



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİĞİN FARKLI DÖNEMLERİNDE YAŞANAN  
PERİNATAL KAYIPLARDA KADINLARIN  
DENEYİMLEDİKLERİ KEDER DÜZEYİ ve ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

MİRAY ÖZGÜR KÖNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD.

DANIŞMAN

Doç. Dr. HATİCE YILDIZ

İSTANBUL

2018

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (Tezli)  
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD  
Tez Sahibi : Miray Özgür Köneş  
Tez Başlığı : "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörler".  
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Başbüyük Kampüsü  
Sınav Tarihi : 10/05/2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)**

Doç. Dr. Hatice Yıldız

**Kurumu**

Marmara Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

**İmza**



**Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)**

Prof. Dr. Ergül Aslan

İstanbul Üniversitesi Florence  
Nightingale Hemşirelik Fakültesi



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ

Okan Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 24/05/2018 tarih ve 55 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Göksel ŞENER**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.  
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİĞİN FARKLI DÖNEMLERİNDE YAŞANAN  
PERİNATAL KAYIPLARDA KADINLARIN  
DENEYİMLEDİKLERİ KEDER DÜZEYİ ve ETKİLEYEN  
FAKTÖRLER**

MİRAY ÖZGÜR KÖNEŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD.

DANIŞMAN

Doç. Dr. HATİCE YILDIZ

İSTANBUL

2018

## BEYAN

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

Miray Özgür KÖNEŞ

## TEŞEKKÜR

Eğitim hayatıma başladığımdan beri, her zaman desteğini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden çok fazla yararlandığım, kendime örnek aldığım çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Hatice Yıldız'a,

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin hocalarıma; Prof. Dr. Nuran Kömürcü, Prof. Dr. Nurdan Demirci, Dr. Öğr. Özlem Can Gürkan, Dr. Öğr. Zübeyde Ekşi Güloğlu ve Dr. Öğr. Dilek Coşkun Potur'a,

Haliç Üniversitesi Hemşirelik yüksekokulu değerli hocalarıma; Prof. Dr. Necmiye Sabuncu, Öğr. Gör Fatma Özhan, Öğr. Gör. Sevim Dursun, Dr. Öğr. Makbule Batmaz'a,

Birlikte çalıştığım için kendimi çok şanslı hissettiğim, Doç. Dr. Cenk Yaşa, Doç. Dr. Özlem Dural, Doç. Dr. Ercan Baştu, Op. Dr. Engin Çelik, Doç. Dr. İbrahim Kalelioğlu, Doç. Dr. Funda Güngör Uğurlucan, Op. Dr. Tuğba Sivrikoz, Op. Dr. Gürcan Türkyılmaz'a,

Hayatımda olduğu için çok şanslı hissettiğim ve bu birlikteliğin sonsuza kadar sürmesini dilediğim, canım arkadaşım Lütfiye İnci Belkız'a,

Ne dersem bir fazlası, ne yazsam hep eksikmiş hissi yaratacak hayatımda olmazsa olmaz sevgili arkadaşım Op. Dr. Sultan Can'a,

Gelecek için zerre kadar kaygı duymadan, yanımda olmasını istediğim Sinem Baytar'a,

Düşlerin tek gerçeklik olduğuna beni inandıran canım arkadaşım yönetmen Deniz Afşar Bayhan'a,

Bir ada'ya düşseniz yanınıza alacağınız tek şey kesinlikle o olmalı; canım arkadaşım Şener Koca'ya,

Hem insani özellikleri hem de bilgi ve birikimiyle hayatımın her döneminde birlikte çalışmak isteyeceğim ve arkadaşlığımızın ömür boyu sürmesini dilediğim canım arkadaşlarım; Fatma Korkmaz ve Araş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Selda Gökgöz Yeşil, Deniz Bayrak, Simge Seden Pafta, Ayşe Güler, Araş. Gör. Cansu Işık, Nuray Güler, Filiz Uylaş'a,

Aile şefkatini yaşatan Dilek Taş, Zeynep İlbegi, Hava Köse, Melek Köy, Aslı Aydemir, Tuce Çarkıt Sırtkızıl, Güler Ulusoy, Ayça Ünal, Şahin Sarıçayır'a,

Bilgi ve tecrübesiyle bana sürekli destek olan sevgili arkadaşım Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü'ye,

Değerli katkıları ve bilgi birikimleriyle her an yanımda olan sayın hocalarım; Şelale Birgen, Ferahi Sena Özsoyulu, Sevim Ay Keleş, Kübra Koçdeveci ve Kübra Durna'ya

Eğitimimi birlikte yürüttüğüm, varlıklarını her zaman yanımda hissettiğim canım arkadaşlarım; Seda Küçüköğlü, Özlem Bakan Demirel, Firdevs Sadıkhacıoğlu, Zekiye Bahar Altay, Emine Yeşilkaya,

Tezi'min birçok aşamasında yardımlarını esirgemeyen Op. Dr. Ömer Demir, Op. Dr. İrem Demiral, Op. Dr. Fatih Kaya, Dr. İnci Sema Taş, Dr. İrem Usta, Dr. Gamze Yılmaz, Dr. Esra Orak, Dr. İpek Evrücke, Dr. Hülya Kandemir, Dr. Emircan Ertürk, Dr. Türkana Gurbanova, Dr. Melis Akın'a

Tezimin her aşamasında yanımda olan desteğini esirgemeyen hemşire, asistan ve çalışma arkadaşlarıma,

Bugüne kadar her zaman yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen canım aileme, İso, Serdar, Serhat ve zamansız gülüşlere neden olan yeğenlerim; Arjin, Asmin, Heja ve Robin'e,

Teşekkür ederim

Miray Özgür Köneş.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	i
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT .....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1. Gebelik ve Önemi .....	11
2.1.1. Gebelikte oluşan değişiklikler.....	11
2.1.1.1. Genital sistem değişiklikleri.....	11
2.1.1.2. Memelerdeki değişiklikler .....	13
2.1.1.3. Üriner sistemdeki değişiklikler .....	13
2.1.1.4. Kas-iskelet sistemindeki değişiklikler .....	15
2.1.1.5. Kardiyovasküler sistemindeki değişiklikler.....	15
2.1.1.6. Solunum sistemindeki değişiklikler .....	17
2.1.1.7. Gastrointestinal sistemdeki değişiklikler .....	18
2.1.1.8. Endokrin sistemdeki değişiklikler.....	19
2.1.1.9. Cilt ve karın duvarındaki değişiklikler.....	21
2.1.1.10. Metabolik değişiklikler .....	21
2.1.1.11. Psikolojik-emosyonel değişiklikler.....	23
2.1.2. Çocuk sahibi olmanın aile ve toplumsal değeri .....	29
2.1.3. Aile yaşam döngüsü .....	30
2.2. Perinatal Gebelik Kayıpları, Nedenleri ve Türkiye’de-Dünya’daki Durum... 32	

2.2.1. Kayıp kavramı.....	32
2.2.2. Perinatal gebelik kayıpları.....	33
2.2.2.1. Perinatal gebelik kayıpları tanımları .....	33
2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de perinatal kayıplar.....	35
2.2.3.1. Gelişmişlik düzeyine göre perinatal kayıplardaki değişim .....	37
2.2.4. Perinatal kayıplara neden olan faktörler/Perinatal ölüm nedenleri .....	39
2.2.4.1. Sosyal faktörler .....	39
2.2.5. Kayıp sonrası tepkiler ve perinatal kayıp sonrası yaşananlar .....	42
2.2.5.1. Yas/keder kavramı .....	44
2.2.5.2. Yas tutma süreci.....	47
2.2.5.3. Perinatal kayıpta yas tutma süreci.....	49
2.2.5.4. Yas sürecini etkileyen faktörler .....	52
2.2.5.5. Prenatal/gebelik kayıplarının birey, aile, bir sonraki gebelik ve çocuklar üzerindeki etkileri.....	53
2.2.5.6. Perinatal kayıplarda hemşireliğin / danışmanlığın önemi.....	54
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>62</b>
3.1. Araştırmanın Amacı .....	62
3.2. Araştırmanın Tasarımı-Tipi .....	62
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	62
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem .....	64
3.4.1 Araştırmanın evreni.....	64
3.4.2 Araştırmanın örnekleme .....	64
3.4.3 Örneklem seçimi .....	65
3.5. Veri Toplama Araçları .....	65
3.5.1 Anket formu (EK-1).....	66
3.5.2 Perinatal Yas Ölçeği -The Perinatal Grief Scale (PGS) (EK-2) .....	66

3.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	67
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması) .....	68
3.8. Araştırmanın Soruları .....	69
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel analiz) .....	70
3.10. Çalışmanın Sınırlılıkları ve güçlükler .....	70
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>72</b>
4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulgular .....	72
4.2. Olguların Evlilik ve Alışkanlıklarına Ait Bulgular .....	74
4.3. Obstetrik Öykü ve Kayıp Yaşanan Gebeliğe İlişkin Özellikler .....	75
4.4. Sosyal Destek ve İnanç Özelliklerine Ait Bulgular .....	82
4.5. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) Ait Bulgular .....	87
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>102</b>
5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması .....	102
5.2. Evlilik ve Alışkanlık Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması .....	103
5.3. Obstetrik ve Kayıp Yaşayan Gebeliğe İlişkin Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması .....	104
5.4. Sosyal Destek ve İnanç Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması .....	108
5.5. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) Ait Bulguların Tartışılması .....	110
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>116</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>123</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>143</b>
EK- I: ANKET FORMU .....	143
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>164</b>



## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

**ACTH:** Adrenokortikotrop Hormon

**AYD:** Aile Yaşam Döngüsü

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**FSH:** Folikül Stimule Hormon

**HB:** Hemoglobin

**HCG:** Human Koryonik Gonodotrop Hormon

**HPL:** Human Plasental Laktojenik Hormon

**ICD:** International Classification of Disease

**IUMF:** Intra Uterin Mort Fetüs

**LH:** Luteinleştirici Hormon

**MSH:** Melanositi Stimule Hormon

**NSD:** Normal Spontan Doğum

**PGS:** The Perinatal Grief Scales

**pH:** Power of Hydrogen

**PYÖ:** Perinatal Yas Ölçeği

**SPSS:** Statistical Package for Social Sciences

**TDK:** Türk Dil Kurumu

**T3:** Triiodotironin

**T4:** Tiroksin

**TNSA:** Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

**WHO:** World Health Organization

## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1:** Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve ..... 64
- Şekil 2:** PYÖ “Aktif keder” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı ..... 88
- Şekil 3:** PYÖ “Başa çıkmada zorlanma” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı ..... 88
- Şekil 4:** PYÖ “Umutsuzluk” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı ..... 89
- Şekil 5:** PYÖ toplam puanına göre kadınların 1-4. izlemlerde yapılan değerlendirmelerde yaşadıkları yas düzeyinde anlamlı farklılık ..... 89



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Aile yaşam döngüsü evreleri.....	31
<b>Tablo 2:</b> Olguların tanıtıcı özellikleri I .....	72
<b>Tablo 3:</b> Olguların tanıtıcı özellikleri II .....	73
<b>Tablo 4:</b> Olguların kronik hastalık durumları .....	73
<b>Tablo 5:</b> Olguların evliliklerine ilişkin özellikler.....	74
<b>Tablo 6:</b> Olguların alışkanlıklarına ait özellikler .....	75
<b>Tablo 7:</b> Olguların obstetrik özellikleri.....	76
<b>Tablo 8:</b> Mevcut gebelik kaybına ait veriler (I) .....	77
<b>Tablo 9:</b> Mevcut gebelik kaybına ait veriler (II) .....	78
<b>Tablo 10:</b> Mevcut gebelik kaybında kadınların hissettikleri duygulara ait ifadeler..	79
<b>Tablo 11:</b> Mevcut gebelik kaybında üzülmeye düzeyine ait bulguların dağılımı.....	79
<b>Tablo 12:</b> Gebeliğin tıbbi sonlandırılma nedeni.....	80
<b>Tablo 13:</b> Gebelik kaybında sonlandırma yöntemi, kadının gebelik düşüncesi ve kaygı durumu .....	81
<b>Tablo 14:</b> Kadınların mevcut bebek kayıplarındaki nedene ilişkin ifadeleri .....	82
<b>Tablo 15:</b> Gebelik kaybına yönelik sağlık profesyonellerinin açıklama yapma durumu, açıklamanın yeterliliği ve anlaşılma düzeyi .....	83
<b>Tablo 16:</b> Olguların dini inançta ait özellikleri .....	83
<b>Tablo 17:</b> Olgulara mevcut gebelik kaybında destek verenler .....	84
<b>Tablo 18:</b> Kadınlara göre mevcut kayıpla baş etmede eşin ve aile yakınlarının destek düzeyi .....	84
<b>Tablo 19:</b> Olguların evlilik uyumu, eş iletişimi ve kayba ilişkin suçlamalar.....	85
<b>Tablo 20:</b> Olguların genel olarak sorun çözme davranışlarına ilişkin ifadeleri .....	86
<b>Tablo 21:</b> Dört izlemde Perinatal Yas Ölçeği puan ortalamaları .....	87
<b>Tablo 22:</b> Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları.....	90
<b>Tablo 23:</b> Olguların medeni durum ve evliliklerine göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları.....	92
<b>Tablo 24:</b> Olguların zararlı alışkanlık durumlarına göre 1. ve 4. izlem PYÖ puan ortalamaları.....	93
<b>Tablo 25:</b> Olguların Kronik hastalık varlığına göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları.....	94
<b>Tablo 26:</b> Olguların kayıp yaşadığı gebeliğine ait özelliklere göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları .....	95

<b>Tablo 27:</b> Gebelik kaybına ait özelliklere göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları.....	97
<b>Tablo 28:</b> Yaşanan gebelik kayıplarına göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları.....	99
<b>Tablo 29:</b> Bazı değişkenler ile 1. ve 4. PYÖ alt grup ve total puan ortalamaları korelasyon.....	100



## ÖZET

**Amaç:** Çalışma; gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder/yas düzeyleri ile gebelik haftasına göre yaşanan keder düzeyinde farklılık olup olmadığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirildi.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma prospektif olarak dizayn edilerek uygulandı. Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniğinde, gebelik kaybı yaşayan 215 kadında yürütüldü. Perinatal kayıp yaşayan kadınlar, kayıp sonrası ilk 48 saat, 1 hafta, 1 ay ve 3 ay sonra olmak üzere toplam 4 kez değerlendirildi. Veriler anket ve Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) kullanılarak toplandı.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalamaları  $30.73 \pm 5.8$  di ve %54.4'ünün ilk gebeliği idi. Tamama yakını (%95.8) evliydi ve akraba evliliği oranı %24.2 idi. Çoğunluğun eğitimi ortaokul ve üzeriydi, %89.2'nin sağlık güvencesi vardı, kronik hastalık oranı %44.2 ve zararlı alışkanlık oranı %45.1 di. Kadınların %89.3'ünde kayba bağlı üzüntülerinin düzeyi yüksekti ve %80 tekrar gebelik düşünüyordu. PYÖ ile yapılan 4 ayrı değerlendirmede, kadınların zamanla aktif kederinde azalma ancak başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk duygularında ise artış saptandı ( $p < 0.05-0.001$ ). Yaşı yüksek olanlarda ( $\geq 36$  yaş) PYÖ göre yas ve aktif keder düzeyi, kronik hastalığı olanlarda umutsuzluk düzeyi, yardımcı üreme tekniği ile gebe kalanlarda, gebeliğini planlayan ve düzenli kontrollere gidenlerde PYÖ total ve tüm alt boyutlarının puanları olayın gerçekleştiği ilk saatlerde de 3 ay sonrasında da yüksekti ( $p < 0.05-0.01$ ).

**Sonuç:** Çalışma sonuçlarına 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 söylenebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, gebelik kaybı, perinatal kayıp, yas, keder

## ABSTRACT

**Aim:** The study was conducted to determine the level of grief that the women experience in the perinatal loss in different periods, whether there was difference in the level of grief according to the gestational week or not and the affecting factors.

**Method:** It was designed and applied as a prospective descriptive study. 215 women who experienced pregnancy loss at İstanbul University, İstanbul Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Outpatient Clinic of Perinatology were included to the study. The women who lost their babies in the perinatal period were assessed 4 times. (48 hours, 1 week, 1 month and 3 months after their loss) The data were collected by using questionnaires and Perinatal Grief Scale (PGS).

**Results:** The average age of the participants were  $30.73 \pm 5.8$  and it was the first pregnancy experience of 54.4% of them. Almost all (95.8%) of them were married and the rate of consanguineous marriage was 24.2%. The education level of the majority was secondary school and above, 89.2% of them had health insurance, the rate of chronic disease was 44.2% and the rate of harmful habit was 45.1%. The level of grief was high in 89.3% of the women and 80% of them were considering to have a baby again. Over time, the decrease in the active grief of the women, the difficulty with handling the situation and the increase in their despair were detected by 4 different assessment with PGS ( $p < 0.05-0.001$ ). Level of grief was higher age of in woman with advanced maternal age ( $\geq 36$  yaş) level of despair was more prominent in woman with chronic diseases, an parametric of PGS were high in art patients who continued regular follow ups, during after first 3 month ( $p < 0.05-0.01$ ).

**Conclusion:** According to the study results, it can be said that the grief level of women who had pregnancy loss were high, their active grief decreased over time, however their despair increased, they had difficulty in coping with the grief, sorrow, despair and their past experience remains as the treat for future pregnancy.

**Key words:** Pregnancy, pregnancy loss, perinatal loss, grief, sorrow

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Toplumumuzda gebelik; evliliğin ve aile olmanın en önemli beklentisidir ve neslin devamını sağlamasıyla kadının, ailenin hayatında önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı toplumun temelini sağlıklı aile oluşturur. Sağlıklı aile ise gücünü sağlıklı bir eşler arası ilişkiden alır (Canel, 2012). Gebelik fizyolojik bir olaylar dizisi olarak görülmekle birlikte, biyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı karmaşık ve riskli bir süreçtir. Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemelere rağmen hala istenmeyen gebelik, kayıpları yaşanabilmektedir. Gebelik kayıpları ister gebeliğin erken dönemlerinde isterse geç dönemlerinde olsun çoğunlukla yas, keder ve depresyon gibi emosyonel yanıtlara yol açmakta ve ebeveynlerin kayba duydukları tepki ve düzeyi birçok faktörden etkilenabilmektedir. Gebelik kayıpları sonrası yaşanan yas bir yıl içerisinde azalsa da zamanında fark edilip tedavi edilmezse patolojik boyutlara ulaşabilmektedir. Ebeveynlerin kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilmekte, sonraki gebeliği de olumsuz etkilemekte, kayıp korkusu, artan anksiyete, stres vb. nedenlerde nöroendokrin reaksiyonları artırmakta, bunlarda doğacak bebeği olumsuz etkilemekte hatta çocukluk dönemlerinde görülen ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir gebelik ve nesil için gebelikte kayıp yaşayan bir kadının yas sürecine verdiği tepkiler sağlık çalışanları tarafından erken fark edilip, kadının uygun hizmet almasının sağlanması önem taşımaktadır. Bu çalışmada, gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder/ yas düzeyleri ile gebelik haftasına göre yaşanan keder düzeyinde farklılık olup olmadığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemelere rağmen hala istenmeyen gebelik, kayıpları yaşanabilmektedir (Cote-Arsenault ve Donato, 2007). Fetal kayıplar yani ölümler gebeliğin farklı dönemlerinde olabilmekte ve 20. gebelik haftasından küçük ise erken, 20-27. haftalar arasında ise orta ve 28. haftadan sonra ise de geç kayıplar olarak ifade edilmektedir (Froen, 2001; Şirin, 2008).

Kayıp bireyin doğumundan ölümüne kadar karşılaştığı evrensel bir deneyimdir (Craven ve Himle, 2000; Potter ve Perry, 2005). Bireyin kaybı, onun yaşamında kendisi için önemli olan nesnelere, kişilerin, organların, işlevlerin, hayvanların vb. uzaklaştırılması ya da yitirilmesidir (Öz, 2004). Yitim doğal, beklendik bir

duygulanım sürecidir. Bunun yaşanılmaması, bastırılması, yok sayılması gibi tepkiler yasin kronikleşerek patolojik bir hale gelmesine, depresyon, psikosomatik hastalıklar ve patolojik yas gibi klinik tabloların oluşmasına yol açar (Okyayüz, 1995). Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiğinin, onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediğinin, harekete geçirdiğinin ve hangi eski acıları tazelediğinin her zaman göz önünde tutulması gerekir (Okyayüz, 1995).

Kayıp sonrası yaşanan üzüntü (Bereavement), bireyin kayıp nedeniyle yaşadığı duygusal sıkıntı durumudur. Yas (Grief) ise, üzüntüyü de içine alan içsel ve dışsal tepkileri kapsayan bir süreçtir. Yas tepkileri; uyku, yeme sorunları, psikosomatik arazlar gibi fiziksel, kızgınlık, öfke, suçluluk, endişe vb gibi duygusal ve diğer aile üyelerinin bakımı, arkadaş ve akrabalarla olan ilişkilerin sürüp sürmemesi gibi sosyal tepki biçimlerinde kendisini gösterebilir (Stubenbort, 2001). Üzüntü ve yas süreci, kaybedilen kişiyle olan ilişkilere, kaybın yaşandığı ortama ve kişiye olan bağlılığa göre değişmektedir (Drench, 2003). Matem (Mourning) kaybın kültürel yanını temsil eder ve bilinçli ya da bilinçsiz kültürel tepkileri içerir (Sedney, 2002). Yas aslında ölen kişiyle olan ilişkiler doğrultusunda tamamlanmamış planları, istekleri, hayalleri ve fantazileri içerir. Bovvlby'e göre matem süreci kaybedilen kişiye yeniden ulaşmaya çalışma, üzüntü ve organizasyonsuzluk ve yeniden yapılanma aşamalarından oluşmaktadır (Bovvlby 1982).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre perinatal dönem gestasyonun tamamlanmış 22. gebelik haftasında (154 gün) başlar ve doğumdan sonraki yedinci günü kapsamaktadır. Fetüs/yenidoğan kayıpları en fazla bu dönemde yaşanmaktadır. Perinatal kayıplardan düşük (spontan abortus); fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanmasıdır. Düşüklerin %90'ı 12-14.gestasyon haftadan önce erken düşük olarak gerçekleşmektedir. Diğer bir perinatal kayıp intrauterine ex/ölu doğumlardır. Bu fetüsün anne karnında doğumdan önce ölmesi durumudur. (Öztanrıöver 1998). Perinatal kayıplardan neonatal (yenidoğan) ölümü de; doğumdan itibaren bir ay içerisinde olan sürede bebeğin ölmesi durumudur (Davis 1996).

Prenatal dönemde fetal ölümler, doğum aktivitesinden önce gerçekleşmektedir. Ölüm uterusun erken kasılması nedeniyle spontan abortus şeklinde gerçekleşebileceği



gibi bazen fetüs gebeliğın geç döneminde ölebilir. Anne yaşadığı bu kaybı doğum periyodunun ürünü ölü bir bebek olarak alabilir. Bazen de bebek doğum aktivitesi esnasında ölebilir. Bu döneme bebeğın tepkisini bilmek mümkün değildir ancak bu durumdan direk etkilenen ve terk edilmişlik duygusunu deneyimleyen aileyi gözlemlemek mümkündür (Roper ve ark., 1996).

