidence. Erişim: 12.05.2014. <http://www.dissertations.se/dissertation/0425795b35/>.

Adolfsson, A., Berterö, C. ve Larsson, PG. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, **85(3)**,330-5.

Adolfsson, A. (2010). Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory, *Psychology Research and Behavior Management*, **4**,1-9.

Adolfsson, A. ve Larsson,P.G. (2010). Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. *Upsala Journal of Medical Sciences*, **115**,201–209.

Adolfsson, A. (2011). Metaanalysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, **4**,29-39.

Ahern L.D., Corles I.B., Davis S.D. ve Kwong J.J. (2011). Infusing Swanson's Theory of Caring into an Advanced Practice Nursing Model for an Infectious Diseases Anal Dysplasia Clinic. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*, **22(6)**,478-488.

Andershed B. ve Olsson K. (2009). Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. **23(3)**,598-610.

Akan, S. (2006). Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Akdağ, C. (2014). Terapötik abortus uygulanan kadınların abortus sonrası anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin

belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akın, A. ve Çetin, B. (2007). Depresyon anksiyete stres ölçeği (DASÖ): geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, **7(1)**,241-268.

Akker, O.B. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetrics and amp Gynecology*, **6(3)**,295-304

Altun, O . ve Özererkan, K. (2008). Vajinal Kanama. İçinde E. Armağan (Ed.). *Acil Tipta Belirti ve Bulgular*. İstanbul, Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi:581-592.

American College of Obstetrician and Gynecologists. Early pregnancy loss practice bulletin. Erişim 15.06.2016, <http://www.acog.org/-/media>

American Pregnancy Association. After a miscarriage: surviving emotionally. Erişim 10.12.2015, <http://americanpregnancy.org/pregnancyloss/mcsurvivingemotionally.html>

American Psychological Association. Grief: Coping with the loss of your loved one. Erişim 14. 08. 2016 <http://www.apa.org/helpcenter/grief.aspx>

Andersen, A.M., Hansen, K.D., Andersen, P.K. ve Smith G.A. (2004). Advanced paternal age and risk of fetal death: a cohort study. *Journal of Epidemiology*, **160(12)**,1214-22.

Andersson, M., Nilsson, S. ve Adolfsson A. (2012). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again-A qualitative interview study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **26(2)**,262–270.

Anselmo, J., Cao, D., Karrison, T., Weiss, R.E. ve Refetoff, S. (2004). Fetal loss associated with excess thyroid hormone exposure. *The Journal of the American Medical Association*, **292**,691–5.

Alataş, E. (2004). Tekrarlayan gebelik kayıplarında tanı ve tedavinin yönlendirilmesi. *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi*, **6**,19-25.

Altınok, HÖ., Şengün F. ve Üstün, B. (2011). Bakım kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **4(3)**,137-140.

Altıparmak ,S., Altıparmak, O. ve Demirci, H. (2009). Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. *Türkiye Toraks Dergisi*,**10**,5-20.

Armstrong, D.S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, **33(6)**, 765-773.

Armstrong, D.S. (2012). Kristen Swanson's Middle Range Theory of Caring: A Critique. Erişim 17.10.2015, <https://lisaarmstrongrn.files.wordpress.com>.

Ashoor, G., Maiz, Nş, Rotas, M., Jawdat, F. ve Nicolaides, K.H. (2010). Maternal thyroid function at 11 to 13 weeks of gestation and subsequent fetal death. *Thyroid*, **20**,989–93.

Beckmann, R.B., Ling FW Barzansky BM Herbert NP Laube DW Smith RP (2011). *Obstetrics and Gynecology*, Çin:Wolters Klower.

Bergner, A., Beyer, R., Klapp, BF. ve Rauchfuss, M. (2009). Mourning, coping and subjective attribution after early miscarriage. *Psychother Psychosom Med Psychol*, **59(2)**,57-67.

Beutel, M., Deckardt, R., Rad, M. ve Weiner H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents and course. *Psychosomatic Medicine*, **57**, 571-26.

Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, **52(4)**,223-229.

Blackmore, E., Cote-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Golding, J., ve Connor, T. (2011). Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *British Journal of Psychiatry*, **198(5)**, 373–378.

Bowles, S., James, L., Solursh, D.S., Yancey., M.K., Epperly, T.D., Folen., R.A. ve ark. (2000). Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *American Family Physician*, **61**,1689-1697.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, **17**,451–464.

Bryant, H. (2008). Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage. *Emergency Nurse*, **15**,26-29.

Canadian Pediatric Society Statement (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Health*. Erişim 10.11.2015. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/pdf/pch06469.pdf>.

Candan, Ö. (2012). Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Chen, B.A. ve Creinin, M.D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetric Gynecology*, **50**,67–88.

Clausus D.E., (2009). Psychological Distress following Miscarriage and Stillbirth: An Examination of Grief, Depression and Anxiety in Relation to Gestational Length, Women's Attributions, Perception of Care and Provision of Information. A Thesis Submitted to the Faculty of Drexel University. Erişim 15.07.2016, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939522/>.

Çelik, S. (2006). Yas Ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*,**3(25)**,105-114.

Çoban, A. (2008). Riskli Gebelikler. İçinde A. Şirin (Ed.), *Kadın Sağlığı*, İstanbul, Bedray Yayınları;522-570.

Coşkun, A. (Ed.). (2008). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*, İstanbul, Medikal Yayıncılık.

Davidson, M.R. (Ed.). (2012). *A Nurse's Guide to Women's Mental Health*. New York, Springer Published Company.

Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D. ve Naftalin A.A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction: Oxford Journals*, **16**, 365–9.

Demirkıran F. (1999). Maternal morbidite ve mortalite nedeni olarak enfeksiyonlar ve sepsis. Erişim 17.10.2015, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etkinlikleri, <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/15/1503fd.pdf>.

Deniz, M. E. ve Sümer, A. S. (2010). Farklı öz anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stresin değerlendirilmesi. *Eğitim ve Bilim*, **35(158)**,115-127.

Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74–82.

Doğu, S. ve Berkiten, A. (2008). Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*,**1(1)**:26-39.

Durak, A. (1993). Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Durak, A. ve Palabıykoğlu, R. (1994). Beck umutsuzluk ölçeğinin geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi*, **2(2)**,311-319.

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikologlar Dergisi*, **10(34)**, 45-55.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12(1)**,17-25.

Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. ve Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health and Illness*, **29(7)**, 1003–1022.

Geller, P.A., Kerns, D., Klier, C.M. (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, **5(6)**, 35–45.

Geller, P.A., Psaros, C. ve Kornfield, S.L. (2010). Satisfaction with pregnancy loss aftercare: Are women getting what they want? *Arch Womens Health*, **13**,111-124.

Genlik, Ö. (2012). Yas süreci ve yas sürecindeki kişilerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

George, L. (2006). Spontaneous abortion: Risk factors and measurement of exposures.

Erişim:

15.08.2015

<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39362/thesis.pdf?sequence=1>

Germain, A., Caroff, K., Buysse, D.J. ve Shear, M.K. (2005). Sleep quality in complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, **18**,343–346.

Gezginç, K. ve Dalkılıç, E.U. (2011). Obstetrik acillere yaklaşım. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, **10**,128-132

Gizir, C. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine Yönelik bir yas danışmanlığın modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* , **2(2)**,195-213.

Gong, X., Hao, J., Tao, F., Zhang, J., Wang, H. ve Xu R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **166(1)**,30-6.

Grosu, L., Katimada, AT., Mahran, M., Samarasinghe, A., Sheikh, A., Barnes, ve ark. (2015). The impact of supportive counselling on women's psychological

wellbeing after miscarriage – a randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **122(4)**,594.

Gümüşdaş, M., Apay., S.E. ve Özorhan, E.Y. (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırılması. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, **1**,32-42.

Green, C.J. (Ed.). (2015). *Maternal Newborn Nursing Care Plans*. Burlington; Jorles and Barlett.

Hale, B. (2007). Culpability and blame after pregnancy loss. *Journal of Medical Ethics*. **33(1)**,24-7.

Hannebaum, W. (2014). The Role of the Nurse in Family Coping after Miscarriage. Erişim 14.10.2015, http://corescholar.libraries.wright.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=urop_celebration

Harris, L.F., Roberts, S.C., Biggs, M.A., Rocca, C.H., Foster, D.G. (2014). Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Women's Health*, **14(76)**,2-11.

Hatfield, N.T. (Ed.). (2014). *Introductory Maternity and Pediatric Nursing*. Meksika. Wolters Kluwer.

Henley, A. ve Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, **13(5)**, 325-328.

Holmes, D. ve Baker P.N. (Ed.). (2014). *Midwifery by Ten Teachers*. İngiltere:Taylor and Francis Group.

Hughes, P., Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, **15(2)**,107-111

Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Nursing*, **34(5)**,630–638.

Jansson C., Adolfsson A. (2011). Application of "Swanson's Middle Range Caring Theory" in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, **2**,102-109.

Jense, S. (2013). Emotional Support Following Early Pregnancy Loss in the Emergency Department: A Guide for Health Care Providers. Erişim: 15.10.2015 <http://content.lib.utah.edu/utills/getfile/collection/ehsl-gradnu/id/19/filename/5.pdf>

Johnson O.P ve Langford R.W. (2015). A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *Journal Obstetric Gynecology Neonatal Nursing*, **44(4)**,492-9.

Karaca, S. (2013). Gecikmiş veda: Bir olgu sunumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **3(3)**,136-140.

Kavanaugh, K., Trier, D. ve Korzec, M., (2004). Social support following perinatal loss. *Journal of Family Nursing*, **10(1)**,70-92.

Kersting, A. ve Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuro Sciences*, **14(2)**, 187-94.

Kılıççı, Ç. (2004). Erken gebelik kayıplarında homosistein düzeyinin rolü, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Kızıl, E.G., Terapötik/Hasta Yararına İletişim Kurma. Erişim 10.12. 2015. <http://www.igkh.gov.tr/yeni/userfiles/files/07TERAPOTIKHASTAYARARINAILETISIMKURMA.pdf>.

Kissock, M. ve Kissock, D. (2012). *Coping with Grief* . ABC Books, 4th Edition,

Klein, J., Stein. (1984). Spontaneous abortion. İçinde M.B. Bracken (Ed.), *Perinatal Epidemiology*. Oxford University Press; 23.

Koopmans L., Wilson T., Cacciatore J. ve Flenady V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **19(6)**,1-24.

Korenromp, MJ., Christiaens, GCML., Van den Bout, J., Mulder, EJH., Hunfeld, JAM. ve ark. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal diagnosis*, **25(3)**, 253-260.

Körükçü, Ö. ve Kukulcu, K. (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansimasi. *Dicle Tıp Dergisi*, **37(4)**,429-33.

Küçükkaya, P.G. (2009). Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **6(1)**,8-13.

Lee, C. ve Rowlands, I.J. (2015). When mixed methods produce mixed results: Integrating disparate findings about miscarriage and women's wellbeing. *British Journal of Health Psychology*, **20**,36–44.

Lefier, G. (Ed). (2015). *Introduction to Maternity and Pediatric Nursing*, Amerika. Elsevier.

Lok, I.H. ve Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Clinical Obstettri Gynaecology*, **21(2)**, 229-247.

