



**T.C.**

**SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERKEN GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA  
POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**NESLİHAN SAYIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
EBELİK ANABİLİM DALI**

**SIVAS-2020**

**T.C.**  
**SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ERKEN GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA**  
**POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ**  
**FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**NESLİHAN SAYIN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**  
**EBELİK ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI**  
**DR. ÖĞR. ÜYESİ ŞÜKRAN ERTEKİN PINAR**

**SİVAS-2020**

## ONAY

**“Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi”** adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ebelik** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.**

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ



Üye

Dr. Öğr. Üyesi Özlem DURAN AKSOY



Üye (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR



## ONAY

Bu tez çalışması, 17.12.2019 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici olan, her aşamasını hoşgörü ve sabırla yöneten, en zor zamanlarımda bile motive eden, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR'a,

Yaşamımın her aşamasında koşulsuz desteğini aldığım annem Pembe SAYIN'a,

Güvenini her an duyumsadığım babam Hüseyin SAYIN'a,

Varlıklarıyla bana mutluluk veren ve bu süreçte motivasyon sağlayan kardeşlerim Mustafa SAYIN ve Salih SAYIN'a,

Hayatımda olmasıyla hayatımı daha anlamlı kılan ve her koşulda beni destekleyen nişanlım Mahmut İŞGÜZAR'a sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

## ÖZET

### ERKEN GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Neslihan SAYIN

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Şükran ERTEKİN PINAR

2020, 68 sayfa

Bu araştırma erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmanın örneklemini Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'nde yatan, erken gebelik kaybı yaşayan, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 132 kadın oluşturmuştur. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler SPSS 22,0 programında değerlendirilmiş ve değerlendirmede t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Önemlilik derecesinde  $p < 0,05$  anlamlı olarak alınmıştır.

Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres belirtileri %62,9, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ortalama puanın üzerinde saptanmıştır.

Erken gebelik kaybı yaşayan kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puanları arttıkça Durumluk Kaygı Envanteri ( $r=0,692$ ;  $p=0,001$ ) ve Sürekli Kaygı Envanteri ( $r=0,752$ ;  $p=0,001$ ) puanları da artmaktadır.

Erken gebelik kaybı yaşayan kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puanları azaldıkça Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin alt boyutlarından kendine güvenli ( $r=-0,550$ ;  $p=0,001$ ), iyimser ( $r=-0,370$ ;  $p=0,001$ ) ve sosyal destek arama yaklaşımı ( $r=-0,246$ ;  $p=0,005$ ) puanları anlamlı düzeyde artmaktadır. Ayrıca Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu puanları arttıkça da çaresiz yaklaşım ( $r=0,579$ ;  $p=0,001$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $r=0,539$ ;  $p=0,001$ ) puanları da anlamlı düzeyde artmaktadır.

Bu bulgular doğrultusunda; erken gebelik kaybı yaşayan kadınların ciddi ruhsal sorunlar ortaya çıkmadan erken dönemde saptanması, düzenli izlemlerinin yapılması, gebelik öncesi dönemden başlayarak kaygı ve stresle olumlu başa çıkma yönünden eğitim ve danışmanlıklar verilmesi, stresle baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Posttravmatik Stres, Kaygı, Başa Çıkma, Ebelik Bakımı.



## ABSTRACT

### **DETERMINATION OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS AND RELATED FACTORS IN WOMEN WITH EARLY PREGNANCY LOSS**

Neslihan SAYIN

Master Thesis, Department of Midwifery

Supervisor: Assist Prof. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2020, 68 pages

The aim of this study is to determine posttraumatic stress disorder and related factors in women with early pregnancy loss. The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of 132 women hospitalized at Sivas Numune Hospital Pregnant and Gynecology Service, who experienced early pregnancy loss and accepted to participate in the study. Data have been collected with Personal Information Form, Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version, State-Trait Anxiety Inventory and Stress Coping Styles Scale. Data have been evaluated in SPSS 22.0 program and chi-square, t-test, one-way analysis of variance (Anova), Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman correlation analysis have been used. At significance level,  $p < 0.05$  was considered significant.

In the study, posttraumatic stress symptoms in women who had early pregnancy loss was 62.9% and the state and trait anxiety levels of women were found to be above the mean score

As the Post-traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version scores of women with early pregnancy loss increased, State Anxiety Inventory ( $r = 0.692$ ;  $p = 0.001$ ) and Trait Anxiety Inventory ( $r = 0.752$ ;  $p = 0.001$ ) scores increased.

As Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version scores decreased in women who experienced early pregnancy loss; self-confident ( $r = -0.550$ ;  $p = 0.001$ ), optimistic ( $r = -0.370$ ;  $p = 0.001$ ) and social support seeking approach ( $r = -0.246$ ;  $p = 0.005$ ) scores, which are one of the sub-dimensions of Stress Coping Styles Scale, were increased significantly. In addition, as Posttraumatic Stress Disorder Checklist-



Civilian Version scores increased; the helpless approach ( $r = 0.579$ ;  $p = 0.001$ ) and the submissive approach ( $r = 0.539$ ;  $p = 0.001$ ) scores also increased significantly.

In line with these findings; it is recommended that women who have early pregnancy loss be detected in the early period before serious mental problems occur, regular follow-up, training and counseling in terms of coping with anxiety and stress starting from the pre-pregnancy period and strengthening the mechanisms of stress coping.

**Key Words:** Pregnancy, Posttraumatic Stress, Anxiety, Coping, Midwifery Care.



# İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	i
ONAY .....	ii
YÖNERGE .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar DİZİNİ .....	xii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	xiv
<b>1.GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....	1
1.2. Araştırmanın Amacı .....	3
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
1.1. Gebelik Kaybı .....	4
1.1.1. Abortus .....	5
1.1.2. Ektopik Gebelikler .....	6
2.2. Gebelik Kaybına Verilen Tepkiler .....	7
2.3. Yas Süreci .....	7
2.3.1.Gebelik Kaybında Yas Süreci .....	8
2.4.Gebelik Kaybı Sonrası Yaşanabilecek Ruhsal Sorunlar .....	9
2.4.1. Anksiyete.....	9
2.4.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu .....	9
2.4.2.1. Posttravmatik Stres Bozukluğu Etyolojisi .....	10
2.4.2.2. Posttravmatik Stres Bozukluğunun Risk Faktörleri.....	11
2.4.2.3.Posttravmatikstres Bozukluğunda Tedavi.....	11
2.5. Gebelik Kaybı Sonrası Ebenin Sorumlulukları.....	12

<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>14</b>
3.1. Araştırmanın Tipi.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	14
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	15
3.5.Veri Toplama Araçları .....	15
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu .....	15
3.5.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu .....	15
3.5.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri .....	16
3.5.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği .....	16
3.6. Ön Uygulama .....	18
3.7. Araştırmanın Uygulanması .....	18
3.8. İstatistiksel Yöntem.....	18
3.9. Araştırmanın Etik Yönü .....	19
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	19
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
<b>5.TARTIŞMA .....</b>	<b>39</b>
<b>6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....</b>	<b>45</b>
6.1. Sonuçlar .....	45
6.2. Öneriler .....	47
<b>7.KAYNAKLAR .....</b>	<b>48</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>58</b>
Ek 1-Kişisel Bilgi Formu .....	58
Ek 2-Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu .....	59
Ek 3-Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri .....	60
Ek 4-Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği .....	62
Ek 5-Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	63
<b>İZİNLER.....</b>	<b>65</b>

Ek 6-Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu.....	65
Ek 7- Sivas Numune Hastanesi İzin Yazısı.....	67
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>68</b>



## TABLolar DİZİNİ

### Sayfa No

<b>Tablo 1:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	20
<b>Tablo 2:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....	22
<b>Tablo 3:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliğin Sonlanma Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı.....	24
<b>Tablo 4:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Kaygı ve Stres ile Baş Etme Düzeylerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı .....	25
<b>Tablo 5:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları .....	26
<b>Tablo 6:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtilerinin Dağılımı .....	27
<b>Tablo 7:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu ile Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanları Arasındaki İlişki .....	28
<b>Tablo 8:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki.....	29
<b>Tablo 9:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Sağlık Durumunu Değerlendirmesine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	30
<b>Tablo 10:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	31

<b>Tablo 11:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliği İsteme ve Planlı Gebelik Durumuna Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
<b>Tablo 12:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Sağlık Durumunu Değerlendirmesine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
<b>Tablo 13:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
<b>Tablo 14:</b> Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliği İsteme ve Planlı Gebelik Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37

## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DKE:</b>	Durumluk Kaygı Envanteri
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>NST:</b>	Nonstress Test
<b>PTSB:</b>	Posttravmatik Stres Bozukluğu
<b>PTSBSL-CV:</b>	Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu
<b>SBÇTÖ:</b>	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
<b>SKE:</b>	Sürekli Kaygı Envanteri
<b>TNSA:</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Aynı zamanda fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir (Ayvaz ve ark., 2006). Her gebelikte beklenmeyen komplikasyonlar gelişebilir (Taşkın, 2011). Gebelikte karşılaşılan en önemli komplikasyonlardan biri de bebeğin kaybıdır (Engelhard ve ark., 2006). Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i spontan abortus, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Côté-Arsenault ve Donato, 2007).

Erken gebelik kayıpları gebeliğin 20. haftadan önce sonlanmasını ifade etmek için kullanılan bir terimdir (Engelhard ve ark., 2001). Literatürde kadınların %12-24'ünün erken dönem gebelik kaybı deneyimine sahip olduğu belirtilmektedir (Carter ve ark., 2007). Erken gebelik kaybı nedenleri olarak abortus ve ektopik gebelik olguları ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) abortusu, gebelik ürününün 20. gebelik haftasından önce ve 500 gramın altındaki embriyo / fetüs ve eklerinin tamamının ya da bir kısmının uterusun atılması olarak tanımlamaktadır (Van Niekerk ve ark., 2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre spontan abortus insidansının %22 olduğu belirtilmektedir. Erken dönem gebelik kaybının bir diğer nedeni ise ektopik gebeliktir. Ektopik gebelik; fertilize ovumun endometriyal kavite dışında herhangi bir dokuya implante olmasıdır ve tüm gebeliklerin %1,9'unda görülür (Lozeau ve Potter, 2005).

Gebelik kaybı ebeveynler için trajik bir olaydır ve geleceğe yönelik olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir (Buldukoğlu, 2002). Birçok kadın gebelik kaybı ile şok, inkar, konfüzyon, korku, öfke, üzüntü, gerginlik ve suçluluk gibi duygular yaşamaktadır (Engelhard ve ark., 2006). Anksiyete ve stres, gebelik kaybından sonra yaşanan en yaygın (%20-40) duygu durumları arasındadır (Fertl ve ark., 2009; Keten ve ark., 2015). Akut stresin arttığı bu durumlarda destek mekanizmalarının etkili olmaması, bireyin anksiyete ve stres ile yeterince baş edememesi de posttravmatik stres bozukluğu yaşanmasına neden olabilmektedir (Keten ve ark., 2015).

Posttravmatik stres bozukluğu ağır bir psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması, olayı hatırlatan uyaranlardan kaçınma ve



artmış uyarılmışlık gibi özgül semptomlarla kendini gösteren bir bozukluktur (Yehuda, 2004). Literatürde, erken gebelik döneminde kayıp yaşayan kadınların yüksek düzeyde posttravmatik stres bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (Keten ve ark., 2015). Bir kadın, bebeğini düşünmeye başladığı ve bebeğin görüntüsünü ultrasonda ilk gördüğü andan itibaren bebeğe, hem fiziksel hem de duygusal olarak bağlanmaktadır. Bu bağlanma nedeni ile özellikle fetal hareketlerin hissedilmesinden sonra gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu daha fazla olabilmektedir (Buldukoğlu, 2002). Coleman ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğunun %5,5, geç gebelik kaybı yaşayan kadınlarda ise %67,4 olduğu saptanmıştır. Gebelik kaybı sonrası yaşanan ruhsal sorunlar, kadının daha sonraki gebelik sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir (Caelli ve ark., 2002). Côté-Arsenault (2003) tarafından yapılan bir çalışmada kayıp sonrası gebeliklerde anksiyete düzeyinin ve depresif semptomların daha fazla olduğu saptanmış, ancak gebelik süresinin ilerlemesiyle gebelik anksiyetesinin azaldığı belirlenmiştir.

Perinatal ve neonatal ölüm oranları, bir sağlık gelişme düzeyi göstergesi olduğu için dünya genelinde bu oranların azaltılması önemli bir hedeftir. Ülkemizde gebelik öncesinde ve gebelik süresince gebelere bakım veren ve iletişimde bulunan sağlık profesyonellerinden biri de ebelerdir. Gebelik kaybı yaşayan bireylere fiziksel, ruhsal ve sosyal destek vermek, hem gebenin hem de ailesinin iyilik hali için oldukça önemlidir (Körükçü ve Kukulü, 2010). Gebelik kaybı yaşayan kadınların strese bağlı olarak problem çözme yeteneği zayıflar ve stresle başa çıkmada zorluk yaşayabilirler (Taşkın, 2011). Ebeler, gebelik kaybı ile yaşanabilecek stres konusunda duyarlı olmalı, bireyleri duygu ve deneyimlerini paylaşması konusunda desteklemelidir (Kavanaugh ve Hershberger, 2005). Bu nedenle kayıp yaşayan bireylerin stres ve anksiyeteye yönelik gösterdiği tepkilerin incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerinin kullanılması yönünde bireylerin desteklenmesi ebelerin önemli sorumlulukları arasındadır (Körükçü ve Kukulü, 2010). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaklaşık olarak dörtte birinin posttravmatik stres bozukluğu belirtilerini tanımadığının bulunması (Ofraz ve ark., 2010) üzerinde durulması gereken bir konu olduğunu da göstermektedir. Antenatal bakım hizmetlerinin artırılması ile gebelik kaybı yaşayan kadınların ruhsal sorunlarının saptanması, yaşadıkları güçlüklerle baş etmede kullandığı stratejilerin

tanımlanması kadının ve sonraki gebelikler için fetüsün fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Türkiye’de (Candan, 2012; Keten ve ark., 2015) ve dünyada (Bowles ve ark., 2006; Coleman ve ark., 2010; Farren ve ark., 2016; Fertl ve ark., 2009) gebelik kaybı yaşayan kadınlarla ilgili yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ancak literatürde erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin tamamının incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Aynı zamanda ruhsal ve sosyal değişimlerin de yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir (Ayvaz ve ark., 2006). Kadın, yaşamında önemli bir yeri olan gebelik döneminde, özel bir gelişim süreci yaşamaktadır (Kuğu ve Akyüz, 2001). Bu nedenle gebelik dönemi kriz ya da kritik dönem olarak da adlandırılmaktadır (Şahin ve ark., 2019).