Tüm kadınların dörtte birinden fazlası yaşamları boyunca düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimleyebilmektedir. Bir bebeğın düşük, ölü doğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına ailelerin uyumu esnasında büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bebek bekleyen veya yeni ebeveyn olmuş bireyler bebeklerinin yaşamı ile ilgili pek çok plan yapar ve hayal kurarlar. Bu bireyler bebeğın kaybı durumunda, yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar. Perinatal kayıp yaşayan ebeveynler sıklıkla bu durumu inkar ederler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünürler. Böyle bir durumun niye kendilerini ve çocuklarını bulduğunu uzun uzun düşünme eğilimindedirler. Kayıp yaşayan ebeveynler bu sorun yumağı ile uğraşırken, ailelerinden ve arkadaşlarından gereken desteğı alamadıklarını düşünmektedirler (Davis, 1996).

Ebeveynlerin kayba duydukları tepki; kültür, dini inanç durumu, ırk, mevcut sağlık durumu, destek mekanizmaları ve önceki deneyimler gibi faktörlerden etkilenmektedir. Kadınların kayba verdiği tepki kabullenmeden, başarısızlığa ve derin kayıp hissine kadar geniş bir aralıkta kendini göstermektedir (Yılmaz ve ark., 2014). İstemsiz düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle yaşanan kayıp çoğunlukla yas ve depresyon gibi emosyonel yanıtlara yol açmaktadır (Ramdaney et al., 2015). Kaybedilen bebek için her zaman matem tutulmakta ve unutulmamaktadır (Körükcü ve Kukulcu, 2010). Kayıp sonrası yaşanan yas bir yıl içerisinde azalabilse de zamanında fark edilip tedavi edilmez ise yasin patolojik boyutlara ulaşabildiğı bildirilmektedir (Bennet, 2005).

Ebeveynlerin perinetal kayba adaptasyonu diğer kayıplara göre çok daha zor olmaktadır. Özellikle düşük, ölü doğum, neonatal ölüm ve bebek ölümü gibi ölümün beklenmediğı durumlarda çok büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bu tür kayıpların anlaşılması zor ve karmaşıktır. Ayrıca yas tutma veya çözülme süreci, yaşanan kayıp diğer bireyler tarafından görülmediğı, aileler tarafından tanınmadığı ve özel olarak

kabul edilip önem verilmediği için çok daha zor olmaktadır (Lewis, 1976). Arkadaşlar ve akrabalar perinatal kaybın yasını tutan çifte ne diyeceklerini bilemedikleri için kendilerini rahatsız hissetmekte ve bunu takiben çifte etkileşime girmekten kaçınmaktadır. Fetüsün veya bebeğin varoluşunun soyut ve anlaşılmaz olması kayıp hakkında konuşmaya olan direnci artırmaktadır. Ebeveynlerin fetüsleri veya bebekleri ile olan ilişkileri tam olarak yapılanıp oturmadığı için yas tutma süreci daha da zorlaşmaktadır. Sonuç olarak ebeveynlerin kaybettikleri bebekleri için somut hatıralar geliştirme fırsatı olmamıştır (Sahu, 1981).

Perinatal kayıp bireysel yası, çiftin ebeveynliğini, bebek bekleyen aileyi kapsayan karmaşık bir süreçtir. Bireysel açıdan incelendiğinde perinatal yası da kapsayan yas tutma süreci ve yas tutma sürecine karşı gelişen yanıtta cinsiyet farklılıkları ilk göze çarpan noktalardır. Kayıp yaşayan çift açısından bakıldığında ise ailenin yas tutma süreci karşımıza çıkar (Davis, 1996). Sahu (1981) kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili bu kavramları perinatal kayba uyarlamıştır. Yas tutan bireylerin ortak bir biçimde ilk önce hissizlik ve şok yaşadığı bunu özlem duyma ve aramanın takip ettiği, daha sonra karışıklık (disorganizasyon) evresinin yaşandığı ve son evrede de düzenlemenin (reorganizasyon) deneyimlendiğine dikkat çekmiştir. Perinatal kayıp yaşayan bireylerin kayıp yaşayan bireylerden tek farkının düzenleme (reorganizasyon) evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğunu belirtmiştir. Bu evreler farklı tipte kayıp yaşayan bireylerin yasa yanıtlarına benzerlik gösterse de perinatal yas çözümü çok zor olan kendine has özellikleri barındırır. Kayıp, suçluluk, günahkarlık ve utanç gibi farklı duygular çözülme sürecini engellemektedir (Sahu, 1981).

Fetüsün veya bebeğin ölüm haftası veya yaşı geride kalan bireyin kayıp algısında değişiklik meydana getirmektedir. Küçük fetüsün ölümü çok trajik bulunmazken geç dönemdeki fetal kayıplar ve bebek ölümleri geride kalanları derinden etkilemektedir (Davis, 1996). Pek çok araştırmacı fetüsün veya bebeğin ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasa verilen cevabın ilişkisini incelemiştir. Goldbach ve ark. (1991) yaptıkları çalışmada perinatal yas ile gestasyonel yaş arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki olduğu ve gestasyonel hafta büyüdükçe perinatal yas yoğunluğunun arttığı bildirmiştir. Swanson ve ark (2007) çalışmalarında perinatal yas ile perinatal bağlanma

düzeiy arasında sıkı bir ilişki olduğunu ve perinatal bağlanma düzeiy artıkça perinatal yas oranının arttığını belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçlarına bakılarak; gestasyonel yaş ile ailelerin fetüs veya infantlarına bağlanma dereceleri arasında paralellik olduğunu savunan hipotezler kurulmuş ve geç dönem yaşanan kayıpların daha yoğun yas yaşanması ile ilişkisi olduğu varsayılmıştır (Goldbach ve ark., 1991, Toedter ve ark., 1988). Perinatal kayıp yaşamış ebeveynlerin en az %80'i 18 ay içerisinde yeniden gebe kaldığı göz önüne alındığında perinatal ölüm oranı daha da önem kazanmaktadır (Körükcü ve Kukulu, 2010). Çünkü kayıp sonrası yaşanan yas bir yıl içerisinde azalsa da zamanında fark edilip tedavi edilmeye yasin patolojik boyutlara ulaşması söz konusudur (Bildik, 2013).

Perinatal kayıpla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde, gözlemlenen perinatal yanıtın bir sonraki gebelikte gebelik anksiyetesini artırdığı yönündedir. Perinatal kaybı takip eden gebelikte, depresif semptomlar eşlere oranla daha fazla yaşanmaktadır. Ayrıca, depresif semptomların üçüncü trimesterde daha fazla yaşandığı ve bu semptomların kayıptan sonra maksimum 12 ay içerisinde gebe kalan kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (Körükcü ve Kukulu, 2010; Gold, 2007).

Sonuç olarak; ebeveynler perinatal kayıp sonrası keder ve yas dönemi yaşarlar. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadığı yas şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilir ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilir. Yas dönemi depresyon ile birlikte öz güven kaybına neden olabilir (Körükcü ve Kukulu, 2010).

Travma mağdurunun psikoterapisinde, travmatik olay(lar)ın doğrudan etkisi, kişinin öncesindeki psikodinamikleri, olayın maddi, sosyal ve psikolojik sonuçları ile güncel ruhsal belirtiler her zaman bir biriyle ilişkilidir (Akhtar, 2014)

Ebeveynlerin kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilir ve bu sonraki gebeliği de etkileyebilir (Körükcü, 2010). Kayıp korkusu, artan anksiyete, stres vb. nedenlerde nöroendokrin reaksiyonları artırmakta, bunlarda doğacak bebeği olumsuz etkilemekte hatta çocukluk dönemlerinde görülen ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp yaşayan ailelerin özellikle de kadınların bir sonraki gebeliğinde anksiyetesinin arttığı ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Tüm bunların ebeveynlerde özellikle

de kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirdiği tespit edilmiştir (Armstrong ve Hutti, 1998; Wallerstedt ve ark., 2003). Bir kaybı takiben doğan bebeğe çok farklı anlamlar yüklenmiş ve farklı değerlendirilmiştir. Bazı araştırmacılar bu durumu replasman (ölen bebeğin yerine konan) çocuk sendromu olarak adlandırırken bazıları savunmasız çocuk sendromundan bahsetmişlerdir. Savunmasız çocuk sendromunda ailelerin çocuklarını oluşabilecek tüm zararlardan korumak için yeni doğan bebeğin özel bir bakım ve korumaya gereksinimi olduğu algısına sahip oldukları bildirilmiştir (Lamb, 2002; Turton ve ark., 2009).

Cote-Arsenault (2003) kayıp yaşayan annelerin sonraki çocuklarına daha özenli, dikkatli ve korumacı davrandıklarını tespit etmiştir. Gebelik kaybı yaşayan aileler dünyaya gelen çocukların tam olarak kendilerine ait olmadığını ve çocuğu ödünç almış gibi hissetmektedirler. Anneler doğmamış bebeklerine karşı soğukluk hissetmekte veya doğacak bebeği belli bir düzeyde ölen bebek yerine koymaktadır (Wallerstedt ve ark., 2003).

Ayrıca Armstrong (2007) önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini ileri sürmüştür. Bahsedilen çalışmaların aksine Carrera ve ark. (1998) kayıp yaşayan ailelere gereksinimleri olan psikolojik girişimlerde bulunulduğunda kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde Beck Depresyon skorlarına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bazı araştırmacılar yaşanan kayıp deneyiminden sonra dünyaya gelen çocuğun; ebeveynlerin yasını azalttığını, kendilerini daha huzurlu hissetmelerini ve kaybı kabullenmelerini sağladığını, daha az suçluluk hissetmelerini ve depresyon düzeylerinde azalma sağladığını tespit etmişlerdir (Wilson ve ark., 1988; Theut ve ark., 1990).

Tüm bu nedenlerle, sağlıklı bir gebelik ve nesil için gebelikte kayıp yaşayan bir kadının yas sürecine verdiği tepkiler sağlık çalışanları tarafından erken fark edilip, kadının uygun sağlık hizmeti almasının sağlanması ve uygun hizmet alımına sevki önem taşımaktadır. Kayıp döneminde sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin ızdırıp sürecini etkileyebilir (Gold, 2007; Dimarco, 2002; Uren, 2002). Sağlık çalışanları kaybın sonraki gebelik üzerindeki etkisini anlamak ve böylece yeterli sağlık bakımını sağlamak zorundadırlar (Gold, 2007; TNSA, 2008).

Araştırmacılar hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli bakımı sağlamaları için obstetrik öykünün ayrıntılı Şekilde değerlendirilmesini önermişlerdir. (Cote-Arsenault, 2007; Armstrong&Hutti, 1998; Cote-Arsenault, 2001). Obstetrik öykünün değerlendirmesi gereklidir; çünkü mevcut gebelik kaybı takip eden gebeliklerde anksiyete oluşmasını beklemeleri ve kabul etmeleri açısından hemşireleri uyarmaktadır denmiştir (Cote-Arsenault, 1999; Cote-Arsenault, 2001; Cote-Arsenault, 2006). Ayrıca değerlendirme sonucunda gerekirse uygun hizmetlere başvurulması (sevk edilmesi) nemlidir ve bu tür bir öyküye rastlandığı anda gebeler destekleyici bakım ve tedaviyi almaları konusunda yönlendirilmelidir (Armstrong, 2002; Turton ve ark., 2009).

Ebeveynlere sağlanan destek sisteminin değerlendirilmesi de diğer önemli bir özelliktir (Armstrong & Hutti, 1998). Yapılacak uygun bir değerlendirme sağlık çalışanlarına kayıp sonrası yaşanan gebelikte uygulanacak bakım ve tedaviyi seçmelerini desteklemek için de ebeveynler ile birlikte çalışmalarına olanak tanımaktadır.

Diğer bir hemşirelik yaklaşımı, durumun sağlık çalışanları tarafından kabul ve anlaşılmasıdır (Armstrong, 2002). Kaybı yaşamış olan kadınlar açısından bu kaybın doğrulanması ve kabul edilmesi önemlidir (Amstrong, 2002; Cote-Arsenault, 2000; Cote-arsenault, 2001; Cote-Arsenault, 2006). Perinatal kayıp yaşayan kadınlar, sonraki gebeliklerinde sağlık personelinden kayıp sonrası yaşadığı kaygılarına ışık tutmalarını isterken, aynı zamanda yaşadıkları duyguları empatik bir bakış açısıyla anlamalarını beklerler (Armstrong, 2004; Cote-Arsenault, 2001). Bu bağlamda kadınların artmış kaygıları konusunda uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi gerekmektedir (Armstrong & Hutti, 1998). Kadının konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilmesi kadının kaybı ile baş etmesini sağlamada önemli bir adımdır. Bu yaklaşım kadınlara gebelik dönemindeki duygularını sorarak ve duygularını tartışmalarına olanak tanıyarak başarılabilir (Armstrong, 2004; Cote-Arsenault, 2001).

Diğer yandan kayıp sonrası gebe kalan bir bireye verilen hemşirelik bakımı 4 odak noktaya sahiptir. Bunlar: kaybın obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi, kaybın kabul, annelerin kaygılarını tartışmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve annelerin

gebelik kaybı konusunda eğitilmesidir. Geçmişte kayıp yaşamış olan ebeveynlere verilecek bakımın en önemli yönü her anne ve her ebeveynin farklı olduğunun unutulmamasıdır. Bunun anlamı hemşirenin her ebeveynin ihtiyaçlarını bağımsız şekilde değerlendirmesi gerektiğidir (Gold, 2007; Hunceld ve ark., 1997; Armstrong & Hutti, 1998).

Bir hemşire, farklı kayıp deneyimleri olan birçok hasta ile çalışır. Hemşire hastaların kültürel durumlarına göre kaybı anlamaları ve kabul etmeleri için onlara yardım eder ve böylece hayat normal olarak devam edebilir (Öz, 2004; Potter ve Perry, 2005).

Bu çalışmada, gebeliğin farklı dönemlerinde (erken, orta ve geç) yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder/ yas düzeyleri ile gebelik haftasına göre yaşanan keder düzeyinde farklılık olup olmadığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelik ve Önemi

Gebelik, kadın yaşamındaki en önemli olgulardan birisidir. Doğanın kadınlara verdiği bir hediyedir. Kadın yaşamında yeri oldukça önemli olan gebelik döneminde kadınlar özel bir gelişim süreci yaşamaktadır. Psikolojik ve fiziksel birçok değişimi hızlı bir şekilde yaşamaya başlamaktadırlar. Bu nedenle gebelik dönemi kriz ya da kritik dönem olarak da adlandırılmaktadır. Bunun nedeni gebelik döneminin kadınlarda neden olduğu nöroendokrin ve psikolojik değişikliklerin, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazla olmasıdır.

Fizyolojik bir olay olan gebelik hem kadın, hem de çevresi için özel ve farklı bir dönemdir. Bu dönemde hamile kadının vücudunda fiziksel birtakım değişikliklerin yanı sıra ruhsal yönde duygularında ve yaşam tarzında birçok değişiklik meydana gelir. Ruhsal değişiklikler de yaşanmaktadır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (Yıldız, 2011). DSÖ'ne göre, gebelikte yaşanan ruhsal sorunlar, hem fiziksel ihtiyaçların karşılanmasında sorunlara neden olarak dolaylı, hem de intihar girişimlerine neden olarak direkt maternal mortaliteyi arttırmaktadır (WHO, 2008).

Gebelikteki fizyolojik, duygusal ve yaşam tarzındaki değişiklikler kısa ve öz olarak aşağıda açıklanacaktır.

#### 2.1.1. Gebelikte oluşan değişiklikler

Gebeliğin süresi obstetrik olarak; son adet ilk gününden itibaren 280 gün veya 40 haftadır. Embriyolojik olarak ise fertilizasyon gününden itibaren 267 gün veya 38 haftadır. (Şirin 2008). Gebelik süresince bazı risklerden korunmak ve fetal büyüme ve gelişmenin sağlanması amaçlı fizyolojik değişiklikler yaşanmaktadır.

##### 2.1.1.1. Genital sistem değişiklikleri

*Uterus:* Gebelik boyunca progesteron ve östrojen artışı ile uterusun büyüklüğünde, ağırlığında, kalınlığında, yumuşaklığında, pozisyonunda ve

ligamentlerinde değişiklikler olmaktadır (Taşkın, 2005). Ayrıca uterusun kan damarları sinirleri ve lenfleri artar. Ağırlığı 40-60 gram olan uterus doğuma yakın 1000-1500 grama ulaşmaktadır. Hamilelikten önce 1,5 cm olan uterus duvarının kalınlığı artarak 2,5 cm'e ulaşır, kalınlaşma ve genişleme en çok fundusta olur. Fundus yüksekliği gebelik haftasına göre değişir. Fetüsün büyümesi ve amniyos suyunun artması ile uterusun duvarları gerilip incelik ve kontraksiyon yeteneği kazanır (Coşkun, 2012). Ayrıca gebeliğin ilk trimesterinden itibaren uterusu düzensiz ve ağrısız "Braxton Hicks" adı verilen kontraksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Bu kontraksiyonlar gebeliğin üçüncü trimesterinde anneye rahatsızlık verebilir (Çiçek ve Mungan, 2008; Mete, 2008)

*Serviks:* Servikte östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile vaskülarizasyon artmaktadır. Buna bağlı olarak "Godell's İşareti" olarak bilinen servikal yumuşama görülür (Chamberlain ve ark., 2002; Gabbe ve ark., 2009).

Ayrıca gebelik süresince servikal kanal, progesteronun etkisi ile servikal glandların proliferasyonu sonucu salgıladığı muköz bir tıkaç ile dolmaktadır. Bu tıkaç uterus ile dış ortam arasında bir bariyer görevi görerek fetüsü dış etkenlerden korumakta ve normal doğum eylemi başladığında dışarı atılmaktadır (Taşkın, 2005; Çiçek ve ark., 2008). Döllenmeden hemen sonra çok kalın mukus tıkaç servikal kanalı kapatır. Bunun doğuma yakın dışarı atılması, ilk belirti (nişane) olarak bilinir (Şirin, 2008).

Gebelikte ovulasyon dolaşımdaki yüksek östrojen ve progesteronun, folikül stimüle eden hormon (FSH) ve luteinleştirici hormon (LH) üzerindeki baskılayıcı etkisine bağlı olarak gerçekleşmez (Chamberlain ve ark., 2002; Gabbe ve ark., 2009; Levend ve ark., 2010).

*Overler, tubalar ve ligamentlerdeki değişiklikler:* Gebelikte ovulasyon gerçekleşmez ve yeni folikül gelişimi bir süreliğine durur. Tubalarda ve ligamentlerde hipertrofi olur (Coşkun, 2012).

*Perine, vulva ve vajendeki değişiklikler:* Vulva ve perine kaslarında ve deride damarlanma artışı olur ve bu yapılarda normalde bol miktarda bulunan bağ dokusunda yumuşama olur. Gebelik boyunca vajinal salgılar da bol miktardadır. Kalın ve beyaz bir akıntidan oluşur. Ph'sı asidiktir ve 3,5 ile 6 arasında değişir (Coşkun, 2012).



Ekstragenital organlardaki değişiklikler kas iskelet sistemindeki değişiklikler: Gebelikte salgılanan östrojen ve relaksin hormon, ligamentleri gevşeterek eklem hipermobilitesine yol açar. Pelvik eklemlerin fibröz ligamentlerinde özellikle belirgin olan bu gevşeme, bu eklemleri yaralanmaya açık hale getirir. Gebeliğin son trimesterinde, artan ligament esnekliğine rağmen el ve ayak bilek eklemlerinin hareketliliği azalır. Bu durum, eklem çevresindeki konnektif dokudaki su tutulumuna bağlıdır.

İlerleyen gebelik haftasıyla birlikte vücudun ağırlık merkezi öne doğru değişir. Yine büyüyen uterusun yaptığı bası ve ağırlığın etkisi ile pelvik taban 2,5 cm kadar aşağı çöker (Şirin, 2008).

#### **2.1.1.2. Memelerdeki değişiklikler**

Östrojen ve progesteronun etkisi ile memeler şekil ve görünüm olarak değişirler. Östrojen süt kanallarının büyümesini, progesteron lobul ve alveollerin gelişimini uyarmaktadır. Memeye olan kan akımının artması ile areola büyüme ve pigmentasyonda artma görülmektedir (Chamberlain ve ark., 2002; Gabbe ve ark., 2009; Levend ve ark., 2010). Memelerde sekresyon gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren görülmeye başlamaktadır. Tüm bu değişikliklere bağlı olarak gebelik boyunca memelerde hassasiyet gözlenebilmektedir. Gebelere memelerdeki ağrı ve hassasiyeti hafifletmek için göğüslerini iyi saran/destekleyen ve geniş askılı sutyen kullanmaları ve soğuk uygulama yapmaları, meme ucu akıntısı olursa sutyenle birlikte ped kullanmaları ve memelerini ılık suyla yıkayıp kuru tutması önerilmektedir (Demiryay, 2006; Mete, 2008). İlk haftalarda memelerde hassasiyet vardır. İkinci trimesterden itibaren kolostrum adı verilen koyu sarı renkli ve kıvamlı bir süt salgısı başlar (Coşkun, 2012).

#### **2.1.1.3. Üriner sistemdeki değişiklikler**

Gebelikte artan progesteron düzeylerine bağlı olarak mesane ve üretra mukozası hiperemik olarak gözlenmektedir. Mesane kas tonusu azalmakta, vaskülaritesi artmakta ve sonuçta kapasitesi 1500 ml'ye kadar artabilmektedir. Tüm bu değişikliklerle beraber uterusun büyümesine bağlı olarak mesane pasif olarak öne ve yukarı doğru yer değiştirmektedir (Helli ve ark., 2011). Ayrıca büyüyen uterusun

mesaneye basısı nedeniyle 3. trimesterde mesane kapasitesi tekrar azalmaktadır. Gebe kadınlar büyüyen uterusun mesaneye baskısı ve pelvis içi konjesyon nedeniyle gebeliğin ilk ve son üç ayında sık sık tuvalete gitme ihtiyacı hissetmektedirler. Özellikle gebeliğin son aylarında mesane başla pelvis arasında sıkışarak idrara çıkma sıklığını artırmaktadır. Yine bu dönemlerde progesteron etkisine bağlı olarak sfinkterlerdeki g Gebelikte renal kan akımı % 50 - 70 oranında artmaktadır. Böbrek kan hacmindeki bu artışa bağlı olarak her bir böbreğin ağırlığında ve uzunluğunda yaklaşık 1-1,5 cm'lik artış gözlenmektedir. Ayrıca gebelikte normalde en fazla 10 ml olan böbrek pelvisi 60 ml'ye kadar genişleyebilmektedir (Carlin ve ark., 2008; Helli ve ark., 2011). Gebelikte renal fonksiyonlarda maternal ve plasental hormonlardaki artışa bağlı olarak değişiklikler meydana gelmektedir. Ayrıca renal kan akımının artması fonksiyonel kapasitenin % 35 - 60 oranında artışına neden olmaktadır. Glomerul filtrasyon hızı yaklaşık % 30 - 50 oranında artmakta ve bu artışa tübüler geri emilimde artış, üre ve kreatinin plazma konsantrasyonlarında azalma eşlik etmektedir (Özçelik, 2010; Carlin ve ark., 2008; Helli ve ark., 2011). Glomerul filtrasyon hızının artması, tubuler reabsorbsiyonun minimal azalması ve filtrasyon-reabsorbsiyon oranının azalmasına bağlı olarak gebelikte fizyolojik glikozüri ve proteüri görülebilmektedir. Gebelikte patolojik sınır glikozüri için 155 mg/dl, proteüri için 300 mg/gün olarak kabul edilmektedir (Taşkın, 2005; Demiryay, 2006). Gebelikte artmış progesteron etkisine bağlı olarak üreterlerin kas duvarlarında gevşeme görülmektedir. Buna bağlı olarak bazen üreterlerde idrar stazı görülebilir ve bu durum gebelikte üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlığı arttırmaktadır. Ayrıca gebelikte renal pelvisteki ve üreterlerdeki bu genişleme ile beraber büyüyen uterusun üreter kompresyonu sonucu hidronefroz gelişebilmektedir. Gevşeme nedeniyle, idrar kaçırma şikâyeti de görülebilmektedir (Taşkın, 2005; Helli ve ark., 2011; Decherrey ve ark., 2007).