Lowdermilk, D.L., Perry S.E. ve Cashion M.C. (2013). *Maternity Nursing*, Amerika. Elsevier Health Sciences.

Maconochie, N., Doyle, P., Prior., S. ve Simmons, R. (2007). Risk factors for first trimester miscarriage—results from a UK-population-based case–control study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **114(2)**,170-86.

Marakoğlu, K. ve Sezer, E. (2003). Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*,**25(4)**,157-64.

Monk, T.H., Houck, P.R. ve Shear, M.K. (2006). The daily life of complicated grief patients what get missed, what get saddened? *Death Studies*, **30**,77–85.

Morales, M.D., Monge, F.J., Puente, P.C., Sánchez DV., Huete, M.E. (2012). Influence of coping strategies on somatic symptoms in pregnant spanish women: differences between women with and without a previous miscarriage. *Applied Nursing Research*, **25(3)**,164-70.

Matovina, M., Husnjak, K., Milutin, N., Ciglar, S., Grce, M. (2004). Possible role of bacterial and viral infections in miscarriages. *Fertility and Sterility*, **81**,662–9.

Murphy, F. ve Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, **18(11)**, 1583-1591.

Murphy F. ve Philpin S. (2010). Early miscarriage as ‘matter out of place’: An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies* **47**,534–541.

Murray, S.S. ve Kinney, E.S. (2014). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*, Amerika. Elsevier.

Nakano, Y., Akechi, T., Furukawa, T.A. ve Ogasawara MS. (2013). Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, **19(6)**,37-43.

Neugebauer, R., Kline, J., Connor, P.O., ShROUT, P., Johnson, J., Skodol, A. ve ark. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, **82(10)**, 1332–1339.

Neugebauer, R., Kline, J., Markowitz, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Rosing, M. ve ark. (2006). Pilot randomized controlled trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67(8)**, 1299–1304.

Neugebauer, R., Kline, J., Bleiberg, K., Baxi, L., Markowitz, J. J., Rosing, M. ve ark. (2007). Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depression and Anxiety*, **24**, 219–222.

Nikcevic, A.V., Tunkel, S.A. ve Nicolaides K.H. (1998). Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound Obstet Gynecology*, **11(2)**, 123–128.

Nikcevic, A., Kuczmierczyk, A., ve Nicolaides, K. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, **63**, 283–290.

Nynas J., Narang P. ve Lipmann S. (2015). Depression and anxiety following early pregnancy loss: recommendations for primary care providers. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, **17(1)**, 1-10.

Obi, S.N., Onah, H.E., Okafor I.I. (2009). Depression among nigerian women following pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **105(1)**, 60-2.

Ordu, S. (2012). Normal gebelik ve missed abortus şeklinde komplike olmuş gebeliklerde serum prokalsitonin, mpv(mean platelet volum), fibrinojen düzeylerinin karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Manisa.

Öztürk, H. (2010). Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Türkiye Klinikleri*, **18(3)**, 183-91.

PARKES, L.M. (1972) Bereavement: Studies of Grief in Adult Life. New York: International Universities Pres.

Perry, S.E., Cashion, K., Lowdermilk D.L ve Kathryn R. (2012). *Clinical Companion for Maternity and Newborn Nursing*. Amerika. Elsevier.

Perry, S.E. ve Marilny J. (2014) *Maternal Child Nursing Care*. Amerika, Elsevier.

Perry, S.E. Perinatal Loss and Grief. Erişim 15.15.2015, http://www.coursewareobjects.com/objects/evolve/E2/book_pages/lowdermilk/pdfs/932-955_CH28_Lowdermilk.qxd.pdf.

Post M. Extending Service Delivery Project. HTSP 101: everything you want to know about healthy timing and spacing of pregnancy. Erişim 13.06.2016 United States Agency for International Development website. <http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/htsp101.pdf>.

Potter ML. ve Wynne B. (2015). Loss, suffering, bereavement and grief. İçinde M. Matzo ve D.W. Sherman (E.d), *Palliative Care Nursing*. New York. Springer published company: 208-228.

Prine, L. ve Macnaughton, H. (2011). Office management of early pregnancy loss. *American Family Physician*, **84**,75-82.

Radford, E.J. ve Hughes, M. (2015). Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, **24(11-12)**,1457-65.

Read, S. (2002). Loss and bereavement: a nursing response. *Nursing Standard*. **16(37)**,47-53.

Rinehart, M. ve Kiselica, M. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. *American Psychological Association*. **47**,3.

Robinson, G.M. (2014). Pregnancy loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **28**,169-178.

Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C. ve Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, **37(6)**,631-639.

Roose, R. ve Blanford, C. (2011). Perinatal grief and support spans the generations: parents'and grandparents' evaluations of an integrational perinatal bereavement program. *The Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, **25**,1.

Rowlands, I. (2008). Coping with miscarriage: Australian women's experiences. The University of Queensland. PhD Thesis, School of Psychology.

Rowlands, I. ve Lee., C. (2010). 'The silence was deafening': social and health service support after miscarriage. *Journal Of Reproductive Infant Psychology*, **28(3)**,274-286.

Rothaupt, J. ve Becker, K. (2007). A literature review of Western bereavement theory: From Decathecting to Continuing Bonds. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, **15(1)**,6-15.

Schneider, S., Maul, H., Freerksen, B. ve Pötschke-Langer, M. (2008). Who smokes during pregnancy? *An analysis of the German Perinatal Quality Survey*, **122(11)**,1210-6.

Sham, Ak., Yiu, Mg. ve Ho, Wy. (2010). Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *Gen Hosp Psychiatry*, **32(3)**,284-93.

Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C. ve Tekin, D. (1993), Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, **1(3)**,139-142.

Sejourne, N., Callahan., S. ve Chabrol H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **28(4)**,403–411.

Sejourne, N., Callahan., S. ve Chabrol H. (2011). The efficiency of a brief support intervention for anxiety, depression and stress after miscarriage. *Journal Gynecology Obstetrics Biol Reprod (Paris)*, **40(5)**,437-43.

Semiz, O., Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Serin, S. (2006). Sakarya’da bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin sigara içme durumuyla ilgili bazı özellikleri. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*,**15(8)**,149-152.

Seyhan, A. Ata, B. ve Urman, B. (2011). Tekrarlayan Gebelik Kayıplarına Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, **8**,5- 20.

Shelley, J.M., Healy, D. ve Grover, S. (2005). A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, **45**,122–7.

Slama, R., Bouyer, J., Windham, G., Fenster, L., Werwatz, A. ve Swan, S.H. (2004). Influence of paternal age on the risk of spontaneous abortion. *American Journal of Epidemiology* Volume, **161**,816-823.

Smith M. (2004). Review of research related to Watson’s theory of caring. *Nursing Science Quarterly*, **17**,13–25.

Sönmez, D.A. (2015). Gebelikte Sigara Kullanımı, Gebelikte Sigara Kullanımına Anksiyetenin ve Mutluluğun Etkisinin İncelenmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Aydın .

Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, **40(3)**,161-6.

Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image Journal of Nursing Scholarship*, **25**(4),352-7.

Swanson KM. (1999a). Research-based practice with women who have had miscarriages. *Image Journal of Nursing Scholarship*, **31**(4),339–345.

Swanson KM. (1999b). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, **48**(6),288–298.

Swanson, K.M. (2000). Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus paradigm. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, **9**(2),191–206.

Swanson, K.M., Connor, S., Jolley, S.N., Pettinato, M., Wang, T.J. (2007). Context and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health* **30**,2–16.

Swanson, K.M., Chen, H.T., Graham, J.C., Wojnar, D.M ve Petras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year. *Journal of Women's Health*,**18** (8),245-57.

Szanto, K., Shear, M.K., Houck, P.R., Reynolds, C.F., Frank, E., Caroff, K. ve ark. (2006). Indirect self-destructive behavior and overt suicidality in patients with complicated grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, **67**,233–239.

Şahin, N.H. ve Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10**,56- 73.

Taşhan, F. (2007). Tekrarlayan erken gebelik kayıplarında maternal trombofililer. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Taşkın, L. (Ed.). (2002). *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum*, Ankara, Palme Yayıncılık.

Than LC, Honein MA, Watkins ML, Yoon PW, Daniel KL, Correa A. (2005). Intent to become pregnant as a predictor of exposures during pregnancy: is there a relation? *The Journal of Reproductive Medicine*, **50**,389-96.

Terzioğlu, F., Zeyneloğlu, S., Yılmaz, D., Türk, R., Gözükara, F. ve Taşkın, L. (2010). İsteğe bağlı ve terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18–29.

TNSA- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 01.12.2015
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.

Toedter, L.J., Lasker, J.N. ve Janssen, H.J. (2001). International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, **25**,205,228.

Toffol, E., Koponen, P. ve Partonen, T. (2013). Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. *Psychiatry Research*, **30**,151-158.

Tong, S., Kaur, A., Walker, S.P., Bryant, V., Onwude, J.L ve Permezel, M. (2008) Miscarriage risk for asymptomatic women after a normal first-trimester prenatal visit. *Obstetric Gynecology*, **111**(3),710-4.

Varcarolis, E.M. (Ed.). *Manual of Psychiatric Nursing Care Planning: Assessment Guides, Diagnoses, Psychopharmacolog*. New York. Elsevier.

Weintraub A.Y. ve Sheiner E. (2011). Early pregnancy loss. İçinde E. Shenier (Ed.), *Bleeding During Pregnancy: A Comprehensive Guide*. Springer; 25-38.

Westberg, G. (2010). *Good Grief: 50th Anniversary Gift Edition*. Fortress Press. Hardcover.

WHO (2001). Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health. Reproductive. Maternal and Child Health European Regional Office. World Health Organisation. Erişim 04.01. 2014, <https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/108284/1/E68459.pdf>.

WHO (2008), Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality. Erişim: 10.12.2015. http://www.bettercaretogether.org/sites/default/files/resources/WHO%202011_0.pdf.

Williams C, Cairnie J, Fines V, Patey C, Schwarzer K, ve Aylwar J. (2009) . Construction of a parent-derived questionnaire to measure end-of-life care after withdrawal of life-care after withdrawal of life-sustaining treatment in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*,**123**(1),87-95.

Wojnar, D.M. (2009). Caring. İçinde S. Peterson, T.S Bredow (Ed.), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Wolters Kluwer, 193.

Worden, J.W. (Ed.). (2009). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.

Yıldız, H. (2009). Yenidoğan bebeği ölen ebeveynlerin yas sürecine yardım. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Yılmaz, S. (2010). Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Zisook, S. ve Shear K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, **8**,67-74.



FORMLAR

EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın.....,

Düşük sonrası kadınların psikososyal sağlık durumunun iyi olması için bir araştırma yapmaktayım. Araştırmamın ismi “Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psikososyal Sağlık Durumlarına Etkisi” dir.

Bu araştırma ile düşük sonrası içinde bulunduğunuz durumda size yardımcı olmayı ve sizin yaşadığınız sorunları en aza indirmeyi planlıyorum. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır ve araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Araştırmaya katılmayı reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ve bakımda herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyorum ve araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırma düşük yapan kadınlar olmak üzere toplam 104 kişi ile yapılacaktır. Araştırmayı kabul ettiğinizde size kayıp durumu ile nasıl baş etmeniz gerektiği ve kayba uyumu kolaylaştırıcı davranışların neler olduğu konusunda danışmanlık yapılacaktır. Kayıp sonrası hastanede ilk gün sizinle birlikte olunacak, hastaneden ayrıldıktan sonra 6 hafta boyunca evde ve telefonda bakım ve danışmanlık yapılacaktır.

Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Araştırma sırasında ortaya çıkan ve sizi ilgilendirebilecek bir bilgi söz konusu olduğunda, bu bilgi size bildirilecektir. Bize vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası size verilecektir.

Araştırmada isminiz saklı tutulacak ancak etik kurul ve resmi makamlar size ait tıbbi bilgiye ulaşabileceklerdir. Bu araştırmanın sonuçları kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki çalışmalarda, hasta bakımı, eğitimi ve danışmanlığında yol gösterici olacaktır. Bu amaçların dışında sonuçlar kullanılmayacak, başkalarına verilmeyecek ve gizliliğiniz korunacaktır.

Araştırmayla ilgili sorunuz veya sorunuz olduğunda aşağıda yer alan telefondan ulaşabilirsiniz. Vereceğiniz samimi yanıtlar ve paylaşımlarınız için teşekkür ederim .

..... **Beyanı**

Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi'nin jinekoloji servisinde araştırmanın yapılacağı ve araştırmanın amacı, konusu, yöntemi bana Öğr. Gör. Pelin PALAS KARACA tarafından aktarıldı.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğinin farkındayım.

Araştırmaya katıldığım süre boyunca ve araştırmadan sonra bana bir para ödemesi yapılmayacaktır.

Araştırma süresince bir sorun ile karşılaştığımda Öğr.Gör.Pelin PALAS KARACA' ya aşağıda yer alan telefon numaralarından ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

..... **ile görüşen araştırmacı**

Adı soyadı, unvanı: Öğr. Gör. Pelin PALAS KARACA

Adres: Balıkesir Üniversitesi İvrindi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

Tel. İş: 0266 456 15 04 **GSM :** 0 505 588 77 72

İmza :

.....

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

EK-2: DÜŞÜK DENEYİMİ YAŞAYAN KADINLARA AİT TANITICI BİLGİ FORMU

Adınız Soyadınız:

Protokol No:

Görüşme Tarihi:

Sonraki randevu tarihi:

Telefon:

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız:

2. Eğitim durumunuz:

- a) Okuryazar b)İlkokul c)Ortaokul d)Lise
e)Üniversite

3.Çalışma Durumunuz:

- a) Çalışan b) Çalışmayan

4. Aylık gelirinizin miktarı nedir:.....

5. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a) Gelirim giderimden az
b) Gelirim giderime denk
c)Gelirim giderimden fazla

5. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile

6. Evlenme yaşıınız.....

7. Kaç yıldır evlisiniz.....

B-OBSTETRİK BİLGİLER

8- İlk gebelik yaşıınız: ...

9. Yaşayan çocuklarınızın sayısı:

- a) 0 b) 1 c) 2 d) 3+

10.Daha önceki gebelik kayıpları:

() Düşük: ... zamanı:/...../.....

() Ölü doğum: ... zamanı:/...../.....

() Neonatal ölüm (canlı doğan bebeğin yaşamın ilk 4 haftasında ölümü): ... zamanı:

11- Gebelik kaçınıcı haftada sonlandı? ...

12- Bu gebeliğiniz süresince hangi sorunlarla karşılaştınız?

- a) Bir sorun yaşamadım
- b) İlaç kullandım
- c) Enfeksiyon geçirdim
- d) Röntgen ışınına maruz kaldım
- e) Psikolojimi bozan bir olay yaşadım
- f) Maddi durumumu olumsuz etkileyen bir olay yaşadım
- g) Diğer

13.Bu gebeliği isteme durumunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

14.Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?

- a) Maddi açıdan hazır değildim
- b) Diğer çocuğun küçük olması/yeterli çocuk
- c) Ailevi sıkıntılarım vardı
- d) Eşim istemediği için
- e) Diğer

15. Gebe takiplerini düzenli olarak yaptırdınız mı?

- a) Düzenli
- b) Düzensiz

16. Gebelikte sigara kullandınız mı?

- a) Evet, günde.....adet
- b) Hayır

17. Gebelikte Alkol kullandınız mı?

- a) Evet,miktarda
- b) Hayır

C. TANILAMA**18. Yaşamınızda daha önce önemseydiğiniz bir kayıp yaşadınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

19. On sekizinci soruya cevabınız evet ise yakınlık dereceniz ve aradan geçen süre nedir?

20.Yaşanan bu olaya karşı tepkileriniz ne oldu? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- () İnkâr () Öfke () Ağlama
- () Şok () Üzüntü () Tepkisizlik
- () Kabullenme () İçer kapanıklık () Suçluluk
- () Değersizlik () Korku () Düşünmeme
- () Diğer....

21- Yakınlarınız, arkadaşlarınız yaşadığınız olaydan haberdar mı?

- a) Evet b) Hayır

22.Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?

- a) Utandım b) Suçluluk hissettim c) Ayıplamalarından çekindim
- d) Kimseyle paylaşmak, konuşmak istemiyorum e) Diğer ...

23. Daha sonra planlayacağınız gebelikler olacak mı?

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

24.Şuan ne tür endişeler, korkular yaşıyorsunuz?

- a) Bir sonraki gebeliğimde tekrar aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum
- b) Şu anki kendi sağlığımdan endişeliyim
- c) Sanki hamileliğim devam ediyormuş gibi, kötü bir duygu
- d) Patoloji sonucuna göre bu kaybın nedenlerini merak ediyorum
- e) Bir endişem, korkum yok
- f) Diğer

25.Gebelik sırasında büyük bir stres yaşadınız mı?

- a) Evet.....

- b) Hayır

26.Kayıp sonrası, sağlık personelinde beklentileriniz nelerdir?

27. Kayıp sonrası, eşinizden ve ailenizden beklentileriniz neler?

EK-4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle basa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin.

		Sizi ne kadar tanımlıyor/ Size ne kadar uygun			
BİR SIKINTIM OLDUGUNDA		Tamamen Uygun	Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1	Kimsenin bilmesini istemem.				
2	İyimser olmaya çalışırım.				
3	Bir mucize olmasını beklerim.				
4	Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5	Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7	Kendimi kapana kısılmış gibi hissedirim.				
8	Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9	İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem.				
10	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11	Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13	İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				

15	Problemin çözümü için adak adarım.				
16	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.				
17	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19	Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21	Mücadeleden vazgeçerim.				
22	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23	Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24	Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25	'Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm				
26	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27	'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28	'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-5: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

- | | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> |
|---|-------------|--------------|
| 1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. | | |
| 2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. | | |
| 3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. | | |
| 4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum. | | |
| 5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var. | | |
| 6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum. | | |
| 7. Geleceğimi karanlık görüyorum. | | |
| 8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum. | | |
| 9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. | | |
| 10. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok. | | |
| 11. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı. | | |
| 12. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor. | | |
| 13. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum. | | |
| 14. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum. | | |
| 15. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor. | | |
| 16. Geleceğe büyük inancım var. | | |
| 17. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur. | | |
| 18. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi. | | |
| 19. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor. | | |
| 20. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum. | | |
| 21. İstediyim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim. | | |

EK-6: DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES ÖLÇEĞİ

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇİR ZAMAN	BAZEN	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1S	Oldukça önemsiz şeyler için üzüldüğümü farkettim				
2A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim				
3D	Hiç olumlu duygu yaşamadığımı fark ettim				
4A	Soluk almada zorluk çektim (<i>örneğin fizik egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi</i>)				
5D	Hiçbir şey yapamaz oldum				
6S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim				
7A	Bir sarsaklık duygusu vardı (<i>sanki bacaklarım beni taşıyamayacakmış gibi</i>)				
8 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi				
9 A	Kendimi, beni çok tedirgin ettiği için sona erdiğinde çok rahatladığım durumların içinde buldum				
10D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım				
11S	Keyfimin pek kolay kaçırılabilirdi hissine kapıldım				
12S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim				
13D	Kendimi üzgün ve depressif hissettim				
14S	Herhangi bir şekilde <i>geciktirildiğimde (asansörde, trafik ışıklarında, bekletildiğimde)</i> sabırsızlandığımı hissettim				
15A	Baygınlık hissine kapıldım				
16D	Neredeyse herşeye karşı olan ilgimi kaybettiğimi hissettim				
17D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim				
18S	Alingan olduğumu hissettim				
19A	Fizik egzersiz veya aşırı sıcak hava olmasa bile belirgin biçimde terlediğimi gözledim (<i>örneğin ellerim terliyordu</i>)				
20A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim				

21D	Hayatın değersiz olduğunu hissettim				
22S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim				
23A	Yutma güçlüğü çektim				
24D	Yaptığım işlerden zevk almadığımı fark ettim				
25A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (<i>kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim</i>)				
26D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim				
27S	Kolay sinirlendirilebildiğimi fark ettim				
28A	Panik haline yakın olduğumu hissettim				
29S	Bir şey canımı sıktığında kolay sakinleşemediğimi fark ettim				
30A	Önemsiz fakat alışkın olmadığım bir işin altından kalkamayacağım korkusuna kapıldım				
31D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu				
32S	Birşey yaparken ikide bir rahatsız edilmeyi hoş göremediğimi fark ettim.				
33S	Sinirlerimin gergin olduğunu hissettim				
34D	Oldukça değersiz olduğumu hissettim				
35S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum				
36A	Dehşete düştüğümü hissettim				
37D	Gelecekte ümit veren birşey göremedim				
38D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım				
39S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim				
40A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.				
41A	Vücudumda (<i>örneğin ellerimde</i>) titremeler oldu.				

EK-7: YAS ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda yaşla ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. **Genel olarak bir yakınınızı kaybettiğinizde nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin** size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, “**Her zaman (5), Sık sık (4), Ara sıra (3), Nadiren (2), Hiçbiri zaman (1)**” karşılığındadır. Her ifadeyi ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

Elde edilen bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Envanterin doldurulmasında gerekli özeni göstereceğinizi umar, katkılarınız için teşekkür ederim.