Sağlıklı bir gebelik, herhangi bir risk bulunmaksızın şu anda veya geçmişte gebelik komplikasyonlarının bulunmaması, önemli bir maternal tıbbi hastalığın olmaması, öncesinde maternal morbidite veya mortalite öyküsünün olmaması ve yeterli fetal büyümenin olması şeklinde tanımlanmaktadır (Yates, 2010). Bunun yanı sıra perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran gebelikler de riskli gebelikler olarak adlandırılmaktadır. Gebelikte risk; “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli ” olmak üzere üç grupta incelenir. Gebelik tanısı konulan tüm gebeler düşük riskli gebedir. Ülkemizde TNSA-2013 verilerine göre gebeliklerin %31,1’i herhangi bir risk kategorisinde, TNSA-2018’e göre de gebeliklerin %30,5’i önlenemez risk kategorisinde ve %35,2’si de önlenemez risk kategorisinde yer almaktadır.

“Risk”, bir ya da daha fazla faktörün varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığı iken “gebelik açısından risk”, normal koşullar altında olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların oluşma olasılığıdır (Kuru, 2007). Gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar hem gebeliğin sonucunu hem de anne ve fetüsün sağlık ve iyiliğini de etkileyebilmektedir (Taşkın, 2016). Gebelikte karşılaşılan en önemli komplikasyonlardan biri de bebeğin kaybıdır (Engelhard ve ark., 2006).

### 2.1. Gebelik Kaybı

Kayıp ne olursa olsun yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür. İnsanoğlunun bugünkü algı sınırları içinde bilebildiği tek mutlak gerçek ve en büyük bilinmeyen olan ölüm karşısında birey değişik savunmalar geliştirir (Öz, 2004).

Gebelik kaybı, bir embriyo, fetüs veya yenidoğanın dölleme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin birinde ölümünü ifade etmektedir (Pakiş ve Koç,

2009). Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i spontan abortus, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmektedir (Côté-Arsenault ve Donato, 2007). Gebelik kayıpları kayıp zamanına göre ikiye ayrılmaktadır. 20. gestasyonel haftadan önceki kayıplar erken gebelik kaybı, 20. gestasyonel haftadan sonraki gebelikler ise geç gebelik kaybı olarak adlandırılmaktadır. Literatürde kadınların %12-24'ünün erken dönem gebelik kaybı deneyimine sahip olduğu belirtilmektedir (Carter ve ark., 2007). Erken gebelik kayıpları kadın hayatının en uzun dönemi olan reproduktif döneminin sık karşılaşılan problemlerinden biridir (Deniz ve ark., 2016). Abortus ve ektopik gebelikler erken gebelik kaybını kapsayan durumlardandır.

### **2.1.1.Abortus**

Abortuslar suprapubik ağrı ve uterin kramplarla ortaya çıkan vajinal kanama ile beraber gebeliğin uterustan atılması, gebeliğe dair bulgu ve semptomların kaybolması olarak tanımlanır (Atasü ve Şahmay, 2001). DSÖ ise gebelik ürününün ağırlığı ve gebelik süreci kriter alınarak, 20. gebelik haftasından önce, 500 gramın altındaki embriyo veya fetüs ve eklerinin tamamının ya da bir kısmının uterustan atılması durumunu abortus olarak tanımlamıştır (Başer ve Güngör, 2006).

Abortusların etiolojisinde fetal nedenler olarak kromozomal anomaliler, malformasyonlar, maternal olarak da enfeksiyonlar, immunolojik faktörler, endokrin bozukluklar, uterus anomalileri ve çevresel faktörler yer almaktadır (Aksin, 2017).

Abortuslar aşağıda belirtildiği gibi sınıflandırılmaktadır:

- 1. Spontan abortus (Kendiliğinden düşük):** 20. gebelik haftasından önce gebeliğin kendiliğinden sonlanmasıdır (Choi ve ark., 2014).
- 2. Habitüel abortus (Tekrarlayan düşük):** Birbirini izleyen en az üç ya da daha fazla gebeliğin 20. gebelik haftasından önce spontan olarak sonlanmasıdır (Özgüven, 2007).
- 3. Septik abortus:** Septik abortus, spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumudur (Ürünsak ve ark., 2007). Genelde enfeksiyon düşüğü takiben gelişmekte ise de, bazılarında düşüğün asıl sebebidir (Cengiz ve Tuğ, 2001).
- 4. İndüklenen abortus (Zorlanan düşük):** Fetal viabilite kazanılmadan gebeliğin tıbbi veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasıdır. İndükleyici düşük elektif

(istenmeyen gebelik nedeniyle anne babanın isteğiyle yasal olarak yapılması) ve terapötik abortus (fetüsün yaşama yeteneğine erişmeden annenin sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması) işlemidir (Başer ve Güngör, 2006; Özgüner, 2007; Taşkın, 2012).

### **2.1.2.Ektopik Gebelikler**

Ektopik gebelik; fertilize ovumun endometriyal kavite dışında herhangi bir dokuya implante olmasıdır ve tüm gebeliklerin %1,9'unda görülür (Lozeau ve Potter, 2005). Üreme çağı, kadınlarda önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Gelişmiş ülkelerde ilk trimester gebeliklerde gebeliğe bağlı ölümlerin en önemli nedenini oluşturmaktadır (Walker, 2007).

Ektopik gebelik insidansı birçok çalışmada farklılık göstermektedir. Hastaların tedavi almak için birden çok merkeze başvurması, hastane kayıtlarının yanlış veya eksik tutulması, hastaneye yatışların azalması gibi nedenler istatistiki verilerin toplanmasını zorlaştırır. Tüm çalışmaların insidansları göz önüne alındığında dikkati çeken ektopik gebelik insidansının gittikçe arttığıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2002-2007 yılları arasında yapılan bir çalışmada ektopik gebelik oranı binde 6,4 olarak bulunmuş olup yaşla birlikte ektopik gebelik görülme sıklığının arttığı izlenmiştir (Hoover ve ark., 2010). Risk faktörleri olarak; geçirilmiş tubal enfeksiyonlar ve operasyonlar, spontan abortuslar, medikal ve cerrahi müdahaleli abortuslar, pelvik inflamatuvar hastalık, geçirilmiş ektopik gebelik, rahim içi araç kullanımı, endometriozis, infertilite, embriyo transferinde fundusa yakın embriyo transfer lokalizasyonu ile karakterizedir (El-Shawarby ve ark., 2004; Özkan, 2019; Yenen ve ark., 2003).

Ektopik gebeliğin en yaygın semptomu adet gecikmesi, vajinal kanama ve karın ağrısıdır (Della-Giustina ve Denny, 2003). Ektopik gebelikte medikal tedavi, cerrahi tedavi veya bekle-gör yönetimi uygulanabilecek yaklaşımlardır. 1980'lerden itibaren laparoskopi, tanı ve tedavi için standart bir yaklaşım olmuştur (Hajenius ve ark., 2007).

### **2.2. Gebelik Kaybına Yönelik Verilen Tepkiler**

İnsan yaşamında çocuk sahibi olmak, özel bir duygudur. Çocuk sahibi olmak, bir aile kurmada ve gelişimsel süreçte ailenin kendine özgü özelliklerini kuşaklar ötesine

aktararak ailenin devamlılığını sağlamada önem taşıyan faktörlerden birisidir. Gebelik süreciyle birlikte ebeveynlerin çocuk sahibi olma arzuları daha da güçlenir (Yıldırım ve Gökyıldız, 2004). Bebek bekleyen anne babalar bebeklerinin yaşamı ile ilgili bir çok hayal kurarlar. Bu bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar. Gebelik kaybı, ebeveynler için trajik bir olaydır ve bebeğin ölümü ile sınırlı olmayıp geleceğe yönelik olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir (Buldukoğlu, 2002). Bir bebeğin düşük, ölü doğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına ailelerin verdikleri tepkiler bireysel farklılıklar göstermekle birlikte ağlama, huzursuzluk, kızgınlık, depresyon, öfke, iştahsızlık ya da aşırı oburluk, uykusuzluk, dikkatini toplayamama, unutkanlık, gelecek için plan yapamama, ağrı, sinirlilik gibi durumlar gelişir. Yapılan çalışmalara göre, gebelik kaybı yaşayan kadınların üzüntü düzeylerinin yüksek olduğu, aktif kederlerinin zamanla azaldığı ancak umutsuzluklarının arttığı, başa çıkmada zorlandıkları ve yaşanan yas, keder, umutsuzluk ve başa çıkmada zorlanmanın gebelik oluşumunu tehdit eden durum varlığında daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Cacciatore, 2010; Flenady ve ark., 2014; Koopmans ve ark., 2013). Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda sıklıkla rastlanan başka bir duygu da suçluluk duygusudur. Suçluluk duygusu yanlış bir hareket yaptığını düşünen insanın kendini affedememesinden kaynaklanan içsel bir duygudur. Bu duygu gebelik sürecinde annenin almış olabileceği teratojenik ajanlarla (ilaç, sigara, alkol kullanımı gibi) ilişkili olabilir. Gebelik kaybı elektif küretaj nedeniyle yaşandığında da kendini suçlama duygusu sık görülmektedir. Genetik bozukluklar nedeniyle bebeğin kaybedildiği olgularda ya da bebekteki anomaliler nedeniyle küretajı tercih eden ebeveynlerde de suçluluk duygusu yoğun yaşanmaktadır (Eisenberk ve Murkoff, 1998).

### **2.3. Yas Süreci**

Yas, herhangi bir kayıp ya da değişime verilen ruhsal yanıttır ve kayıp yaşayan bireyin yaşamının her alanını etkileyen çok boyutlu zor bir süreçtir (Bildik, 2013). Yas, güçlü ve yoğun tepkiler içerir, çoğunlukla uzun vadeli olumsuz sonuçlarla bağlantılı değildir (Love, 2007; Parkes, 2002). Yas tutma süreci, kaybın geri dönüşsüzlüğünün ve sonuçlarının sindirildiği veya hafızaya içselleştirildiği, hayata keyif ve memnuniyetle devam etme kapasitesinin yeniden kazanıldığı bir süreç olarak tanımlanabilir (Shear,

2012). Kayıp karşısında yaşanan yas tutma sürecinde her zaman aşağıdaki temel öğeler göz önünde tutulmalıdır;

- Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem ve acı süreci başlatır.
- Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler.
- Her kayıp, psikolojik gelişim ve yenilenme için bir araç olabilir.
- Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiği, hangi korkuları harekete geçirdiği ve hangi eski acıları tazelediği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır (Öz, 2004).

Bir kaybın yarattığı etki, katlanılabilir bir acı olmaktan duygusal bir felaket olmaya kadar değişiklikler gösterir. Bir kaybı yavaş yavaş kabullenmenin yolu yas tutmaktır (Shear ve Shair, 2005). Worden (1991), bireyin yas sürecini tamamlayabilmesi için yas sürecinin dört görevi olduğunu, bu aşamaları geçmesi gerektiğini, aksi takdirde bu süreçte takılıp kalarak çeşitli psikopatolojiler oluşabileceğini ifade etmektedir. Bu görevler;

- Kayıp gerçeğini kabul etmek,
- Yasın acısı üzerinde çalışmak,
- Kaybedilenin olmadığı ortama uyum sağlamak,
- Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirme ve yaşama devam etme olarak belirtilmiştir (Worden, 1991).

### **2.3.1. Gebelik Kaybında Yas Süreci**

Yas tutan bireylerin ilk önce hissizlik ve şok yaşadığı, daha sonra inanmama ve inkâr etme davranışı geliştirdiği, bunu özlem duyma ve aramanın takip ettiği, son evrede de kabullenme ve düzenlemenin (reorganizasyon) deneyimlendiği dikkat çekmektedir (Kübler-Ross, 2010; Zara, 2011).

Yasın görülmemesi veya gecikmiş yas, kaybedilen çocuğun yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan başka bir patolojik biçimdir ve birey için daha tehlikeli olabilmektedir. Duygularını bastıran anneler duygularını açıkça ifade edenlere göre daha uzun süre patolojik semptomlar göstermektedir (Badenhorst ve Hughes, 2007).

## **2.4.Gebelik Kaybı Sonrası Yaşanabilecek Ruhsal Sorunlar**

Gebelik kaybı sonrası kadınların %48-51'inin psikiyatrik hastalık yaşadığı literatürde ifade edilmektedir (Athey ve Spielvogel, 2000). Depresyon ve anksiyete gebelik kaybını takiben ilk hafta ya da ilk ayda görülen en yaygın tepkilerdir. Bunların yanı sıra erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB) geliştiği de tespit edilmiştir (Bowles ve ark., 2000).

### **2.4.1.Anksiyete**

Anksiyete içsel ya da dış dünyadan bir tehlike olasılığı sonucu ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan duygu durumudur (Cloitre ve ark., 2004). Anksiyete bozukluklarına kadınların yaşam döngüsü içerisinde yaşadıkları değişimler onları erkeklere göre daha yatkın hale getirmektedir (Kaya Zaman ve ark., 2018). Ruh sağlığı alanındaki gelişmelerin ışığında çeşitli ruhsal sorunlar, doğurganlık sürecinde görülebileceği gibi gebelik kaybı da kadınlarda anksiyeteye sebep olabilecek bir durumdur. Yapılan çalışmalarda kadınların gebelik kaybı gibi üzücü sonla karşı karşıya kalmalarıyla fobik anksiyete veya obsesif kompulsif gibi anksiyete bozukluklarının geliştiği bildirilmiştir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Farren ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada ektopik gebelik yaşayan kadınlarda %25 oranında, abortus yapan kadınlarda ise %34 oranında orta / şiddetli düzeyde anksiyete semptomları görüldüğü belirtilmiştir.