#### **2.1.1.4. Kas-iskelet sistemindeki değişiklikler**

Gebelikte kas iskelet sisteminde hormonların etkisi ile gevşeme görülmektedir. 2. trimesterden itibaren progesteron etkisi ile pelvik ligament ve eklemlerde doğum eylemi açısından önem taşıyan yumuşamalar başlamaktadır (Taşkın, 2005).

Gebelik sırasında serum kalsiyumunun düşmesine ve kan fosfor düzeyinin artmasına, yerel dolaşım etkinliğinin azalmasına bağlı olarak bacak krampları meydana gelebilmektedir. Kramplar şiddetli ise gebenin süt alımının kısıtlanması, bol kalsiyum emilimini kolaylaştıran etkenlere ağırlık verilmesi yararlı olabilmektedir. Bacak masajları, bacakların hafifçe karına doğru çekilerek kasların gevşetilmesi, lokal ısı uygulaması, zaman zaman ayakların altına yastık konularak dinlenmenin alışkanlık haline getirilmesi bacak kramplarında etkili olabilmektedir (Taşkın, 2005; Decherney ve ark., 2007).

Gebelikte büyüyen uterusun yaptığı bası ve ağırlığın etkisiyle pelvik taban 2,5 cm kadar aşaağı çökmektedir. Bu dönemde pelvik taban kasları uygun egzersizlerle desteklenemez ise ileride üriner stres inkontinansı, pelvik organ prolapsusları ve seksüel fonksiyon yetersizliği gibi sorunlar baş gösterebilir. Bu sorunları önlenmesi için 9 gebelikte pelvik taban kaslarını güçlendiren kegel egzersizlerinin gebelere öğretilerek gebe kadının bu egzersizleri uygulaması önerilmektedir (Ayhan ve ark., 2008).

Büyüyen uterus lumbo-sakral bölgede lordosisi arttırmaktadır. Lumbo dorsal lordosise uyum sağlamak için boyun öne doğru fleksiyon yaparak postürde değişimler meydana getirebilmektedir (Gabbe ve ark., 2009; Levend ve ark., 2010). Lumbo-sakral vertebradaki eğimin artması, sakroiliak eklemün yükünün artması ve pelvik ligament ile eklemlerdeki yumuşama nedeniyle pelvik mobilitenin artması bel ağrılarına sebep olabilmektedir.

#### **2.1.1.5. Kardiyovasküler sistemindeki değişiklikler**

Gebelik sırasında görülen kardiyovasküler değişiklikler, fetüs için yeterli kan akımını sağlamayı amaçlayan fizyolojik değişikliklerden oluşmaktadır. Değişiklikler gebeliğin ilk 5-8. haftasında başlamakta, 2. trimester sonuna kadar artarak devam etmekte ve son trimesterden sonra durağan bir seyir göstermektedir (Akpınar, 2009).

Gebelikte kardiyovasküler sistemde meydana gelen en önemli değişiklik östrojenin renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini uyarması ile sodyum ve suyun retansiyonuna bağlı olarak kan hacminin artmasıdır. Kan hacmindeki bu artış anneyi doğum sırasında oluşabilecek kan kaybından korumaya yöneliktir. Aynı zamanda total kan hacmindeki artış gelişen fetüs dokuları, uterus ve gelişen anne dokularındaki kan ihtiyacı karşılamaktadır (Taşkın, 2005; Carlin ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2008).

Gebelikte kan volümü; en çok plazmada % 40 - % 50 oranında, özellikle de 28.-32. Haftalarda artış gösterir. Eritrosit artışına oranla plazma volümündeki artış daha fazladır ve bu durum da “fizyolojik gebelik anemisine” neden olmaktadır. Bundandır ki 28. ve 32. haftalardaki Hb düzeyinin düşmesi anemi olarak değerlendirilmez.

Gebelikte kan hacmiyle beraber eritrosit ve lökosit kütlesi de artmaktadır. Ancak plazma hacmindeki artış eritrosit sayısındaki artıştan daha fazla olduğu için gebelikte hemodilüsyon ve fizyolojik anemi görülmektedir. Gebelikte, değişik esansiyel koagülasyon faktörleri artmakta, trombosit sayısında değişiklik görülmemektedir. Gebelik süresince pıhtılaşma faktörlerinde; fibrinojen düzeyinde yükselme, faktör VII, 10 VIII, IX ve X progresif olarak artma olarak gözlenmektedir. Bu değişiklikler doğumda ve postpartum dönemde koruyucu mekanizmalar olarak yer almaktadır (Carlin ve ark., 2008; Akpınar, 2009; T.C Sağlık Bakanlığı AÇSAP, 2005).

Gebelikte progesteronun vazodilatasyon etkisi ve norepinefrin, anjiyotensin-II gibi vazokonstrüksiyon etkisi olan ajanlara yanıtın azalması nedeniyle düşük dirençli uteroplental dolaşımı etkin bir şekilde sağlayabilmek için sistemik damar direncinde azalma görülmektedir. Buna bağlı total kan volümündeki artışa rağmen gebelikte kan basıncı düşüş göstermektedir (Taşkın, 2005).

Gebeliğin 2. ve 3. trimestirlerinde alt ekstremitelerde venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, kalıtsal faktörler, aşırı kilo alımı, fazla ayakta durmayı gerektiren işler ve konstipasyon gebelikte variköz venlerin oluşumuna yatkınlığı arttırmaktadır. Buna bağlı olarak genellikle diz arkasında ve alt bacakta, daha az olmakla birlikte labia majör ve vajinada varis görülebilmektedir (Taşkın, 2005; Decherney ve ark., 2007). Varis gelişimi venöz dönüşü artırmaya yardımcı olunarak önlenebilmektedir. Bunun için gebenin düzenli egzersiz yapması, uzun süre oturmaktan ve ayakta durmaktan kaçınması, çok soğuk ya da sıcak duş almaması, varis

çorapları ve elastik bandaj kullanması önerilmektedir. Vena cava inferior üzerine uterusun baskı yapmasından kaçınmak için bacaklarını yükselterek uzatabilir. Böylece venöz dönüş artırılmış olur. Vulvar varislerin, iç çamaşırın içine koyulacak pedlerle desteklenmesi, kalçanın altına yastık koyularak elevasyonun sağlanması veya gebenin diz-çene pozisyonunda belirli sürelerle dinlenmesi önerilmektedir (Taşkın, 2005; Demiryay, 2006).

Gebelik sırasında istirahat nabız hızı 10-15 vuruş/dk artar. Gebelikte kalp çıkış hacminde (kardiyak out-put) artma olur. Kalp çıkış hacmindeki artış gebenin 10-34. haftaları arasında ve % 25-40 oranındadır. Gebeliğin 38. haftasına doğru azalır. 40. haftasında normal düzeye iner, doğumdan sonra tekrar yükselir. Gebelik ve doğumda kanamanın önlenmesi için pıhtılaşma faktörleri artar ve pıhtılaşma hızlanır. Hücreler arası sıvı miktarı artar, ödeme yatkınlık görülür, doğumdan sonra bu sıvı böbrekler yoluyla atılır (Coşkun, 2012).

#### **2.1.1.6. Solunum sistemindeki değişiklikler**

Solunum sisteminin ana fonksiyonu oksijen ve karbondioksit değişimi yapmaktır. Gebelik sırasında meydana gelen mekanik ve hormonal değişimler solunum sisteminde çok sayıda değişikliklere neden olur (Coşkun, 2012).

Gebelik ilerledikçe büyüyen uterusun diyafragmayı yaklaşık 5 cm yükseltmesi ile göğüs kafesi şekil değiştirmektedir. Göğüs çevresi % 8 oranında, hem göğüs transvers çapı hem de ön arka çapı 2 cm'lik artış göstermektedir (Carlin ve ark., 2008). Akciğerler diyafragmanın mekanik etkisi altındadır. Buna bağlı olarak toraks içi negatif basınç ve fonksiyonel reziduel kapasite azalmaktadır (Arısan, 1997).

Gebelikte Solunum progesteronun solunum merkezine yaptığı etkinin altındadır. Karbondioksit duyarlılık artmıştır. Bu nedenle hiperventilasyonla daha çok hava alışverişi sağlanmaktadır. Gebelikte oksijen ihtiyacı yaklaşık % 15-20 oranında artış göstermektedir. Bu ihtiyacı karşılamak için pulmoner ventilasyon % 30-40'lık bir artış gösterir (Arısan, 1997; Tetikkurt, 2000; Carling ve ark., 2008). Tüm bu değişiklikler sonucu gebelikte hafif kompanse respiratuar alkaloz, solunuma duyarlılık, dispne ve hiperventilasyon gibi maternal belirtiler ortaya çıkabilir. Ayrıca gebelikte östrojenin

burun mukozasındaki etkileri sonucu burun tıkanıklığı ve burun kanamaları görülebilir (Taşkın, 2005; Demiryay, 2006).

#### **2.1.1.7. Gastrointestinal sistemdeki değişiklikler**

Gebelikte artmış östrojen seviyesi midenin daha az hidroklorik asit salgılamasına neden olmaktadır. Ayrıca gastrin hormonunun üretimi önemli ölçüde artarak mide hacminin artmasına ve mide pH'sında düşmeye yol açmaktadır. Bu değişiklikler sayesinde gebelikte peptik ülser şikâyeti olan kadınların şikâyetlerinde gerileme görülmektedir (Chamberlain ve ark., 2002; Gabbe ve ark., 2009).

Gebelikte progesteronun etkisi ve büyüyen uterusun mekanik basısı nedeniyle tüm sistemde motilitede azalma görülmektedir. Bu nedenle mide ve barsaklar daha geç boşalmakta, mide yanması, bulantıda artma, suyun fazla emilimine bağlı konstipasyon ve hemoroid görülme olasılığında artma görülmektedir (Gibbs ve ark., 2010). Gebelikte artan progesteron özofagus alt sfinkterinin tonusunun azalmasına neden olmaktadır. Bu durum asidik mide içeriğinin özofagusa geçmesine olanak sağlamakta ve reflü görülme sıklığını arttırmaktadır (Kömürcü, 2010).

Gebelik hormonlarının tükrük bezlerine etkisi ile gebelikte pityalizm görülerek diş çürümelerine neden olabilmektedir (Kömürcü, 2010).

Gebelikte uterusun mekanik etkisi ile karaciğer yukarı ve arka tarafa doğru itilerek anatomik ve fonksiyonel değişikliklere uğramaktadır. Serum alkalın fosfataz, serum kolesterol düzeyleri yükselir, plazma albümin ve plazma protein düzeyleri düşer. Ayrıca safra kesesinin tonüs kaybına bağlı olarak safra tuzlarının retansiyonu artmaktadır. Bu durum vücutta genel bir kaşıntıya neden olabilmekte ve safra kesesi taşı oluşumuna eğilimi arttırmaktadır (Taşkın, 2005; Carlin ve ark., 2008; Gabbe ve ark., 2009).

Gebe kadınların % 50-70'inde gebeliğin ilk 8-16. haftasında kusma ve mide bulantısı görülmektedir. Semptomlar tipik olarak 4 ile 10. gebelik haftaları arasında görülmekte olup, 20. gebelik haftasından sonra azalmaktadır. Ancak gebelerin % 10'unda semptomlar tüm gebelik boyunca sürmektedir (Tetikurt, 2000). Gebelikte ortaya çıkan bulantı ve kusmanın nedeni henüz tam olarak bilinmekle birlikte; human koryonik gonodotrop hormon (HCG) düzeyinde yükselme, karbonhidrat

metabolizmasındaki değişiklik, annenin gebeliğe ve gebeliğin getireceği durumlara göstereceği psikolojik tepki ve gastrointestinal sistem peristaltik hareketlerindeki yavaşlamının etkili olduğu dşnlmektedir (Kkkmrc ve ark., 2006).

Gebelikte kilo kaybına (vücut ağırlığının % 5'i) yol açacak düzeyde aşırı bulantı, kusma, dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği ile seyreden, % 1 gebede görülen erken gebelik bulantı ve kusmasının ağır formu "Hiperemesis 14 gravidarum" olarak adlandırılmaktadır (Köken ve ark., 2009). Grlme insidansı % 0,5-2'dir ve gebeliğin ilk aylarındaki en sık hospitalizasyon nedenlerinin başında gelmektedir. Bu tür ağır vakalarda komplikasyonları önlemek için sıvı-elektrolit replasman tedavisi önerilmektedir (Tetikurt, 2000).

#### **2.1.1.8. Endokrin sistemdeki değişiklikler**

Gebelikte endokrin sistemdeki değişikliklere bağlı olarak çoğunlukla ilk trimesterde görülen en sık yakınma yorgunluktur. Genellikle gebeliğin 20. haftasında sonra geçer. Gebelikte oluşan normal fizyolojik değişiklikler, metabolik ihtiyaçların artması, bulantı-kusma, gebelikte yaşanan stres, anksiyete, depresyon, bulunulan ortamın sıcaklığı, ani pozisyon değişikliği ve uzun süre ayakta durma gebelikte yorgunluğa neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Genellikle bu durumun progesteronun sedatize edici etkisine bağlı olduğu dşnlmektedir (Kömürcü, 2010).

Gebelikte annenin endokrin organları, esas olarak hipofizden ve plasentadan trofik hormon salgılanmasındaki artış nedeniyle değişikliğe uğramaktadır (Chamberlain ve ark., 2002). Hipofiz bezi n lobta hipertrofi görülmektedir. Gebelikte FSH ve LH strojen ve progesteron seviyelerinin yüksek olması sebebi ile inhibe edilmekte, adrenokortikotrop hormon (ACTH) düzeyi artmaktadır. Prolaktin gebelik boyunca göreceli olarak artar ve laktasyonu sağlar. Hipofiz arka lob hormonlarından oksitosin progesteron etkisi ile gebeliğin ilk iki trimesterinde inhibe edilir. Gebeliğin sonlarında progesteronun çekilmesi ile aktifleşerek uterus kontraksiyonlarının başlatılması sağlamaktadır (Taşkın 2005; Gibbs ve ark., 2010).

Gebelikte tiroid bezi bazal metabolizma hızındaki artışa bağlı olarak vaskülaritesini arttırarak hiperplaziye uğramaktadır. Total triiodotironin (T3) ve tiroksin (T4) düzeyleri ilk trimesterde yükselmekte ve postpartum 6-12. haftaya kadar

yüksek seyir göstermektedir. Bu değişikliklere karşın serbest T3 ve T4 düzeyleri değişmemektedir (Çiçek ve ark., 2008). Paratiroid bezi ise fetüsün kalsiyum ihtiyacına paralel olara hipertrofiye uğrayarak paratiroid hormon konsantrasyonunu arttırmaktadır (Taşkın, 2005). Gebelikte pankreas langerhans adacıklarında hiperplazi ve hiperinsülinemi görülmektedir (Chamberlain ve ark., 2002; Carling ve ark., 2008).

Gebelikte fertilizasyondan sonra 8. günde sinsitiotrofoblastlar tarafından  $\beta$  HCG salgılanır ve maternal kanda 9. günde saptanabilmektedir.  $\beta$  HCG korpus luteumun gerilemesini önleyerek progesteron salınımını sağlamaktadır.  $\beta$  HCG düzeyleri son adet döneminin 21-70. günleri arasında logaritmik bir artış göstermektedir. Gebeliğin 60-70. günlerinde en yüksek düzeyine ulaştıktan sonra ortalama 120 güne kadar serum düzeyleri giderek düşer. 10-11. Haftadan sonra düşmeye başlar. Trofoblastik hastalıklar ve ektopik gebelikte  $\beta$  HCG düzeyi önem taşır. Trofoblastik hastalıklarda  $\beta$  HCG düzeyi 3-100 misli normal gebelik değerlerinin üstüne çıkabilmektedir. Ektopik gebeliklerin tamamına yakını ölçülebilir  $\beta$  HCG seviyeleri ile seyretmektedir (Arısan, 1997; Taşkın, 2005; Kömürcü, 2010). Ayrıca gebelikte trofoblastlar tarafından fertilizasyondan sonraki 12-18. günlerde human plasental laktojenik hormon (HPL) salgılanmaya başlamaktadır. HPL anne insülinini duyarsız hale getirerek, fetüsün sürekli çektiği glikozun anne kanında dengelenmesini sağlamaktadır. HPL hormon anne hücrelerinin insüline olan hassasiyetini azaltarak insülin direnci gelişimine neden olmaktadır (Kömürcü, 2010). Böylece HPL'nin gebelikte diyabetojenik etkisi ortaya çıkmaktadır. HPL Gebelik boyunca özellikle 20. haftadan sonra belirgin bir artış göstererek 34-36. haftalarda en yüksek düzeye çıkmaktadır. HPL'nin bir etkisi de annede serbest yağ asitlerini mobilize ederek bunların anne tarafından enerji kaynağı olarak kullanımını sağlamaktır. Bunun yanı sıra gebenin proteinlerinin kullanımını sınırlayarak fetüsün aminoasitlerden faydalanmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca süt bezlerinin laktasyona hazırlanmasında da rol oynamaktadır (Arısan, 1997; Taşkın, 2005; Kömürcü, 2010).

Gebelikte hipofiz iki kat büyür. Östrojen ve progesteron hormonu nedeniyle hipofiz ön lobundan FSH ve LH'nın salınımı baskılanır. Bazal metabolizma artar ve tiroit büyür. Adrenal bezler ve paratiroid gebelikte fazla çalışır. İnsülin salınımı da artar (Coşkun, 1996).



### **2.1.1.9. Cilt ve karın duvarındaki değişiklikler**

Östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile gebelikte melanositi stimule eden hormon (MSH) düzeyi yükselerek pigmentasyon artışına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak yüzde alın, yanaklar ve burun köprüsü civarında “kloasma” ya da “gebelik maskesi” denilen renk değişikliği görülmektedir. Ayrıca simfizis pubisten umblikusa uzanan orta hattaki “Linea Alba” olarak adlandırılan çizgi hattı koyulaşarak “Linea Nigra” ismini almaktadır. Hiperpigmentasyonun bir etkisi de meme areolası ve perinede renk koyulaşması şeklinde görülmektedir (Bankowski ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2008; Gibbs ve ark., 2010). Gebeliğin genellikle 3. trimesterinde karın duvarı incelenerek gerilmekte, parlak bir görünüm almakta ve buna bağlı olarak yer yer çatlamlar görülebilmektedir. “Stria” ya da “Linea Gravidarum” olarak isimlendirilen bu çatlaklar ilk başta kırmızımsıdır, daha sonraları beyaz skar dokusuna dönüşmektedir. Ayrıca bazen büyüyen uterusun abdominal kaslara mekanik basısı sonucu rektus abdominus kasında “Diastazis Rekti” adı verilen ayrılmalar olabilmektedir. Doğum sonrası, gelişen strialar soluk atrofik bir görünüm almakta ancak asla tamamen kaybolmamaktadır (Chamberlain ve ark., 2002; Gabbe ve ark., 2009).

Gebelikte artan progesteron ve östrojenin etkisi ile arteriol uçlarında dilatasyon gelişerek cilt yüzeyinde kırmızımsı ince örümcek ağına benzer dallanmalar sıklıkla boyun ve diş etlerinde kapiller hemanjiyoma sebep olabilmektedir (Taşkın, 2005; Levend ve ark., 2010).

### **2.1.1.10. Metabolik değişiklikler**

Gebelik süresince sağlanan metabolik denge, annenin yaşamı ile beraber fetüsün büyüme ve gelişiminin de devamını sağlamaya yönelik olarak bazı değişiklikler göstermektedir. Gebelikte artan oksijen ihtiyacına paralel olarak bazal metabolizmada artış görülmektedir (Taşkın, 2005). Gebelik süresince yaklaşık 12,5 kg’lık vücut ağırlığı artışı beklenmektedir. Bu artışın 3,5 kg kadarı yağ dokuya, diğer miktarlar ise gebelik ürünlerine, uterusu, büyüyen meme kitlesine, maternal kan volümü ile interstisyel sıvının artışına ve fetüs ait olmaktadır (Sarıyıldız ve ark., 2012). Erken dönemde gözlenen yağ doku artışı gebeliğin ortalarında en yüksek düzeyine ulaşır ve

yaklaşık 30.000 kcal'lik bir yedek enerji içerir. Bu ekstrauterin anabolizma, daha ileride fetüsün büyümesi ile birlikte artacak olan 17 intrauterin anabolik olaylara destek olma görevini üstlenmiştir. Gebelikte enerji ihtiyacı kadının günlük aktiviteleri ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Günlük diyete 300 kalorinin eklenmesi ihtiyacı karşılamak için genelde yeterli olmaktadır (Ersanlı, 1993; Gabbe ve ark., 2009; Sarıyıldız ve ark., 2012).

Karbonhidrat metabolizmasında gebeliğin ilk yarısında insülinin anabolik etkisi hakimken ikinci yarıda katabolik süreçler ön plandadır. Gebeliğin ilk yarısında karaciğer ve kaslarda glikojen depolanmaktadır. Gebelik ilerledikçe HPL etkisi ile dokularda insülin direnci başlar. Buna bağlı olarak pankreas adacık hücreleri glukoz ve aminoasit uyarısına duyarlılığını arttırarak ve daha fazla insülin salgılamaktadır. Gebeliğin sonlarına doğru giderek artan insülin direnci ve insülin gereksinimine maternal pankreas yeterli cevabı veremez ve insülin salgısını arttıramazsa gestasyonel diyabet ortaya çıkmaktadır (Ersanlı, 1993; Arısan, 1997; Taşkın, 2005).

Protein metabolizmasında; proteinleri ve nitrojeni fetüsün gereksinimi için korumaya yönelik bir maternal metabolizma gözlenmektedir. Anne kendi enerji gereksinimini proteinler üzerinden sağlamak ve aminoasitler sürekli olarak fetüs taşınmaktadır. Gebelik süresince ortalama 900 gr protein depolanmakta ve bu proteinler doğum, involusyon süreci, laktasyon ve loşia ile kaybedilen nitrojenin karşılanması için doğum sonu süreçlerde kullanılmaktadır (Çiçek ve ark., 2008; Levend ve ark., 2010). Anne kendi enerji gereksinimini yağlar üzerinden sağlamaktadır. Gebeliğin ilk yansında gıda alımını takiben annenin yağ depolan artarken, gestasyonun son dönemlerinde özellikle uzayan açlık hallerinde bu depolanmış olan yağ kitlesinin yıkılmaya başlamaktadır. Bu durum kanda serbestleşen yağ asitlerinin seviyesinin yükselmesine neden olmaktadır. Gebelerde kolayca ketozis gelişebilmektedir. Bunun nedeni yağ asitlerinin plasentayı geçemeyerek annenin enerji metabolizmasında harcanmasıdır. Bu yüzden gebelerin sık aralıklarla karbonhidrat yönünden beslenmeleri önem taşımaktadır (Ersanlı, 1993; Arısan, 1997; Taşkın, 2005).