İfadeler	Her zaman	Sık sık	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
1) Aklıma geldikçe ağlıyorum.	()	()	()	()	()
2) Sabırsız ve hoşgörüsüz biri oldum.	()	()	()	()	()
3) Uyku düzenim bozuldu.	()	()	()	()	()
4) Geceleri aklıma gelince kabuslar görüyorum.	()	()	()	()	()
5) Kendimi yorgun ve güçsüz hissediyorum.	()	()	()	()	()
6) Sigara, alkol vb. kullanmaya başladım.	()	()	()	()	()
7) Onu kaybetmemiş gibi davranıyorum.	()	()	()	()	()
8) Boşluğunu dolduracak kişiler arıyorum.	()	()	()	()	()
9) İçine kapanık biri oldum.	()	()	()	()	()
10) Eşyaları ve hatıraları ile teselli buluyorum.	()	()	()	()	()
11) Hayatıma kaldığım yerden devam ediyorum.	()	()	()	()	()
12) Kendimi ölüme hazırlıyorum.	()	()	()	()	()
13) Kendi ayaklarım üzerinde durmaya başladım.	()	()	()	()	()
14) Onun sevdiği şeyleri yapıyorum.	()	()	()	()	()
15) Psikolojik tedavi görüyorum.	()	()	()	()	()
16) Hayatın sadece yaşamdan ibaret olmadığını, Ölümün de yaşam kadar gerçek olduğunu anladım.	()	()	()	()	()
17) Yas tutarak onu geri getiremeyeceğimi biliyorum.	()	()	()	()	()
18) Onun her zaman benimle birlikte olduğuna inanıyorum.	()	()	()	()	()
19) Sürekli onu düşünmekten günlük işlerimi aksatıyorum.	()	()	()	()	()
20) Sanki bir gün gelecekmiş gibi hissediyorum.	()	()	()	()	()
21) Kimseyi incitmemeye çalışıyorum.	()	()	()	()	()
22) Hayatın anlamsız olduğunu düşünüyorum.	()	()	()	()	()
23) Yaşadıklarımın sonra aynı olayla karşı karşıya kalan kişileri daha iyi anlıyorum.	()	()	()	()	()
24) Hayata bakış açım değişti.	()	()	()	()	()
25) Bir daha mutlu olamayacağımı hissediyorum.	()	()	()	()	()
26) Beni aniden bırakıp gitmesini hazmedemiyorum.	()	()	()	()	()
27) Duygularımı ifade etmekte zorluk çekiyorum.	()	()	()	()	()
28) Kendimi yalnız hissediyorum.	()	()	()	()	()
29) Ne zaman eğlenmek istesem kedimi huzursuz hissediyorum.	()	()	()	()	()
30) Onsuz daha fazla yaşamak istemiyorum.	()	()	()	()	()
31) Bu acıya daha fazla dayanacağımı zannetmiyorum.	()	()	()	()	()
32) Kaybıyla tüm umutlarım söndü.	()	()	()	()	()
33) Onu unutmak için eğlenceli şeyler yapıyorum.	()	()	()	()	()
34) Güven duygumu kaybettim.	()	()	()	()	()
35) Kendimi ona karşı suçlu hissediyorum.	()	()	()	()	()

EK-8: YAS ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Gönderen: Seher Balcı <sbalci@omu.edu.tr>

Gönderildi: 29 Kasım 2013 Cuma 15:54

Kime: pelin palas

Konu: Re: Yas Ölçeği

Pelin Hamın

Ölçeği gönderiyorum iyi çalışmalar

Doç.Dr. Seher BALCI ÇELİK

OMÜ Eğitim Fakültesi

Eğitim Bilimleri Bölümü

Samsun

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "pelin palas" <pelinpalas@hotmail.com>

Kime: sbalci@omu.edu.tr

Gönderilenler: 20 Kasım Çarşamba 2013 12:20:03

Konu: Yas Ölçeği

Sayın Hocam,

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde Doç. Dr. Ümran Oskay'ın danışmanlığında Doktora programı öğrencisiyim..

Doktora Tezinde kullanmak için Yas ölçeğinin TR formuna gerek duyulmuştur.. B u konu ile ilgili çalışmalarınız olduğunu gördüm ve makalenizi okudum.


Sizin için bir sakıncası yok ise bu konuda bize yardımcı olabilir misiniz? Ölçeği kullanmamıza izin verir misiniz? Ölçeğin TR formunu mail atabilir misiniz?

Saygılarımla


İyi çalışmalar

Öğr. Gör. Pelin PALAS KARACA

EK-9: BALIKESİR KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZİN YAZISI



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



Sayı : 85163007/730.08.03
 Konu : Doç Dr. Ümrân OSKAY Anket Çalışması

Sayın: Doç. Dr. ÜMRAN OSKAY

"Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psiko-Sosyal Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu çalışmamızı Mayıs 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında Genel Sekreterliğimize bağlı Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi'nde uygulanması, yapılacak çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına dayanması, kurum gizliliğinin ihlal edilmemesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygulayabilmeniz için alınan 26.04.2016 tarih ve E.5633 sayılı makam onayı yazımız ekindedir. Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Dr. Sedat KAVAS
 İdari Hizmetler Başkanı

Ek:
 Makam Onayı (1 sayfa)

Güvenli Elektronik İmza AÇ
 29/7/2016
 Matrice
 Hem:

Y. UNES

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

SAYI : 85163007/730.08.03
KONU : Doç Dr. Umran OSKAY Anket Çalışması

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Umran OSKAY' ın "Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psiko-Sosyal Sağlık Durumlarına Etkisi" konulu Doktora tezi çalışmasını Mayıs 2016 – Eylül 2016 tarihleri arasında Atatürk Devlet Hastanesi' nde uygulayabilmesi, yapılacak anket çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, katılımın gönüllülük esasına dayanması, bilgi gizliliğine özen gösterilmesi, yapılacak çalışmanın sonucunun bir suretinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi ve kurumun bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla uygulayabilmesi hususunu ohurlarınıza arz ederim.

Dr. Sedat KAVAS
İdari Hizmetler Başkanı

O L U R
.../.../2016
Dr. Murat YEŞİLBAŞ
Genel Sekreter V.

Ek:
Anket Çalışması

Güvenli Elektronik İmza ile Anket
27/4/2016
HATICE VERGİLİ
Hemşire

Balıkesir Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve AR-GE Birimi Y. ÜNEŞ
khh10.egitim@saglik.gov.tr 0 266 245 95 95 -2101
Bahçelievler Mah. Yüzüncüyıl Cad. 289. Sok Altbeylül/BALIKESİR

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 02e55b93-61c3-4715-a19d-15f8259256df kodu ile erişim
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-10: BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI**



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

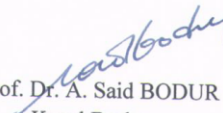
Sayı : 2014/89
Konu : Etik Kurul Karar Formu

29/09/2014

Sayın ; Doç.Dr. Ümran OSKAY

“Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psiko-Sosyal Sağlık Durumlarına Etkisi” başlıklı çalışma hakkında Etik Kurulumuzun bilimsel ve etik yönden oluşturduğu görüş, ekteki karar formunda belirtilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. A. Said BODUR
Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 Sayfa)

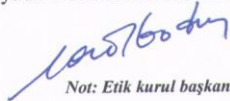
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psiko-Sosyal Sağlık Durumlarına Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çağış Yerleşkesi, 10145/BALIKESİR
	TELEFON	0266 612 14 54 (1012)
	FAKS	0266 612 14 59
	E-POSTA	etik.bautip@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Ümran OSKAY				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Anabilim Dalı				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu				
	DESTEKLEYİCİ					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>			
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>			
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>				
	Diğer ise belirtiniz; Girişimsel Olmayan Başvuru					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr. A. Said BODUR
İmza:



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-11: SWANSON BAKIM KURAMI' NA GÖRE DÜŞÜK YAŞAYAN KADINLARA VERİLEN DESTEKLEYİCİ BAKIM

ZAMAN	KURAMIN BASAMAKLARI	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	YÖNTEM	DEĞERLENDİRME	SÜRE
I. GÜN HASTANEDE	BİLMEK	<ul style="list-style-type: none"> Varsayımlardan kaçınmak Bakılan kişiye odaklanmak Detaylı değerlendirme yapmak İpuçları aramak Kendini işe vermek 	<ul style="list-style-type: none"> Kadına empati ile yaklaşarak tanışılması. Düşük tanısı konulan kadına temiz, sessiz ve güvenli bir ortamın oluşturulması. Kadınlara kaldığı odanın gebe kadınlardan ayrı olmasının sağlanması. Bakımın kadın için en uygun zamanda yapılması. Düşüğün tedavisi ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmesi. Kadının düşük yapma ve kürtaj olma ile ilgili sorularının cevaplanması. Dini, kültürel, manevi inançlarının, destek sistemlerinin ve deneyimlerinin belirlenmesi. Düşük ile ilgili kültürel inançlarını olup olmadığının sorulması Düşük ile ilgili manevi inançlarını olup olmadığının sorulması. Düşük yapan kadının rahatını sağlayıcı 	<ul style="list-style-type: none"> Karşılıklı İletişim Soru-Cevap Anlatım 	<ul style="list-style-type: none"> Kadına empati ile yaklaşarak tanışıldı. Düşük tanısı konulan kadına temiz, sessiz ve güvenli bir ortam oluşturuldu. Kadınlara kaldığı odanın gebe kadınlardan ayrı olması sağlandı. Bakımın kadın için en uygun zamanda yapıldı. Düşüğün tedavisi ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verildi. Kadının düşük yapma ve kürtaj olma ile ilgili soruları cevaplandı. Dini, kültürel, manevi inançları, destek sistemleri ve deneyimleri belirlendi. Düşük ile ilgili kültürel inançlarını olup olmadığı soruldu. Düşük ile ilgili manevi inançlarını olup olmadığı soruldu. Düşük yapan kadının rahatını sağlayıcı 	120 dakika

			<p>girişimler yapılması (Masaj, soğuk uygulama v.b).</p> <ul style="list-style-type: none"> İstediği zaman ve hastanede yattığı sürece araştırmacıya ulaşabileceğinin söylenmesi. Kadına uyuması ve dinlenmesi için zaman verilmesi. 		<p>girişimler yapıldı. (Masaj, soğuk uygulama v.b),</p> <ul style="list-style-type: none"> İstediği zaman ve hastanede yattığı sürece araştırmacıya ulaşabileceği söylendi. Kadına uyuması ve dinlenmesi için zaman verildi. 	
I.	BİRLİKTE OLMAK	<ul style="list-style-type: none"> Yanında olmak Var olduğunu hissettirmek Duyguları paylaşmak Yük olmamak 	<ul style="list-style-type: none"> Hastane odasında kadının yakınında ve göz hizasında oturulması. Kadın ile iletişim kurularak neden orada olduğunu söylenmesi ("Burada bulunmamın nedeni yaşadıklarımı anlayabilmektir. Seni dinleyeceğim ve seni anlamaya, senin için önemli olanları öğrenmeye çalışacağım. Sana yardım etmek, destek olmak istiyorum. Yaşadıklarınızı paylaşmak istiyorum"). Olayı farkında olduğunu gösteren ifadelerle "sizin için çok zor ve üzücü bir dönem" iletişiminin başlatılması. Dostça bir ortam hazırlanarak duygularını ifade etmesini sağlamak için duygusal olarak neler hissettiklerinin sorulması ve kadına zaman tanınması (Düşüğün sorulması). Kadını ön yargısız, empati kurarak, dinlemeye istekli olduğumuzu göstererek ve ona soru sorarak aktif bir şekilde dinlemenin yapılması. 	<ul style="list-style-type: none"> Karşılıklı İletişim Dinleme Soru-Cevap 	<ul style="list-style-type: none"> Hastane odasında kadının yakınında ve göz hizasında oturuldu. Kadın ile iletişim kurularak neden orada bulunduğum söylendi. Olayı farkında olduğunu gösteren ifadelerle "sizin için çok zor ve üzücü bir dönem" iletişim başlatıldı. Dostça bir ortam hazırlanarak duygularını ifade etmesini sağlamak için duygusal olarak neler hissettiklerinin soruldu ve kadına zaman tanındı (Düşüğün sorulması). Kadını ön yargısız, empati kurarak, dinlemeye istekli olduğumuzu göstererek ve ona soru sorarak aktif bir şekilde dinleme yapıldı. Kadının tepkilerini ifade etmelerine ve ağlamalarına izin verildi. Yaşadıkları duyguların gerçekten güç 	120 dakika