### **2.4.2.Posttravmatik Stres Bozukluğu**

Travmatik olay, insanın fiziksel bütünlüğünü, yaşantısını, sevdiklerini, dünya ve insanlara olan inançlarını tehdit eden olaylar olarak değerlendirilmektedir (Zara, 2011). Travmatik olay sonucunda, bireyin yaşantısında fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutlarda değişimler meydana gelebilmektedir. Kişinin karşılaştığı, stres verici bir olay ile baş edebilme kapasitesi arasında bir dengesizlik ortaya çıktığında travmayla ilişkili anksiyete bozukluğu, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi ruhsal problemler ortaya çıkmaktadır. PTSD, ağır bir psikolojik travma sonrasında ortaya çıkan, travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması, olayı hatırlatan uyarlardan kaçınma ve uykuya dalma güçlüğü, sinirlilik, kolay irkilme, düşüncelerini yoğunlaştırmada güçlük gibi uyarılmada artış belirtileriyle seyreden kronik bir rahatsızlıktır (Eren Koçak ve Kılıç, 2017).



Gebelik sürecinde bebeğin kaybedilmesi de travmatik bir olaydır. Bir kadın bebeğini düşünmeye başladığı ya da ultrasonda bebeğin görüntülerini gördüğü andan itibaren, hem fiziksel hem de duygusal olarak bebeğe bağlanmaktadır. PTSD, özellikle fetal hareketlerin hissedilmesinden sonra gebelik kaybı yaşayan kadınlarda daha yaygın görülebilmektedir (Buldukoğlu, 2002). Gebelik kaybı sonrası yaşanan ruhsal sorunlar, kadının daha sonraki gebelik sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir (Caelli ve ark., 2002).

#### **2.4.2.1. Posttravmatik Stres Bozukluğunun Etyolojisi**

Literatürde PTSD yaygınlığının %6,2-23 aralığında olduğu belirtilmektedir (Sharan ve ark., 1996; Weis ve Grunert, 2004). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınlarda PTSD görülme oranı erkeklere göre iki kat daha fazladır (Hapke ve ark., 2006). Yapılan bir çalışmada yaşam boyu travma sıklığının kadınlarda %12,5, erkeklerde ise %6,2 olduğu belirlenmiştir (Weis ve Grunert, 2004). Kadın cinsiyetine özgü olan gebelik dönemi PTSD gelişimi açısından risk taşımaktadır ve bu dönemde yaşanabilecek gebelik kaybı gibi bir komplikasyon, PTSD gelişimine sebep olmaktadır. Literatürde gebelik kaybı yaşayan kadınların yüksek düzeyde posttravmatik stres bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (Keten ve ark., 2015). Bowles ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları bir çalışmada kadınlarda erken gebelik kaybı sonrasında %39 oranında PTSD geliştiği tespit edilmiştir. Coleman ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir çalışmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğunun %52,5, geç gebelik kaybı yaşayan kadınlarda ise bu oranın %67,4 olduğu saptanmıştır. Farren ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada ektopik gebelik yaşayan kadınlarda %25 oranında, abortus yapan kadınlarda ise %38 oranında PTSD saptanmıştır.

#### **2.4.2.2. Posttravmatik Stres Bozukluğunun Risk Faktörleri**

PTSD gelişimine travmatik bir olay neden olmakla birlikte, aynı travmatik olayı yaşayan bireylerin bazılarında PTSD'nin görülmesi bazılarında ise görülmemesi, hastalığın ortaya çıkışında birçok faktörün rol aldığını göstermektedir. Bu farklılığa yol açan bireysel, biyolojik ve sosyokültürel risk faktörleri bulunmaktadır (Aker ve Önen, 2006). Bireysel faktörler arasında kadın olmak, yaş, kişilik yapısı, lise ve altında eğitim düzeyine sahip olmak, geçirilmiş psikiyatrik bozukluk, travmatik olaylara

tanıklık etme olasılığı bulunan meslek gruplarında yer almak, genetik yatkınlık, travma veya travmaya bağlı kayıp yaşamak, çocuklukta davranış sorunları yaşamak ve madde kullanımı yer almaktadır (Bolu ve ark., 2014). Stres hormonu olan kortizol düzeyinin yükselmesi ve hipokampus alanı ise biyolojik risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sosyokültürel risk faktörleri arasında ise; destekleyici olmayan ve negatif bir sosyal çevrede, çatışmaların ve doğal afetlerin yaşandığı, sosyal güvenlik ve destek sistemlerinin zayıf olduğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşamak yer almaktadır (Özgen ve Aydın, 1999).

#### **2.4.2.3. Posttravmatik Stres Bozukluğunda Tedavi**

PTSB tedavisinde eğitim, destekleyici terapi, bilişsel davranışçı terapi ve psikofarmakolojiyi içeren çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir. Travmatik olaydan her birey aynı oranda etkilenmemektedir. Bu nedenle travmanın etkilerinin giderilmesi için bireye özgü tedavi yaklaşımları planlanmalıdır. PTSD tedavisinde farmakolojik tedaviler ve çeşitli psikoterapi yaklaşımları kullanılmaktadır. Belirtilerin şiddetli olmadığı durumlarda öncelikle psikoterapi, daha şiddetli olduğu durumlarda ise ilaç ve psikoterapinin birlikte uygulanması gerekmektedir (Aker ve Önen, 2006). Gevşeme ve nefes egzersizleri, anksiyete ile baş etme yöntemleri ve maruz bırakma tekniği en yaygın kullanılan psikoterapötik yöntemlerdir. 1997-2007 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmaları kapsayan bir metaanaliz çalışmasına göre gevşeme egzersizi eğitimi, kaygı semptomlarının tedavisinde kontrol gruplarına kıyasla daha etkili bulunmuştur (Manzoni ve ark., 2008). Bilişsel davranışçı terapide kullanılan bu tekniklerin kullanılmasının amacı, travmaya maruz kalan kişiyi, sistematik bir şekilde yüz yüze getirerek anksiyete ile başa çıkma yöntemlerini öğretmek, kaçınma davranışlarını ortadan kaldırmak ve kontrol duygusunu yeniden kazandırmaktır (Aker ve Önen, 2006). İlaç tedavisinin amacı uykuyu düzenlemek, zorlayıcı düşünceleri, kabusları ve aşırı uyarılmayı azaltmak, depresyonu düzeltmek, kendine zarar verme davranışını azaltmak, psikotik belirtileri yatıştırmaktır. İlaç tedavisinde yaygın olarak antidepresanlar kullanılmaktadır (Aker, 2006).

#### **2.5. Gebelik Kaybı Sonrasında Ebenin Sorumlulukları**

Gebelik öncesinde ve gebelik süresince gebelere bakım veren ve iletişimde bulunan sağlık profesyonellerinden biri ebelerdir ve en erken dönemde gebelikteki riski

tanıyarak ve önlemler alarak anne ve bebeğin sağlığını korumak ebelerin görev ve sorumluluğudur (Taşkın, 2011). Bu aşamada yapılacak ebelik yaklaşımları aşağıda belirtilmiştir:

**İyileşme sürecini hızlandırmak için birey ve yakınlarından veri toplanması:** Gebelik kaybı sonrası yaşanan ruhsal sorunlar, kadının daha sonraki gebelik sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir (Caelli ve ark., 2002). Bu gibi durumlarda etiyojoloji ve risk faktörlerini iyice belirleyip önlemler almak, ileride başarılı doğumlar için sorunlara müdahalede önemlidir. Bu sebeple ailenin gelecekte planladıkları gebeliklerde de aynı sorunların yaşanmaması için iyi bir değerlendirme, risk analizi ve tedavi planı önemlidir (Feodor Nilsson ve ark., 2014). Gebe değerlendirilirken bütüncül yaklaşımla eř ve yakın aile bireyleri de değerlendirmeye dahil edilmelidir (Körükçü ve Kukulu, 2010).

**Sosyal destek sistemlerinin tanımlanması:** Gebeliğin herhangi bir döneminde bebeğin kaybedilmesiyle akut stresin arttığı durumlarda destek mekanizmalarının etkili olmaması, bireyin anksiyete ve stres ile yeterince baş edememesi posttravmatik stres bozukluğu yaşanmasına neden olabilmektedir (Corbet-Owen ve Kruger, 2001). Gebelik kaybı yaşayan bireylere fiziksel, ruhsal ve sosyal destek vermek, hem gebenin hem de ailesinin iyilik hali için oldukça önemlidir (Körükçü ve Kukulu, 2010). Bu nedenle sağlık profesyonelleri, kadının aile, arkadaş ve eř desteği gibi desteklerini kullanmasında yardımcı olmalıdır.

**Travmatik olay sonrasında yaşanan duygu ve tepkilerin farkında olunması:** Kadına bakım ve destek sağlanarak, eğitim ve danışmanlık yapılarak travmatik olaya karşı gösterilen tepkiler fark edilmeli ve kontrol altına alınmalıdır (Oflaz, 2008; Townsend, 2015; Varcarolis ve Halter 2010).

**Bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade edebilmeleri konusunda cesaretlendirilmesi:** Ebeler, gebelik kaybı ile yaşanabilecek stresler konusunda duyarlı olmalı, bireyleri duygu ve deneyimlerini paylaşması konusunda desteklemelidir (Kavanaugh ve Hershberger, 2005).

**Güvenli çevre oluşturulması:** PTBS'yi önlemenin yollarından biri travma yaratan olayların sıklığını azaltmaktır. Bu nedenle kadının travmanın yaşandığı ortam ve durumlardan uzak durması sağlanmalıdır. Kadının zarar görmesinin engellendiği,

kendini ifade edebildiği, otonomisinin desteklendiği ve fizyolojik gereksinimlerinin düzenli olarak karşılandığı, aile üyeleri ile birlikte oldukları bir ortam sağlanmalıdır (Oflaz, 2008; Varcarolis ve Halter, 2010; Yüksel, 2009).

**Baş etme stratejilerinin tanımlanması ve geliştirilmesi:** Gebelik kaybı yaşayan kadınların strese bağlı olarak problem çözme yeteneği zayıflar ve stresle başa çıkmada zorluk yaşayabilirler (Taşkın, 2011). Bu nedenle kayıp yaşayan bireylerin stres ve anksiyeteye yönelik gösterdiği tepkilerin incelenmesi, etkin baş etme tekniklerinin kullanılması yönünde bireylerin desteklenmesi ebelerin önemli sorumlulukları arasındadır (Körükçü ve Kukul, 2010).

**Bilişsel davranışçı tedavi almasının desteklenmesi:** Gevşeme ve nefes egzersizleri, anksiyete ile baş etme yöntemleri ve maruz bırakma tekniği en yaygın kullanılan psikoterapötik yöntemlerdir (Manzoni ve ark., 2008). Psikolojik tedaviler arasında etkili olduğu gösterilen bilişsel davranışçı tedavi alması konusunda kadına destek olunmalıdır.

**Kadının kendisine zarar verici düşünce ve davranışlarının değerlendirilmesi:** Travma sonrasında genellikle umutsuzluk, değersizlik, çaresizlik ve suçluluk duyguları nedeniyle intihar riski yüksektir. Kadının bu duygularını ifade etmesi sağlanmalı, kendisine zarar vermeye yönelik düşünceleri açıkça konuşulmalı ve risk faktörleri en aza indirilmelidir (Towsend, 2015; Varcarolis ve Halter, 2010). Yapılan psiko-sosyal değerlendirmeler sonucunda riskli ve tedavi edilmesi gereken kadınların ilgili merkezlere yönlendirilmesi yapılmalı, tedavisi ve takibi sağlanmalıdır.

**Antenatal bakım hizmetlerinin artırılması:** Antenatal bakım hizmetlerinin artırılması ile gebelikteki riskli durumlar erken dönemde saptanarak gebeliğin, anne ve fetus açısından sağlıklı bir şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca gebelik kaybı yaşayan kadınların ruhsal sorunlarının saptanması, yaşadıkları güçlüklerle baş etmede kullandığı stratejilerin belirlenmesi kadının ve sonraki gebelikler için fetüsün fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından önemlidir (Arslan ve ark., 2019; Dağlar ve ark., 2015).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

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

Araştırmanın uygulaması Sivas ili şehir merkezinde bulunan T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'nde yapılmıştır. Gebe ve Jinekoloji Servisi 26 yataklı bir servistir. Serviste riskli gebeliklerin (erken doğum tehdidi, erkem membran rüptürü, pelvik ağrı, ektopik gebelik, abortus vb.) yatışı yapılmaktadır. Serviste hasta odaları dışında riskli gebelikler için Nonstress Test (NST) odası, tanısal ve terapötik küretajlar için müdahale odası, hemşire tedavi odası ve hemşire dinlenme odası bulunmaktadır. Serviste 8 ebe, 4 hemşire ve 1 tıbbi sekreter çalışmaktadır.

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

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne erken gebelik kaybı tanısı ile yatan kadınlar oluşturmuştur. 01 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında erken gebelik kaybı tanısıyla 320 kişinin Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne yatışı olmuştur. Araştırmanın örneklemini Gebe ve Jinekoloji Servisi'nde yatan erken gebelik kaybı yaşayan (<20 hafta) kadınlar oluşturmuştur. "Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi" adlı çalışma referans alınarak yapılan G power güç analizinde;  $\alpha=0,05$ ,  $p=0,95$  güç ve 0,02'lik kabul edilebilir fark için örneklem büyüklüğü 132 olarak belirlenmiştir (Keten ve ark., 2015). Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan, erken gebelik kaybı yaşayan 132 kadın araştırmaya dahil edilmiştir.

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

- Erken gebelik kaybı (<20 hafta) yaşayan (ektopik gebelik ve abortus) ve hastanede yatan,
- Türkçe konuşabilen ve iletişim kurulabilen,
- Araştırmaya katılmada gönüllülük gösteren kadınlar araştırmaya alınmıştır.