Normal bir gebelikte kapiller permeabilitenin artarak doku aralarına sıvı kaybı, adreno-kortiko-steroidlerin artması sonucu sodyum ve su retansiyonu, onkotik

basıncın düşmesi ve dolaşım stazı nedeniyle 7-7,5 lt arasında sıvı retansiyonu görülmektedir (Taşkın, 2005). İntrasellüler ve ekstrasellüler sıvı elektrolit dengesinin korunması için sodyum, potasyum, kalsiyum, fosfor ve magnezyum gibi elektrolitlerin retansiyonu sıvı retansiyonuna paralel olarak gelişmektedir (Arısan, 1997). Gebelikte anne eritrositleri ve fetüste hemoglobın sentezi için demir ihtiyacı artmaktadır. Fetüs gebeliğin 2. trimesterinden 18 itibaren demir depolamaya başlamakta ve ortalama 375 mg demir deposu ile doğmaktadır. Bu yüzden gebeliğin 5. ayından itibaren gebeye demir preparatları başlanması önerilmektedir (Sarıyıldız ve ark., 2012).

Gebelikte meydana gelen kilo artışının büyük bir kısmı uterus ve bileşenlerine, memelere, kan hacmindeki ve ekstrasellüler, ekstrasellüler sıvıdaki artışa bağlıdır. Gebelikte 11-13 kg artışı normal sayılır. Östrojen salınımının artması, sodyum ve su retansiyonu, serum proteinlerinin azalması kapiller geçirgenliğin artması ve alt ekstremitelerde staz ve venöz basıncın artmasına bağlı olarak sıvı retansiyonu görülür.

Gebelikte erken dönemlerde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer ve bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Gebelikte sürekli beslenen fetüsten dolayı annenin hipoglisemi riskini azaltmak için sık sık beslenme önerilmektedir. Böylece anne kanındaki glikoz düzeyi dengelenmeye çalışılır.

Gebelikte serum lipitleri, lipoproteinler ve kolesterol miktarları artar. Gebelikte depolanan proteinin yarısı fetüse geçer, diğer yarısı da doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda ve loşya ile kaybedilen nitrojeni karşılamada kullanılır (Coşkun, 2012).

#### **2.1.1.11. Psikolojik-emosyonel değişiklikler**

Gebelik ve doğum, önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, karmaşık duyguların yaşandığı psikolojik bir süreçtir (McCauley ve ark., 2011). Kadınların cinsiyetleriyle ilgili fizyolojik özellikleri ve hormonal farklılıkları psikolojik değişiklikler için temel oluşturmaktadır. Özellikle gebelikte östrojen, progesteron ve kortizolün etkisi ile bu sürece uyumu sağlayacak bazı psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir (Yılmaz ve ark., 2010).

Gebelik kadın yaşamında bir dönüm noktasıdır. Gebe kalındığını öğrendiği ilk andan itibaren kadının kendi karnında gelişmekte olan bebeğin varlığı ve ilerleyen

zaman içerisinde oluşan bir takım fizyolojik değişimler gebede psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur. Gebelik birçok anlam içerir ve ilk anlaşıldığında her kadının tepkisi farklı olabilmektedir. Kimi kadın gözyaşlarına boğularak üzüntüsünü, pişmanlığını veya sevincini, arzusunu dile getirir, bazı kadınlar tepkisiz kalıp iç dünyasında yaşar ve bunlar gibi birçok tepkiyle karşılaşılabilir.

Kadının gebeliğe karşı tepkisini ve bu dönemi rahat geçirebilmesini etkileyen faktörler şunlardır (Coşkun, 2012; Şirin, 2008; Vırt ve ark., 2008);

- Kendi bireysel deneyimleri
- Kadınlık rolünü benimsememiş olması
- Çevresindeki modellerin olumlu/ olumsuz olması
- Kültür düzeyi ve yaşam felsefesi
- Ailedeki mutluluk derecesi (eşiyle olan ilişkisi)
- Ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları,
- Ailenin sosyo-ekonomik yapısı
- Ailedeki çocuk sayısı
- Gebeliğin istenen veya istenmeyen gebelik olması.

Bir araştırmada gebeliğin 43 stres verici yaşam olayı içerisinde 12. sırada olduğu bildirilmiştir (Öztürk ve Şirin, 2000).

Gebelik dönemi ise kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir. Gebelik, kadınlar için fizyolojik bir süreç olmakla beraber önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, stres ve anksiyete oluşturabilecek etkenlerle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir (Vırt ve ark., 2008). Geçmiş yıllarda gebelik “psikiyatrik bozukluklar için koruyucu bir dönem” olarak görülürken, günümüzde bu görüş artık kabul edilmemektedir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008; Sevindik, 2005). Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında bir stres

dönemidir ve sıklıkla anksiyete ve depresyonla birleşmektedir (Sevindik, 2005). İnsan yaşamı için son derece mutlu bir olay olarak görülen ebeveynliğe geçiş dönemi, kadın ve erkekler için farklı yaşam deneyimlerini de beraber getirmektedir.

Gebelik dönemi bazılarınca kadının yaşamında yeni ve değişik rollere uyumu gerektiren bir kriz dönemi olarak da algılanmaktadır. Yaşanan bu kriz dönemi gelişimi sağlayabileceği gibi alışma gücünü yaratan bir sorun haline de gelebilmektedir (Akbaş, 2008).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir süreç olmasına karşın, kadın vücudu için önemli bir yük ve stres oluşturmaktadır. Gebelik süresince anne organ faaliyetleri, fetüsün emrine girmekte ve vücuttaki tüm kaynaklar fetüs için kullanılmaktadır (Demiryay, 2006). Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının çevresindeki yakın bireyler de bu olaydan etkilenmektedir. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri de birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşamakta ve bu değişimlere ayak uydurabilme gereksinimi hissetmektedirler. Diğer taraftan da aile üyeleri aileye yeni katılacak bebeği karşılamaya yönelik yeni roller öğrenme sürecine girmekte, bu nedenle, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (Beydağ, 2007).

Gebeliğin ilk üç ayında gebeliğini kabullenen ve güven duygusu içinde olan gebelerdeki bu süreç olumlu gelişmektedir. Gebelikten hoşlanma, mutluluk duyma, fiziksel rahatsızlıkları iyi tolere etme, kendisi ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği, özgüven ve umut duygusu kadının gebeliği kabullendiğini gösteren belirtilerdir. Hamile kadınlar, gebeliklerinin ikinci üç ayında tamamen fetüsü koruma duyguları ile hareket etmektedirler. Değişen beden imajını kötü ve çirkin bulmakta, bebek ile ilgili bilgileri öğrenmeye ve diğer gebe kadınlarla konuşmaya yönelmektedirler. Bu dönemde gebe kadın tamamen kendine ve bebeğine dönük yaşadığı için kendisine hayran ve içe dönük olarak tanımlanır. Son üç ayda kendine dönüklük devam eder. Duygusal dalgalanmalar olur. Gebeliği ile gurur duymaktadır ancak doğum ile ilgili korku ve endişeleri de gün yüzüne çıkmıştır. Fiziksel ve ruhsal destek için başkalarına özellikle eşine bağımlılık artar. Duygusal açıdan daha duyarlı hale gelir. Bebeğini kaybedeceği ya da ona zarar verebileceği duygularını yaşar.

Çelişkili ve bir biriyle çatışan (ambivalan) duyguları vardır. Gebelikten nefret eder, bebeği ister, fakat doğumdan korkar (Demiryay, 2006).

Gebeliğin başlangıcından itibaren kadın farklı duygulanımlar yaşamakta, bu duygusal dalgalanmaları ve kararsızlıkları da eşi ve yakın çevresine aktarmaktadır. Kadın bu süreç boyunca yoğun fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler yaşamaktadır. Anne yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve kişisel streslerle etkili bir şekilde baş edemediğinde gebelik, doğum ve ebeveyn olma gibi eylemler anne için gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşıyabilmektedir (Akbaş, 2008).

Anne adayları gebelik süresince günlük yaşamlarının altüst olduğunu hissetmekte, özellikle bazı kısıtlamalara ve fiziksel değişimlere uyum sağlamak zorunda kalmaktadırlar. Özellikle duygusal ve hormonal sıkıntılar nedeni ile zihin, beden ve davranışsal uyum sorunları yaşamaktalar (Dixon ve ark., 2013).

Gebelik karşısındaki tepkiler, bireyin anılarına, korkularına, sosyal ve ekonomik çevre koşullarına, isteklerine bağlı olarak değişmektedir (Demiryay, 2006). Gebelik ve gebelik sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemektedir. Duygu durum bozuklukları sık karşılaşılan obstetrik yan etkilerden biri olarak görülmektedir. Doğurganlık dönemi, kadınlarda depresyonun başlaması açısından yüksek riskli bir dönemdir. Ayrıca hemen hemen hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle kıyaslanamamaktadır. Gebelik döneminde yaşanan tüm olaylar kadın ruh sağlığını etkilemektedir. Gebelik dönemindeki kaygı ve depresyon, doğum sonrasında gelişecek olan depresyonun göstergesi olabilmektedir (Altınay, 1999; Cebeci, 2002).

Bireyler gebelik döneminde, fiziksel ve duygusal olarak etkilenmekte, gebeliğin getirdiği rollere uyum göstermek konusunda zorlanmalar yaşayabilmektedirler. Doğum olayı ile 41 hafta kadar süren uzun bekleyiş sonrasında aileler heyecanla bebekleri ile tanışmakta, bu olay bireyleri mutlu ettiği kadar da endişelendirmektedir. Çünkü insan için kendi sorumluluğunun dışında başka bir varlığın sorumluluğunu alması oldukça stres verici bir olaydır. Annenin, doğum sonrasında hastaneden taburcu olmasıyla, yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlayarak, bebeğini kabullenmesi ve kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Bu süreçte anneler, bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer

yandan da bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma hem duygusal hem de fiziki anlamda hazır olmak durumundadırlar (Beydağ, 2007).

Gebelikte psikososyal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki kaygı ve depresyon için risk etkenleri mevcuttur. Bu etkenler; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik- eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetusla ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır (Akbaş ve ark., 2008; Kuğu ve Akyüz, 2001; Bahar, 2006; Aydın ve Tamam, 2006). Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur (Akbaş ve ark., 2008; Kuğu ve Akyüz, 2001). Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir.

Ülkemizde doğumun hemen ardından başlayan vücudun toparlanma ve uyum sürecine 'lohusalık dönemi' denmektedir. Bu süre birçok bölgede bu süre kırk gün olarak kabul edilmektedir. Bu süre gerçekte kadının kendini doğum olayı sonrası fizyolojik olarak toparlaması ve psikolojik olarak yeni rolüne, anneliğe uyum sağlaması açısından önemlidir. Duygusal dalgalanmaların sık görüldüğü lohusalık döneminde kadının aslında en fazla ihtiyacı olan şey kocasından göreceği sevgi ve ilgidir (Yüksel ve Cindoğlu, 2006). Yeni annenin yaşadığı bu geçiş döneminde annelik rolünü kabullenme süreci, eşinin ve diğer aile fertlerinin desteği ile daha da kolaylaşabilmektedir. Bireylerde doğum sonrasında da bazı değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimler sonucunda, sağlığın bozulması görülebildiği gibi gebelik dönemlerine bağlı olarak bazı duygusal sorunlar da ortaya çıkabilmektedir (Ayvaz, 2006). Annelik hüznü ya da postpartum depresyon ve postpartum psikoz bu sorunlardandır. Doğum sonrasında ortaya çıkan duygu durum bozukluklarına ilişkin risk faktörleri olarak; gebelik ile ilgili ambivalans, gebelikte depresif belirtiler, özgeçmiş ya da soygeçmişte depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, evlilik ilişkisinde memnuniyetsizlik, evlilik çatışmaları, çocuk bakımı ile ilgili stresler gebelik sırasında stresli yaşam olaylarının

varlığı sayılmakta ve bu risk faktörlerinin farklı kültürlerde değişebildiği belirtilmektedir (Özkan ve ark., 2004).

İnsan kendisine ve çevresine uyum yapabildiği ve bu uyumu sürdürebildiği ölçüde mutlu ve sağlıklı hisseder. Fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal ilişkileri içeren evlilikte uyumun sağlanması, eşlerin ve ailedeki diğer bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının temelini oluşturan önemli bir etkidir (Kalkan, 2002).

Annenin yaşadığı duygusal ve fizyolojik sorunların yanı sıra, ebeveynliğe geçiş döneminde aile de bir kriz dönemi yaşamaktadır. Aile sistemi değişmekte, bunun yanında aile ilişkileri ve rollerinde de bazı değişimler meydana gelmektedir. Aileyi bir sistemler bütünü olarak ele alan genel yaklaşıma bakıldığında, eşler arasındaki sistemin aile kurumunun temelinde yer aldığı görülmektedir (Erdoğan, 2007). Evliliğin, kişinin yaşam kalitesi ile doğrudan ilişkili olduğu da belirtilmektedir (Hünler ve Gençöz, 2003; Ayan ve ark., 2009). Aile yaşamında eşler arasında uyum sağlanarak mutluluğun elde edilebilmesi için eşlerin; iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akrabalarla ilişkiler, serbest zamanların değerlendirilmesi, gelir idaresi gibi konularda görüş ve çabalarını birleştirmeleri gerekmektedir (Şener ve Terzioğlu, 2002).

Kadınların, ebeveynlik rolüne geçişte değişen aile dengeleri ve yeni rollerine uyum sağlayabilmeleri, ayrıca bu değişim aşamasında stresle baş etme stratejilerini öğrenmeleri için hemşirelere ve diğer sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (Taşkın, 2011; ACOG, 2014; Murray ve McKinney, 2014).

Aileye yeni bir üyenin katılması ile ailenin alışmış olduğu düzen değişmekte, bebeğin bakımı aile fertlerinin öncelikli görevleri haline gelebilmektedir. La Masters, incelediği evliliklerde, ailelerin % 83'ünün ilk çocuğun doğumu ile yoğun bir bunalım yaşadıklarını ifade etmiştir La Masters'a göre bu bunalım evresinin nedeni, kötü evlilik ya da bebeğin istenmemesi gibi durumlar değil, çiftin bu yeni rol için hazırlığa sahip olmamasıdır. Bebek, alışlagelen düzeni bozan biri olarak ortaya çıkınca bunalım yaşanmaktadır. Ana-baba rolüne uyumsuzluk nedenini, gebeliğe karşı olumsuz tutumlar, ana-babalığa ilişkin yetersizlik duyguları, bebek deneyim yoksunluğu, rol değişimini kabule istekli olmamak olarak belirtmektedir (Knox, 1972). Yapılan çalışmalarda çocuğun evlilik ilişkisini etkilediği gibi, çocuğun da ebeveynlerinin



ilişkisinde çıkan bu çatışmadan etkilendiği belirtilmektedir. Ayrıca bebeğin doğumunun evlilik ilişkisi stresinin önemli bir kaynağı olduğu vurgulanmaktadır (Ayan ve ark., 2009). Bebeğin aile sistemini strese soktuğu ve bebeğin de ailenin yaşadığı bu stresten etkilediği söylenebilir. Aile içinde yaşanan bu stres durumu ise bazı uyum sorunlarına yol açabilmektedir. Bazı durumlarda ailenin yaşadığı bu uyum sorunları ve stres ile baş etmesi için psikolojik destek alması gerekebilmektedir.

### **2.1.2. Çocuk sahibi olmanın aile ve toplumsal değeri**

Çocuk sahibi olmak, bir aile kurmada ve gelişimsel süreçte ailenin kendine özgü özelliklerini kuşaklar ötesine aktararak ailenin devamlılığını sağlamada önem taşıyan faktörlerden birisidir. Son yıllarda infertilite, aile yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir sorun olarak, gerek araştırma gerekse psikolojik destek hizmetleri bağlamında ruh sağlığı alanındaki önemli konulardan biri olarak ele alınmaya başlanmıştır (Greil ve ark., 2011).

Aileler, ortak bir geçmiş temelinde hem bireysel olarak üyelerin hem de bir bütün olarak ailenin gereksinimlerini karşılamak üzere bir araya gelmiş bireylerden oluşur. Her ailenin gelişimsel gereksinimlerini karşılamak üzere geliştirdiği, kendine özgü yöntemleri bulunmaktadır. Dolayısıyla aile sistemi oluşturan parçaların her birinin ayrı ayrı ve sistem içerisindeki yerine göre, sistemle bir bütün olarak ele alınabilmesi için sistem yaklaşımı teorik ve pratik alanlarda önemli bir çerçeve sunar (Anderson ve Sabatelli, 2006).

Aile, üyeler ve üyelerin birbirleriyle olan ilişki biçimlerinde belirlenen etkileşimlerden oluşur. Aileyi oluşturan bireyler ve etkileşim biçimleri her aileyi diğerlerinden ayıran karakteristik özellikler gösterir. Bu özellikler aile içi kurallar, kuralların uygulanış biçimi, değer yargıları, ailenin daha büyük sosyal sistemle olan etkileşimleri ve bu etkileşimler sonucu ortaya çıkan bilgiyi yeniden yorumlama ve sisteme dahil etme süreçleriyle belirlenir (Yılmaz ve ark., 2010).

Aile, kendini oluşturan bireylerin tek tek katılımıyla değil, bu bireylerin aralarındaki etkileşimler ve davranış örüntüleri yoluyla sisteme katılımlarıyla tanımlanır (Locke ve ark., 1959).

Aileler sürekli olarak, uzun dönemli gelişimsel değişimlerin yanı sıra, günlük yaşantının getirdiği değişimlere yanıt vermekte, uyum sağlamakta ve bu değişimlerle birlikte değişmektedirler. Aile Sistemleri Kuramı'na göre, aileler her zaman için denge durumunu korumak isterler. Bu tür bir denge durumu sağlanamadığında, ailenin yeni bir denge bulabilmek için kurallarını ya da dinamiklerini var olan yeni duruma ve koşullara uyarlaması gerekebilmektedir (Locke ve ark., 1959).

Aile, yapısı ve kültürel mirası ne olursa olsun, evlilik, ilk çocuğun doğumu, ergen çocuklar, emeklilik gibi öngörülebilir ve benzer evreler boyunca ilerler (McGoldrick ve ark., 2011). Bu süreçte sağlıklı bir ilerlemenin olabilmesi, her evrenin görev ve sorumluluklarının aile üyelerince yeniden düzenlenmesi ve evreye özgü stres kaynaklarının etkili bir şekilde yönetilmesine bağlıdır (McGoldrick ve ark., 2011). Bu evrelerin her birinde aile bireyleri ve bir bütün olarak sistem, gelişimsel ihtiyaca uygun biçimde değişim göstererek tutarlılığını korur.

İşlevsel bir aile, her bir aile üyesinin uygun gelişimsel görevleri yerine getirebildiği ve böylece aile yaşam döngüsünün işlevsel bir biçimde devam ettiği ve diğer sistemlerle başarılı bir biçimde etkileştiği bir ortam sağlar (Goldenberg ve Goldenberg, 2011).

### **2.1.3. Aile yaşam döngüsü**

Aile Yaşam Döngüsü (AYD) hem bireyi hem de toplumu etkileyen aileyi ve işlevlerini anlamada önemli bir araçtır. AYD evlilikten önce başlayan ve ailenin son üyesinin ölümüne kadar süren uzun bir süreçtir (Özdemir ve ark., 2009)

Çeşitli modelleri olan Aile Yaşam Döngüsünün ilk versiyonunu Evelyn Duvall geliştirmiştir (Nazlı, 2011).

**Tablo 1:** Aile yaşam döngüsü evreleri (Nazlı, 2011)

Aile Yaşam Döngüsü Evresi	Aile İçindeki Pozisyon	Ailenin Kritik Görevi	Gelişimsel Süresi	Evrenin Süresi
1. Evli Çiftler (çocuksuz)	Karı Koca	Karşılıklı doyurucu bir evlilik kurmak. Hamileliğe ve annelik babalık sözleşmesine uyum sağlamak.		2 Yıl
2. Bebekli Aileler (30 aylık bebeği olanlar)	Karı-Anne Küçük kız çocuğu/ oğlan çocuğu	Küçük çocuğun gelişimine uyum sağlama cesaretlendirme.		2-5 Yıl
3. Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Aileler(30 ay 6 yaş)	Karı-Anne Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Okul öncesi dönem çocuğunun kritik ilgi ve ihtiyaçlarına uyum sağlamak.		3-5 yıl
4. Okula giden çocuğu olan aileler (6-12 yas)	Karı-Anne Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Okul çağında çocuğu olan ailelerle uyum içinde olmak. Çocukların eğitsel başarılarını cesaretlendirmek.		7 Yıl
5. Ergenlik Çağında çocukları olan aileler (13-20 yas)	Karı-Anne Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Özgürlük ve sorumluluk arasında denge oluşturmak		7 Yıl
6. Hareket Eden Merkezler Olarak Aile (Birinci çocuk evden ayrılmış, son çocuk evden ayrılıyor).	Karı-Anne-Büyükanne Koca-Baba-Büyükbaba Kız çocuk-kız kardeş- hala Erkek çocuk-erkek kardeş- amca	Genç yetişkinleri, is, askerlik, okul ve evlilik için özgür bırakmak.		8 Yıl
7. Orta Yaşlı Anne Baba (Boşalmış evden emekliliğe)	Karı-Anne-Büyükanne Koca-Baba-Büyükbaba	Evlilik ilişkilerini tekrar inşa etmek, daha yaşlı ve daha genç kuşaklarla soy bağlarını sürdürmek.		15 +
8. Aile üyelerinin Yaşlanması (Emeklilikten her iki eşin ölümüne)	Dul Erkek-Dul Bayan Karı-Anne-Büyükanne Koca-Baba-Büyükbaba	Yalnız yaşama ile baş etme, emekliliğe uyum gösterme.		10-15 +-

Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur. Ailenin işleyişinde bozukluklar varsa, toplumda da aksamalar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, eşler arası uyumun olması önemlidir.

Yaşam döngüsü içinde ortaya çıkan her bir olay, ailedeki roller ve üyeler arasındaki ilişki kurallarında birtakım değişiklik ve düzenlemeler gerektirir. Geçiş dönemlerinde bazı sorunların ortaya çıkması doğaldır. Ne var ki, bir olay, bu olayı ele almayla ilgili gerekli hazırlık ve düzenlemeler yapılmadan ortaya çıkarsa, bir kriz durumu yaşanabilir. Sistem, yeni bilgiyi var olan durumla bütünleştiremedikçe daha büyük bir karmaşaya girebilir (Becvar ve Becvar, 1982).

Spainer (1976), çiftler arası uyumun; “1) eşler arasında sorun yaratan farklılıklar, 2) kişiler arası gerginlik ve kişisel anksiyete, 3) eşler arası tatmin, 4) eşler arası bağlılık

ve 5) yapılmakta olan işlerin önemi konusunda eşler arasındaki fikir birliğinin dereceleriyle karar verilecek bir süreç” olduğunu belirtmektedir.

Normal gelişimsel örüntülerin yanı sıra, aile aynı zamanda beklenmedik olaylarla da karşı karşıya kalabilir ve yapıyı değiştirmeye ya da statüyü sürdürmeye yönelik önlemler alınması gerekebilir. Süregiden fiziksel ve ruhsal hastalıklar, kayıplar, toplumsal ölçekte meydana gelen olaylar, aile yaşam döngüsünü kesintiye uğratarak yeni ve etkili uyarlamalar yapılmasını gerekli kılar (Goldenberg ve Goldenberg, 2011).