			<ul style="list-style-type: none"> • Kadının tepkilerini ifade etmelerine ve ağlamalarına izin verilmesi. • Yaşadıkları duyguların gerçekten güç olduğunun söylenmesi. • Duygularının ve davranışlarının düşük sonrası normal reaksiyonlar olduğunun açıklanması. • İlgilendiğimizi, yanında olduğumuzu ve üzüntüsü anladığımızı göstermek için beden dili kullanılması (kadının elinin tutulması gibi). • Kadına kendini yalnız hissettiğinde, duygularını paylaşmak istediğinde bize güvenebileceğini söyleyerek istediği zaman arayabileceğin söylenmesi. • “Sizin için başka yapabileceğim bir şey var mı?...zamanım var” diyerek sorularının cevaplanması. • Kadın yalnız kalmak ya da rahat olmak isterse, kısa bir süre sonra dönüleceğinin belirtilerek odadan ayrılmanın yapılması. • Kadın çağırılmadan ve kadına yük olmuş gibi hissettirmeden periyodik aralıklarla kadını kontrol edilmesi. 		<p>olduğu söylendi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duygularının ve davranışlarının düşük sonrası normal reaksiyonlar olduğu açıklandı. • İlgilendiğimizi, yanında olduğumuzu ve üzüntüsü anladığımızı göstermek için beden dili kullanıldı (kadının elinin tutulması gibi). • Kadına kendini yalnız hissettiğinde, duygularını paylaşmak istediğinde bize güvenebileceğini söyleyerek istediği zaman arayabileceği söylendi. • “Sizin için başka yapabileceğim bir şey var mı?...zamanım var” diyerek soruları cevaplandı. • Kadın yalnız kalmak ya da rahat olmak isterse, kısa bir süre sonra dönüleceği belirtilerek odadan ayrılma yapıldı. • Kadın çağırılmadan ve kadına yük olmuş gibi hissettirmeden periyodik aralıklarla kadın kontrol edildi. 	
--	--	--	--	--	--	--

I. GÜN HASTANEDE	GEREKİMLERİ KARŞILAMAK	<ul style="list-style-type: none"> • Yapabileceği uygulamaları yapmak. • Rahatlık sağlamak, • Önceden sezmek, • Profesyonelece yerine getirmek • Saygınlığını ve mahremiyetini korumak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadına yönelik fiziksel, duygusal ve manevi olarak rahat edebileceği bir ortamın sağlanması (Fiziksel, duygusal, manevi çevre). • Kanama kontrolünün yapılması. • Vital bulguların takip edilmesi. • Enfeksiyonu önlenmesi için perine bakımın yapılması. • Kadının ağrısının azaltılması. • Mobilizasyonun sağlanması. • Yapılan işlemleri aileye açık ve anlayacağı bir dille anlatılması • Kadının mahremiyetini ve onurunun koruması • Bir sonraki buluşma için takvimin oluşturulması. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uygulama • Bakım • Anlatım • Soru-Cevap 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadına yönelik fiziksel, duygusal ve manevi olarak rahat edebileceği bir ortam sağlandı. • Kanama kontrolü yapıldı. • Vital bulguları takip edildi. • Enfeksiyonu önlenmesi için perine bakımı yapıldı. • Kadının ağrısının azaltılması sağlandı. • Mobilizasyon sağlandı. • Yapılan işlemleri aileye açık ve anlayacağı bir dille anlatıldı. • Kadının mahremiyetine ve onuruna saygı gösterildi. • Bir sonraki buluşma için takvim oluşturuldu. 	50 dakika
-------------------------	-----------------------------------	--	---	--	---	-----------

3. GÜN EV ZİYARETİ	GÜÇLENDİRME	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgilendirme ve açıklama yapmak • Kişiyi desteklemek • Danışmalık yapmak • Geri bildirim almak • Alternatifler yaratmak 	<ul style="list-style-type: none"> • Düşük durumu ile nasıl baş edeceğinin konuşuldu. Bunun için kadına “<i>Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlar İçin Rehber</i>” isimli kitapçık verilmesi. • Düşük gerçeğini kabullenmesine yardım edilmesi. • Kadının endişeleri ve öfkelerini ifade etmesine izin verilmesi • Danışmanlık ilkelerine uygun doğru ve tam bilgilendirmenin yapılması. <ul style="list-style-type: none"> ✚ Düşük Tipi ✚ Yas ve Yas Belirtileri ✚ Düşük Sonrası Duygular ✚ Aile Planlaması Yöntemleri ✚ Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Önemi • Özbakım aktiviteleri için kadın cesaretlendirilmesi • Yürüme, dışarı çıkma ya da sinemaya gitme gibi çevresel değişiklikler için kadının teşvik edilmesi • Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemlerini saptanması ve kullanmalarının sağlanması. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anlatım • Kitapçık • Soru - Cevap 	<ul style="list-style-type: none"> • Düşük durumu ile nasıl baş edeceğinin konuşuldu. Bunun için kadına “<i>Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlar İçin Rehber</i>” isimli kitapçık verildi. • Düşük gerçeğini kabullenmesine yardım edildi. • Kadının endişeleri ve öfkelerini ifade etmesine izin verildi • Danışmanlık ilkelerine uygun doğru ve tam bilgilendirmenin yapıldı. <ul style="list-style-type: none"> ✚ Düşük Tipi ✚ Yas ve Yas Belirtileri ✚ Düşük Sonrası Duygular ✚ Aile Planlaması Yöntemleri ✚ Yeterli ve Dengeli Beslenmenin Önemi • Özbakım aktiviteleri için kadın cesaretlendirildi. • Yürüme, dışarı çıkma ya da sinemaya gitme gibi çevresel değişiklikler için kadının teşvik edildi. • Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemlerini saptandı ve kullanmaları sağlandı. 	30-40 dakika
---------------------------	--------------------	--	--	---	---	--------------

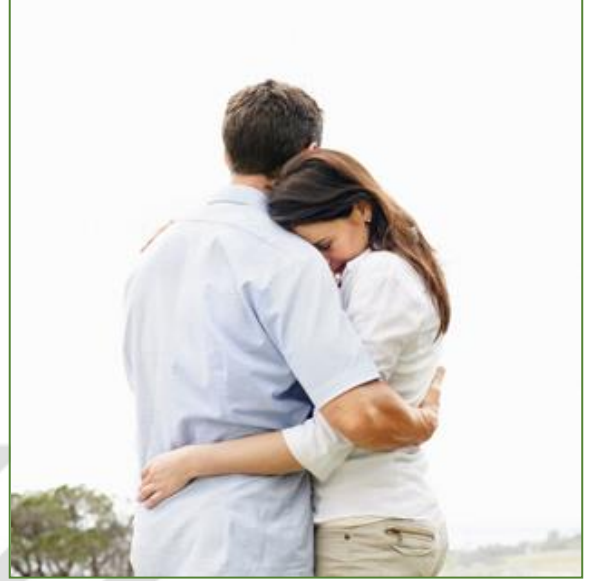
7. GÜN TELEFON GÖRÜŞMESİ	GÜÇLENDİRME	<ul style="list-style-type: none"> Kişiyi desteklemek 	<ul style="list-style-type: none"> Kadınlara müsait olup olmadıkları ve bir görüşme yapmak istenildiğinin söylenmesi. Uygun olmayanlar için ne zaman aranabileceğinin sorulması. Düşük ile ilgili duyguların konuşulması ve paylaşılması için kadınlara son görüşmeden bu yana duygusal olarak nasıl hissettiklerinin sorulması. Kadının varsa sorularının cevaplanması. Bir sonraki görüşmeye kadar sormak istediği, anlatmak istediği konular olursa arayabileceğinin söylenmesi. Gelecek ziyaretin yerinin kararlaştırılması. 	<ul style="list-style-type: none"> Karşılıklı İletişim 	<ul style="list-style-type: none"> Kadınlara müsait olup olmadıkları ve bir görüşme yapmak istenildiği söylendi. Uygun olmayanlar için ne zaman aranabileceği soruldu. Düşük ile ilgili duyguların konuşulması ve paylaşılması için kadınlara son görüşmeden bu yana duygusal olarak nasıl hissettikleri soruldu. Kadının varsa sorularının cevaplandı Bir sonraki görüşmeye kadar sormak istediği, anlatmak istediği konular olursa arayabileceğinin söylendi. Gelecek ziyaretin yerinin kararlaştırıldı. 	5-10 dakika
3. HAFTA EV ZİYARETİ/HASTANEDE GÖRÜŞME	İNANCINI SÜRDÜRME	<ul style="list-style-type: none"> Saygıyla inanmak. İyimser olmak 	<ul style="list-style-type: none"> Kadınlara düşük sonrası dışarıya çıkmanın ve diğer gebe kadınları görünce geçmiş anımsamanın nasıl bir duygu olduğunun sorulması. Durumu kontrol etmenin elinde olmadığını belirtmesi. Düşük sonrası gelişen duygularını aile ve arkadaşlarıyla paylaşma durumunun sorulması Kayıp sonrası deneyimledikleri pozitif ve negatif duygularının sorulması. Kadın gebelik düşünüyorsa umut etmesi ve inancını sürdürmenin sağlanması. 	<ul style="list-style-type: none"> Karşılıklı İletişim Dinleme Soru-Cevap 	<ul style="list-style-type: none"> Kadınlara düşük sonrası dışarıya çıkmanın ve diğer gebe kadınları görünce geçmiş anımsamanın nasıl bir duygu olduğu soruldu. Durumu kontrol etmenin elinde olmadığını belirtti. Düşük sonrası gelişen duygularını aile ve arkadaşlarıyla paylaşma durumunu soruldu. Kayıp sonrası deneyimledikleri pozitif ve negatif duyguları soruldu. Kadın gebelik düşünüyorsa umut etmesi ve inancını sürdürmesini sağlandı. 	20-30 dakika

<p style="text-align: center;">5. HAFTA TELEFONLA GÖRÜŞME</p>	<p style="text-align: center;">İNANCINI SÜRDÜRME</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yanında olmak. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadınlara müsait olup olmadıkları ve bir görüşme yapmak istenildiği söylenmesi. • Uygun olmayanlar için ne zaman aranabileceğinin sorulması. • Kadının durumunun sorulması. • Kadının varsa sorularının cevaplanması. • Bir sonraki görüşmeye kadar sormak istediği, anlatmak istediği konular olursa arayabileceğinin söylenmesi. • Gelecek ziyaretin zamanının söylenmesi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Karşılıklı İletişim 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadınlara müsait olup olmadıkları ve bir görüşme yapmak istenildiği söylendi. • Uygun olmayanlar için ne zaman aranabileceği soruldu. • Kadının durumu soruldu. • Kadının varsa soruları cevaplandı. • Bir sonraki görüşmeye kadar sormak istediği, anlatmak istediği konular olursa arayabileceği söylendi. • Gelecek ziyaretin zamanı söylendi. 	<p>5-10 dakika</p>
<p style="text-align: center;">6. HAFTA EV ZİYARETİ</p>	<p style="text-align: center;">İNANCINI SÜRDÜRME</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Yanında olmak. • Umut dolu bir tavrı sürdürmek 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadının ihtiyaç duyduğu konuda bakım ve bilginin verilmesi. • Kadınların tekrar gebelik için motivasyon sağlanması. • Yeni bir gebelik isteyen kadınlara destek olunması. • Geleceğe inanmasının sağlanması 	<ul style="list-style-type: none"> • Karşılıklı İletişim • Anlatım 	<ul style="list-style-type: none"> • Kadının ihtiyaç duyduğu konuda bakım ve bilgi verildi. • Kadınların tekrar gebelik için motivasyon sağlandı. • Yeni bir gebelik isteyen kadınlara destek olundu. • Geleceğe inanmasının sağlandı. 	<p>40-50 dakika</p>