### **3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

#### **Bağımlı Değişkenler**

Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği puanları bağımlı değişkeni oluşturmuştur.

#### **Bağımsız Değişkenler**

Gebelerin yaş, eğitim, çalışma durumu, aile tipi, yerleşim yeri, gelir giderini algılama durumu, genel sağlık durumu, ailede destek olan kişinin varlığı, sigara kullanma durumu, gebeliği isteme ve planlı olma durumu, gebelik takiplerini yaptırma durumu ve gebeliğin oluş şekli gibi özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

### **3.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veriler, Kişisel Bilgi Formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği ile toplanmıştır.

#### **3.5.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan formda, kadınların yaşı, evlilik yılı, mesleği, eğitimi, eşin eğitimi, eşin çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, yerleşim yeri, gelir giderini ve genel sağlık durumunu algılama, ailede destek olan kişinin varlığı, sigara kullanımı, tanı konulan ruhsal ve fiziksel hastalığın varlığı gibi 15 soru, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, abortus sayısı, dilatasyon küretaj sayısı, gebeliğin sonlandığı hafta, gebeliğin ne zaman sonlandığı, gebeliğin sonlandırılma sebebi, gebelikte karşılaşılan sorunlar, gebeliğin istenmesi, planlı gebelik olup olmadığı, gebelik takiplerini düzenli yaptırma durumu, gebeliğin oluş şekli gibi 9 soru, genel olarak kaygı durumu ve genellikle stresle başatma yaklaşımlarını sorgulayan 2 soru olmak üzere toplam 26 soru bulunmaktadır (Ek 1).

#### **3.5.2. Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV)**

Araştırmada Posttravmatik Stres Bozukluğu tanısında kullanılan “Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu (PTSBSL-SV)”, kullanılmıştır. Ölçek ilk kez Weathers ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe versiyonunun

geçerlilik ve güvenilirliği Kocabaşoğlu ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. On yedi maddelik ölçekteki yanıtlar “hiç yok” ile “aşırı derecede” arasında değişir ve 0-4 arasında puanlandırılır. Toplam puan 0-68 arasındadır. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması posttravmatik stres bozukluğunun yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe versiyonda kesim değeri olarak 23 kullanıldığında sensitivite %76 ve spesifisite %78 olarak ve iç tutarlık katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (Kocabaşoğlu ve ark., 2005). Bu araştırmada ise Cronbach Alpha katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur (Ek 2).

### **3.5.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DKE-SKE)**

Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilen envanter, kısa değerlendirilmelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir. Envanterin Türkiye’deki geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Lecompte tarafından (1983) yapılmıştır. DKE likert tipinde olup “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen, SKE ise “Hemen hemen hiç bir zaman” ve “Hemen her zaman” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanter toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. DKE 20 maddeden oluşmaktadır ve bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. SKE ise 20 maddeden oluşmakta ve bireyin içinde bulunduğu koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini ifade etmesini gerektirir. DKE ve SKE’inde doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getiren iki tür ifade vardır. DKE’inde 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddeler, SKE’inde ise 21,26,27,30,33,36 ve 39. maddeler tersine puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyesini, düşük puanlar düşük kaygı seviyesini ifade eder. Envanterin geçerlik güvenilirlik çalışmasında DKE için Cronbach Alpha katsayısı 0,94 ile 0,96, SKE için 0,83 ile 0,87 arasındadır (Öner ve Lecompte, 1983). Bu çalışmada ise DKE için Cronbach Alpha katsayısı 0,96, SKE için 0,91 olarak bulunmuştur (Ek 3).

### **3.5.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Ölçeği (SBÇTÖ)**

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen ölçek, Hisli Şahin ve Durak (1995) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin “kendine güvenli”, “iyimser”, “çaresiz”, “boyun eğici yaklaşım”, ve “sosyal destek arama yaklaşımı” adı verilen 5 alt boyutu bulunmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek, 0-3 arası puanlanmaktadır. Her alt

boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Ölçeğin değerlendirmesinde; kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı alt boyutlarından elde edilen puanlar arttıkça stresle başa çıkmanın etkili olduğu; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım boyutlarından elde edilen puanların artması ise stresle başa çıkmada etkisiz yöntemlerin kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları:

**Kendine Güvenli Yaklaşım:** Yedi maddeden (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26) oluşan bu alt boyutta, problemin önemi ve çözüm seçeneklerini değerlendirme; çözümde planlı ve temkinli olma; durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı ve bilinçli çabalar vurgulanmaktadır. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında alt boyutun iç tutarlılığı 0,80 olarak bulunmuştur. Bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri 0,82'dir.

**İyimser Yaklaşım:** Beş maddeden (2, 4, 6, 12, 18) oluşan bu alt boyut, olaylara daha hoş görülme ve iyimser bakmayı, sorunları daha sakin ve gerçekçi bir şekilde değerlendirmeyi yansıtır ve hem probleme hem de duygulara yöneliktir. Geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki iç tutarlılığı 0,68, bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri 0,72'dir.

**Çaresiz Yaklaşım:** Sekiz maddeden (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) oluşmaktadır. Olaylar ya da sorunlar karşısında enerjinin büyük bir kısmını problemi çözmeye değil, duygulara ve başka kaynaklara dayandırmayı ifade eder. Geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki iç tutarlılığı 0,73, bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,77'dir.

**Boyun Eğici Yaklaşım:** Altı maddeden (5, 13, 15, 17, 21, 24) oluşan bu alt boyut; kaderci bir yaklaşımla kendini çaresiz hissetmeyi ve çözümü doğüstü güçlerde aramayı vurgular. Geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki iç tutarlılığı 0,70, bu çalışmadaki Cronbach Alpha değeri 0,40'dir.

**Sosyal Destek Arama Yaklaşımı:** Dört maddeden (1, 9, 29, 30) oluşan bu alt boyut; sorunları başkaları ile paylaşmak ve çözüm için başkalarından yardım istemek gibi sosyal destek aramanın probleme ve duygulara yönelik olduğuna vurgu yapar. Geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki iç tutarlılığı 0,47, bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,51'dir (Hisli Şahin ve Durak, 1995) (Ek 4).



### **3.6. Ön Uygulama**

Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan soruların anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek amacıyla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama 10 erken gebelik kaybı yaşayan kadına yapılmış ve ön uygulamadan sonra Kişisel Bilgi Formu'nda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan bu kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma kriterlerini karşılayan kadınlar ile tanışılarak çalışmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden erken gebelik kaybı yaşayan kadınlara araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu, PTSDC-CV, DKE, SKE ve SBÇTÖ yüz yüze görüşme yöntemi ve öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Görüşmeler erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar ile taburculuk öncesi dönemde hasta odasında, kendilerini iyi hissettikleri zamanlarda yapılmıştır. Araştırma verileri, 01 Ağustos 2018-30 Mart 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Formların doldurulması 20-30 dakika sürmüştür.

### **3.8. İstatistiksel Yöntem**

Araştırmadaki veriler SPSS 22,0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verinin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Varyans homojenliği Levene testi ile test edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler dağılımı, normal dağılım sağlandığında ortalama ve standart sapma, normal dağılım sağlanmadığında ise medyan (min-max) değeri kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede normal dağılım gösteren veriler için iki grup karşılaştırmalarında bağımsız iki örneklem t testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi (Anova), normal dağılım göstermeyen veriler için iki grup karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiş, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  anlamlı olarak alınmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırma yapılmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (Karar no: 2018-01 / 03) (Ek 6) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (Sayı no: 93848782 / 799) (Ek 7) alınmıştır. Kadınlara araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş olur formunun okunması sağlanmıştır. Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırma, erken gebelik kaybı yaşayan gebeleri kapsamakta olup, elde edilen sonuçlar tüm gebelere genellenemez.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=132)

Özellikler	n (%)
<b>Yaş</b> (ort: 30,47±5,90)	
18-25	29 (22,0)
26-35	69 (52,3)
36-42	34 (25,8)
<b>Eğitim durumu</b>	
İlkokul-Ortaokul	22 (16,7)
Lise	74 (56,1)
Üniversite ve üzeri	36 (27,3)
<b>Çalışma durumu</b>	
Çalışmıyor	83 (62,9)
Çalışıyor	49 (37,1)
<b>Aile tipi</b>	
Çekirdek	118 (89,4)
Geniş	14 (10,6)
<b>Yerleşim yeri</b>	
İl	78 (59,1)
İlçe	54 (40,9)
<b>Gelir gider durumu</b>	
Gelir giderden az	27 (20,5)
Gelir gidere eşit	93 (70,5)
Gelir giderden fazla	12 (9,1)
<b>Genel sağlığı değerlendirme</b>	
İyi	43 (32,6)
Orta	89 (67,4)
<b>Ailede destek kişi</b>	
Yeterli	60 (45,5)
Kısmen yeterli	72 (54,5)
<b>Sigara kullanma durumu</b>	
Kullanıyor	38 (28,8)
Kullanmıyor	94 (71,2)

Tablo 1’de erken gebelik kaybı yaşıyan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmadaki kadınların yaş ortalaması  $30,47 \pm 5,90$  ve %52,3’ü 26-35 yaş aralığındadır. Kadınların %56,1’inin lise mezunu olduğu, %62,9’unun çalışmadığı, %89,4’ünün çekirdek ailede yaşadığı ve %59,1’inin il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Kadınların, %70,5’i gelir giderinin eşit olduğunu, %67,4’ü sağlık durumunu orta düzeyde algıladığını, %54,5’i ailedeki destek durumunu kısmen yeterli bulduğunu ve %71,2’si sigara kullanmadığını belirtmiştir.



**Tablo 2:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=132)

Özellikler	n (%)
<b>Gebelik sayısı (ort: 2,80±1,33)</b>	
Bir	26 (19,7)
İki-yedi	106 (80,3)
<b>Canlı doğum sayısı</b>	
Hiç yok	69 (52,3)
Bir	24 (18,2)
İki-dört	39 (29,5)
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>	
Hiç yok	73 (55,3)
Bir	20 (15,2)
İki-dört	39 (29,5)
<b>Gebeliği isteme durumu</b>	
Evet	91 (68,9)
Hayır	41 (31,1)
<b>Planlı gebelik</b>	
Evet	82 (62,1)
Hayır	50 (37,9)
<b>Gebelik takiplerini yaptırma</b>	
Evet	111 (84,1)
Hayır	21 (15,9)
<b>Gebeliğin oluş şekli</b>	
Doğal yolla	101 (76,5)
Tıbbi yardım	31 (23,5)
<b>Gebelikte yaşanan sorun</b>	
Sorun yok	71 (53,9)
İlaç kullanma /Röntgen çekirme	36 (27,2)
Enfeksiyon	16 (12,1)
Psikolojik	9 (6,8)

Tabo 2’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması  $2,80\pm 1,33$  ve %80,3’ü iki-yedi arasında gebelik geçirmiştir. Araştırmadaki kadınların %52,3’ünün hiç canlı doğumu, % 55,3’ünün hiç yaşayan çocuğu yoktur. Katılımcıların %68,9’u gebeliğini istediğini, %62,1’i gebeliğinin planlı olduğunu, %84,1’i gebelik takiplerini yaptırdığını, %76,5’i gebeliğinin doğal yolla gerçekleştiğini ve %53,9’u gebeliği süresince herhangi bir sorunu olmadığını belirtmiştir.



**Tablo 3:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliğin Sonlanma Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı (n=132)

<b>Özellikler</b>		<b>n (%)</b>
<b>Gebeliğin sonlandığı hafta</b>	Dört-Sekiz	68 (51,5)
	Dokuz-On iki	64 (48,5)
<b>Görüşme öncesi gebeliğin sonlanma saati</b>	Bir-iki	37 (28,0)
	Üç-dört	71 (53,8)
	Beş-sekiz	24 (18,2)
<b>Gebeliğin sonlanma nedeni</b>	Fetal nedenler	38 (28,8)
	Maternal nedenler	94 (71,2)

Tablo 3’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların gebeliğin sonlanma durumu ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Kadınların %51,5’inin gebeliğinin dört-sekiz hafta arasında ve %53,8’inin üç dört saat önce sonlandığı, %71,2’sinin maternal nedenlerle gebeliğinin sonlandığı saptanmıştır.

**Tablo 4:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Kaygı ve Stres ile Baş Etme Düzeylerine Yönelik Özelliklerinin Dağılımı (n=132)

<b>Özellikler</b>	<b>n (%)</b>
<b>Genel kaygı düzeyi</b>	
Kaygılı	46 (34,8)
Kısmen kaygılı	56 (42,4)
Kaygılı değil	30 (22,7)
<b>Genel stresle baş etme düzeyi</b>	
Olumlu	40 (30,3)
Kısmen olumlu	61 (46,2)
Olumsuz	31 (23,5)

Tablo 4’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların genel kaygı ve stres ile baş etme düzeylerine yönelik özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Erken gebelik kaybı yaşayan kadınların %42,4’ü genelde kısmen kaygılı olduklarını, %46,2’si de genelde stresle baş etmede kısmen olumlu baş etmeleri kullandıklarını belirtmişlerdir.



**Tablo 5:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puan Ortalamaları (n=132)

Ölçekler	Min-Max	M±SD
<b>PTSBSL-SV toplam</b>	4-60	29,25±14,35
<b>DKE toplam</b>	21-78	55,45±16,39
<b>SKE toplam</b>	21-71	47,23±12,75
<b>SBÇTÖ Alt Boyutları</b>		
<b>Kendine güvenli yaklaşım</b>	5-21	13,65±4,05
<b>İyimser yaklaşım</b>	2-15	9,33±2,96
<b>Çaresiz yaklaşım</b>	0-23	12,66±5,11
<b>Boyun eğici yaklaşım</b>	2-15	8,17±2,75
<b>Sosyal destek arama yaklaşımı</b>	3-12	8,43±2,00

\*p<0,05; PTSBSL-SV=Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; DKE=Durumluk Kaygı Envanteri; SKE=Sürekli Kaygı Envanteri; SBÇTÖ=Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Tablo 5’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV, DKE, SKE ve SBÇTÖ puan ortalamaları verilmiştir. Erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV puan ortalaması 29,25±14,35 (min:4; max:60), DKE puan ortalaması 55,45±16,39 (min:21; max:78) ve SKE puan ortalaması 47,23±12,75 (min:21; max:71)’dir.

SBÇTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması 13,65±4,05 (min:5; max:21), iyimser yaklaşım puan ortalaması 9,33±2,96 (min:2; max:15), çaresiz yaklaşım puan ortalaması 12,66±5,11 (min:0; max:23), boyun eğici yaklaşım puan ortalaması 8,17±2,75 (min:2; max:15) ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması 8,43±2,00 (min:3; max:12) olarak saptanmıştır.

**Tablo 6:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Belirtilerinin Dağılımı (n=132)

<b>PTSBSL-SV</b>	<b>n (%)</b>
<b>≤23</b>	49 (37,1)
<b>≥24</b>	83 (62,9)

PTSBSL-SV=Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

Tablo 6’da erken gebelik kaybı yaşayan kadınların posttravmatik stres bozukluğu belirtilerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirti düzeyi %62,9 olarak bulunmuştur.

**Tablo 7:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu ile Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puanları Arasındaki İlişki (n=132)

	<b>PTSBSL-SV toplam</b>	
	<b>r</b>	<b>p</b>
<b>DKE toplam</b>	0,692*	0,001
<b>SKE toplam</b>	0,752*	0,001

r=Spearman korelasyon katsayısı; PTSBSL-SV=Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; DKE=Durumluk Kaygı Envanteri; SKE=Sürekli Kaygı Envanteri

\*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 7’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV puanları ile DKE ve SKE puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda PTSBSL-SV puanları ile DKE ( $r=0,692$ ;  $p=0,001$ ) ve SKE ( $r=0,752$ ;  $p=0,001$ ) puanları arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de artmaktadır.

**Tablo 8:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki (n=132)

SBÇTÖ alt boyutları	PTSBSL-SV toplam	
	r	p
Kendine güvenli yaklaşım	-0,550*	0,001
İyimser yaklaşım	-0,370*	0,001
Çaresiz yaklaşım	0,579*	0,001
Boyun eğici yaklaşım	0,539*	0,001
Sosyal destek arama yaklaşım	-0,246*	0,005

r=Spearman korelasyon katsayısı; PTSBSL-SV=Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; SBÇTÖ= Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

\*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 8’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV puanları ile SBÇTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Kadınların PTSBSL-SV puanları ile SBÇÖ’nin alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım ( $r=-0,550$ ;  $p=0,001$ ) ve iyimser yaklaşım ( $r=-0,370$ ;  $p=0,001$ ) puanları arasında orta düzeyde, sosyal destek arama yaklaşımı puanları arasında ( $r=-0,246$ ;  $p=0,005$ ) zayıf düzeyde negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. PTSBSL-SV puanları ile çaresiz yaklaşım ( $r=0,579$ ;  $p=0,001$ ) ve boyun eğici yaklaşım ( $r=0,539$ ;  $p=0,001$ ) puanları arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar posttravmatik stres bozukluğu belirtileri azaldıkça kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden stresle daha fazla olumlu başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır. Posttravmatik stres bozukluğu belirtileri arttıkça da çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden stresle daha fazla olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır.

**Tablo 9:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Sağlık Durumunu Değerlendirmesine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

Özellikler	PTSBSL-SV Medyan (min-max)	DKE Medyan (min-max)	SKE Medyan (min-max)
<b>Genel sağlık durumunu</b>			
İyi	18,00 (4-52)	44,00 (23-77)	36,00 (21-67)
Orta	33,00 (5-60)	66,00 (21-78)	52,00 (24-71)
MU / p	1257,000 / <b>0,001*</b>	932,000 / <b>0,001*</b>	945,500 / <b>0,001*</b>

\*p<0,05; MU = Man-Whitney U test; PTSBSL-SV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; DKE; Durumluk Kaygı Envanteri; SKE; Sürekli Kaygı Envanteri

Tablo 9’da erken gebelik kaybı yaşayan kadınların genel sağlık durumunu değerlendirmesine göre PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Genel sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamaları iyi düzeyde değerlendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p<0,05).

**Tablo 10:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

Özellikler	PTSBSL-SV Medyan (min-max)	DKE Medyan (min-max)	SKE Medyan (min-max)
<b>Canlı doğum sayısı</b>			
Hiç yok	34,00 (5-60)	65,00 (23-78)	51,00 (27-71)
Bir	24,50 (7-59)	67,00 (23-76)	53,00 (24-69)
İki ve üzeri	18,00 (4-53)	42,00 (21-77)	40,00 (21-68)
KW / p	8,035 / <b>0,018*</b>	14,917 / <b>0,001*</b>	9,898 / <b>0,007*</b>
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>			
Hiç yok	34,00 (5-60)	65,00 (23-78)	51,00 (27-71)
Bir	24,50 (8-58)	67,00 (23-76)	53,00 (24-69)
İki ve üzeri	18,00 (4-53)	42,00 (21-77)	40,00 (21-68)
KW / p	7,371 / <b>0,025*</b>	14,770 / <b>0,001*</b>	9,875 / <b>0,010*</b>
<b>Abortus sayısı</b>			
Hiç yok	17,50 (11-24)	53,00 (48-58)	38,50 (33-44)
Bir	19,00 (4-59)	49,00 (21-75)	43,00 (23-69)
İki	37,00 (5-60)	67,00 (26-87)	54,00 (21-71)
KW / p	23,558 / <b>0,001*</b>	23,183 / <b>0,001*</b>	18,078 / <b>0,001*</b>
<b>Gebelik takiplerini yaptırma</b>			
Evet	32,00 (4-60)	64,00 (21-78)	50,00 (27-71)
Hayır	18,00 (6-38)	39,00 (23-71)	32,00 (21-65)
MU / p	689,000 / <b>0,003*</b>	590,500 / <b>0,001*</b>	598,500 / <b>0,001*</b>
<b>Gebeliğin oluş şekli</b>			
Doğal	26,00 (4-60)	56,00 (21-77)	47,00 (21-71)
Tıbbi yardım	37,00 (8-51)	68,00 (44-78)	57,00 (29-69)
MU / p	1014,500 / <b>0,003*</b>	836,500 / <b>0,001*</b>	934,000 / <b>0,001*</b>

\*p<0,05; MU = Man-Whitney U test; KW = Kruskal Wallis test; PTSBSL-SV= Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; DKE; Durumluk Kaygı Envanteri; SKE; Sürekli Kaygı Envanteri

Tablo 10’da erken gebelik kaybı yaşıyan kadınların bazı obstetrik özelliklerine (canlı doğum, yaşıyan çocuk ve abortus sayısı, gebelik takiplerini yaptırma ve gebeliğın oluş şekli) göre PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı görölmektedir. Canlı doğumu ve yaşıyan çocuğu hiç olmayan, iki tane abortusu olan, gebelik takiplerini yaptıran ve tıbbi yardım ile gebe kalan erken gebelik kaybı yaşıyan kadınlarda PTSBSL-SV puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

Bir canlı doğumu ve yaşıyan çocuğu olan, iki tane abortusu olan, gebelik takiplerini yaptıran ve tıbbi yardım ile gebe kalan erken gebelik kaybı yaşıyan kadınlarda DKE ve SKE puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 11:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliği İsteme ve Planlı Gebelik Durumuna Göre Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

Özellikler	PTSBSL-SV X±SS	DKE X±SS	SKE X±SS
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>			
Evet	35,59±11,77	63,61±10,57	52,39±10,39
Hayır	15,17±8,24	37,34±11,85	35,78±9,70
t / p	11,445 / <b>0,001*</b>	12,714 / <b>0,001*</b>	8,669 / <b>0,001*</b>
<b>Planlı gebelik durumu</b>			
Evet	35,95±11,45	64,47±10,31	53,28±10,21
Hayır	18,26±11,65	40,66±13,53	37,32±10,03
t / p	8,517 / <b>0,001*</b>	11,411 / <b>0,001*</b>	8,765 / <b>0,001*</b>

\*p<0,05; t = Bağımsız Örneklem t testi; PTSBSL-SV = Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu; DKE; Durumluk Kaygı Envanteri; SKE; Sürekli Kaygı Envanteri

Tablo 11’da erken gebelik kaybı yaşayan kadınların gebeliği isteme ve planlı gebelik durumuna göre PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Gebeliğini isteyen ve planlı gebeliği olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda PTSDC-CV, DKE ve SKE puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (p<0,05).



**Tablo 12:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Genel Sağlık Durumunu Değerlendirmesine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

Özellikler	Kendine güvenli yaklaşım Medyan (min-max)	İyimser yaklaşım Medyan (min-max)	Çaresiz yaklaşım Medyan (min-max)	Boyun eğici yaklaşım Medyan (min-max)	Sosyal destek arama yaklaşımı Medyan (min-max)
<b>Genel sağlık durumunu</b>					
İyi	15,00 (7-21)	10,00 (2-15)	10,00 (2-22)	7,00 (2-15)	8,00 (4-12)
Orta	13,00 (5-21)	10,00 (3-15)	14,00 (0-23)	9,00 (3-14)	8,00 (3-12)
MU / p	1516,000 / 0,053	1860,500 / 0,796	1222,500 / <b>0,001*</b>	1374,000 / <b>0,008*</b>	1733,000 / 0,374

\*p<0,05; MU = Man-Whitney U test; SBÇTÖ= Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Tablo 12’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların genel sağlık durumunu değerlendirmesine göre SBÇTÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (p<0,05).

Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınların genel sağlık durumunu değerlendirmesine göre SBÇTÖ alt boyutlarından kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 13:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

	Kendine güvenli yaklaşım Medyan (min-max)	İyimser yaklaşım Medyan (min-max)	Çaresiz yaklaşım Medyan (min-max)	Boyun eğici yaklaşım Medyan (min-max)	Sosyal destek arama yaklaşımı Medyan (min-max)
<b>Canlı doğum sayısı</b>					
Hiç yok	13,00 (5-20)	8,00 (2-15)	14,00 (0-23)	9,00 (3-14)	8,00 (3-12)
Bir	14,50 (7-21)	10,00 (3-14)	11,00 (2-22)	8,00 (3-13)	10,00 (6-12)
İki ve üzeri	15,00 (7-21)	10,00 (6-15)	10,00 (0-21)	8,00 (2-15)	8,00 (5-12)
KW / p	7,403 / <b>0,025*</b>	4,745 / 0,093	11,309 / <b>0,004*</b>	7,721 / <b>0,021*</b>	16,487 / <b>0,001*</b>
<b>Yaşayan çocuk sayısı</b>					
Hiç yok	13,00 (5-20)	9,00 (2-15)	14,00 (0-23)	9,00 (3-14)	8,00 (3-12)
Bir	15,00 (7-21)	10,00 (3-14)	11,00 (6-22)	7,50 (3-10)	10,00 (6-12)
İki ve üzeri	15,00 (7-21)	10,00 (6-15)	10,00 (0-21)	8,00 (2-15)	8,00 (5-12)
KW / p	7,936 / <b>0,019*</b>	4,651 / 0,098	9,759 / <b>0,008*</b>	10,304 / <b>0,006*</b>	13,604 / <b>0,001*</b>
<b>Abortus sayısı</b>					
Hiç yok	16,00 (13-19)	9,50 (9-10)	10,00 (9-11)	5,50 (3-8)	7,00 (6-8)
Bir	15,00 (7-21)	10,00 (2-15)	11,00 (0-22)	7,00 (2-13)	9,00 (5-12)
İki	12,00 (5-21)	9,00 (3-15)	15,00 (2-23)	9,00 (3-15)	8,00 (3-12)
KW / p	6,719 / <b>0,035*</b>	3,948 / 0,139	23,003 / <b>0,001*</b>	15,189 / <b>0,001*</b>	3,668 / 0,160
<b>Gebelik takiplerini yaptırma</b>					
Evet	13,00 (5-21)	9,00 (2-15)	13,00 (0-23)	8,00 (2-15)	8,00 (3-12)
Hayır	17,00 (9-21)	12,00 (3-15)	11,00 (0-18)	7,00 (3-12)	10,00 (6-12)
MU / p	697,000 / <b>0,003*</b>	772,500 / <b>0,014*</b>	890,500 / 0,086	900,000 / 0,096	793,000 / <b>0,019*</b>
<b>Gebeliğin oluş şekli</b>					
Doğal	14,00 (6-21)	10,00 (2-15)	12,00 (8-23)	8,00 (2-15)	8,00 (4-12)
Tıbbi yardım	12,00 (5-19)	8,00 (3-14)	15,00 (7-23)	9,00 (3-13)	8,00 (3-12)
MU / p	1094,000 / <b>0,011*</b>	1160,000 / <b>0,028*</b>	825,500 / <b>0,001*</b>	1227,000 / 0,067	1461,000 / 0,569

\*p<0,05; MU = Man-Whitney U test; SBÇTÖ= Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Tablo 13’de erken gebelik kaybı yaşayan kadınların bazı obstetrik özelliklerine (canlı doğum, yaşayan çocuk ve abortus sayısı, gebelik takiplerini yaptırma ve gebeliğin oluş şekli) göre SBCTÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Canlı doğumu ve yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım yönünden, bir canlı doğumu olanlar ise sosyal destek arama yaklaşımı yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır ( $p<0,05$ ). Canlı doğumu ve yaşayan çocuğu hiç olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır ( $p<0,05$ ).

Abortusu hiç olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanırken, iki ve üzerinde abortus yaşayan kadınlar çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır ( $p<0,05$ ).

Gebelik takiplerini düzenli yaptırmadığını belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır ( $p<0,05$ ).