Gebeliğin hedeflendiği şekilde; sağlıklı bir bebek ve sağlıklı bir anneyle sonuçlanması, gebenin ve ona bakım veren sağlık ekibinin görev ve sorumluluğu kapsamındadır (Coşkun, 2012). Ancak her gebelik doğumla, yaşayan sağlıklı bir bebekle sonuçlanamamakta, bireyler gebeliklerinde erken ya da geç dönemlerde kayıplar yaşayabilmektedir.

## **2.2. Perinatal Gebelik Kayıpları, Nedenleri ve Türkiye’de-Dünya’daki Durum**

### **2.2.1. Kayıp kavramı**

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre kayıp; kaybolma, yitme, yitim, kaybedilen şey vb. anlamlara gelen bir kavramdır (TDK).

Kayıp yalnızca ölüm, ayrılık gibi büyük kayıplar değil aynı zamanda duygusal yatırım yapılan iş, para, hayvan, işlev, organ, yaşam, birey, gebelik gibi her şeyin yitiminde yaşanır. Kayıp, bireyin doğumundan ölümüne kadar karşılaştığı evrensel bir deneyimdir (Potter ve Perry, 2005).

Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür (Öz, 2004). İnsanlık tarihinde ölüm, doğal yaşam sürecinin bir parçası olarak görülmektedir. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmeler, ölümü bireysel ve spiritüel bir olay olmak yerine tıbbi bir olay haline getirmiştir (Yenal ve Şirin, 2004).

Kayıplar somut ve gelişimsel kayıplar olmak üzere ikiye ayrılır (Çelik ve Sayıl, 2003). Somut kayıplar sevilen bir kişinin ölüm, ayrılık, boşanma gibi nedenlerle kaybını, bir iş ya da değer verilen bir eşya gibi duygusal yatırım yapılmış bir nesnenin

kaybını, intrauterin fetus ölümü ya da özürlü bebek doğumu gibi beklenen bir sevgi nesnesinin kaybını ve narsistik bir yaralanma ile sonuçlanan (mastektomi, amputasyon gibi organ kayıpları, böbrek yetmezliği gibi bir organın işlevinin ya da genel sağlığın kaybı) kayıpları içermektedir. Gelişimsel kayıplar da insanın normal gelişim süreci içinde karşılaştığı ve mutlaka yaşaması gereken kayıplardır (Volkan ve Zintl, 1999). Burada üzerinde durulacak kayıp gebelikteki perinatal kayıplardır.

### **2.2.2. Perinatal gebelik kayıpları**

Yirmi ikinci gebelik haftası ile doğum sonrası ilk haftanın sonuna kadar olan süreye perinatal dönem denmektedir (Yıldırım ve ark., 2007).

Tıp biliminde gebeliğin başlangıcı ve postpartum dönem arasında meydana gelen kayıplara da perinatal kayıp denilmektedir (Gillbert ve Harmon, 2002).

Bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra ilk 7 gün içinde kaybedilmeleri erken neonatal mortalite hızını dolayısıyla da perinatal mortalite hızını değiştirir. Çalışmanın güvenilirliği açısından çalışma süresi olan 1 yıl içinde çalışmaya katılan merkezlerde doğan her bebeğin 7. Gün sonunda da yaşayıp yaşamadığının, öldüyse ölüm nedeninin saptanması gerekmektedir (WHO, 2008).

#### **2.2.2.1. Perinatal gebelik kayıpları tanımları**

Düşük (spontan abortus) gebeliğin fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden, genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanması demektir. Düşük sonrası kadının yaşayabileceği sorunlar gebelik haftası ile ilgili olarak değişmektedir. Erken gebelik haftalarında yaşanan düşüklere kadın çok az rahatsızlık hissedebilir hatta bazen o anda durumun farkına bile varmayabilir. Fakat bazen bebeğin düşürülmesi esnasında çok şiddetli ağrı ve kanama olabilir (Gillbert ve Harmon, 2002).

Ölü doğum bebeğin anne karnında doğumdan önce ölmesidir ve iki şekilde oluşabilir. Birincisinde bebeğin anne karnında ölmüş olduğu doğumdan günler veya haftalar önce tespit edilmiştir. Anne ve baba durumun farkındadır ve kadın bebeği normal doğum yapana kadar taşımaya devam eder. Diğerinde ise kadın bebeğin ölmüş olduğunu doğum esnasında öğrenebilir (Sitrin, 1994).

Neonatal ölüm; doğumdan itibaren bir ay içerisinde olan sürede bebeğin ölmesidir. Genellikle gelişimsel bir defekt, hastalık ya da prematürite sebebiyle bebek kaybedilir. Bebek ölümü ise bir yaşına kadar olan ölümlere denir. Bebek ölümü genellikle hastalık, kaza veya ani bebek ölümü sendromu ile meydana gelir (Davis, 1996). Ulusal Ani Bebek Ölümü Sendromu Kuruluşu (National Sudden Infant Death Syndrom Foundation) ani bebek ölümünü bir ay-bir yaş arasındaki bebeklerin temel ölüm nedeni olarak bildirmektedir.

Ani bebek ölümü; sağlıklı bebeğin ani, beklenmedik ve açıklanamayan bir biçimde ölümüdür. Bu yaştaki bebeklerin ana ölüm nedeni olan bu sendrom ne önlenilebilmekte ne de tahmin edilebilmektedir. Ölüm genellikle uykuda gerçekleşmektedir. O ana dek sağlıklı olan bebeğin beklenmedik ölümüne aileler hazırlıksız yakalanmakta ve şoka girmektedirler (NICHD, 2009).

Perinatal mortalite bir ülkenin sosyal gelişmişliğini ve ekonomik durumunu gösteren en önemli belirteçlerden birisidir. Perinatal mortalite istatistikleri, gebeliğin sonuçları, prenatal ve neonatal dönemin de kalitesinin belirlenmesi açısından değer taşır (Çetinkaya ve ark., 2013). Perinatal mortalite hızı; ölü doğum hızı, intrapartum ve erken neonatal mortalite hızını içerir. Ülkemizde perinatal mortalite hızı bölgeler arasında gelişmişlik düzeyine göre farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2013 yılında yayınlanan istatistik raporlarına göre, dünyada ölü doğum hızı 2009'da 1000 doğumda 19 iken, neonatal mortalite hızı 1990 yılında 1000 canlı doğumda 32'den 2011 yılında 22'ye gerilemiştir. Ülkemiz oranları değerlendirildiğinde 2009 yılında ölü doğum hızı 1000 doğumda 9 olup, neonatal mortalite hızı 1990 yılında 1000 canlı doğumda 29'dan, 2000 yılında 22'ye, 2011 yılında 9'a gerilemiştir (WHO, 2013). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verilerine göre ülkemizde perinatal mortalite hızı 1993 yılında % 0,42, 2003 yılında % 0,24, 2008 yılında % 0,19 olarak bulunmuştur (TNSA, 2008).

Perinatal ve neonatal mortalitenin önlenerek, bebek ölüm hızının düşürülmesinde en önemli yollardan biride bebek ölüm nedenlerinin bilinmesidir. Ülkemizde bebek ölümlerinin yaklaşık yarısını oluşturan yeni doğan ölümlerinin nedenlerinin bilinmesi, bu kayıpların önlenmesine yönelik stratejilerin belirlenmesi açısından önem kazanmaktadır (Raju, 2008).

### 2.2.3. Dünyada ve Türkiye’de perinatal kayıplar

Perinatal ölüm, ana sağlığı düzeyi ve doğum öncesi dönemde annelere verilen sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte en çok göz ardı edilen faktörlerden birisidir. Her yıl yaklaşık 137 milyon bebek doğmaktadır ve bu bebeklerin 3,3 milyonu ölü doğumdur, yaklaşık 4 milyon bebek ise doğumdan sonraki ilk bir ayda ölmektedir (DeChinque ve ark., 2004; Habib ve ark., 2008).

Sahra Güneyi Afrika, ölü doğumların ve yenidoğan ölümlerinin en yüksek düzeyde görüldüğü bölgedir. Bu ölümlerin büyük bir bölümü önlenemez nedenlerle olmaktadır. Özellikle Tanzanya, dünyada en yüksek perinatal ölüm hızına sahip ülkedir.

Bu ülkede 2000 yılı perinatal ölüm hızının % 69 olduğu tahmin edilmektedir. Tanzanya’ya komşu ülkelerden Kenya’da bu hız % 53, Uganda’da % 40’dır (Habib ve ark., 2008).

Perinatal nedenler, ICD sınıflamasına göre perinatal dönemde oluşan koşullar olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenlere bağlı ölümler (düşük doğum ağırlığı, prematürite, doğum travması, doğum asfiksisi) herhangi bir yaşta görülebilir ve çoğul gebelik gibi anneye bağlı veya plasenta nedenli faktörleri de içerebilir. Perinatal dönemde görülen ölümlerin (ölü doğum ve yenidoğan ölümler) bebeğe ilişkin en önemli nedenleri arasında yenidoğan tetanozu ve konjenital malformasyonlar bulunmaktadır (Mathers ve ark., 2006).

Gebelik kayıplarının olası nedenleri arasında patolojik ovum, embriyonik anomaliler, kromozomal anomaliler, ileri maternal yaş, uterin anomalileri, maternal hastalık, plasental anomaliler, aşırı maternal travma sayılabilir (Jonathan, 2003; Bankowski ve ark., 2005).

Türkiye’de perinatal ölüm hızını saptamaya yönelik araştırma sayısı sınırlıdır. Bu gösterge, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarından elde edilen verilerle hesaplanmaktadır. Ancak Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarında perinatal ölüm hızı farklı şekilde hesaplanmaktadır. Bu hesaplamada paydada 7 ayını tamamlamış gebe

kadın sayısı kullanılmaktadır. Buna göre Türkiye’de 1993 yılı için binde 43 olan perinatal ölüm hızı, 1998 yılında 39’a, 2003 yılında ise 24’e düşmüştür.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003’de perinatal ölümlülük ve bazı faktörler arasındaki ilişki incelendiğinde perinatal ölümlülüğün annenin doğumdaki yaşı, öğrenimi, önceki gebelik aralığı, yerleşim yeri ve bölgelere göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre en yüksek perinatal ölüm hızı 30-39 yaş grubunda doğum yapan, önceki gebelik aralığı 15 aydan az olan, kırsal bölgede yaşayan ve öğrenimi olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş annelerde belirlenmiştir (Hancıoğlu ve Alyanak, 2003).

Bu araştırmada perinatal ölüm hızının, annenin doğumdaki yaşının 20’den küçük olması durumunda % 28, 20-29 yaşındaki annelerde % 19, 30-39 yaşındaki annelerde ise % 36 olduğu belirlenmiştir. Annelerin önceki gebelik aralığının 15 aydan az olması durumunda perinatal ölüm hızının % 42 olduğu, kırsal yerleşim yerinde yaşayanlarda % 29, kentte yaşayanlarda ise % 21 olduğu saptanmıştır (Hancıoğlu ve Alyanak, 2003).

Aynı araştırmada annenin öğrenim düzeyi arttıkça perinatal ölüm hızının da azaldığı belirlenmiştir. Öğrenim görmemiş ya da ilkokulu bitirmemiş annelerde perinatal ölüm hızının % 38, lise ve üzeri öğrenim görmüş annelerde ise % 8 olduğu saptanmıştır (Hancıoğlu ve Alyanak, 2003).

Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada 2001-2006 yılları arasındaki dönemdeki perinatal mortalite nedenleri araştırılmıştır (Korkmaz ve ark., 2010). Bir üniversite hastanesinde yapılan bu çalışmada her ay düzenli olarak yapılan toplantılarda gebelik yaşı 22 hafta ve üzerinde veya doğum ağırlığı 500 gr ve üzerinde olan ve doğum sonrası yedinci güne kadar ölen vakalar prospektif olarak incelenmiştir.

Bu incelemede araştırmacılar tarafından toplam 353 perinatal mortalite vakası belirlenmiştir. Bunların % 28,3’ü intrauterin ölüm, % 7,4’ü intrapartum ölüm, 26,3’ü gebelik terminasyonu olmak üzere % 62’si ölü doğum ve % 38’i ise erken neonatal ölüm vakalarıydı. Wigglesworth sınıflandırmasına göre ölü doğumlar % 10,8, malformasyonlar % 35,5, prematürelilik % 25,2, perinatal asfiksi % 12,5 ve özel nedenler % 15,9 oranında belirlenmiştir. GalanRoosen “Fundamental” sınıflandırmasına göre ise travma % 0,6, enfeksiyon % 2,8, plasenta-kord patolojisi %



9,0, maternal immün sistem patolojisi % 3,1, malformasyonlar % 36,3, prematürelilik % 25,2, sınıflandırılmayan vakalar ise % 13,0 oranında bulunmuştur. Ortalama ölü doğum hızı % 21,9, erken neonatal mortalite hızı % 13,7, perinatal mortalite hızı ise % 35,3 olarak belirlenmiştir (Korkmaz ve ark., 2010).

Tüm mortalite hızlarında 2001 - 2004 döneminde giderek bir düşme görülürken 2005 - 2006 döneminde bu hızlarda yaklaşık 1,5 - 2,8 kat artış olduğu belirlenmiştir. Ölü doğum sayısının toplam doğum sayısına oranı incelendiğinde 2004 yılında % 1,6 iken 2006 yılında % 2,9'a yükseldiği, erken neonatal ölüm sayısının toplam canlı doğum sayısına oranı incelendiğinde 2004 yılında % 0,7 iken 2006 yılında % 1,8'e çıktığı belirlenmiştir. Erken neonatal ölüm nedenleri incelendiğinde prematürelilik oranının 2004 yılında % 0,3 iken 2005-2006 döneminde dört kat artarak % 1,2'ye yükseldiği, konjenital anomali, perinatal asfiksi ve özel nedenlere bağlı erken neonatal ölümlerin oranında önemli bir artış olmadığı görülmüştür. 2001-2006 döneminde hastanemizde prematürelilik oranı % 19,2 - 24,6 arasında değişirken, gebelik yaşı 28 haftanın altında olan prematüre bebek oranının 2004 yılında % 4,4 iken 2005 - 2006 döneminde yaklaşık iki kat artarak % 8,2 - 9,6'ya çıktığı belirlenmiştir (Korkmaz ve ark., 2010).

2001 - 2014 dönemi perinatal mortalite analizi genel olarak incelendiğinde; ilk dört yıl içinde tüm mortalite hızlarında giderek azalma olmasına rağmen, son iki yılda bu hızlarda artış gözleendiği, bu artışların büyük ölçüde erken neonatal mortalite hızı ve daha sonra da ölü doğum hızındaki artışa bağlı olduğu, erken neonatal mortalite hızındaki artışın en önemli nedeninin prematürelilik ve komplikasyonları sonucu kaybedilen vakalar olduğu, ölü doğum hızındaki artışın ise nedeni belirlenemeyen intrauterin ölümler ve gebelik terminasyonlarındaki artışa bağlı olduğu düşünülmüştür (Kavuncuoğlu ve ark., 2014).

### **2.2.3.1. Gelişmişlik düzeyine göre perinatal kayıplardaki değişim**

Perinatal mortalite istatistikleri kurumsal ve ulusal perinatal sağlık sisteminin gelişmişlik düzeyi ile ilgili en önemli göstergelerdir.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde, perinatal ölümler altıncı önemli ölüm nedeni olarak saptanmıştır. Yüksek gelirli ülkelerde ise perinatal ölümler ilk 10 ölüm nedeni

arasında bulunmamaktadır. Perinatal ölümlülük, gelişmiş ülkelere göre, gelişmekte olan ülkelerde yedi kat, az gelişmiş ülkelerde dokuz kat fazladır (Mathers vd., 2006).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde alt solunum yolu enfeksiyonları, perinatal dönemde ilişkili bazı sorunlar ve ishaller hastalıklar halen ilk 10 ölüm nedeni arasındadır. 2004 yılında bütün dünyada görülen çocuk ölümlerinin yaklaşık % 60'ının bu üç ölüm nedenine bağlı olduğu saptanmıştır (Mathers vd., 2006).

Perinatal ölümlerin nedenleri arasında anne yaşı, sosyal sınıf, parite sayısı gibi sosyodemografik özelliklerin önemli olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde doğumların % 40'dan fazlası bir sağlık kurumunda yapılmasına rağmen ancak yarısı doktor, hemşire, ebe gibi eğitimli bir sağlık personeli yardımıyla olmaktadır. Ancak eldeki veriler perinatal ölümlerin gerçek düzeyini vermekte yetersiz kalmaktadır. Ölü doğum verileri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eksik, tahminler yenidoğan ölüm tahminlerine göre daha az güvenilirdir (WHO, 2010).

Ölü doğumlarla ilgili kayıtlar, yenidoğan ölümleri ile ilgili kayıtlara göre çok daha yetersiz durumdadır. Dünyada doğumların sadece % 14'ü kayıt altına alınmaktadır. Hem canlı, hem de ölü doğumlar olduğundan daha az kaydedilmektedir. Fetal ölümlerin kayıtları ise daha kötü durumdadır (WHO, 2005).

Gelişmiş ülkelerde yaşayan ancak düşük sosyoekonomik sınıfta olan ve öğrenim düzeyi düşük annelerin bebeklerinde perinatal ölümlülük düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Borrell, 2002).

Gelişmiş ülkelerde annenin bazı özelliklerinin perinatal ölümlülük riskini artırdığı gösterilmiştir. Bu özellikler arasında anne yaşının büyük olması, annenin ilk doğumu (primipar) olması, sigara içme, düşük sosyoekonomik düzey, evli olmama, daha önce perinatal dönemde yenidoğan ölümü gibi unsurlar bulunmaktadır. Ayrıca bu risk faktörlerinin çoğunun düşük doğum ağırlığı ile de ilişkili olduğu saptanmıştır.

Ancak bu faktörlerden sadece sigara içme (perinatal ölümlülüğe etkisi) ve öğrenim düzeyinin (yenidoğan ölümlülüğüne ve perinatal ölümlülüğe etkisi) düşük doğum ağırlığındaki payı ile ilgili ayrıntılı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda, bulunan yüksek ölümlülük düzeyinin ne kadarının düşük doğum ağırlığı ile açıklanabildiği de araştırılmıştır.

#### **2.2.4. Perinatal kayıplara neden olan faktörler/Perinatal ölüm nedenleri**

Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen risk faktörleri; sosyal faktörler, annenin özgeçmişindeki faktörler, önceki gebeliklerin öyküsü, şimdiki gebelikteki sorunlar, doğuma ait faktörler ve yenidoğana ait özelliklerdir (Demir ve ark., 2001; WHO, 2013).

Anne sağlığını etkilediği belirlenmiş olan olumsuz sosyoekonomik koşullar aynı zamanda perinatal ölümlülüğü de etkilemektedir. Anne öğrenimi, hane geliri, çevre-konut koşulları gelişmekte olan ülkelerde ölüm riskini artıran önemli faktörlerdir. Ancak sosyoekonomik faktörlerle kültürel faktörler gebeliğin sonucunu birlikte etkileyebilir (Demir ve ark., 2001).

Ülkemizde Ana ve Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nden alınan bilgilere göre neonatal mortalite hızının değerlendirildiği Demirel ve ark.'nın yayınladığı çalışmada ülkemizde neonatal mortalite hızında son 10 yılda belirgin düşüş saptandığı, bu oranların 1998 yılında % 2,6 2003 yılında % 1,7, 2008 yılında % 1,3, 2009 yılında % 1 olduğu belirtilmiştir. Anne ve bebek sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve efektif kullanımları ülkemizde neonatal mortalitenin azalmasındaki majör etkidir (Demirel ve ark., 2013).

Perinatal ölüm nedenleri, Türkiye'de ölüme yol açan tüm nedenler içinde ilk hastalık arasında iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklarından sonra dördüncü sıradadır (Bodur ve ark., 2009; Sağlık Bakanlığı, 2010).

##### **2.2.4.1. Sosyal faktörler**

**Annenin yaşı:** Annenin 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük olması bebek ve anne için riskli bir durumdur. Bu durumlarda gebelik yaşına göre küçük bebek doğurma ve ölü doğum daha çok görülür ve ilk gebelikte risk daha fazladır. Kromozom anomalilerinin bu grupta daha sık olduğu, anne 20 yaşından küçük ise bebeklerin ölüm riskinin birinci ayda % 88 daha fazla olduğu görülmüştür (Topçuoğlu vd., 2014).

**Annenin sigara, alkol veya madde bağımlılığı:** Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen

annenin kendiliğinden düşük hızının yüksek olduğu, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma olasılığının üç kat arttığı gösterilmiştir. Konjenital anomali görülme sıklığı, sigara içenlerde içmeyenlere göre daha fazladır. Ayrıca hamileliği boyunca sigara içen annelerin bebeklerinde, geç fetal ve yenidoğan ölümler içmeyenlere göre yüksek bulunmuştur (Aktaş ve ark., 2010).

Gebelikte sigara içimi yenidoğan ölümlerinin % 5'inden, preterm doğumların % 10 - 15'inden, düşük doğum ağırlığının % 20 – 30'undan sorumludur (HASUDER 2011).

Annelerin sürekli alkol alımı; gebelikte, fetal alkol sendromu adı verilen yüz ve baş bölgesinde şekil bozukluğu ve zekâ geriliği ile sonuçlanan bir duruma yol açmakta olup primer korunma ile önlenilecek bir zekâ geriliği türüdür. Kokain kullanımının kendiliğinden düşük, ölü doğum, intrauterin büyüme geriliği, mikrosefali ve anormal beyin gelişimine neden olduğu gösterilmiştir.

Ailenin sosyoekonomik durumu: Zor yaşam koşulları, bilgisizlik, fakirlik gibi ailenin sosyoekonomik durumunun kötü olmasına neden olan faktörler ile erken doğum ve intrauterin büyüme geriliği arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Ailenin yaşam standardının bir göstergesi olan konut tipine göre bebek ölümleri bir çalışmada incelenmiş, çalışma sonucundan olumsuz koşulları olan konutlarda yaşayanlarda bebek ölüm hızı % 131, sağlıklı konutlarda yaşayanlarda ise ölüm hızı % 67,9 olarak bulunmuştur (Vançelik ve ark., 2012).

Sosyoekonomik düzeyin kötü olması, düşük doğum ağırlığına doğrudan yol açmamakta ancak sağlık hizmetlerinden faydalanmayı azaltarak, sağlıklı beslenmeyi engelleyerek ve strese yol açarak dolaylı bir etki göstermektedir.

Sosyoekonomik düzey ile ilgili olan önemli bir faktör de anne ve babanın öğrenim durumudur. Anne ve babanın öğrenim düzeyi arttıkça perinatal ve yenidoğan ölüm hızı azalmaktadır.

Brezilya'da yapılan bir çalışmada öğrenimli anne grubuna göre, öğrenim görmemiş anne grubunda bebek ölümünün daha fazla olduğu bulunmuştur (Vançelik ve ark., 2012).

Türkiye’de yapılan TNSA-1993 çalışmasında; annenin eğitim düzeyi düştükçe perinatal ölüm hızının arttığı, eşinin öğrenimi olmayan kadınlarda bebek ölümünün, öğrenimi olanlara göre 1,9 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (TNSA, 1993).