EK-12:GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLAR İÇİN REHBER

İÇİNDEKİLER

1. **GİRİŞ**
2. **DÜŞÜK NEDİR?**
3. **DÜŞÜK BELİRTİLERİ NELERDİR?**
4. **DÜŞÜK TANISI NASIL KONUR?**
5. **DÜŞÜK RİSKİNİ ARTTIRAN FAKTÖRLER NELERDİR?**
6. **DÜŞÜK NEDENLERİ NELERDİR?**
7. **DÜŞÜĞÜN TEDAVİSİ NEDİR?**
8. **DÜŞÜK SONRASI BAKIM NASIL OLMALIDIR?**
9. **DÜŞÜK SONRASI ÇİFTLER HANGİ DUYGULARI YAŞAR?**
10. **ÇİFTLER DÜŞÜKLE BAŞETMEK İÇİN KENDİLERİNİ NASIL GÜÇLENDİREBİLİR?**
11. **YAŞADIĞINIZ DUYGULARINIZI HAFİFLETMEK İÇİN NELER YAPABİLİRSİNİZ?**
12. **DANIŞMANLIK VE DESTEK ALMAK GEREKİR Mİ?**
13. **TEKRAR GEBE KALMA NE ZAMAN DENENMELİ?**
14. **HANGİ GÜNLERDE DAHA KOLAY GEBE KALINABİLİR?**
15. **TEKRAR GEBE KALMAYI DENEMEDEN ÖNCE HANGİ DURUMLARDA BİR UZMANA BAŞVURULMALI?**
16. **GELECEKTEKİ GEBELİĞE NASIL HAZIRLANMALIDIR?**
17. **UNUTMAYIN...**
18. **KAYNAKLAR**



BİLMEK/BİRLİKTE OLMA/GEREKİNİMLERİN KARŞILANMASI

1.GİRİŞ

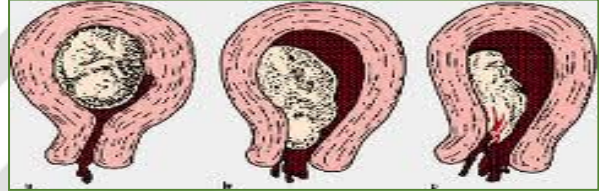
Düşük gebeliğin 22. haftadan önce kendiliğinden sona ermesi olarak tanımlanır ve ne yazık ki tüm gebeliklerin %15-20' inde yaşanmaktadır. Düşük yapma herkesi farklı olarak etkileyen kişisel bir deneyimdir. Kayıp yaşamak kadını, erkeği ve ailenin diğer bireylerini etkileyebilir. Bu olay hem kadın hem de erkek için üzücü ve kederli bir sürecin yaşanmasına neden olabilir.

Bu kitapçıkta yer alan bilgilerin, yaşadığınız bu üzüntülü ve hassas süreçte birçok sorunuza cevap olacağına ve gebelik kaybı ile başa çıkmanızda size yol göstereceğini düşünüyoruz. Ayrıca kitapçıkta düşük, düşük nedenleri, düşük çeşitleri, düşük sonrası fiziksel iyileşme süreci ve gelecekteki gebeliğe hazırlık konularında da bilgi verilmeye çalışılmıştır.

Bu kitapçığın sizlere faydalı olması dileğiyle.....

2. DÜŞÜK NEDİR?

Düşük teriminin anlamı gebeliğin 22. haftadan önce bebeğin kaybedilmesiyle gebeliğin kendiliğinden sonlanmasıdır. Düşük yaygın olarak tüm gebeliklerde görülmektedir. Yaklaşık olarak her üç gebelikten biri düşükle sonuçlanır. Bunların çoğu, gebeliğin ilk 12 haftası içinde gerçekleşir.



3. DÜŞÜK BELİRTİLERİ NELERDİR?

- ✚ Akıntı ve kanama,
- ✚ Vajinadan kan pıhtısı veya parça düşmesi,
- ✚ Karın ya da kasık bölgesinde görülen şiddetli ağrı.

4. DÜŞÜK TANISI NASIL KONULUR?

Düşük belirtileri ile doktora başvurulduğunda, doktorun muayene ve ultrason incelemesi ile tanı konulur.

5. DÜŞÜK RİSKİNİ ARTTIRAN FAKTÖRLER NELERDİR?

- ✚ Kadın yaşının 35'in üstünde olması,
- ✚ Daha önceden düşük öyküsünün olması,
- ✚ Sigara ve alkol kullanma,
- ✚ Beslenme yetersizliği,
- ✚ Yetersiz doğum öncesi bakım.

6. DÜŞÜK NEDENLERİ NELERDİR?

Düşük olayının neden gerçekleştiği ile ilgili kesin bir cevap vermek zordur. Buna rağmen kadında düşüğe neden olan temel faktörler yer almaktadır.

Bu nedenler;

Kromozom Anomalileri

Düşüğe neden olan kromozom anomalileri, çoğu kez gebeliğin ilk on iki haftasında görülür. Anne ve babadan gelen kromozomların birleşmesi hatalı olabilir. Bu durumda düşüğe yol açabilir. Kromozom anomalileri ailevi geçiş göstermez, tamamen şans eseri olarak gelişir.

Genetik Faktörler

Anne ve babaya ait genetik bir rahatsızlık vardır. Bu durum düşüğe neden olabilir.

Hormonal Faktörler

Düzensiz adet olan kadınların gebe kalmaları daha zor olabilir. Bu kadınların düşük yapma riski de diğer kadınlara göre daha yüksektir.

Plasenta Problemleri

Plasenta, çeşitli besin maddelerini ve oksijeni bebeğe ulaştıran organdır. Plasentanın gelişiminde bir problem olmuşsa bebek beslenemez ve bu durum düşüğe yol açabilir.

Enfeksiyonlar

Öksürük ve soğuk algınlığı gibi küçük enfeksiyonlar zararsızdır. Buna rağmen yüksek ateş ve bazı hastalıklar düşüğe neden olabilir. Örneğin; kızamıkçık, toksoplazma enfeksiyonu, HIV, sitomegalovirüs gibi.

Yapısal nedenler

Zayıf, gevşek, yapısal bozukluğu olan bir rahim ağzı kendiliğinden açılır ve düşüğe yol açabilir.

Diğer nedenler

- ✚ Sigara,
- ✚ Alkol,
- ✚ Radyasyon,
- ✚ Çevresel faktörler,
- ✚ Annede kronik hastalık varlığı.

7. DÜŞÜĞÜN TEDAVİSİ NEDİR?

Düşük olayı olduktan sonra içeride parça kalıp kalmadığından emin olmak için kürtaj yapılır.

Kadının düşük yaptığı zaman kanaması kesilir ve ultrasonda içeride parça kalmadığı belirlenirse kürtaj yapmadan da, kadın takip edilebilir.

8. DÜŞÜK SONRASI BAKIM NASIL OLMALIDIR?

Kürtaj sonrası kadının genel durumu iyi ise, kadın bir ya da iki saat hastanede yattıktan sonra taburcu olur.

Kanama

Kürtaj sonrası görülen kanama, adet kanaması tarzında, 10 güne kadar süren ve giderek azalan bir şekildedir.

Bu kanama normaldir. Aynı şekilde kanama olmaması da normaldir.

Kanama 10 günden uzun sürerse, ateş ve kramplar olursa doktora başvurulmalıdır.

Ağrı

Kürtaj sonrası kanama ile birlikte kasıklarda bir ağrı olabilir. Rahim kasılarak küçülmeye başlar. Bu yüzden ağrının olması normaldir. Doktorun verdiği ağrı kesici haplar içilebilir.

Adet Görme

Kürtaj sonrası adet görme 4-6 hafta sonra olacaktır. Kadın 45 gün sonra adet olmazsa doktora başvurulmalıdır.

Hijyen

Kürtaj sonrası bir enfeksiyonun gelişmemesi için hijyen kurallarına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bunun için;

- ✚ Ayakta duş şeklinde banyo yapılmalı.
- ✚ Pamuklu iç çamaşırı kullanılmalı.
- ✚ İç çamaşırları giymeden önce ütülenmeli.
- ✚ Tuvalete girmeden önce eller yıkanmalı.
- ✚ Tuvaletten sonra genital bölgeyi önden arkaya doğru bir defa yıkanmalı ve genital bölge tuvalet kâğıdı ile önden arkaya olacak şekilde kurulanmalı.
- ✚ En az iki hafta deniz ve havuza girilmemeli.

Cinsel İlişki

Kürtaj sonrası rahimin toplanması iki haftayı bulabilmektedir. Bu süre içinde cinsel ilişki olursa enfeksiyonlara zemin hazırlayabilir. Bu yüzden kürtajdan sonrası iki hafta cinsel ilişkiden kaçınmak gerekir.

Gebe Kalma

Tekrar gebe kalmak için iki ya da üç ay beklenmelidir. Hormonların tekrar düzene girmesi, sağlıklı yumurtlama fonksiyonunun geri dönmesi ve psikolojik olarak toplanmak için bu süre gereklidir.

9. DÜŞÜK SONRASI ÇİFTLER HANGİ DUYGULARI YAŞAR?



Gebelik kaybı yaşamak zor bir durumdur. Aynı zamanda gebelik kaybı kadınların hayatlarında yaşadığı en üzüntülü olaylardan birisidir. Kaybınızın psikolojik olarak etkisi, genellikle fiziksel etkisinden daha uzun sürer. Bu yüzden bir gebelik kaybında çok farklı duygular yaşanabilir. Birçok kadın düşük sonrası olayın arkasından derin bir yalnızlık hissi, keder ve kızgınlık, kendini bu durumdan sorumlu görme gibi duygular hissedebilir.

Öfke/Neden Ben

Düşük olayı “Neden benim başıma geldi?”, “Neden ben” diye öfke duyulabilir. Bu duyguyu yaşamak normaldir. Düşük yapmanın sebebini kimse bilemeyebilir. Her üç gebelikten biri düşükle sonuçlanmaktadır. Sağlık profesyonellerine göre düşük yapmak doğanın, yolunda gitmeyen gebelik sürecine tepki vermesidir.

Başarısızlık Hissi

Bazı kadınlar gebeliklerinin tüm dönemini sürdüremedikleri için bir başarısızlık hissi yaşayabilir. Eğer birden fazla düşük yapmışsa bu his artabilir. Bu şekilde hissetmek oldukça normaldir.