Gebeliğin doğal yolla olduğunu belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanırken, tıbbi yardım ile gebe kaldığını belirten kadınların çaresiz yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını kullandığı saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 14:** Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Gebeliği İsteme ve Planlı Gebelik Durumuna Göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=132)

	<b>Kendine güvenli yaklaşım</b> X±SS	<b>İyimser yaklaşım</b> X±SS	<b>Çaresiz yaklaşım</b> X±SS	<b>Boyun eğici yaklaşım</b> X±SS	<b>Sosyal destek arama yaklaşımı</b> X±SS
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>					
Evet	12,48±3,69	8,78±2,97	13,81±5,21	8,80±2,67	8,24±1,97
Hayır	16,24±3,61	10,56±2,59	10,12±3,85	6,78±2,42	8,87±2,02
t / p	-5,442 / <b>0,001*</b>	-3,307 / <b>0,001*</b>	4,055 / <b>0,001*</b>	4,137 / <b>0,001*</b>	-1,699 / 0,092
<b>Planlı gebelik durumu</b>					
Evet	12,42±3,62	8,69±2,96	14,39±4,79	9,00±2,51	8,42±1,95
Hayır	15,66±3,95	10,38±2,68	9,84±4,34	6,82±2,60	8,46±2,10
t / p	-4,804 / <b>0,001*</b>	-3,277 / <b>0,001*</b>	5,478 / <b>0,001*</b>	4,764 / <b>0,001*</b>	-0,92 / 0,927

\*p<0,05; t = Bağımsız Örneklem t testi; SBÇTÖ= Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Tablo 14’de erken gebelik kaybı yaşıyan kadınların gebeliği isteme ve planlı gebelik durumuna göre SBÇTÖ alt boyut puan ortalamalarının dağılımı görölmektedir. Gebeliğini istemeyen ve planlı gebeliği olmayan erken gebelik kaybı yaşıyan kadınlarda stresle başa çıkmada (kendine güvenli ve iyimser yaklaşım) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadırlar ( $p<0,05$ ).

Gebeliğini isteyen ve planlı gebeliği olan erken gebelik kaybı yaşıyan kadınlarda ise stresle başa çıkmada (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır ( $p<0,05$ ).

Araştırmada erken gebelik kaybı yaşıyan kadınların gebeliği isteme ve planlı gebelik durumuna göre SBÇTÖ alt boyutlarından sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmada ayrıca erken gebelik kaybı yaşıyan kadınlarda yaş gruplarına, eğitim, çalışma durumu, eşin eğitimi ve çalışma durumu, aile tipi, yerleşim yeri, gelir durumu, ailede destek olan kişinin olması, sigara kullanımı ve gebelik sayısına göre PTSBSL-SV, DKE, SKE ve SBÇTÖ alt boyut toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmıştır:

Gebelik, doğurgan çağıdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olay olmasına rağmen PTSB belirtilerinin gelişmesi açısından riskli bir dönemdir. Fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren gebelik sürecinde gebelik kaybı yaşanması sonucu psikolojik sorunlar yaşanabilmektedir (Broen ve ark., 2004; Reardon ve Cogle, 2002). Yapılan çalışmalarla da gebelik kaybıyla birlikte psikolojik sorunların yaşandığı saptanmıştır (Burden ve ark., 2016; Christiansen, 2017; Ridaura ve ark., 2017). Gebelik kaybı sonrası yaşanan psikolojik sorunlardan en yaygın olanı anksiyetedir (Bradshaw ve Slade 2003; Broen ve ark., 2005) ve akut stresin arttığı bu durumlarda destek mekanizmalarının etkili uygulanamaması bireyin posttravmatik stres bozukluğu belirtileri göstermesine neden olmaktadır (Fertl ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSB puanının, gebelik kaybı yaşamayan gruba göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Engelhard ve ark., 2001; Ketten ve ark., 2015). Ayrıca Coleman ve arkadaşları (2010) yaptıkları çalışmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda PTSB oranını %52,5 olarak bulmuştur. Çalışmamızda literatürde yer alan çalışma sonuçları ile uyumlu olarak, erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri %62,9 olarak ve kesim değerinin üzerinde ( $29,25 \pm 14,35$ ) saptanmıştır (Tablo 6). Aynı zamanda çalışmamızda erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda durumluk kaygı puanı ortalaması  $55,45 \pm 16,39$ , sürekli kaygı puanı ortalaması da  $47,23 \pm 12,75$  olarak saptanmıştır. Durumluk ve sürekli kaygı envanterinden en yüksek 80 puan alınmaktadır. Buna göre kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalama değer üzerinde (Tablo 5). Ayrıca kadınların yarısına yakınının (%42,4) kısmen kaygılı olduklarını belirtmesi (Tablo 4) ve yarısından fazlasında posttravmatik stres bozukluğu belirtilerinin görülmesi kaygı düzeylerinin ortalama değer üzerinde oluşunu açıklayabilir. Benzer şekilde Gould ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada da abortus sonrası depresyon/anksiyete oranlarına bakıldığında kadınların %63'ü depresyon/anksiyete yaşadıklarını ifade etmeleri araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Gebelik, kadının yaşamında önemli bir yere sahip olmakla birlikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerden dolayı kritik bir dönem (Da Costa ve ark., 1999) olarak değerlendirilmektedir. Bu neden ile gebenin stresle baş etme yöntemlerinin belirlenmesi, bakımın planması açısından önemlidir. Ayrıca erken gebelik kaybının yaşanması da stresle baş etmeyi daha önemli hale getirebilmektedir. Araştırmamızda erken gebelik kaybı yaşayan kadınların kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden ortalamanın üzerinde olumlu başa çıkma tarzlarını kullandıkları saptanmıştır. Çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım yönünden ise kadınlar, orta düzeyde etkisiz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar (Tablo 6). Araştırmamızda ayrıca kadınların yarısına yakını (%46,2) stresle baş etmede kısmen olumlu baş etmeleri kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Bergner ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kayıp sonrası kadınların başa çıkma tarzları incelenmiş ve depresif başa çıkma tarzını daha çok kullanan kadınların gebelikleri sırasında stres yaşadıkları ve kaderlerine karşı belirli düzeyde suçluluk hissettikleri bildirilmiştir. Bunlara ek olarak aynı çalışmada düşünceli olmak, gerginlik, sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi depresif belirtiler gösterdikleri de tespit edilmiştir. Yapılan bir başka çalışmada da aile bireylerinden gebeliğin kaybına yönelik geri bildirim almanın stresle başa çıkmada oldukça önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Corbet-Owen ve Kruger, 2001). Çalışmalardan elde edilen bu bulgular bizim çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de artmaktadır (Tablo 7). Araştırmamızdaki gebelik kaybı yaşamış kadınların yarısından fazlasında posttravmatik stres belirtilerinin var olması (%62,9), bir sonraki gebelikleri için endişe duymaları, içinde buldukları olumsuz duygu durumu ve sağlık durumu (sağlık durumunu %67,4'si orta olarak belirtmiştir) nedeni ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Candan'ın (2012) araştırmasında kadınların %92,3'ü kayıp sonrasında en çok şuan ki sağlıklarından endişe duymaktayken, %32,7'si de bir sonraki gebeliklerinde aynı şeyleri yaşamaktan korkmaktadır.

Araştırmamızda erken gebelik kaybı yaşayan kadınların posttravmatik stres bozukluğu belirtileri azaldıkça kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı

yönünden stresle daha fazla olumlu başa çıkma tarzlarını kullandıkları, belirtiler arttıkça da çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını kullandıkları saptanmıştır (Tablo 8). Kadınların kayıp yaşamakla birlikte yapabilecekleri bir şey olmadığını düşünerek boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandığı, suçluluk hissine bağlı kendine olan güvenin azaldığı söylenebilir. Dağlar ve Nur'un (2014) yaptıkları çalışmada gebelik kaybı yaşayan kadınların boyun eğici yaklaşım tarzını daha fazla kullandıkları bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu bizim araştırmamızdan elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Çalışmamızda genel sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınların iyi düzeyde değerlendirenlere göre posttravmatik stres bozukluğu belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksektir (Tablo 9). Yaşam kalitesi bireyin genel sağlık durumunun önemli bir göstergesidir (Loh ve ark., 2017) ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığı, yaşam kalitesini algılamasını etkiler (Aghaei ve ark., 2013). Literatüre bakıldığında, tıbbi problemin varlığı ile yaygın anksiyete bozukluğunun da arttığı bildirilmektedir (Hidalgo ve Davidson, 2001). Kabalcıoğlu Bucak ve arkadaşları (2018) yaptıkları çalışmada gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayan kadınlarda sürekli anksiyete puanı ortalamasını, sağlık sorunu yaşamayan kadınlara oranla daha yüksek bulmuştur. Araştırmamızda ayrıca sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar stresle başa çıkmada (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden) olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 12). Kadınların stresle başa çıkmada olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanması da posttravmatik stres bozukluğu belirtilerini ve kaygı düzeylerini olumsuz etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda canlı doğumu ve yaşayan çocuğu hiç olmayan, iki tane abortusu olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek (Tablo 10) ve stresle başa çıkmada (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden) olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar (Tablo 13). Yaşanılan kötü deneyim, kadının yaşamı ve sonraki gebelikleri için anksiyete oluşturabilmektedir. Armstrong' un (2002) bir çalışmasında daha önce kayıp öyküsü olan çiftlerin, hiç kayıp yaşamamış ve ilk kez gebe kalmış kadınlardan daha yüksek seviyede depresif semptom gösterdikleri bildirilmiştir. Kayıp öyküsü bulunan gebelerle yapılan başka bir çalışmada ise gebeler tekrar gebe



kaldıkları için mutlu olduklarını, fakat önceki olumsuz deneyimleri sebebiyle mutluluklarının kısa sürdüklerini belirtmişlerdir (Caelli ve ark., 2002). Cote-Arsenault (2003) tarafından yapılan çalışmada kayıp sonrası gebeliklerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu, başka bir çalışmada ise birden fazla abortus deneyimi yaşayan kadınlarda anksiyete görülme oranının %21,6 olduğu belirtilmiştir (Steinberg ve Russo, 2008). Finlandiya’da ülke çapında yapılan, kesitsel ve toplum temelli iki çalışmadan elde edilen verileri inceleyen Toffol ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, gebelik kaybının sayısı ile psikiyatrik bozuklukların görülme riskinde artış meydana geldiği belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada gebelik kaybı öyküsünün bulunması özellikle de genç kadınların duygudurum ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkisinin olduğu bildirilmiştir. Literatürde yer alan bu bulgular, bizim çalışma bulgularımız ile uyumluluk göstermektedir.

Literatürde PTSD gelişimini önlemek için sağlık bakım hizmetlerinin gebelik döneminde başlaması gerektiği vurgulanmaktadır. Yapılan bir çalışmada gebelikteki sağlık bakım hizmetlerinin sayısı arttıkça PTSD oluşma riskinin azalacağı belirtilmiştir (Modarres ve ark., 2012). Oysa çalışmamızda gebelik takiplerini yaptıran ve tıbbi yardım ile gebe kalan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Kadının gebelik takiplerini düzenli yaptırmaması ve tıbbi yolla gebe kalması bebeğin sağlığına önem verdiğini, gelecekte sağlıklı bir bebek beklentisi içinde olduğunu, bebeğin kendisi ve ailesi için değerli olduğunu gösterebilir. Bu durumda gebelik kaybı yaşanması, ruhsal olarak sıkıntı, stres ve kaygı artışının nedeni olarak açıklanabilir.

Gebeliğini isteyen ve planlı gebeliği olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri, durumluk ve sürekli kaygı puanları daha yüksek bulunmuş olup (Tablo 11), stresle başa çıkmada (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadırlar (Tablo 14). Gebelik kaybı ebeveynler için trajik bir olaydır ve bebeğin ölümü ile sınırlı olmayıp geleceğe yönelik olumsuz sonuçları da beraberinde getirmektedir (Buldukoğlu, 2002). Bir çok kadın gebelik kaybı deneyimi ile şok, gerçeğin inkârı, konfüzyon, korku, öfke, üzüntü, gerginlik ve suçluluk hissi yaşayabilir (Engelhard ve ark., 2006). Bu olumsuz duyguların bebeğin istenilen bir bebek olması halinde daha şiddetli olacağı

düşünülmektedir. Ayrıca kayıp yaşayan kadınlarda strese bağlı olarak problem çözme yeteneği zayıflar ve stresle başa çıkmada zorlanabilirler (Taşkın, 2011). Yapılan çalışmalarda kadınların bu dönemde baş etme mekanizmalarının harekete geçirilmesinin, depresyon ve anksiyetelerinin azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır (Canário ve ark., 2011; Mukkavaara ve ark., 2012). Elde edilen bulgular bizim araştırmamızdan elde edilen bulgular ile paralellik göstermektedir. Araştırmamızdan farklı olarak Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010) çalışmasında gebeliğinin planlı olup olmamasına göre SBTÖ alt boyutlarından çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutları puanlarının farklı olmadığı saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmalardaki örneklem gruplarının farklı olması ile açıklanabilir.

Gebelik takiplerini düzenli yaptırmadığını belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar ise stresle başa çıkmada (kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden) olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13). Dağlar ve Nur'un (2014) yaptıkları çalışmada ise çalışma bulgumuzdan farklı olarak düzenli izlem yaptırmayanlarda çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu farklılık örneklem grubunun, çalışma yönteminin, çalışılan bölgenin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Tıbbi yardım ile gebe kaldığını belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar çaresiz yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13). Kadınların doğal yollardan gebe kalamaması ve erken gebelik kaybı yaşaması, kayıp, kaygı, umutsuzluk ve çaresizlik gibi duyguların artışına neden olabilir. Uzun ve stresli bir süreç olan tedavi döneminin yıpratıcı etkileri sonucu gebeliklerinin sonlanması nedeni ile stresle baş etmede olumsuz başa çıkma tarzlarını kullandıkları düşünülmektedir.