Ayrıca Türkiye’de yapılan TNSA-2013 çalışmasında; annenin eğitim düzeyinin toplam doğurganlık hızı oranları incelendiğinde; eğitimi yok/İlkokulu bitirmemiş olanların oranı 3,76 iken; lise ve üzeri eğitim görenlerin doğurganlık hızı 1,66 saptanmıştır (TNSA, 2013).

Akraba evliliği: Akraba evliliği önemli bir sosyal sorundur ve genetik geçişli hastalıklar ve bunların sonucu olan bebek-çocuk ölümlerin artmasına neden olmaktadır. Türkiye’de Başaran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yenidoğan ve yenidoğan sonrası ölüm hızının akraba evliliğinde yüksek olduğu gösterilmiştir (Pirinççi ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından akraba evliliklerinde, konjenital anomali, bebek ve çocuk ölümleri, zihinsel engellilik sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (WHO, 1999).

TNSA-1998 verilerini kullanarak yapılan bir çalışmada da perinatal ölüm riskinin akraba evliliği yapmış annelerin bebeklerinde 1,5 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Pirinççi ve ark., 2010).

Türkiye’de akraba evliliği yapanların oranı 2006 yılında % 22’dir. 2011 yılında akraba evliliği yapanların oranı ise % 21’dir. Diğer deyişle, Türkiye’de her beş evlilikten birinden fazlası akraba evliliğidir. Her iki dönemde de akraba evliliği yapanların oranı kırsal ve kentte farklılık göstermektedir. 2011 yılında kırsal akraba evliliği yapanların oranı % 25 iken, kentte bu oran % 19’a düşmektedir (TAYA, 2011).

Yapılan bazı çalışmalarda evli olmayan gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin arttığı belirlenmiştir.

### 2.2.5. Kayıp sonrası tepkiler ve perinatal kayıp sonrası yaşananlar

İnsanoğlunun bugünkü algı sınırları içinde bilebildiği tek mutlak gerçek ve en büyük bilinmeyen olan ölüm karşısında birey değişik savunmalar geliştirir (Öz, 2004). Tek Tanrılı dinsel öğretilerde yer alan yaşamın ölümden sonrada süreceği gibi inançların yanı sıra ölümü bir şeytan, bir canavar halinde düşünerek onu kişileştirme çabaları da bir biçimde bizi gerçeğe yüz yüze gelmekten alıkoyar. Böylesi tutumlar gerçeği maskeleyerek daha az korkutucu olmasını sağlar. Günlük yaşamımızda da yetişkin insanlar olarak bizler ölüm kavramını daha olumlu hale dönüştürmeye çalışır, ölen yakınlarımız için göç etti, Tanrıyla buluştu, ebedi huzura erdi gibi ifadeler kullanmayı yeğleriz (Öz, 2004). Kayıplar karşısında bireyin yaşadığı yas tutma sürecinde şu temel öğeleri her zaman göz önünde tutmak gerekir.

- Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem, acı süreci başlatır,
- Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler,
- Her kayıp, eğer düzgün bir biçimde yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir.

Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiğinin, Onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediğinin, harekete geçirdiğinin ve hangi eski acıları tazelediğinin her zaman göz önünde tutulması gerekir. Her birimizin yaşam süreci; bu streslerle yüz yüze gelme becerilerimiz, kayıp karşısında gösterdiğimiz uyum ve bu kayıp olgusunu büyümek için bir değişim aracı olarak nasıl kullanabildiğimize bağlıdır (Okyayüz, 1995).

Perinatal kayıp bireysel yası, çiftin ebeveynliğini, bebek bekleyen aileyi kapsayan karmaşık bir süreçtir. Bireysel açıdan incelendiğinde perinatal yası da kapsayan yas tutma süreci ve yas tutma sürecine karşı gelişen yanıtta cinsiyet farklılıkları ilk göze çarpan noktalardır. Kayıp yaşayan çift açısından bakıldığında ise ailenin yas tutma süreci karşımıza çıkar (Davis, 1996).

Tüm kadınların dörtte birinden fazlası yaşamları boyunca düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlemiştir. Bir bebeğin düşük, ölüdoğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına ailelerin uyumu esnasında büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bebek bekleyen veya yeni ebeveyn olmuş bireyler bebeklerinin

yaşamı ile ilgili pek çok plan yapar ve hayal kurarlar. Bu bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar. Böylesi bir durumda ilk kez ana-baba olacak bireylerine ebeveynlik rolüne hazırlıklarına son verilmelidir. Perinatal kayıp yaşayan ebeveynler sıklıkla bu durumu inkar ederler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünürler. Böyle bir musibetin niye kendilerini ve çocuklarını bulduğunu uzun uzun düşünme eğilimindedirler. Kayıp yaşayan ebeveynler bu sorun yumağı ile uğraşırken ailelerinden ve arkadaşlarından gereken desteği alamamaktadırlar (Davis, 1996).

Çocuk veya bebek ölümünden sonra ebeveynlerin bu duruma adaptasyonu diğer kayıplara göre çok daha zor olmaktadır. Özellikle düşük, ölü doğum, neonatal ölüm ve bebek ölümü gibi ölümün beklenmediği durumlarda çok büyük sorunlar yaşanmaktadır.

Bu tür kayıpların anlaşılması zor ve karmaşıktır. Ayrıca yas tutma veya çözülme süreci, yaşanan kayıp diğer bireyler tarafından görülmediği, aileler tarafından tanınmadığı ve özel olarak kabul edilip önem verilmediği için çok daha zor olmaktadır (Lewis, 1976). Yaşayan hatıralar bırakarak ölen yaşlı bir aile üyesinin ölümünün aksine erken gebelik kayıplarında yas tutulacak somut bir birey bulunmamaktadır. Ölüm genel olarak toplumsal bir rahatsızlık yaratır fakat bu durum ilerleyen dönemde yas tutan ailelerin kayıp deneyimine uyumlarını ve baş etme mücadelelerini artırır (Davis, 1996).

Bebek veya fetüs ölümü, yaşayan bir insanın ölümü gibi algılanmaz fakat aksine bu kayıp potansiyel insanoğlunun kaybıdır. Erken kayıplar geriye anıların oluşturduğu gerçek deneyimler yerine sadece umutları ve çocuğun tamamlanmamış, yerine getirilmemiş hayallerini bırakır. Ebeveynlerin hem aileleri hem de arkadaşları kaybedilen fetüsün veya bebeğin varlıklarını gerçek insanın varlığını tanıdıkları gibi tanımazlar. Ebeveynlerde yasin çözülme (resolution) aşamasının gerçekleşebilmesi için açıkça bebeklerinin varoluşunun onaylanması çok önemlidir. Bebeğin varoluşunun, yaşamının onaylanmasının bir diğer yolu da bebeğin ve/veya gebeliğin bıraktığı hatıra ve dini törenlerin paylaşılmasıdır (Imber-Black, 2004). Ölüm olgusuna ailenin veya toplumun hoş bakmamasına ilaveten bireyin direnç göstererek karşı koymaya çalışması sonucu bu gibi paylaşımların oluşması son derece zordur (Davis,

1996). Ebeveynler bebeğin hatıralarının paylaşılmasına büyük gereksinim duyarlar. Ancak yas tutan ailelerin ezici ve kahredici acılarının içinde kendilerini izole edilmiş hissetmeleri nedeni ile bu gereksinim ertelenir.

Doğum klinikleri, ailelerin yaslarını yönetmelerinde yardımcı olmak amacıyla son zamanlarda artan bir şekilde bebekten kalan hatıraların saklanması ve hafızalarda yer tutacak olan dini törenlerin yapılmasını desteklemektedir. Doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları çeşitli girişimlerde bulunarak ve ailelere özel seçenekler hakkında rehberlik hizmeti almaya yönlendirerek yardımcı olmaya çalışmaktadırlar. Bu destek programları çok etkin olmasına karşın etkililiğini gösteren çok az sistematik araştırma yapılmıştır (Gilbert ve Harmon, 2002).

### **2.2.5.1. Yas/keder kavramı**

Yas sevilen bir yakının ölümü nedeniyle ortaya çıkan, normal bir reaksiyon olarak değerlendirilmektedir (DSM-IV-TR). Yas kayıp yaşayan insanların iyileşmesini ve kaybı hayatına entegre etmesini sağlamaktır (Clements ve ark, 2004).

Yas hayatta kalmaktan ve yaşamaya devam etmekten doğan bir iyileşme sürecidir ve ölen kişi olmadan sadece onun anılarıyla yaşamayı öğrenmenin dönüşümsel bir sürecidir ve duygusal bağların ayrılmasını gerektirmemektedir (Arnold ve ark., 2008).

Yas süreci ilk kez Freud (1917) tarafından tanımlanmış, normal yasin evrelerinden ilk kez Lindemann (1944) söz etmiştir. Sonraları Bowlby, Parkes, Kubler-Ross, Engel, Polochve Volkan yas tutmanın ardışık dönemleri olduğunu bildirmişlerdir (Mestçioğlu ve ark., 2003).

Yas süreci gerçek bir kayıp ya da kayıp tehdidinin ardından başlayabilmektedir.

Bir kaybın yarattığı etki, katlanılabılır bir acı olmaktan duygusal bir felaket olmaya kadar değişiklikler gösterir. Bir kaybı yavaş yavaş kabullenmenin yolu yas tutmaktır. Yas tutmak zaman içinde bizi o insana bağlayan bağların doğasını değiştirmektir (Shear ve ark., 2005).

Yas, farklı bilim adamları tarafından değişik adlandırmalarla evrelere ayrılrsa da kişinin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken, belli aşamaları olan bir süreçtir (Çelik ve Sayıl, 2003).



Kişi ölümü kabullendikten sonra yaşamına devam etmek ister. Ancak ölenin duygusal varlığı zihni sürekli meşgul ettiğinden onunla yeni ve daha uygun bir ilişki düzenleme zorunluluğu yaşar. Bu bir uzlaşma dönemidir. Freud'un yas çalışması (working of mourning) olarak tanımladığı bu süreçte kişinin tamamlaması gereken görevler vardır; bunlar kaybın birey için ne anlama geldiğini değerlendirmek, ilişkiyi yeniden gözden geçirmek ve sonra da onu bir anıya dönüştürmektir.

Worden, bireyin yas sürecini tamamlayabilmesi için yas sürecinin dört görevi olarak belirlediği aşamaları geçmesi gerektiğini, aksi takdirde bu süreçte takılıp kalarak çeşitli psikopatolojiler oluşabileceğini ifade etmektedir (Worden, 1991).

Worden yas sürecinin dört görevi olduğunu ifade etmektedir:

*1- Kayıp gerçeğini kabul etmek;* Ölümün gerçekliğine inanmayan kişiler inkar etme ile kaybını yadsıyarak yas sürecinin birinci aşamasında takılırlar. İnkâr, şoku emerek, korkunç gerçeği yavaş yavaş sindirmemize yardımcı olan bir tampon gibi iş görür.

İnkâr 2 şekilde olur; kaybettiği kişiye gerçekte olduğundan daha az anlam yükleyerek anlamını yadsımak ölene ait eşyaları atarak kendini gerçekten korumaya çalışmak, ölene ait eşyaları olduğu gibi koruyarak ölüm gerçekleşmemiş gibi davranarak, öleni adeta mumyalastırmak. Başsağlığı ziyaretleri, cenaze törenine katılma kişiyi ölümün gerçekliği ile yüz yüze getirir. Ancak gerçeğin bu türden sınılanması eksik kalırsa inkâr sürebilir.

*2- Yasın acısı üzerinde çalışmak;* Bireyin kaybın acısını fark etmesi, kabullenmesi ve üzerinde çalışması gerekir, aksi halde değişik belirtiler ve anormal davranışlar gösterebilir. Kişinin acısını bastıran ya da engelleyen her şeyin yas sürecinin uzamasına neden olacağı ifade edilmektedir (Parkers, 1972). Çevrenin kişinin duygularından rahatsız olup dolaylı mesajlarla kişinin yas acısını yaşamasına engel olması, yas sürecinin ikinci aşamasının tamamlanmasında zorlaştırıcı bir etkidir.

Bazen kişiler düşüncelerden kaçarak ve duygularından kendilerini soyutlayarak acılarını inkâr ederek bu aşamayı tamamlamayı engeller. Yasın acısının yaşanması gerekliliğini anlamayan bireyler bazen de seyahat ederek acıdan kaçmağa çalışır.

Yastan kaçan insanları er ya da geç bir çökkünlük, sıklıkla da bir tür depresyon beklemektedir (Bowlby, 1982). Yasın bu görevinin tamamlanmaması ileride terapiyi gerektirebilir.

3- *Kaybedilenin olmadığı ortama uyum sağlamak*; Kaybedilen kişinin bireyin hayatında aldığı role ve aralarındaki ilişkinin düzeyine göre bireyden bireye farklılık gösteren bir görevdir. Genelde kaybı yaşayan kişi, kaybın üzerinden belli bir zaman geçene kadar ölenin hayatında aldığı rollerin farkında değildir. Ölümün neden olduğu kayıp, kişinin yaşama ait değerlerini ve yaşam felsefesini etkiler. Özellikle ani ve zamansız ölümlerde yas tutan kişi hayatı üzerinde yeniden kontrol sağlamak ve yaşadığı duruma anlayabilmek için kaybından kaynaklı yaşamındaki değişiklikleri anlamlandırmaya çalışır. Sistemli bir gelişim perspektifinden bakıldığında, ebeveynlik kişinin önemli bir bileşenidir ve bir çocuğun ölümü yetişkin kimliğinin istikrarını ve düzenini bozmaktadır.

Bir bebeğin kaybının ardından ebeveynlerin dünyaları anlamsızlaşır, varsaydıkları dünya parçalanır olur. Böylece ebeveyn kederi bir anlam krizidir. Ebeveynler kaybın ardından yaşamlarını ve ölümü anlamaya çabalar ve ölümü anlamakta zorlanırlar. Erken keder boyunca niçin, nasıl sorularını sorarak travmatik olayı anlamaya çalışırlar (Zara ve ark., 2009).

4- *Öleni duygusal olarak yeni bir yere yerleştirme ve yaşama devam etme*; Yas süreci, yas tutan kişinin günlük yaşamında ölenin imgesini abartılmış bir yoğunlukta canlandırma ihtiyacını duymadığı zaman sonlanmaktadır. Yani kaybı yaşayan kişi, ölene ait anı ve düşüncelerini duygusal dünyasında uygun bir yere yerleştirdiğinde geride kalan yaşamını sürdürebilir. Yas tutan ebeveynlerin bu bağlamda yapması gereken, çocuklarıyla ilgili düşünce ve anılarla olan ilişkilerini değiştirmek ve bunu bu tür bir kaybın ardından yaşama devam etmelerine izin verecek biçimde yapmaktır.

### 2.2.5.2. Yas tutma süreci

Lindemann (1944) yakın zamanda kayıp yaşamış 101 kişiyle yaptığı çalışmada yas süreci ile ilgili çeşitli saptamalarda bulunmuştur. Bu saptamalara göre kayıp yaşayan kişi; bedensel sıkıntı hissi, ölen kişinin hayali ile sürekli uğraşma, ölen kişi ile ilgili olarak sürekli suçluluk hissi (Lindeman, 1944).

Yas sürecinde birey, anormal davranışlar, bozulan insan ilişkileri ve fiziksel ya da zihinsel bir rahatsızlık şeklinde yaşanabilir. Yas davranışlarının listesi çok geniş ve çeşitli olduğundan bu davranışlar, duygular, bedensel belirtiler, düşünceler ve davranışlar şeklinde sınıflandırılabilir.

Sanders ebeveyn kederini değerlendirmek için farklı bir model tanımlamış ve ebeveynlerde yas sürecinde altı tür tepki var olduğunu öne sürmüştür. Bunlar:

**Umutsuzluk:** Ebeveynler, kendilerinden bir parçayı kaybetmenin acısıyla mücadele etmek için ne istek ne de dayanma gücü bırakmayan fiziksel bir hastalığın yükü altında oldukları izlenimi verirler. İncinebilirlik belirgin bir özelliktir. Ebeveynler “Niçin?” diye sorarak hayali bir dünyada dolanıp dururlar. Yaşadıkları şiddetli acı gözle görülür şekildedir.

**Konfüzyon ve çatışma:** Kaybın ilk aşamalarında konfüzyon belirgindir. Konsantrasyon yetersizliği majör bir belirtidir, ancak ölen çocukla ilgili her şeye karşı hassasiyet vardır. Rutin aktivitelerle ilgili karar vermede dahi kararsızlık söz konusudur. Ölen çocukla ilgili kaygıların sürekliliği zihinsel odaklanmayı zor hatta imkansız hale getirir.

**Suçluluk:** Suçluluk duygusu aşırı derecededir çünkü ebeveynler doğumdan önceki dönemde bile çocuklarının sağlığıyla ilgili kendilerini sorumlu hissederler.

**Öfke:** Deneyimlenen en ciddi reaksiyonlardan biridir. Yoğun acizlik duygusu öfkeyi arttırır.

**Somatik problemler:** Yas sürecindeki ebeveynlerin yoğun stres yaşamış olduklarını düşündüren birçok somatik sorunları vardır.

**Evlilikle ilgili sorunlar:** Çocuk ölümünden sonra çiftlerin % 75 ile % 90'ında evlilikleriyle ilgili ciddi sorunlar yaşandığı tahmin edilmektedir.

Problemlerin çoğunluğu bu çok kritik zamanda eşlerin birbirine yeterince yardım edememesi ve eşlerden her birinin yas sürecinin farklı aşamasında olmasından kaynaklanmaktadır (Bowen 1988).

Duygular: Üzüntü, öfke, suçluluk duygusu ve kendini kınama, bunaltı, yalnızlık, yorgunluk, çaresizlik, şok, hasret çekme, özlem, rahatlama, uyuşukluk, hissizlik yas sürecinde en sık görülen duygusal tepkilerdir. Ancak yas tepkileri olan bu duygusal tepkiler aşırı yoğun ve uzun süreli de yaşanabilir ki bu da patolojik (komplike) yas tepkisinin göstergesi olabilir.

Bedensel belirtiler: Midede boşluk hissi, göğüste sıkışma, boğazda sıkışma, gürültüye aşırı duyarlılık, depersonalizasyon duygusu, nefes darlığı ya da nefessiz kalma hissi, kaslarda güçsüzlük, enerji azlığı, ağız kuruluğu sık görülen bedensel belirtilerdir. Bu fiziksel belirtiler sıklıkla yas tutan kişiyi endişelendirir ve doktora başvurmasına neden olur.

Düşünceler: Ölüme inanamama, konfüzyon, şaşkınlık, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, preöküpyon, hala yaşıyormuş hissi, görsel işitsel varsanılar, mistizm, depresif düşünce örüntüleri normal yas tepkilerindedir. Bu belirtiler genellikle kaybı izleyen ilk birkaç hafta içinde görülür.

Davranışlar: Uyku ve iştah bozuklukları ağlama, dalgınlık, ölenle ilgili rüyalar sosyal içe çekilme, öleni hatırlatacak eşya ve ortamdan kaçınmak, öleni arama ve onu çağırma, iç çekme, aşırı hareketlilik, huzursuzluk, öleni hatırlatan yer ve objelerle ilgilenme, ölene ait eşyaları saklama normal yas sürecinde görülen davranış değişiklikleridir (Casarett ve ark., 2001).

Yas genelde altı - yirmi dört ay kadar sürer ve zaman içinde yatışma eğilimi gösterir. Yas sürecinin ileri dönemlerinde bu yaşantılar devam ediyorsa bu durum komplike yasin belirtisi olabilir (Demi ve Miles, 1987).

Bowlby (1980) ve Parkers yasin çözümünün özel evrelerini tanımlamışlar ve birbirine benzer modelleri kullanmışlardır. Bu evreler hissizlik, özlem duyma, arama, karışıklık (disorganizasyon) ve umutsuzluğa düşme, düzenleme (reorganizasyon) ve iyileşme olarak tanımlanmıştır. İlk birkaç saat içinde başlayıp bir haftaya kadar süren hissizlik döneminde kayıp yaşayan birey şoka girer. Birey ölüm gerçeği karşısında

şaşkına dönmüştür ve durumu inkar eder. Bu evrede öfke patlamaları veya panik atakta artış gözlenir.

İkinci evre hem Bowlby (1980) hem de Parkers tarafından özlem duyma ve arama olarak adlandırılmıştır. Kayıptan aylar hatta yıllar sonra sona eren bu evrede yas tutan birey bu kaybı niçin kendilerinin yaşadığını sorar.

Çok şiddetli bir biçimde ölmüş bireyi iyileştirip tekrar aralarına katma isteği vardır. Kayıp yaşayan bireyler bu evrede çok yoğun bir özlem duygusu, öfke, geri getirme isteği ve umutsuzluk hissederler.

Karışıklık (disorganizasyon) ve umutsuzluğa düşme evresi kademeli olarak kayıp yaşayan birey ölüm gerçeğini kabul ettiği zaman gelişir. Kaybedilen bireyi iyileştirme çabalarına bunu gerçekleştirmenin mümkün olmadığı kavrandığı zaman ara verilir. Sonuç olarak Parkes ve Bowlby (1980) iyileşme meydana gelirken bunun içinde bir de düzenleme (reorganizasyon) evresi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu evrede önceki karamsar durumla yer değiştiren daha olumlu bir duygu vardır. Kayıp yaşayan birey ölen bireyden ayrı olarak kendini yeniden tanımlar. Genellikle duygular, düşünceler ve hisler kayıp yaşanmadan önceki haline dönmeye başlar (Sitrin, 1994).

### **2.2.5.3. Perinatal kayıpta yas tutma süreci**

Sahu (1981) kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili bu kavramları perinatal kayba uyarlamıştır. Yas tutan bireylerin ortak bir biçimde ilk önce hissizlik ve şok yaşadığı bunu özlem duyma ve aramanın takip ettiği, daha sonra karışıklık (disorganizasyon) evresinin yaşandığı ve son evrede de düzenlemenin (reorganizasyon) deneyimlendiğine dikkat çekmiştir.

Perinatal kayıp yaşayan bireylerin kayıp yaşayan bireylerden tek farkının düzenleme (reorganizasyon) evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğunu belirtmiştir. Bu evreler farklı tipte kayıp yaşayan bireylerin yasa yanıtlarına benzerlik gösterse de perinatal yas çözümü çok zor olan kendine has özellikleri barındırdığı ifade edilmiştir (Sahu, 1981).

Kayıp, suçluluk, günahkarlık ve utanç gibi farklı duygular çözülme sürecini engellemektedir. Mantıklı veya mantıksız, suçluluk ve günahkarlık hisleri çeşitli

komplasyonlara neden olabilmekte ve yapılan bir şeyin, işlenilen bir günahın ölümüne sebep olduğu düşünülmektedir.

Anneler, üstüne düşen görevi yerine getiremedikleri veya alkol tüketmek gibi herhangi bir davranışları ile ihmale sebep oldukları, doktorlarına bebekleri ile ilgili yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu hissettiklerinde haber vermedikleri veya doktorun “kendini yorma”, “beslenmene dikkat et” gibi önerilerini yerine getirmedikleri için suçluluk hissetmektedirler.