Üzüntü Duyma

Düşükten sonra yoğun bir üzüntü duymak yaygın görülen bir durumdur. Kadın kendisi, eşi, diğer çocukları ve ailenizin diğer üyeleri için üzüntü hissedebilir. Düşük yapan kadın “Bebegiimin gelişini bekliyorlar” düşüncesi ile aileyi hayal kırıklığına uğrattığını düşünebilir. Yaşanılan olaylar kadını farklı zamanlara götürebilir. Örneğin doğum öncesi kontrol tarihlerini, ebeveynlik dersi aldığı zamanları ve bebeği dünyaya getirmesi gereken tarihi düşünebilir. Düşük olayını atlattığını düşündüğünde bile, yeniden bebek sahibi olmaya karar verdiğinde bazı hisler tekrar canlanabilir. Bu durumlarda üzüntünün yaşanması doğaldır.

Düşük sonrası yoğun keder ve yas dönemi yaşanabilir. Duygusal bir şok ve inkâr duyguları hissedilebilir. Kaybın kabul edilmesi ve toparlanma zaman alabilir ve sonunda hiç bitmeyecekmiş gibi görünen bu dönem iyi bir şekilde atlatılabilir.

İmrenme-Özenme

Düşük sonrası kadın gebe kadınlara, bebeklere ve diğer çocuklara baktığında imrenme hissedebilir. Gebe kadın ve çocuklarla karşılaşıldığında onlara özenme duygusu yaşanması normaldir.

Kendini Suçlama

Düşük yapan kadın, düşükten dolayı kendini suçlama eğilimi gösterebilir. Yaşanan olayı kendi suçu ve sorumluluğu olarak görebilir (“Bu kadar egzersiz yapmamalıydım”, “İş yerindeki stres buna sebep oldu”, “Bir keresinde düştüm ve bu bebeğe zarar verdim”). Bunun yanında pişmanlık duygusu da yaşanabilir (Keşke haftalık alışverişimi yapmasaydım “ya da “Keşke küçük çocuğumu kaldırmasaydım” gibi).

Sunu unutmayın ki düşük olayı kadının hareketleri ile ilişkili değildir. Yapılan çalışmalarda stres, çalışma ve günlük hareketlerin, çok fazla ev işi yapmanın düşük yapmakla kanıtlanmış bir bağlantısı net olarak bulunamamıştır.

Günlük Yaşama Dönüş

Düşük yaptıktan sonra çiftlerin günlük yaşam aktivitelerine yönelik ilgileri azalabilir. Bu yüzden günlük yaşam aktivitelerine geri dönmek zor olabilir. Genel bir isteksizlik yaşanabilir, işine dikkatini toplayamayabilir. Konsantrasyon seviyesi değişken olabilir, ruh hali hızla değişebilir. Aynı zamanda akrabalar ve dostlarla iletişim kurmakta zorluk olabilir. Bu dönemin geçici olduğu unutulmamalıdır.

Rahatlama Hissi

Bazı kadınlar düşükten sonra hemen bir bebek için denemeye hazır olduklarını düşünürler. Düşükten hemen sonra yeniden bebek sahibi olmayı düşünmek için en az iki ay beklenmelidir.

Yas Süreci



Düşük sonrası yas süreci yaşanabilir. Yas süreci genellikle şu aşamalardan geçer.

1. İlk haftada boşluk hissi ile birlikte şok ve inkâr görülebilir.

2. Bu dönemi karamsarlık, suçluluk ve öfkenin neden olduğu ikinci dönem izler. Bu dönemde neden ben? Ben ne yaptım? gibi düşünceler hakim olabilir.
3. Üçüncü dönemde günlük işler yapılmaya başlanır, fakat dikkati toplamakta zorluk çekilebilir.
4. Son dönemde ise gebelik kaybına uyum sağlamaya başlanılır. Beslenmede düzelme, uykuda artma gibi belirtiler ortaya çıkar. Zamanla bu yas dönemi atlatılır, geleceğe umutlu bakılır.

Eşin Duyguları

Düşükten sonra eş de kadın gibi yoğun üzüntü duyabilir. Buna rağmen erkek üzüntüsünü göstermeyebilir ve kadını daha da üzmetten çekinebilir.

Kadının üzüntü duyması, acı çekmesi erkeği endişelendirebilir. Bu yüzden sessiz kalabilir ya da farklı konulardan bahsetmeye çalışıp kadını neşelendirmek isteyebilir. Bu durumda kadın eşinin duyarsız davrandığını ve kendisi gibi hissetmediğini düşünebilir. Bu süreci aşabilmek için kadının eşine karşı açık olmalı, duygularını paylaşmalı ve neler hissettiğini sormalıdır. Eşler de, sabırlı olup anlayış göstererek mümkün olan en fazla desteği kadına sağlamalıdır.



GÜÇLENDİRME

10. ÇİFTLER DÜŞÜKLE BAŞETMEK İÇİN KENDİLERİNİ NASIL GÜÇLENDİREBİLİR?

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi günlük hayatta olumsuz olarak değerlendirdiğimiz düşünceleri bir kenara atıp, ileriki günlere mutlu ve umutlu bakmayı sağlar.

Gebelik kaybı sonucunda *“bir daha mutlu olamam, bir daha bebek sahibi olamayacağım, eşime yetemeyeceğim”* gibi olumsuz düşüncelere sahip olabilirler. Bu olumsuz düşünceler bizim duygu ve davranışlarımızı da etkiler.

Olumsuz düşüncelerin olumsuz duygulara, olumsuz duyguların da olumsuz davranışlara neden olur. Bu durumda çiftler daha çökkün ve üzüntülü hissedebilir, kişilerarası ilişkilerde de bozulmalar yaşayabilirler.

Olumsuz düşüncelerden kurtulup, kaybı kabullenmek ve yas sürecini yaşamak çiftlerin iyi olmasını sağlar. Kaybı kabullenme, kaybedeni unutmak veya önemsememek değildir. Zamanla hatırlamanın daha az acı verici bir noktaya gelinecek, geleceğe ve daha güzel günlere umutla bakılacaktır.

11. YAŞADIĞINIZ DUYGULARINIZI HAFİFLETMEK İÇİN NELER YAPABİLİRSİNİZ?

Aileniz/Arkadaşlarınızın Tutum ve Davranışlarıyla Başa Çıkmak: Yaşanılan bu durum karşısında aile ve arkadaşlar kadını

nasıl teselli edeceklerini bilemiyor olabilirler. Bu yüzden yakınlar düşük konusunda konuşmanın kadını üzebileceğini düşünüp ve bu konuda sessiz kalabilirler. Bu durumda yakınlarınıza bebeğinizi kaybetmenin sizin için önemli olduğunu söyleyip, iletişimi başlatabilirsiniz. Düşük sonrası yakınlarınız kadını rahatlatmak için *“Böylesi hayırlıymış”* ya da *“Bir başka bebeğin daha olacak”* gibi yasinizi onaylayan cümleler kurabilirler. Siz bu

Unutmayın....

- *Eşinizin duygu ve ihtiyaçlarına saygılı olun....*
- *Duygu ve deneyimlerinizi paylaşın.....*
- *Eşinizin sizden farklı olabileceğini kabul edin....*
- *Eşinizin baş etme yöntemleri konusunda bilgili olun...*

ifadelerden rahatsızlık duyuyorsanız, sizin için daha kırıcı olduğunu düşünüyorsanız açıkça bu cümleleri duymak istemediğinizi söyleyebilirsiniz (“*Bu bebeği istiyordum, üzülüyorum ve bebeğiniz için yas tutuyorum*”). Sizi anlayacak ve dinleyecek biri ile konuşun. Duyularınızın paylaşılması, gerçeğin kabullenmenize ve yasin diğer bir bölümüne geçmenizi sağlayacaktır

Kardeşlerin Tepkileri ile Başa Çıkmak: Kardeşler beklenen bebeğe bir bağlılık geliştirebilirler. Bu yüzden çocuklara gebelik kaybını anlayabilecekleri kelimelerle açık bir şekilde anlatmak gerekir. Çocuk hangi yaşta olursa olsun çocuğun soru sorması sağlanmalıdır. Bu şekilde çocuğa istediği bilgi uygun şekilde anlatılabilir. Aynı şekilde çocukta duygularını anlatması istenmelidir. Bunun için çocuklar cesaretlendirmelidir. Çocuğun günlük yaşantısında, yeme içme, uyma gibi aktivitelerinde fazla değişiklik yapılmadan alışkanlıklarının sürdürülmesi sağlanmalıdır.

Bebek Eşyaları İle İlgili Kararlar: Bebek için oda ve eşya hazırlanmış olabilir. Bu durumda bebeğin kıyafetlerini ve eşyalarını gelecekteki çocuklar için saklanabilir, bir hayır kurumuna bağışlanabilir veya bir bebeğe hediye edilebilir. Bunun için kadın ve erkeğin kararı önemlidir. Bu karar eş ile birlikte değerlendirilmelidir. Bebeğin eşyalarını kendiniz kaldırabilir, eğer istemiyorsanız eşiniz ve yakınlarınızdan yardım isteyebilirsiniz.

Günlük Aktivitelerinize Geri Dönmek :Fiziksel ve duygusal olarak çiftler kendilerini iyi hissetmiyorsa, günlük aktivitelerini ertelemek en doğru karar olacaktır. Günlük rutin işinize döndüğünüzde üzücü durumlarla ve yorumlarla karşılaşabilirsiniz. Örneğin arkadaşlarınızın bebek kaybı ile yaptığı yorumlar, soru sormaları ya da yaşanan bu olaydan hiç bahsetmemeleri canınızı sıkabilir. Bu durumlarla karşılaştığınızda vereceğiniz cevabı önceden hazırlamak, bu gibi durumların daha az üzücü olmasını sağlayabilir. Örneğin “*Kötü bir haberim var. Bebeğimi kaybettim. Ama sorduğum için teşekkürler.*” diyebilirsiniz.

Gebe Kadınlar ya da Küçük Çocuklu Ailelerle Birlikte Olmak: Düşük yapan kadın, gebe olan ya da çocukları olan yakınları için iyi dileklerde bulunurken diğer yandan onlara özenebilir. Bu dönemde kendinizi iyi hissetmiyorsanız gebe olan ve çocuğu olan yakınlarınızla görüşmeğe kısa bir süre ara verebilirsiniz.

Bebeğin Kaybını Hatırlatan Özel Zamanlar: Genellikle düşükten sonraki ilk yıl en zor olan zaman olup, kayıp sonrası üzüntü yaşamak uzun sürebilir. Bebeğin kaybedildiği tarih, anneler günü veya babalar günü gibi akılda kalıcı tarihler olabilir. Bu tarihlerde tekrar üzüntü yaşanabilir. Buna engel olmak için bu tarihler yaklaştığı zaman kendinize ekstra zaman ayırın (Kuaför, alışveriş, piknik, arkadaşlarınızla birlikte olma v.s).