Araştırmada ayrıca gebeliğini istemeyen ve planlı gebeliği olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar stresle başa çıkmada (kendine güvenli ve iyimser yaklaşım) olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 14). Gebeliği istemeyen, planlamayan kadınlarda gebelik stres verici bir yaşam olayı olabilir. Gebeliğin istenmemesi ve beraberinde bebeğin kaybı ile kişide istenmeyen durumdan kurtulma söz konusu olduğu için rahatlama sebebiyle stresle başa çıkmada olumlu başa

çıkma tarzlarının kullanıldığı düşünölmektedir. Yapılan çalışmalarda ilk gebeliğin planlanmadan gerçekteşmesi nedeniyle gebeliğini abortusla sonuçlandıran kadınların anksiyete düzeyleri, normal anksiyete düzeylerine göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Cogle ve ark., 2005; Fergusson ve ark., 2006).



## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmada erken gebelik kaybı yaşayan kadınların yarısına yakını genelde kısmen kaygılı olduklarını (%42,4) ve stresle baş etmede kısmen olumlu baş etmeleri (%46,2) kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4).
- Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda PTSBSL-SV puan ortalaması  $29,25 \pm 14,35$  (Tablo 5), posttravmatik stres bozukluğu belirtileri %62,9 olarak saptanmıştır (Tablo 6).
- Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda, durumluk kaygı puanı ortalaması  $55,45 \pm 16,39$ , sürekli kaygı puanı ortalaması da  $47,23 \pm 12,75$  olarak saptanmış olup, kadınların durumluk ve sürekli kaygı puanları ortalama değerin üzerindedir (Tablo 5).
- Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu belirtileri arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri de anlamlı düzeyde artmaktadır (Tablo 7).
- Erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, posttravmatik stres bozukluğu belirtileri azaldıkça kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı yönünden stresle daha fazla olumlu başa çıkma tarzlarını kullanmaktadır. Posttravmatik stres bozukluğu belirtileri arttıkça da çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden stresle daha fazla olumsuz başa çıkma tarzlarını kullanmaktadırlar (Tablo 8).
- Genel sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamaları, iyi düzeyde değerlendirenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 9).
- Canlı doğumu ve yaşayan çocuğu hiç olmayan, iki tane abortusu olan, gebelik takiplerini yaptıran ve tıbbi yardım ile gebe kalan erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 10).

- Bir canlı doğumu ve yaşayan çocuğu olan, iki tane abortusu olan, gebelik takiplerini yaptıran ve tıbbi yardım ile gebe kalan erken gebelik kaybı yaşayan kadınların DKE ve SKE puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 10).
- Araştırmada gebeliğini isteyen ve planlı gebeliği olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınların PTSBSL-SV, DKE ve SKE puan ortalamaları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11).
- Sağlık durumunu orta düzeyde değerlendiren erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 12).
- Canlı doğumu ve yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım yönünden, bir canlı doğumu olanlar ise sosyal destek arama yaklaşımı yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13).
- Canlı doğumu ve yaşayan çocuk sayısı hiç olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13).
- Abortusu hiç olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanırken, iki ve üzerinde abortus yaşayan kadınlar çaresiz ve boyun eğici yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13).
- Gebelik takiplerini düzenli yaptırmadığını belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada (kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımı) anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 13).
- Gebeliğin doğal yolla olduğunu belirten erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada kendine güvenli ve iyimser yaklaşım yönünden anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını kullanırken, tıbbi yardım ile gebe kaldığını belirten kadınların, çaresiz yaklaşım yönünden olumsuz başa çıkma tarzlarını kullandığı saptanmıştır (Tablo 13).

- Gebeliğini istemeyen ve planlı gebeliği olmayan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlar, stresle başa çıkmada (kendine güvenli ve iyimser yaklaşım) anlamlı düzeyde olumlu başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 14).
- Gebeliğini isteyen ve planlı gebeliği olan erken gebelik kaybı yaşayan kadınlarda ise stresle başa çıkmada (çaresiz ve boyun eğici yaklaşım) anlamlı düzeyde olumsuz başa çıkma tarzlarını daha fazla kullanmaktadır (Tablo 14).

## 6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Kadınlara gebelik öncesi dönemden başlayarak kaygı ve stresle olumlu başa çıkma yönünden eğitim ve danışmanlıklar verilmesi,
- Erken gebelik kaybının kadınlarda travmatik etkiler oluşturabileceği göz önünde bulundurularak, ebelerin kayıp yaşayan kadınları hassas bir biçimde değerlendirmesi,
- Erken gebelik kaybı yaşayan bireylerin stresle baş etme mekanizmalarının ve sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi,
- Erken gebelik kaybı yaşayan ve ruhsal problemler açısından risk taşıyan (genel sağlık durumu iyi olmayan, yaşayan çocuğu olmayan, sık abortus geçiren, genel kaygı düzeyi yüksek, gebeliği planlı ve istendik olan, tıbbi yolla gebe kalan vb.) gebelerin belirlenerek, düzenli izlemlerinin yapılması,
- Erken gebelik kaybı sonrasında ciddi ruhsal sorunlar ortaya çıkmadan kadınların erken dönemde saptanması, bunun için hastaneden taburcu edildikten sonra düzenli olarak izlemlerinin yapılması,
- Ciddi ruhsal bozukluğu olduğu tespit edilen erken gebelik kaybı yaşayan kadınların uzman (psikiyatrist, psikolog) yardımı alması konusunda desteklenmesi önerilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- Aghaei, A., Khayyamnekouei, Z., Yousefy, A. (2013). General health prediction based on life orientation, quality of life, life satisfaction and age. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84:569-573.
- Aker, A.T. (2006). 1999 Marmara depremleri: Epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3): 204-212.
- Aker, A.T., Önen, P. (2006). Travma sonrası stres bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(12):52-63.
- Aksin, Ş. (2017). Tekrarlayan gebelik kayıpları. *Van Tıp Dergisi*, 24(4): 410-414.
- Armstrong, D.S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh*, 34(4):393-405.
- Arslan, S., Okçu, G., Coşkun A.M., Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *HSP*, 6(1):179-192.
- Atasü, T., Şahmay, Ş. (2001). Jinekoloji (2. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 533–545.
- Athey, J., Spielvogel A.M. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update Ob Gyns*, 7(2):64-69.
- Ayvaz, S., Hocoğlu, Ç., Tiryaki, A., Ak, İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 243-251.
- Badenhorst, W., Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2):249-259.
- Başer, İ., Güngör, S. (2006). Abortion; Spontan Gebelik Kaybı. (Yazarlar: Beksaç, M., S, Demir, N., Tuncer, Z., S., Hassa, H., Tıraş, M., B., Yaralı, H., Ayhan, A., Kösebay, D., Yüce, K.) Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Jinekolojik Onkoloji, Öncü Basımevi, Ankara, 304-317.

- Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: A prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 29(2):105-113.
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4): 223-229.
- Bolu, A., Erdem, M., Öznur, T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatol J Clin Investig*, 8(2):98-104.
- Bowles, S.V., James, L.C., 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(6):1689-1696.
- Bowles, S.V., Bernard, R.S., Epperly, T., Woodward, S., Ginzburg, K., Folen, R., ve ark. (2006). Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *J Fam Pract*, 55(11): 969-973.
- Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(7): 929-958.
- Broen, A.N., Moum, T., Bödtker, A.S., Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: A 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2): 265-271.
- Broen, A. N., Moum, T., Bödtker, A. S., Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: A prospective, two-year follow-up study. *General hospital psychiatry*, 27(1): 36-43.
- Buldukoğlu, K. (2002). Gebeliğin kaybı ve perinatal yas. (Çeviren: Taşkın, L.). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Palme Yayınları, Ankara,133-183.
- Burden, C., Bradley, S., Storey, C., Ellis, A., Hezell, A.E.P., Downe, S., ve ark. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride-A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(9): 1-12.
- Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *Social Work in Health Care*, 49(2):134-148.



- Caelli, K., Downie, J., Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2):127-136.
- Candan, Ö. (2012). Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul.
- Canário, C., Figueiredo, B., Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3): 262-275.
- Carter, D., Misri, S., Tomfohr, L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1):154-165.
- Cengiz, L., Tuğ, N. (2001). Septik abortus ve septik şok. *Türkiye Klinikleri Journal of Clinical Obstetrics Gynecology*, 11(6):410-24.
- Choi, T.Y., Lee, H.M., Park, W.K., Jeong, S.Y., Moon, H.S. (2014). Spontaneous abortion and recurrent miscarriage: A comparison of cytogenetic diagnosis in 250 cases. *Obstet Gynecol Sci*, 57(6):518-525.
- Christiansen, D. M. (2017). Posttraumatic stress disorder in parents following in-fant death: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 51: 60-74.
- Cloitre, M., Yonkers, K.A., Pearlstein, T., Altemus, M., Davidson, K.W., Pigott, T.A., Shear, M.K., Piine, D., Ross, J., Howell, H., Brogan K., Rieckmann, N., Clemow, L. (2004). Women and anxiety disorder: Implications for diagnosis and treatment. *CNS Spectrums*, 9(9):1-16.
- Coleman, P.K., Coyle, C.T., Rue, V.M. (2010). Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy*, 2010:1-10.
- Corbet – Owen, C., Kruger, L-M. (2001). The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19(4): 411-426.

- Côté-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(5):623-629.
- Côté-Arsenault, D., Donato, K.L. (2007). Restrained expectations in late pregnancy following loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36(6): 550-557.
- Cougle, J.R., Reardon, D.C., Coleman, P.K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1):137-142.
- Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M., Brender, W. (1999). Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. *J Psychosom Res*, 47(6): 609-621.
- Dağlar, G., Nur, N., (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 36: 429-441.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç D., Kadioğlu M. (2015). Gebelikte duygulanım bozukluğu. *KASHED*, 2(1): 27-40.
- Della-Giustina, D., Denny, M. (2003). Ectopic pregnancy. *Emerg Med Clin North Am*, 21(3):565-584.
- Deniz, R., Baykuş, Y., Çelik Kavak, E. (2016). Tekrarlayan erken gebelik kayıplarına yaklaşım. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 6(2):130–137.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3):99-108.
- Eisenberk, A., Murkoff H. (1998). Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler. (Çeviren: Sercan, M.). Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 326-332.
- El-Shawarby, S.A., Margara, R.A., Trew, G.H., Lavery, S.A. (2004). A review of complications following transvaginal, oocyte retrieval for invitro fertilization. *Human Fertility*, 7(2):127-133.

- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23(2): 62-66.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Schouten, E.G. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry*, 28(5): 414– 417.
- Eren Koçak, E., Kılıç, C. (2017). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28(2):124-131.
- Farren, J., Jalmbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., ve ark. (2016). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 6(11): e011864.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J, Ridder, E.M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
- Feodor Nilsson, S., Andersen, P.K., Strandberg-Larsen K., Nybo Andersen, A.M. (2014). Risk factors for miscarriage from a prevention perspective: A nationwide follow-up study. *BJOG*, 121(11):1375-1384.
- Fertl, K.I., Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., Rauchfuss, M. (2009). Levels and effects of different forms of anxiety during pregnancy after a prior miscarriage. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 142(1): 23–29.
- Flenady, V, Boyle, F., Koopmans, L., Wilson, T., Stones, W., Cacciatore, J. (2014). Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG*, 121(Suppl 4):137-140.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3):219-239.
- Gould, H., Foster, D.G., Perrucci, A.C., Barar, R.E., Roberts, S.C. (2013). Predictors of abortion counseling receipt and helpfulness in the United States. *Women's Health Issues*, 23(4): e249-255.
- Hajenius, P.J., Mol, F., Mol, B.W., Bossuyt, P.M., Ankum, W.M., Van der Veen F. (2007). Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 24(1):CD00324.

- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H.J., John, U., Meyer, C. (2006). Post traumatic stress disorder, the role of trauma, preexisting psychiatry disorder and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(5): 299-306.
- Hidalgo, R.B, Davidson, J.R. (2001). Generalized anxiety disorder: An important clinical concern. *Med Clin North Am*, 85(3):691-710.
- Hisli Şahin, N., Durak, A. (1995). Stresle Başaıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34):56-73.
- Hoover, K.W., Tao, G., Kent, C.K. (2010). Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol*, 115(3):495–502.
- Kabalcıoğlu Bucak, F., Toker E., Asoğlu, M. (2018). Terapötik abortus uygulanan kadınların durumluk-sürekli anksiyete düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4):256-263.
- Kavanaugh, K., Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in low-income African American parents. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(5):595–605.
- Kaya Zaman, F., Özkan, N., Toprak, D. (2018). Gebelikte depresyon ve anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1):20-25.
- Keten, H.S., Gençoğlan, S., Dalgacı, A.F., Avcı, F., Satan, Y., Ölmez, S., ve ark. (2015). Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*, 40(2):226-232.
- Kocabaşoğlu, N., Çorapçıoğlu Özdemir, A., Yargıç, İ., Geyran P. (2005). Türkçe Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Yeni Symposium*, 43(3):126-134.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 19(6):CD000452.
- Körükçü, Ö., Kukululu, K. (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansıması. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(4):429-433.
- Kuğu, N., Akyüz, G., (2001). Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23(1): 61-64.

- Kuru, A. (2007). Gebelerin risk durumunun belirlenmesinde kullanılan knox skorlama sisteminin geçerliliğinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Kübler-Ross, E. (2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine. (Çeviren: Uşşaklı, E.). April Yayıncılık, Ankara:21-30.
- Loh, J., Harms, C., Harman, B. (2017). Effects of parental stress, optimism, and health-promoting behaviors on the quality of life of primiparous and multiparous mothers. *Nurs Res*, 66(3):231–239.
- Love, A.W. (2007). Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*, 27(1):73-83.
- Lozeau, A.M, Potter, B. (2005). Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician*, 72(9):1707-1714.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8: 41.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*,12: 88.
- Mukkavaara, I., Öhrling, K., Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5): e720-725.
- Oflaz, F. (2008). Felaketlerin psikolojik etkileri ve hemşirelik uygulaması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3):70-76.
- Oflaz, F., Özcan, C.T., Taştan, S., Çiçek, H., Aslan, Ö., Vural, H. (2010). Hemşirelerin travma sonrası stres bozukluğu belirtilerini tanıma durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1):1-6.
- Öner, N., Lecompte, A. (1983). State and Trait Anxiety Inventory handbook. Istanbul: Boğaziçi University Publications.
- Öz, F. (2004). Sağlık alanında temel kavramlar: Kayıp, ölüm ve yas süreci (1. Baskı). İmaj iç ve Dış Ticaret Anonim Şirketi, Ankara: 276-318.
- Özgen, F., Aydın, H. (1999). Travma sonrası stres bozukluğu. *J Clin Psy*, 1:34-41.