Sahu (1981) aynı zamanda bu büyük felaketin yaşanmasında çiftlerin birbirini suçladıklarını tespit etmiştir. Örneğin babalar eşlerini uygun prenatal bakım almamakla suçlamaktadırlar. Çift uygun ve yeterli sosyal destek alamadığında yas süreci içinden çıkılmaz bir hale gelmektedir. Arkadaşlar ve akrabalar perinatal kaybın yasını tutan çifte ne diyeceklerini bilemedikleri için kendilerini rahatsız hissetmekte ve bunu takiben çiftle etkileşime girmekten kaçınmaktadır. Fetüsün veya infantın varoluşunun soyut ve anlaşılmaz olması kayıp hakkında konuşmaya olan direnci artırmaktadır. Bunlara ek olarak aileler, fetüsleri/ölü doğmuş bebekleri için dini törenin yerine getirilememesi ve kendi destek gereksinimleri arasında fikir ayrılığı yaşamaktadır. Ebeveynlerin fetüsleri veya bebekleri ile olan ilişkileri tam olarak yapılanıp oturmadığı için yas tutma süreci daha da zorlaşmaktadır. Sonuç olarak ebeveynlerin kaybettikleri bebekleri için somut hatıralar geliştirme fırsatı olmamıştır.

Yasa verilen yanıtta bireysel farklılıklar çok çeşitli olduğu için yası bu şekilde evrelere ayırmanın uygun ve yeterli olup olmadığı konusunda eleştiriler mevcuttur. Bugen (1977) bireysel farklılıkların, yası evrelere ayırma teorisinin yararlılığını azalttığını ileri sürmüştür. Bugen evrelerin düzenli bir biçimde oluşmadığını tespit etmiş ve yas tutan bireyin davranışlarının her zaman evrelere özgü davranış biçimlerine uymasının mümkün olmadığını bildirmiştir. Bugen yasin çeşitli bileşenlerden oluşturulması yerine süreç, yoğunluk ve hazır oluşa göre çeşitlendiğinin kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Onun modeli belli bir sırayı takip etmeyen çok çeşitli duygusal durumların olduğunu ileri sürmektedir. Yasin yoğunluk ve sürecini, büyük oranda kaybın engellenebilir olması ve kaybı yaşayan bireye kaybedilen bireyin yakınlığı belirlemektedir. Eğer kayıp yaşayan birey ölümün engellenebilir olduğunu düşünüyorsa ve kaybettiği birey onun için çok önemli ve yaşamının merkezinde ise

yas çok yoğun yaşanmakta ve süreç uzamaktadır. Bunun aksine bireyde, yaşanan ölümün engellenemeyeceği algısı varsa ve kaybedilen birey ile çok sıkı bağları yoksa kısa ve hafif bir yas süreci yaşanmaktadır. Yasın şiddetini kaybedilen bireyin kayıp yaşayan bireyin hayatındaki önemi belirler fikrine Bowlby'nin (1980) bağlanma teorisi örnek olarak verilebilir.

Ebeveynlerin cinsiyetleri ile ilişkili olarak bağlanma farklılıkları vardır. Ebeveynlerin perinatal kaybı takiben psikolojik deneyimlerini kaydetmek amacıyla tuttukları raporlar bu farklılıkları açık bir biçimde ortaya koymaktadır (Peppers ve Knapp, 1980). Anneler ölümü çocuklarının kim, nasıl bir birey olacağına dair hayallerinin kaybına ilaveten kendilerinden bir parçanın fiziksel kaybı olarak hissetmektedirler. Bu Furman'ın anne-bebek ilişkisi eşsizdir tanımı ile örtüşmektedir. Anneler narsistik bir hasarla kendilerinden bir parçanın kaybına yas tutarken babalar, babalık rolü beklentisini karşılayamadıkları için yas tutarlar. Fetüsüne veya bebeğine daha fazla bağlanan ebeveynin yaşamında çocuk daha merkezi bir yer kaplamakta ve yasa yanıtı daha belirgin olmaktadır (Davis, 1996).

Bugen'in (1977) modeli, hem kaybın engellenebilir olması hem de kaybı yaşayan bireye kaybedilen bireyin yakınlığı bakımından perinatal kaybı içerebilir. Fetüs veya bebeğin kaybindan sonra ebeveynler özellikle de anneler yaptıkları bir şeyin ölüme neden olduğunu düşünerek kendilerini suçlu hissederler ve sıklıkla ölümün engellenebileceğine dair endişeleri vardır. Kayıp yaşayan kadınlar gebelik kayıplarına ya fetüse zarar verebilecek bir davranışta bulunarak bebeği taşıma görevini yerine getiremedikleri ya da prenatal bakımda bir şeyleri ihmal ettikleri için sebep olduklarını düşünmektedirler. Ebeveynler ölümün engellenebilir olduğuna inandıkları için kendilerini bebeğin yanlışlıkla ölümünden sorumlu tutmaktadır. Bu durum kendini küçümseme, reddetme ve onaylamama hislerine neden olmaktadır. Kaybedilen bireyin kayıp yaşayan bireyin yaşamının merkezinde olması kavramı ile fetüsün veya infantın yaşamının aile için önemi ne denli büyük ise ailenin yasının o denli yoğun olacağı ima edilmektedir. Örneğin gebeliğin planlanmış olup olmaması bile ebeveynlerin yaşadığı kayıp hissinin şiddetini değiştirmektedir. Bazı çiftler için gebeliğin kaybı korkunç bir trajediye dönüşürken bazıları için sıkıntıdan kurtulma ve rahatlama anlamına gelebilmektedir (Davis, 1996).

Yas tutmanın emosyonel durumların kombinasyonu olup olmadığına bakmaksızın uyum sağlanabilen veya sağlanamayan bir süreç olması değerlendirilmelidir. Yasın çeşitli patolojik formları meydana gelebilir. Kronik yas depresyon, anksiyete atakları, ciddi fobiler, obsesif düşünceler ve psikotik reaksiyonlara yol açabilir. Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kaybedilen çocuğun yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan başka bir patolojik biçimdir (Badenhorst ve Hughes, 2007).

Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kayıp yaşayan birey için daha tehlikeli olabilmektedir, duygularını bastıran anneler duygularını açıkça ifade edenlere göre daha uzun süre patolojik semptomlar göstermektedirler. Düşük, ölü doğum veya ani bebek ölümü sendromu yoluyla bebeğini kaybeden ailelerin çözülme dönemleri yaklaşık ölümden sonra üç yıl içerisinde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte çözülme dönemi ebeveynler için hiçbir zaman tam olarak atlatılmış ve tamamlanmış bir süreç değildir. Sahu (1981) çözülme döneminde ailelerin normal yaşamlarına geri döndüklerini fakat bebeklerini kaybetmenin travmasını hiç unutmadıklarını bildirmiştir.

#### **2.2.5.4. Yas sürecini etkileyen faktörler**

Yasa verilen tepkiler, yas tipi, yoğunluğu ve süresi, ölenin kimliği, ölen kişiyle ilişkinin niteliği, ölümün şekli, toplumsal etmenler, kayıp yaşayan kişinin ruhsal ve fiziksel sağlık durumu, kişilik özellikleri gibi faktörlerden etkilenebilir (Çelik ve Sayıl, 2003).

Fetüsün veya bebeğin ölüm haftası veya yaşı geride kalan bireyin kayıp algısında değişiklik meydana getirmektedir. Küçük fetüsün ölümü çok trajik bulunmazken geç dönemdeki fetal kayıplar ve bebek ölümleri geride kalanları derinden etkilemektedir (Davis, 1996). Pek çok araştırmacı fetüsün veya infantın ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasa verilen cevabın ilişkisini incelemiştir.

Bazı araştırmacılar fetüsün veya infantın ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasin yoğun bir biçimde yaşanması arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki bulurken (Goldbach ve ark., 1991) bazı araştırmacılar bu iki unsur arasında bir ilişki bulamamışlardır (Swanson ve ark., 2007). Gestasyonel yaş ile ailelerin fetüs veya infantlarına bağlanma dereceleri arasında paralellik olduğunu savunan hipotezler



kurulmuş ve geç dönem yaşanan kayıpların daha yoğun yas yaşanması ile ilişkisi olduğu varsayılmıştır.

Yas sürecinde potansiyel risk oluşturan 3 tür faktör belirlenmiştir (Stewart, 1995).

Bunlar:

Ölümlerle biçimi ile ilgili faktörler: Ölümün ani ya da beklenen bir ölüm oluşu,

Kişiyile ilgili faktörler: Cinsiyet, ölüm öncesi özellikleri (depresyon öyküsü, dinsel inançları, baş etme yöntemleri)

Kişilerarası faktörler: Aileden ya da arkadaşlardan sosyal ya da duygusal destek alabilme durumu.

Bu faktörler yas sürecini zorlaştırabilir ya da koruyucu bir rol oynayabilmektedir.

#### **2.2.5.5. Prenatal/gebelik kayıplarının birey, aile, bir sonraki gebelik ve çocuklar üzerindeki etkileri**

Son yıllarda perinatal dönemde kayıp yaşayan bireylerin kaybı takip eden gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendikleri merak konusu olmuştur. Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp yaşayan ailelerin özellikle de kadınların bir sonraki gebeliğinde anksiyetesinin arttığı ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Tüm bunların ebeveynlerde özellikle de kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirdiği tespit edilmiştir (Wallerstedt ve ark., 2003).

Bir kaybı takiben doğan bebeğe çok farklı anlamlar yüklenmiş ve farklı değerlendirilmiştir. Bazı araştırmacılar bu durumu replasman (ölen bebeğin yerine konan) çocuk sendromu olarak adlandırırken bazıları savunmasız çocuk sendromundan bahsetmişlerdir. Savunmasız çocuk sendromunda ailelerin çocuklarını oluşabilecek tüm zararlardan korumak için yeni doğan bebeğin özel bir bakım ve korumaya gereksinimi olduğu algısına sahip oldukları bildirilmiştir (Turton ve ark., 2009).

Cote-Arsenault (2003) kayıp yaşayan annelerin sonraki çocuklarına daha özenli, dikkatli ve korumacı davrandıklarını tespit etmiştir. Perinatal kayıp yaşayan aileler dünyaya gelen çocukların tam olarak kendilerine ait olmadığını ve çocuğu ödünç almış

gibi hissetmektedirler. Anneler doğmamış bebeklerine karşı soğukluk hissetmekte veya doğacak bebeği belli bir düzeyde ölen bebek yerine koymaktadır (Wallerstedt ve ark., 2003). Ayrıca Armstrong (2007) önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini ileri sürmüştür. Yukarıda bahsedilen çalışmaların aksine Carrera ve ark. (1998) kayıp yaşayan ailelere gereksinimleri olan psikolojik girişimlerde bulunduğu kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde Beck Depresyon skorlarına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bazı araştırmacılar yaşanan kayıp deneyiminden sonra dünyaya gelen çocuğun; ebeveynlerin yasını azalttığını, kendilerini daha huzurlu hissetmelerini ve kaybı kabullenmelerini sağladığını, daha az suçluluk hissetmelerini ve depresyon düzeylerinde azalma sağladığını tespit etmişlerdir (Theut ve ark., 1990). Her ne kadar aksi yönde bulgular mevcut olsa da genel olarak kayıp yaşayan ailelerin kaybı takiben meydana gelen gebeliklerinde bebeğe bağlanma güçlükleri yaşadıkları ve depresyon düzeylerinde artış olduğuna dair bulgular dikkat çekicidir.

#### **2.2.5.6. Perinatal kayıplarda hemşireliğin / danışmanlığın önemi**

Gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık deneyimlenen bir durum değildir ve anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkiler (Aktaş, 2016).

Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir. Bu dönemde oluşan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Ayrıca bebeğin doğumu sadece anne üzerinde değil, baba, kardeşler, büyükanne ve büyükbaba üzerinde de etkiler yapar ve onların tüm rollerinde, ilişkilerinde önemli değişikliklere yol açar. Bu nedenle perinatoloji hemşiresi, yeni doğanın da dahil olduğu bu yeni aile ünitesini bütünsel bir yaklaşımla ele alıp gereksinimlerini değerlendirmelidir. Temel amacı gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması olan prenatal bakım hizmetleri; temelde koruyucu bir hizmettir ve daha çok riskli durumlar üzerine yoğunlaşır (Açıkalm, 2001; Guidelines, 2001).

Perinatal hemşirelik yaklaşımı, gebe/loğusa ve ailesinin yeni duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek ve rehber olmaktır. Bu tanımdan da anlaşıldığı gibi sperinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri çok çeşitlidir ve karşılanabilmesi için

multi-disipliner yaklaşımlı bir ekip çalışmasını gerektirir. Hekim, hemşire, ebe, psikolog, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, genetik danışman ve fizyoterapist gibi farklı disiplin üyelerinden oluşan ekipte, her bir meslek üyesinin kendine özgü fakat birbirini tamamlayan eşgüdümlü hizmet vermesi beklenir.

Perinatoloji hemşireliği için standart dil geliştirmek ve kullanmak 21. Yüzyılda hemşirelik bilminde yeni bir milad ve profesyonel olmanın kalite işareti olarak düşünülmektedir (Bayık, 2004; Merih ve Kömürcü, 2015).

Modern hemşirelik eğitiminde hemşire; düşünen, aklını kullanan, problem çözme yetisine sahip, kendi öğrenme gereksinimlerinin farkında, yetkin, azimli, kendine güvenen ve güvenilen, sorumluluklarının bilincinde, bireylere ve topluma danışmanlık edebilen, sosyal, politik ve ekonomik durumdan haberdar, güdülmeyen, özgür, insan haklarına ve bireyselliğe saygılı ve insanı bir bütün olarak gören bir birey olarak toplumda yerini alan bir profesyonel olmalıdır (Karagözoğlu, 2005).

Perinatal dönemde doğum öncesi, anı ve sonrasına ilişkin karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin tanınması, ancak bireyin yakın gözlemiyle olasıdır. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disiplin içi ve disiplinler arası sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapar ve koordinatör rol üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif katılımı için onun görüş ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakım, süreklilik ve anlam kazanır (Coşkun, 2012).

Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri şu şekilde sıralanmaktadır (WHO, 2002).

- Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma
- Gebelik ve doğuma anatomik, fizyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon
- Gebeliği sürdürme ve izleme
- Prenatal tanı yöntemlerine destek
- Önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları

- Doğum eylemine yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları
- Sağlıklı yeni doğan bakımı
- Yeni doğana ilişkin sağlık sorunları
- Loğusa bakımı ve sağlık sorunları
- Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yeni doğana olumlu adaptasyonu

Görüldüğü gibi perinatal dönemde; doğum öncesi, anı ve sonrasına ilişkin karşılanması gereken çok çeşitli sağlık bakım gereksinimleri vardır. Bu gereksinimlerin tanınması, ancak bireyin yakın gözlemiyle olasıdır. Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disiplin içi ve disiplinler arası sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rol üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif katılımı için onun görüş ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakım, süreklilik ve anlam kazanır.

Perinatoloji hemşireleri, doğum öncesi bakım hizmeti verirken risklere ilişkin bilgileri değerlendirebilmeli, tanımlayabilmeli ve uygun etkinlikleri planlayabilmelidir. Ancak bu sayede prenatal morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak mümkün olur (Kızılkaya, 1997).

Hemşirelik eğitiminde ve hasta bakımında kaliteyi sağlamak için şu öneriler getirilebilir (Bahar, 2004);

- Klinikte çalışan hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitimlerinin desteklenerek yaygınlaştırılması

- Kongrelere katılım, mesleki örgüte üyelik, bilimsel yayınlara abonelik sürecinin öğrencilik döneminde okul tarafından desteklenmesi ve öğrencilerin bilinçlendirilmesi,

- Uygulamaya ilişkin standartların oluşturulması.

Bebeğin hayati tehlike yaratan durumu doğumdan önce fark edilebilir ya da doğumdan hemen sonra aniden öğrenilebilir. Bebek ister planlı ve istenilen, ister plansız veya istenmeyen bir gebelik sonucu oluşsun, hayata yeni gelmiş olan bir

bebeğin ölüm haberi, çoğu ebeveynin hayallerinin ve umutlarının yıkılmasına sebep olur. Ebeveynlerin çoğu, bebeklerine doğumdan çok önce bağlanır, bebekleriyle ilgili hayaller kurar ve meraklanırlar (Bahar, 2004; Kesebir ve ark., 2011). Ebeveyn ve bebek arasındaki bağıllık ilişkisi kuvvetli biyolojik, evrimsel ve psikolojik etkilerin bir sonucudur.

Bebek ölümü (Sprang McNeil, 1995);

- Nadir görülmesi,

- Zamansız olması,

- Ailenin böyle bir kayba hazır olmayışı,

- Toplum tarafından görmezden gelinmesi, önemsenmemesi,

- Çocukların yaşamın ve geleceğin sembolü olarak görülmesi,

- Kaybın arkasından gerçekleştirilen geleneksel ve dini uygulamaların yeterince yapılmaması gibi nedenlerle kabullenilmesi zor bir kayıptır.

Gerek yaşlı ebeveynlerin yakınları gerekse toplum tarafından bebek ölümleri görmezden gelinmekte ve bebeğin ölümüne kısa sürede uyum yapılması beklenmektedir. Hangi toplum olursa olsun annesini kaybeden “yetim”, babasını kaybeden öksüz ve eşini kaybeden dul kavramlarıyla tanımlanırken çocuk/bebek kaybı özel bir kavramla tanımlanamamıştır (Sprang ve McNeil, 1995).

Ebeveynlerin yakınları tarafından bir bebeğin ölümü daha büyük bir çocuğun ölümü gibi kabul görmeyebilir. Bu nedenle bebek kaybı sonrası ebeveynler anlaşılmadıklarını hissettikleri ve kırılmaktan korktukları için toplumdan izole olabilirler (Williams ve ark., 2009).

Lang ve Gottlieb (1993) bebeğini kaybeden ebeveynlerin duygularının toplum tarafından daha az kabul edildiğini ve yaşlı ebeveynlerin sosyal yaşam ve ilişkilerinden geri durduklarını rapor etmişlerdir (Lang ve Gottlieb, 1993).

Shannon ve arkadaşları (2010) bebeğin kaybı gibi durumlarda yasın tamamen bittiği söylenememektedir.

Arnold, Gemma ve Cushman (2005) yaşlı ebeveynlerde kayıp ve üzüntü duygularının yaşam boyu kaldığını ileri sürmektedir (Arnold ve ark., 2005). Bir başka

deyişle, yas daha iyiye gitmez, sadece farklılaşır. Bir çalışmada kendileriyle görüşülmeden 2 - 20 yıl önce çocuğunu kaybetmiş ebeveynlerin yas puanlarının yine kendileriyle görüşülmeden 3 ay - 2 yıl önce çocuğunu kaybetmiş ebeveynlerin yas puanlarıyla benzerlik taşıdığını saptamıştır (Neidig ve Dalgas-Pelish, 1991). Ebeveynlerin kayba uyum yapmak için zamana gereksinimleri vardır. Buna rağmen geçen zaman ölen bebeğin tam olarak unutulmasını sağlamaz.

Onlar için kaçırılmış bir sürü kilometre taşı, gerçekleşmeyecek pek çok hayaller bulunmaktadır. Bunlar bebeğin dişsiz gülüşleri, ilk adımları, kreşteki ilk günü, ya da on altı yaşındaki görüntüsüdür. Bu kilometre taşları ebeveynleri ağlatabilir, oysa diğer insanlar için çoktan unutulmuştur. Oysa ebeveynin bebeğinin ölümü nedeniyle yaşadığı kaybın kabullenilmesine ve onlarla birlikte hatırlanmasına ihtiyacı vardır.

Günümüzde bebek ölümleri genelde hastanelerde olduğu için, bebeğin ölümünden sonra ebeveynlere yardımcı olmak ve onları desteklemek hemşirelerin görevlerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Kobler ve ark., 2007).

Bu bakımın önemli bir kısmı bebeğin kaybının öneminin hemşireler tarafından fark edilmesidir ve bu farkındalık bebeğini kaybeden ebeveynlerin yas yoğunluğunu azaltabilecek müdahalelerin zeminini oluşturur.

Hong Kong'da yapılan bir çalışmada da yaşlı ebeveynlerin terminal dönemdeki bebeklere bakım veren hemşirelerin tamamının bakımın tedaviyle ilgili yönüne odaklandığı belirlenmiştir (Yam ve ark., 2001).

Cimete ve Kuşuoğlu'nun (2002) çalışmalarında çocuklarını kanser nedeniyle kaybeden aileler sağlık personelinin duygusal destek bağlamında yardımlarının olmadığını bildirmişlerdir. Yaşlı ebeveynlerin terminal dönemde çocuğa sahip ebeveynlere bu dönemde ve sonrasında verilecek psiko sosyal destek, hemşirelerin korkularıyla yüzleşebilmelerine ve yas sürecinde ebeveynlere yardım edebileceklerinin farkına varmalarına yardımcı olacaktır (Kobler ve ark., 2007).

Yakın zamana kadar sağlık profesyonelleri arasında yeni doğan döneminde ölen bebeklerin ebeveynlerine karşı gösterilen tavır bebek hakkında ne kadar az şey bilirse onun ölümünden sonra o kadar az yas tutulur şeklindeydi. Ancak, günümüzde matemli aileler için ölümün onaylandığı, ailenin açık bir şekilde desteklendiği profesyonel bir yaklaşım kabul görmektedir (De-Frain, 1990-1991).

Terminal dönemde bebeklere bakım veren hemşireler ebeveynlere daha hastanın rahatsızlığı sırasında kayıpla ve yaşla başa çıkmalarını sağlayacak müdahalelerde bulunabilecek bir konumdadır (Yenal ve Şirin, 2004). Hemşireler tarafından bütüncül bir yaklaşımla ebeveynlere karşı hazırlayıcı ve tutarlı bir yaklaşım sergilemesi onların yas sürecini kolaylaştırdığı bildirilmektedir (Williams ve ark., 2009).

Hemşirelerin ebeveynlerle duyarlı bir şekilde açık ve uygun bir iletişim kurması ve onları bebekleriyle iletişim kurma, bakımına katılmaları konusunda cesaretlendirmeleri yas sürecinin başarılı bir şekilde geçmesini engelleme ihtimali olan suçluluk duygusunun önlenmesinde kritik bir etken olarak görülmektedir (Covington, 2006).

Ebeveyn bebek arasında olumlu bir ilişkinin başlatılması ve bebeğe ait kol bantı, fotoğraf gibi somut hatıralar oluşturulması, ebeveynlerin ölüm gerçeğiyle yüzleşmesine yardım etmekte, bebeğin ölümünden sonra ebeveynlerin baş etmelerini kolaylaştırmaktadır (Kobler ve ark., 2007). Ebeveynlerin bebekleriyle paylaştığı zamanlar çok az olduğu için bebeğin somut hatıralarının olması önemlidir (Williams ve ark., 2009). Böylece ebeveynler geçmişten geleceğe bir köprü oluşturarak bebeklerinin hatıralarını bundan sonraki yaşamlarına entegre edebilirler (Sprang ve McNeil, 1995).

Ebeveynlere ölen bebeklerini görmeleri ve dokunmaları konusunda fırsat tanınması bebeklerinin ölümünü kabullenmelerini kolaylaştırır (Symes, 1991). Ancak bebeklerin ebeveynlere morgda gösterilmesi, bir çanta veya kutuda taşınması önerilmemektedir (Capitulo, 2005). Nitekim McHaffie, Laing ve Lloyd (2001)'in çalışmasında ebeveynlerin çoğunun bebeklerini ölümünün hemen ardından görmek istediklerini bildirmişlerdir (McHaffie ve ark., 2001).

Ebeveynlerin yas sürecinde yaşanması muhtemel duygular ve birbirlerini nasıl destekleyebilecekleri konusunda bilgiye ihtiyaçları vardır (Lev ve McCorkle, 1998).