Yapılabilecek Aktiviteler;

1. Kişiyi rahatlatarak alternatif yöntemler yapılabilir. Bu yöntemler vücudunuzu rahatlatır ve üzüntüden kaynaklı fiziksel belirtilerin (ağrı, kalp çarpıntısı, nefes darlığı, titreme vb.) daha az yaşanmasını sağlar. Fiziksel olarak rahatlandığında, zihinsel olarak da rahatlama olur. Bunlar;
 - ✚ Gevşeme ve rahatlama egzersizleri yapmak.
 - ✚ Solunum egzersizleri yapmak.
 - ✚ Açık havada yürüyüş yapmak.
 - ✚ Meditasyon yapmak.
 - ✚ Dua etmek. Manevi inançlarınız sizin için önemliyse, bir din adamıyla yada bayan bir hocayla inançlarınız ve duygularınızla ilgili konuşun.
 - ✚ Masaj yaptırmak.
 - ✚ Sevilen aktiviteleri yapmak. Müzik dinlemek, kitap okumak, örgü örmek, bahçe varsa bahçeyle uğraşmak, ağaç dikmek.....
2. Bebeğinizin kaybı ile ilgili günlük tutmak.
3. Düşük ve yas ile ilgili kitaplar, broşürler okumak.
4. Destek Grubu: Çevrenizde düşük yapan yada bebeğini kaybeden insanlar varsa iletişim kurabilirsiniz. Aynı hisseleri taşıyan kişilerle daha rahat konuşup, duygularınızı paylaşırsınız. Birbirinizin tecrübelerinden faydalanır, karşılıklı olarak destek olursunuz. Bu hem size hem de karşınızdaki kişiye iyi gelecektir.
5. Sosyal aktivitelere katılmak. Arkadaşlarımız ve sevdikleriniz ile görüşmek. Güvendiğiniz birine yaşadığımız her şeyi anlatın. Paylaştıkça rahatlayacaksınız. Sizi anlamayacaklarını düşünerek arkadaşlarınızdan ve sevdiklerinizden uzaklaşmayın.
6. Beslenmeye özen göstermek. Bunun için;

- ✚ Dengeli bir diyet: et, balık, meyve, sebze tüketmek.
- ✚ Proteinden zengin beslenmek (Et, balık, barbunya, yumurta, fındık, fıstık, badem).
- ✚ Vücudunuzun su dengesi önemlidir. Bu yüzden bol su içmek.
- ✚ Çok fazla kahve ve çay alımından uzak durmak.
- ✚ Alkol ve sigara ile rahatlamaktan kaçınmak.

7. Eğer yukarıda yer alan maddeleri yapmak istemiyorsanız, bunun için enerjiniz yoksa, kendinizi bunalmıya hissediyorsanız bir psikolog/psikiyatri uzmanına başvurarak yardım alabilirsiniz.

12. DANIŞMANLIK VE DESTEK ALMAK GEREKİR Mİ?

Sağlık personeli bebeğini kaybeden ailelere hastanelerde danışmanlık verebilir. Çiftlere yardımcı olabilir ve ileriki günlere daha umutlu bakılmasını sağlayabilirler. Bebek ölümü sonrası;

- ✚ Kendini yalnız hissetme,
- ✚ Sürekli ağlama,
- ✚ Uyuma zorluğu,
- ✚ Kendini umutsuz ve değersiz hissetme,
- ✚ Yemek yememe veya aşırı yeme,
- ✚ Normal görevlerle başa çıkamama,
- ✚ Toplumsal ilişkilerden geri çekilme,
- ✚ Her zamanki etkinliklerle ilgilenmeme veya onlardan zevk almama,
- ✚ İntiharı veya kendine zarar vermeyi düşünme,
- ✚ Bellek zayıflığı veya dikkati toplamada güçlük belirtileri devam ediyorsa

PROFESYONEL DANIŞMANLIK YA DA PSİKOTERAPİ, ÇİFTLERE KAYIPTAN SONRAKİ STRESLİ PERİYOTTA YARDIMCI OLACAKTIR.

İNANCINI SÜRDÜRME

13. TEKRAR GEBE KALMA NE ZAMAN DENENMELİ?

Tekrar gebeliği düşünmenin ne zaman doğru olacağına ilişkin kesin kurallar yoktur, ancak yeniden gebe kalmaya çalışılmadan önce çiftler karşılıklı olarak duygularını paylaşabilir. Duygular hakkında eş ile konuşmak önemlidir. Duygularını paylaşmak, birlikte yas tutmak fiziksel ve duygusal olarak çiftlerin gücünü toplamasına yardımcı olacaktır. Kendinize zaman tanımak önemlidir.

Çiftler tekrar gebe kalmayı düşündükten sonra mutlaka doktorunuza danışmalıdır. Bazı doktorlar kürtajdan sonra tekrar gebe kalmak için iki ya da üç ay beklemenizi önerebilir.

14. HANGİ GÜNLERDE DAHA KOLAY GEBE KALINABİLİR?

Gebelik şansını arttırmak için yumurtlama (ovulasyon) döneminin hesaplanması çok önemlidir. Ovulasyon yumurtalıktan yumurtanın atılmasıdır. Yumurta hücresi kadın vücudunda 24 saat, erkek hücresi sperm ise 48-72 saat yaşamaktadır. Bu yüzden uygun cinsel ilişki zamanın belirlenmesi önemlidir.

Gebe kalmak için en uygun zaman iki adet kanamasının ortalarına denk gelir. Bugünlerde kadının yumurtalıklarından yumurta hücresi atılır ve sperm hücresini bekler. Örneğin; ayda bir adet gören kadınlarda yumurtlama çoğunlukla âdetin başlamasından 14 gün önce olur. Yumurtlama gününden 2-3 gün önce ilişkiye başlayıp, 2 gün arayla ilişkiye 1 hafta boyunca devam etmelisiniz.

15. TEKRAR GEBE KALMAYI DENEMEDEN ÖNCE HANGİ DURUMLARDA BİR UZMANA BAŞVURULMALI?

Doktor, çiftlerin çocuk şansını yükseltmek için genetik uzmanına, endokrinoloji uzmanına yönlendirebilir. Bu durumlar şunlardır;

- ✚ İki ya da daha fazla gebelik kaybı,
- ✚ 35 yaş üzeri,
- ✚ Kronik bir hastalık varlığında,
- ✚ Gebe kalma ile ilgili bir sorun varsa.

16. GELECEKTEKİ GEBELİĞE NASIL HAZIRLANILMALIDIR?

1. **Folik Asit:** Gebe kalmadan en az 3 ay önce folik asit kullanmaya başlanılabilir. Folik asit kullanımı için doktorunuz ile görüşün.
2. **Sağlıklı Yaşam Biçimi:**
 - ✦ Sigarayı bırakın,
 - ✦ Sigara içilen ortamlardan uzak durun.
 - ✦ Alkolden uzak durun.
 - ✦ Proteinden zengin beslenme, meyve ve sebze tüketin.
 - ✦ Kafein ve çay alımını azaltın.
 - ✦ Yürüyüş, yüzme gibi düzenli egzersizler yapın.
 - ✦ Moralinizi yüksek tutun.
 - ✦ Düzenli uyuma alışkanlığınız olsun.
3. **Toksoplazma, rubella ve Hepatit B:**
 - ✦ Toksoplazma, Rubella ve Hepatit B testlerini yaptırın.
 - ✦ Toksoplazma hastalığından korunmak için çiğ et yemeyin, kedi dışkısı ile temas etmeyin.
 - ✦ Rubella (kızamıkçık) geçirilmediyse ve hatırlanmıyorsa gebelik öncesi kızamıkçık aşısı yaptırmanız uygun olacaktır.
4. Şeker, tansiyon, sara, guatr gibi hastalığınız varsa gebe kalma planınızı doktorunuz ile görüşün.
5. İş yerinde radyasyona maruz kalıyor, kimyasal maddelerinin üretildiği iş kollarında çalışıyorsanız, çalıştığınız bölümü geçici olarak değiştirmelisiniz.

17.UNUTMAYIN....

- 1) Kiminle hislerinizi paylaştığınıza dikkat edin.
- 2) Size bir rahatlama sağlamayacağını bildiğiniz insanlara gitmeyin.
- 3) Bebek partilerine ya da ziyaretlerine gitmeye hazır hissetmiyorsanız gitmeyin.Eğer bunu anlayacaklarını düşünüyorsanız onlara gerçeği söyleyin.Eğer anlamayacaklarsa onlara rahatsız olduğunuzu söyleyin.
- 4) Damışmanlıkları sizin için faydalı olmayan aile üyelerine ve arkadaşlarınıza dürüst olun. Onlara teşekkür edin ve söylemek zorunda oldukları şeyi duymamanın sizin için zor olduğunu söyleyin.
- 5) Siz ve eşinizin farklı yaş tutma stilleri olabilir. Erkekler genel olarak daha sessiz olurken,kadınlar daha çok konuşmaya eğilimlidir.İkiniz de kederinizi farklı şekillerde atlatacaksınız.Birbirinize karşı sabırlı olun.
- 6) Eşiniz size destek olmuyorsa, başka size destek olacak kaynaklar bulun. Her zaman birbirinizi desteklemeye uygun bir halde olmayabilirsiniz.
- 7) Vücudunuza ilgi gösterin. Aynanın karşısına geçip kendinize olumlu geribildirim yapın. Giyiminize ve temizliğinize özen gösterin. İyi beslenin ve bolca dinlenin.
- 8) Eşinizle beraber zaman geçirin. Takviminizi doldurmaya plan yapmaya çalışın.
- 9) Yoğun keder zamanınızda ciddi kararlar almaktan kaçının. Bunun için zihniniz ve duygularınız karışık olabilir.
- 10) Olumsuz düşüncelerden kurtulun.
- 11)Tekrar gebe kalmaya karar vermeden önce mutlaka doktorunuza danışın.

NOTLAR

YARARLANAN KAYNAKLAR

1. Yıldız H. Yenidoğan Bebeği Ölen Ebeveynlerin Yas Sürecine Yardım. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tez.2009.İstanbul.
2. Understanding Your Pregnancy Loss. The Pregnancy Loss Support Program National Council of Jewish Women. <http://www.ncjwny.org/plsp.pdf>. Erişim Tarihi:20.06.2014.
3. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. Cochrane Database Syst Rev. 2013;19:6.
4. Adolfsson A. Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory. Psychology Research and Behavior Management 2010; 2011(4):1-9.
5. Swanson KM. Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. Nurs Res. 1991 May-Jun;40(3):161-6.
6. Körükçü Ö, Kukulcu K. Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları. Dicle Tıp Dergisi. 2010; 37(4):429-33.
7. Information and support services following miscarriage. http://www.northerntrust.hscni.net/pdf/Information_and_support_services_following_miscarriage.pdf. Erişim Tarihi:25.06.2014.
8. Grief Counseling. <http://www.fourth-trimester.com/griefcounseling.html>. Erişim Tarihi:25.06.2014.
9. Cheryl Wallerstedt C, Margaret Lilley M, Kathleen Baldwin K.Interconceptional Counseling After Perinatal and Infant Loss. JOGNN. 2003;32(4).533-542.
10. Men and miscarriage. <http://www.miscarriageassociation.org.uk/wp/wp-content/leaflets/Men-and-Miscarriage.pdf>. Erişim Tarihi:5.07.2014.
11. Taşkın L (2000). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 4. Basım, Ankara.
12. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı Gilbert ve Harmon. Çevri Editörü: Lale Taşkın, 2. Baskı, PalmeYayınılık, Ankara.