- Özgünen, F.T. (2007). Abortus; düşükler: Sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(5):1-6.
- Özkan, H. (2019). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 121-134.
- Pakiş, I., Koç, S. (2009). Perinatal ve neonatal dönem bebek ölümleri. *Klinik Gelişim*, 60-63.
- Parkes, C.M. (2002). Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26(5):367- 385.
- Reardon, D.C., Cogle, J.R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the national longitudinal survey of youth: A cohort study. *BMJ*, 324:151-152.
- Ridaura, I., Penelo, E., Raich, R.M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1):43-48.
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, S.A., Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *The American Journal of Psychiatry*, 153(4):556-558.
- Shear, K, Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*, 47(3): 253-267.
- Shear, M.K. (2012). Getting straight about grief. *Depression and Anxiety*, 29(6): 461-464.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C., Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. California: Consulting Psychologists Press.
- Steinberg, J.R., Russo, N.F. (2008). Abortion and anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67 (2):238–252.
- Şahin, S., Sevimli Güler, D., Özdemir, K., Ünsal, A. (2019). Gebelerde doğum ile ilgili bilgi düzeyi ve doğum korkusunun değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*,15:5-14.
- Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (X. Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara:12-14.
- Taşkın, L. (2012). Riskli gebelikler. (Yazar: Taşkın, L.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 232-235.

- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13.Baskı), Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara: 49- 68.
- Toffol, E., Koponen, P., Partonen, T. (2013). Miscarriage and mental health: Results of two population-based studies. *Psychiatry Res*, 205(1-2):151-158.
- Towsend, M.C. (2015). Trauma and Stressor-Related Disorder. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, 8th Edition, Copyright: 559-578.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Ürünsak, İ. F., Aybaba Ünal, E., Güzel, A.B., Kadayıfçı, O. (2007). Septik abortus. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(5):25-31.
- Varcarolis, E.M., Halter, M.J. (2010). Trauma Interventions. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 6th Edition, 527-625.
- Van Niekerk, E.C., Siebert, I., Kruger, T.F. (2013). An evidence-based approach to recurrent pregnancy loss. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 19(3): 61-66.
- Walker, J.J. (2007). Ectopic pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1):89-99.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., Keane, T.M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Austin, TX.
- Weis, J.M., Grunert, B.K. (2004). Post-traumatic Stress Disorder following traumatic injuries in adults. *Wisconsin Medical Journal*, 103(6):69-72.
- Worden, J.W. (1991). Yas danışmanlığı ve yas terapisi; Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı (Çeviren: Öncü, B.). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 31-58.

- Yates, S. (2010). *Pregnancy and Childbirth*. 1. Edition ISBN 978-0-7020-3055-0, China: 367-392.
- Yehuda, R. (2004). Risk and resilience in post traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 1): 29-36.
- Yenen, M.C., Dede M., Göktolga, Ü., Küçük, T., Alanbay, İ., Pabuçcu R. (2003). Ektopik gebelikte risk faktörleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(3): 244-248.
- Yıldırım, G., Gökyıldız, Ş. (2004). Sağlıklı bebeğe sahip olamayan ailelerin yaşadığı psikososyal sorunlar. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3):74-82.
- Yüksel Ş. (2009). Travmatik yaraların açığa çıkmasında ve onarılmasında görüşme ortamı. *Klinik Gelişim*, 22(4):11-17.
- Zara, A. (2011). *Yaşadıkça: Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları*. İmge Kitabevi, İstanbul, 73-90.



## EKLER

### Ek 1-Kişisel Bilgi Formu

1. Yaş:.....
2. Evlilik yılı:.....
3. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar-Okur-yazar değil 2)İlkokul/Ortaokul  
3) Lise 4) Yüksek okul/üniversite ve üzeri
4. Mesleği: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor
5. Eşin eğitim durumu: 1)Okur yazar-Okur yazar değil 2)İlkokul/Ortaokul  
3) Lise 4) Yüksek okul/üniversite ve üzeri
6. Eşin çalışma durumu: 1) Çalışmıyor 2) Çalışıyor
7. Sağlık güvencesi: 1)Var 2)Yok
8. Aile tipi: 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile 3) Diğer.....
9. Yerleşim yeri: 1) İl 2) İlçe 3) Köy/kasaba
10. Gelir giderini algılama durumu:  
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla
11. Genel olarak sağlığını değerlendirme durumu: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü
12. Ailede destek olan kişilerin varlığı: 1) Var..... 2) Yok
13. Sigara kullanma durumu: 1) Evet (günde.....tane) 2) Hiç içmedim
14. Tanısı konulan fiziksel bir hastalık durumu: 1.Var:..... 2.Yok:.....
15. Tanısı konulan ruhsal bir hastalık durumu : 1.Var:..... 2.Yok:.....
16. G: P: Y: A: D&C:
17. Gebelik kaçınıcı haftada sonlandı? .....
18. Gebeliğiniz kaç saat/gün önce sonlandı?.....
19. Gebeliğin sonlandırılma nedeni:  
1) Fetal nedenler (bebeğe ait) 2) Maternal nedenler (anneye ait)
20. Bu gebeliğiniz süresince herhangi bir sorunlarla karşılaştınız mı?  
1) Bir sorun yaşamadım 2)İlaç kullandım  
3) Enfeksiyon geçirdim 4) Psikolojimi bozan bir olay yaşadım  
5) Röntgen ışınına maruz kaldım 6) Maddi durumumu olumsuz etkileyen olay yaşadım
21. Bu gebeliği isteme durumu: 1) Evet, istiyordum 2) Hayır, istemiyordum
22. Planlı bir gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır
23. Gebelik takiplerini düzenli olarak yaptırma durumu: 1) Evet 2) Hayır
24. Gebeliğiniz doğal yolla mı yoksa tıbbi yardım ile mi oldu? 1) Doğal 2)Tıbbi yardım
25. Genellikle kendinizi kaygı konusunda nasıl hissedersiniz?  
1) Kaygılı 2)Kısmen kaygılı 3)Kaygılı değil
26. Genellikle stresle baş etme konusunda nasıl bir yaklaşım sergilersiniz?  
1)Olumlu 2)Kısmen Olumlu 3)Olumsuz

## Ek 2- Posttravmatik Stres Bozukluğu Soru Listesi-Sivil Versiyonu

	Hiç yok	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Aşırı derecede
1. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayarak zihninizde canlanan anılar, düşünceler ya da görüntüler oldu mu?					
2. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayla ilişkili, rahatsız verecek şekilde tekrarlayan rüyalarınız var mı?					
3. Aniden geçmişte yaşadığınız olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlayarak sanki yeniden yaşıyorsunuz hissine kapıldığınız ve davrandığınız oluyor mu?					
4. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişiler ve de duygular sizde mutsuzluk, üzüntü ve alt üst olma duygusu yaşıyor mu?					
5. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlatan konuşma, ortam ve kişi vb. benzeşen uyarılarla karşılaştığınızda kalp çarpıntısı, terleme, nefes darlığı, titreme, uyuşma, ağrı vb. bedensel tepkileriniz ortaya çıkar mı?					
6. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olay hakkında konuşmaktan, düşünmekten kaçınır, olayı hatırlatan duygulardan uzak durur musunuz?					
7. Size geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayı hatırlattığı için bazı kişilerden, ortamlardan ve eylemlerden kaçınır ve uzak durur musunuz?					
8. Geçmişte yaşamış olduğunuz olumsuz ve zorlayıcı olayın bazı bölümlerini hatırlamakta zorlanır mısınız? Olaylar arasında bağlantıları kurmada zorlandığınız boşluklar var mı?					
9. Eskiden hoşlanarak yapmakta olduğunuz etkinliklere olan ilginizi kaybettiniz mi?					
10. Kendinizi diğer insanlardan uzak ve ayrı hissediyor musunuz?					
11. Kendinizi duygusal açıdan donuklaşmış, yakınlarına ve olaylara karşı sevinme, üzülmeye ve ağlama duygularınız uyuşmuş gibi hissettiğiniz oluyor mu?					
12. Geleceği planlamanın anlamsız ve boş olduğunu hissediyor musunuz?					
13. Uykuya dalma ve sürdürme güçlüğü var mı?					
14. Kendinizin gergin, tahammülsüz, sinirli ve çabuk öfkelenen biri olduğunu hissediyor musunuz?					
15. Dikkatinizi toparlamada ve sürdürmede bir güçlüğü oldu mu?					
16. Kendinizi aşırı derecede gergin, her an olumsuz bir şey olacağı hissi ile tetikte ve diken üstünde hissediyor musunuz?					
17. Çevreden gelen uyarılara abartılı tepkiler gösterdiğiniz, kolaylıkla irkildiğiniz ve sıçradığınız oluyor mu?					

### Ek 3-Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

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

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

#### Ek 4-Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle baş etmek için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da uygunluk derecesini (X) koyarak işaretleyin.

Bir sıkıntım olduğunda;	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen uygun
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 sıkışmış 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. Olayları 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, olgunlaştığımı hissediyorum.				
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- C. Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu**

### **Sayın Katılımcı**

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi**” dir. Bu araştırmanın amacı, gebelik kaybı yaşayan kadınlarda posttravmatik stres bozukluğu ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma ile sizin gibi gebelik kaybı yaşayan bireylerde gebelik kaybı sonrası çıkabilecek ruhsal problemleri tanımlayarak, gelişebilecek ciddi ruhsal sorunların azaltılmasını ve gerekli girişimlerin yapılmasını sağlamak istiyoruz. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma hakkında bilgi almak istediğiniz her konuda araştırmacılara soru sorabilir, bireysel olarak görüşme yapabilirsiniz. Araştırmanın yaklaşık altı ay sürmesi planlanmaktadır. Araştırma için hastanede yatan, gebelik kaybı yaşayan, sizin gibi diğer bireylerle görüşme yapılacaktır. Araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen konuyla ilgili olarak hazırlanan formları doğru ve uygun şekilde doldurmamıza yardımcı olmanızdır.

Hastaneye yattığınız gün araştırmanın amacı, araştırmanın süresi, neler yapılacağı açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde sizinle ilgili bilgileri kapsayan 26 sorudan oluşan kişisel bilgi formu, travma sonrası stres bozukluğu düzeyini belirlemeye yönelik 17 sorudan oluşan Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği, kaygı durumunu belirleyebilmek için 40 sorudan oluşan Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri ve stresle başa çıkma tarzını belirleyebilmek için 30 sorudan oluşan Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sorulacaktır. Formlar araştırmacılar tarafından doldurulacaktır. Araştırmada toplam 113 soru bulunmaktadır. Formların doldurulmasının yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0-5342831124 numaralı telefondan araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Şükran Ertekin Pınar’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı araştırmanın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

**Çalışmaya Katılma Onayı:** Gönüllüden bu kısmı kendi el yazısıyla yazması istenecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

**Gönüllünün,**

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Açıklamaları yapan araştırmacının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

**Olur alma işleme başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,**

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

## İZİNLER

### Ek 6- Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

	<b>CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU</b>
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
-----------------------	---

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Şükran Ertekin Pınar			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	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. Muhittin Sönmez  
İmza:







CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK  
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2018-01/03	Tarih: 26.02.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
Başkanın Unvanı / Adı / Soyadı:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Atas	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				
Yrd. Doç. Dr. Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>				

\*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez  
İmza:

**Ek 7- Sivas Numune Hastanesi İzin Yazısı**



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SİVAS NUMUNE HASTANESİ



Sayı : 93848782/799  
Konu : Anket Çalışması Talebi

Sayın Şükran ERTEKİN PINAR,

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Neslihan SAYIN' ın " Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını 01.07.2018 - 30.12.2018 tarihleri arasında kişisel bilgilerin gizliliği ilkesi göz önünde bulundurularak hastanemizde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Op. Dr. Emin Erkan TEMİZÖZ

Başhekim

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Neslihan SAYIN
Doğum Yeri ve Tarihi	Kayseri-1992
Medeni Hali	Bekar
Yabancı Dil	İngilizce
İletişim Adresi	Kızılay Hastanesi, Kayseri
E-posta Adresi	<a href="mailto:neslihansayin0001@gmail.com">neslihansayin0001@gmail.com</a>

### Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Kayseri Fevzi Çakmak Lisesi, 2010
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2015
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019
Unvan	Ebe

### İş Tecrübesi

Özel Kızılay Hastanesi	Ebe, 2016-
------------------------	------------

### Yayınlar

1. Ertekin Pinar, Ş., Yıldırım, G., **Sayın, N.** (2018). Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem solving skills of midwife candidates. *Nurse Education Today*, 64: 144-149.
2. Ertekin Pinar, Ş., Cesur, B., Koca M., **Sayın N.**, Sancak, F. (2017). Emotional intelligence levels and cyberbullying sensibility among Turkish university students. *International Online Journal of Educational Sciences*, 9 (3): 676-685.
3. Yıldırım, G., Ertekin Pinar, Ş., **Sayın N.** (2017). The relationship between the support needs and pain-fatigue levels of women undergoing postpartum (Sözel Bildiri), 3rd Annual International Conference on Nursing, 01-04 May 2017, Atina.
4. Ertekin Pinar, Ş., Yıldırım, G., **Sayın N.** (2016). Ebe adaylarının psikolojik dayanıklılık ve öz güven düzeylerinin problem çözme becerileri ile ilişkisi (Sözel Bildiri), 3. Uluslararası, 7. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 24-29 Nisan 2016, Adana.
5. Ertekin Pinar, Ş., Cesur, B., Koca M., **Sayın N.**, Sancak, F. (2015). Üniversite öğrencilerinin duygusal zeka düzeyleri ile siber zorbalığa duyarlılıkları arasındaki ilişki (Sözel Bildiri), 2. Uluslararası, 6. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 25-30 Nisan 2015, İstanbul.