Hastanede ebeveynlerle en fazla vakit geçiren ve onlarla yakın ve samimi bir ilişki kurmuş olan hemşireler yas süreci hakkında ebeveynleri bilgilendirebilirler (Williams ve ark., 2009). Bireylere normal yas tepkilerini anlatan yazılı bir materyal vermenin yaşadıkları tepkileri değerlendirmeleri ve rahatlatmalarını sağladığı bildirilmektedir (Dejong-Berg ve Knae, 2006).

Bunlara ek olarak ebeveynlere verilen bakım bebeğin ölümünden hemen sonra kesilmemeli, bebeğin birkaç hafta sonra ebeveynlerin nasıl olduklarını değerlendirmek için ev ziyareti yapılmalı ya da en azından telefon edilmelidir (Çelik ve Sayıl, 2003), uyum sağlayıncaya kadar destek sunulmaya devam edilmelidir. İlk ay içinde yapılacak ev ziyaretleri, aile üyelerinin bebeğin ölümü ile baş etme, bireysel rol ve sorumluluklarına geri dönme yeteneğini değerlendirmeyi sağladığı gibi ebeveynlere yasla yüzleşebilme ve bebeğin ölümüyle ilgili sorularına cevap almak için fırsat sağlar (DeJong-Berg ve DeVlaming, 2005). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü de kişilerin hastalığı boyunca olduğu kadar bireylerin yas sürecinde de ailelere bir destek sistemi sunması ihtiyacını önermektedir. Literatür ve klinik pratikte de açıkça belirtilmektedir ki hastaneler yas süreci için ailelere destek hizmeti sunmakla yükümlüdürler (Neidig ve ark., 1991).

Yas danışmanlığı, komplike olmamış yasin kolaylaştırılması ve yas sürecinin sağlıklı bir şekilde yaşanmasına yardımcı olmaktır. Worden (1991) yas danışmanlığını, bazı insanların ulaşamadığı bazıları için de yetersiz kalan daha geleneksel müdahalelerin yerini tutabilecek bir seçenek olarak önermektedir (Worden, 1991).

Parkers (1980) yas danışmanlığı yapabilecek grupları şöyle sıralar (Parkers, 1972):

- Doktor, hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı gibi eğitim almış profesyoneller,
- Profesyonellerin seçip eğittiği ve destek verdiği gönüllüler,
- Kendi kendine yardım grupları

Bir yas danışmanı;

- Geride kalan kişinin kaybın gerçek olduğunu anlamasına yardım etmelidir. Kişi kaybının yarattığı duygusal etki ile uğraşmaya başlayabilmesi için en iyi yol kayıp hakkında konuşmaya teşvik etmektir.

- Kişinin duygularını tanımasına ve bunları ifade etmesine yardımcı olmalıdır. Yaşadığı acı ve sıkıntı nedeniyle kişi duygularının farkına varama veya gereken düzeyde hissedemez.



- Kaybedilen kişi olmadan yaşama devam etmesine yardımcı olmalıdır. Kaybedilen kişi geride kalanların yaşamında farklı roller oynuyor olabilir. Danışman bireye, başa çıkma yolları ve karar verme becerilerinin öğrenilmesinde yardımcı olmalıdır.

- Yas için zaman sağlanmalıdır. Yas manevi bağların kesildiği bir süreçtir ve bu zaman gerektirir. Ebeveynler kaybın yarattığı acının üstesinden gelmek ve günlük yaşamlarına dönmek için sabırsızlanabilirler. Yasın zmlenmesin zaman alacağının hatırlatılması gerekebilir. Kaybı yaşayan kişileri ya da yakınlarını önceden bu dönemlerde yaşanabilecekler hakkında bilgilendirmek yararlı olur.

Parkers yas danışmanlığı içe yarıyor mu? İsimli çalışmasında birçok araştırmayı gözden geçirmiş, yas desteği sağlayan profesyonel servisleri ve gönüllü kuruluşları incelemiş ve bunların yas sonucu psikiyatrik ya da psikosomatik rahatsızlıkların gelişme riskini azalttığını bildirmiştir (Parkers, 1972).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder/yas düzeyleri ile gebelik haftasına göre yaşanan keder düzeyinde farklılık olup olmadığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlandı.

#### **3.2. Araştırmanın Tasarımı-Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte olup, prospektif bir çalışma olarak dizayn edilerek uygulandı.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı**

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniğinde, gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yürütüldü. Araştırma 01/02/2016 ve 31/10/2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Perinatal kayıp yaşayan kadınlar kayıp sonrası ilk 3 ay içinde toplam 4 kez değerlendirildiği için dokuz ay sürdü.

İstanbul Tıp Fakültesi, Türkiye'nin en eski ve en köklü üniversitesi İstanbul Üniversitesi'nin iki tıp fakültesinden biridir. Üniversite reformuyla 1453'te kurulmuş ilk tıp fakültesidir. Türkiye'de modern tıbbın gelişimine öncülük etmiş, sayısız hekim, hemşire ve bilim adamı yetiştirmiştir.

Hastane İstanbul ili Avrupa yakasında; genel olarak sosyoekonomik düzeyi en düşükten, en yükseğe bir popülasyona hizmet veren köklü bir kuruluştur. Hastane 3 bölüm, 45 Anabilim, 65 Bilim Dalı birimlerinden oluşmaktadır. Toplam 1000 yatak kapasitesi olan hastane zaman zaman değişmekle birlikte %100 doluluk oranı ile çalışmaktadır. Hastane'nin toplam personel sayısı 3119'dur. Bunun 800'nü hemşireler oluşturmaktadır. <http://www.istanbultip.istanbul.edu.tr>, Erişim tarihi: 30 Eylül 2017.

Araştırmanın bu kurumda yapılmasına; araştırmacının aynı kurumda çalışıyor olması, kurumun araştırma için onay vermesi ve çalışmanın yapılabilmesi için kolaylıklar sağlaması nedeniyle karar verilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı doğum ünitesinde; riskli gebeliklerin, acil jinekoloji ve jinekoloji-onkoloji hastalarının takip edildiği, tedavi ve bakımlarının yapıldığı; 4 yataklı ilk müdahale odası, 2 yataklı ara yoğun bakım odası, 4 yataklı travay odası, 2 yataklı septik odası bulunmaktadır.

Riskli gebeliklerin, normal / sezaryen doğum yapmış olan annelerin doğum sonu tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü 33 yataktan oluşan doğum servisi bulunmaktadır. Jinekolojik-onkoloji servisi 20 yatak ve jinekoloji servisi 25 yataktan oluşmaktadır.

Doğum ünitesinde günde ortalama 3-10 arasında değişen NSD, 4-9 arasında değişen sezaryen doğum gerçekleşmektedir. NSD yapan anneler kendilerinde ve bebeklerinde bir komplikasyon gelişmediği sürece 24 saat, sezaryen olan anneler ise herhangi bir komplikasyon olmayıp tüm takipleri normal sınırlarda, barsak hareketleri başlamış, oral alabiliyor ve genel durumu iyi ise 72 saat içinde taburcu edilmektedir. Ancak riskli durumlardan dolayı bu süre uzamaktadır. Bazı durumlarda (annenin kendi isteği gibi) daha erken taburcu edilebilmektedir. Annelerin yanlarında refakatçi kalmasına izin verilmektedir.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında; sorumlu hemşireler dahil olmak üzere toplamda 20 hemşire görev almaktadır. Hekim olarak ta 9 asistan, 12 uzman, 2 doçent ve 12 profesörden oluşan 35 hekim görev yapmaktadır. Doğumhane acil servisinde, 6 hemşire/ebe çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma saatleri 08-16/16-08, 08-20/20-08 saatleri arasında nöbet şeklindedir. Doğumhanede gündüz çalışan hemşire ve doktor sayısı değişiklik gösterebilirken gece nöbetlerinde 1 hemşire, 3 asistan, 2 uzman doktor görev yapmaktadır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

#### 3.4.1 Araştırmanın evreni

Çalışmanın uygulandığı süreçte İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniği'ne gebelik kaybı nedeniyle başvuran gebelerin tümü araştırmanın evrenini oluşturdu.

#### 3.4.2 Araştırmanın örnekleme

Örneklem sayısını belirlemek için çalışmanın yürütüleceği merkezde 2015 yılına ait istatistik veriler incelendi ve yıllık 250 (*son altı ayda polikliniğe başvuran hasta sayısı ise 120*) kadının gebelik kaybı nedeni ile bu kuruma başvurduğu görüldü. Örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'nın (1994) belirlediği formül ile hesaplanmıştır.

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

*N: Hedef kitledeki birey sayısı*

*n : Örnekleme alınacak birey sayısı*

*p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)*

*q : İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)*

*t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer*

*d : Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır*

**Şekil 1:** Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine Yönelik Formül (Salant ve Dillman, 1994).

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında,  $\pm$  % 5 örnekleme hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü;  $n = 250 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,5)^2 (250-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 152$  olarak hesaplanmıştır. Örneklem hacmi büyüdükçe örnekten elde edilen bulguların evren için geçerliliğinin arttığı kabul edilir (İslamoğlu, 2003).

Örnekleme alınacak kadınların seçiminde oluşabilecek kayıplar dikkate alınarak bu sayının üzerine çıkılması hedeflendi. Sonuçta gebelik kaybı yaşayan toplam 215 kadında çalışma yürütüldü.

### 3.4.3 Örneklem seçimi

Örnekleme alınacak kadınların seçiminde herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadı. Çalışma kapsamına almak için örneklem kriterleri belirlendi. Bu kriterlere uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar örneklem kapsamına alındı.

#### **Örneklem kriterleri (Araştırmaya dahil edilme kriterleri):**

- Perinatal kayıp yaşayan (intra uterin mort fetüs (İUMF), terminasyon, abortus (erken ve geç), ölü doğum vb. nedenlerle),
- 18 yaş ve üstü olan,
- Okuduklarını anlayıp sorulara yanıt verebilecek düzeyde eğitimi olan ve dil sorunu olmayan
- Tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal problemi ya da öyküsü olmayan ve
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar.

#### **Araştırmadan çıkarılma kriterleri:**

- 18 yaş altında olan,
- Türkçe konuşup/anlamada sorun yaşanan
- Tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal problemi ya da öyküsü olan,
- Çalışmanın her hangi bir aşamasında kendi isteğiyle çıkmak isteyen,
- Çalışma sırasında sorulan sorulardan rahatsızlık hisseden, yarıda bırakan, psikolojik etkilenimi fazla olan ve
- Çalışmaya katılmak istemediğini belirten kadınlar çalışma kapsamı dışında tutuldu.

### 3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışma verilerinin toplanmasında “Anket Formu” ve “ Perinatal Yas Ölçeği” olmak üzere 2 form kullanıldı.

### 3.5.1 Anket formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından yapılandırılan, gebelerin tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı 3 bölüm ve 53 sorudan oluşan bir formdur. Bu formdaki sorular araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır.

*İlk bölüm;* olguların sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, ikamet edilen yer, medeni durum, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, eşin ve kendisinin çalışma durumu, aylık geliri, sosyal güvencesi, göç durumu, evlenme şekli, akraba evliliği varlığı, zararlı alışkanlıkları) sorgulandığı 17 sorudan oluşmaktadır. *İkinci bölüm;* olguların obstetrik ve gebelik kaybına ilişkin özelliklerinin (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, gebeliği isteme durumu, eşinin gebeliği isteme durumu, bebeğin önemi, gebe kalma şekli, gebelik kaybında tarama testi yaptırma durumu, kaybedilen bebeğin cinsiyeti, cinsiyetin önemi, kayıp bebek sayısı, kayıpta neler hissettiği, kayba üzülmeye düzeyleri, gebelik kaybının sonlandırılma yöntemi, daha önce gebelik kaybı veya neonatal kayıp yaşama durumu, kayıp sebebi, kayıp haftası/ayı, tekrar gebe kalmayı düşünme durumu, gebelik kaybına neleri) sorgulandığı 23 sorudan oluşmaktadır. *Üçüncü bölüm;* olguların sosyal destek ve inanç özelliklerinin (kayba ilişkin sağlık profesyonellerinin açıklama yapma durumu, açıklamanın yeterlilik düzeyi, anlaşılma düzeyi, kendisini dini inanç konusunda tanımlaması, gebelik kaybında dini inancın etkisi, mevcut kayıpta eş, aile ve sosyal desteğin varlığı, evlilik/birliktelik uyumu, iletişim düzeyleri, gebelik kaybına ilişkin kendini ve eşini suçlama durumu, sorun çözmede başvurulan yöntemler) sorgulandığı 13 sorudan oluşmaktadır.

### 3.5.2 Perinatal Yas Ölçeği -The Perinatal Grief Scale (PGS) (EK-2)

Bu ölçek Toedter ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve tüm maddelerden elde edilen puanlamadan genel yas ile ilgili bir değer bulunmaktadır (Toedter ve ark 1988). Bu çalışmada Perinatal Yas Ölçeğinin (PYÖ) 32 maddelik kısa formu olan (Toedter L J. et al., 2001) ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Köneş ve ark tarafından (2017) yapılan şekli kullanıldı (EK: 2) (Köneş ve ark, 2017). 32 maddeden oluşan bu ölçek 5’li likert formatındadır. Her maddeye verilecek yanıtlar, “Kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum”

arasında beşli yanıtama seçeneği şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekteki 10. ve 32. maddeler olumlu cümle yapısında iken, diğer maddeler olumsuz cümle yapısındadır. Bu nedenle 10. ve 32. maddeler hariç diğer 30 madde ters yönlü puanlanmaktadır. Ölçekteki Ters yönlü puanlamada kesinlikle katılıyorum seçeneğine 1 puan, kesinlikle katılmıyorum seçeneğine 5 puan verilmektedir. Bu ölçek kayıp sonrası yaşanan yasin derecesini kapsamlı olarak değerlendirmektedir. Ölçeğin “aktif keder”, “başa çıkmada zorlanma” ve “umutsuzluk” temalarını içeren 3 alt boyutu vardır.

Aktif keder; on bir maddeden oluşan (1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 18, 26. maddeler) bu alt boyutta alınabilecek en düşük puan 11 en yüksek 55 tir.

Başa çıkmada zorlanma; on maddeden oluşan (2, 4, 10, 20, 23, 24, 25, 27, 29, 32. maddeler) bu alt boyutta alınabilecek puanlar 18-42 arasında değişmektedir.

Umutsuzluk; bu alt boyutta on bir maddeden (8, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 28, 30, 31. maddeler) oluşmaktadır ve alınabilecek puanlar 11-55 arasında değişmektedir.

PGS alınabilecek total yas puanı 40-152 arasında değişmektedir. Ölçekte puan arttıkça bireyin yaşadığı yas düzeyi de artmaktadır. Alt boyutlarda da aynı durum söz konusudur. Hangi boyutta alınan puan yüksek ise bireyin o durumu daha çok yaşadığını göstermektedir. PGS ölçeği kayıp sonrası 1-2. günü uygulanabildiği gibi kayıp sonrası daha geç zamanda da uygulanabilmektedir.

### **3.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın Akademik kuruldan (Ek-4). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kuruldan (Ek-3 ) ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulundan yazılı izinler alındı (Ek-5). Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayandığından, kayıp yaşayan kadınlara araştırmacının kimliği, hangi kurumdan ne amaçla geldiği, araştırmanın amacı, alınan bilgilerin nerede ve nasıl kullanılacağı ve herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilceği bilgisi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerden “Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu” (EK-6) ile yazılı onam alındı.

### 3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması)

Çalışmanın uygulanmasına gerekli izin ve etik onay sonrası başlandı. Ölçeğin düzenlenmiş son halinin anlaşılabilirliği açısından perinatal kayıp yaşamış 50 kadınla pilot uygulaması yapıldı ve alınan geribildirimler sonucu ölçek uygulandı.

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda, post travmatik stress bozukluğu ve postpartum depresyonun doğumdan sonra ilk 4 hafta içinde başlayabileceği veya ortaya çıkış zamanı 6 ile 12 haftaya kadar uzayabileceği belirtilmektedir (Blenning 2005, McCoy ve ark 2006, Boyd RC 2006). Bu nedenle çalışma prospektif olarak yürütüldü. Perinatal kayıp yaşayan kadınlar kayıp sonrası ilk 3 ay içinde toplam **4 kez** değerlendirildi. Değerlendirmeler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ve ileri izlemlerde telefon görüşmeleri ile yapıldı.

*Çalışmada gebelik kaybı yaşayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlarda;*

*İlk değerlendirme;* klinikte kadın olayı deneyimledikten sonra taburcu olmadan önce (ilk 48 saat) yapıldı. İlk değerlendirmede kadınlara anket formu ve Periatal Yas Ölçeği uygulandı. Değerlendirmede yüz- yüze görüşme tekniği kullanıldı. Veriler; doğum servisinde, kurum yetkilileri ile yazılı ve sözlü görüşmeler yapılarak gerekli izinler alındıktan sonra 01/02/2016 ve 31/10/2016 tarihleri arasında toplanmıştır.

Verilerin toplanması; Çalışmanın yapılması planlanan tarihler arasında araştırmanın örneklemine uygun olduğu tespit edilen gebelik kaybı yaşayan kadınlara, haftanın 7 günü mesai saatleri içinde ve dışında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından veri toplama araçlarının doldurulması şeklinde yapılmıştır. Görüşme öncesi araştırmacı kadınlara kendini tanıtmış ve araştırmanın amacını açıklamıştır. Görüşmeler kadınların odalarında, yanlarında soruları cevaplamalarını engelleyecek kişilerin olmadığı zamanlarda uygulanmış ve yaklaşık 40-45 dakika sürmüştür.

*İkinci değerlendirme;* perinatal kayıptan 1 hafta sonra gerçekleştirildi. Görüşmeler telefon ile yapıldı. 2. 3. ve 4. değerlendirmelerde sadece Periatal Yas Ölçeği kullanıldı. Böylece yas/kederin zamana göre değişimleri ve ne kadar sürdüğü değerlendirildi.



*Üçüncü değerlendirme:* Perinatal kayıptan 1 ay sonra, telefon görüşmesi yapılarak gerçekleştirildi. Sadece Perinatal Yas Ölçeği kullanıldı.

*Dördüncü değerlendirme:* Perinatal kayıptan 3 ay sonra ve yine telefon görüşmesi yapılarak gerçekleştirildi ve sadece Perinatal Yas Ölçeği kullanıldı.

Değerlendirmelerin telefon görüşmesi ile yapılması verilerin hızlı ve düşük bir masrafla toplanmasını sağladı. Katılımcılara taburcu olmadan önce ölçek sorularını içeren çıktısı dağıtıldığından, değerlendirmelerde cevaplama sorunu yaşanmadı. Sonuçlar çok hızlı bir şekilde alındı. Araştırmaya katılan kadınların bir bölümü eşlerinin ve birlikte yaşadıkları aile yakınlarının telefon numaralarını verdiklerinden dolayı, diğer insanlarla iletişime girme ihtimali doğdu. Bu durum telefonda iletişime geçilen kişiye tüm çalışmayı anlatma ihtiyacını doğurdu ve katılımcıya ulaşma şartlarını zorlaştırdı.

Bazı katılımcılar ölçeği değerlendirilirken tekrar aynı hüznü, acıyı yaşadıklarını ifade ederek, soruları cevaplamak için biraz zaman istediler. Bir katılımcı 4. değerlendirme için arandığında meme kanseri tanısı aldığını ve tedavi için hastanede olduğunu ve ölçeği bir-iki gün sonra doldurmak istediğini ifade etti. Katılımcıların bazılarının iletişim için verdikleri telefon numaralarının yanlış olması nedeni ile ulaşım sağlanamamıştır. İzlemlerin tümüne düzenli katılmayan 41 kişi araştırmadan çıkartılmıştır ve toplamda 215 kişiye ulaşılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Soruları**

1. Perinatal kayıplar kadında yas/keder yaratıyor mu?
2. Perinatal kayıplarda keder/yas düzeyinde gebeliğin istenme durumuna ya da bebeğin cinsiyeti etkili mi?
3. Perinatal yas/keder düzeyini etkileyen faktörler var mı? Varsa etkileme düzeyi nedir?
4. Perinatal kayıplarda gestasyon haftasına yani perinatal kaybın erken-orta-geç olmasına göre yas/keder düzeyi arasında ilişki/fark var mı? Gestasyonel hafta büyüdükçe perinatal yas/keder düzeyi artar mı?

5. Perinatal kayıplarda gestasyon haftasına göre yas/ keder ne kadar sürüyor? Ne zaman azalmaya başlıyor?

6. Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan gebe kadınlar ile hiç kayıp yaşamamış gebe kadınların yas düzeyleri arasında fark var mıdır?

7. Perinatal kayıplarda, annenin kronik hastalık varlığı yas düzeyini etkiler mi?

8. Bebekte var olan anomali durumu perinatal yas düzeyini etkiler mi?

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi (İstatistiksel analiz)**

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22 programı kullanılarak analiz edildi. Değişkenlere ait verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı ve verilerin normal ( $p>0.05$ ) dağılım gösterdiği belirlendi. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Tekrarlı yas izlemleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığı Repeated Measures Anova (Tekrarlı Ölçüm Anova Testi) ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson kolerasyon analizi uygulanmıştır. Ölçeğin kapsam geçerliliği indeksi 0.95 olarak bulundu. Cronbach alfa değeri ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında yapıldığı için (toplam ölçek için 0.96, üç alt boyut için 0.91-0.93 arasında bulundu) tekrar cronbach alfa değerine bakılmamıştır. Toplam madde korelasyonları 0.11-0.86 arasında değişiyordu. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.10. Çalışmanın Sınırlılıkları ve güçlükler**

Bu çalışma sadece belirli bir süreçte ve bir kurumda yapıldığı için sonuçlar genellenemez.

Ayrıca çalışmanın kesitsel olarak yapılması, babaların çalışma kapsamına alınarak yas / keder düzeylerinin değerlendirilmemiş olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Araştırmanın yürütüldüğü süreçte gebeliğin sonlandırılması için uygulanan medikal tedavideki ilacın (Cytotec) piyasada bulunmamasından dolayı zorluklar yaşanmıştır. Belirtilen bu hususlar verilerin toplanmasında sınırlama getirmiştir.



## 4. BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular;

4.1. Tanımlayıcı özellikler

4.2. Evlilik ve alışkanlıklar

4.3. Obstetrik öykü ve kayıp yaşanan gebeliğe ilişkin özellikler

4.4. Sosyal destek ve inanç ile

4.5. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) ait veriler olmak üzere 5 başlık altında sunulmuştur.

### 4.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulgular

Bu başlık altında yaş grupları, yaş ortalaması, eğitim durumu, aile şekli, çalışma durumu, sağlık güvencesi, algılanan ekonomik düzey, ikamet edilen yer, 12 yaşına kadar yaşanan yer ve göç durumu, kronik hastalık varlığı ve tanılanan kronik hastalık türü gibi özelliklere ait bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 2:** Olguların tanıttıcı özellikleri I

Özellikler		N=215	
		N	%
Yaş grupları	≤19	7	3.3
	20-24	25	11.6
	25-35	135	62.8
	≥36	48	22.3
Yaş ortalaması	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	
	30.73	5.88	
Eğitim durumu	Okur-yazar	24	11.2
	İlkokul	51	23.7
	Ortaokul	52	24.2
	Lise	55	25.6
	Lisans ve lisansüstü	33	15.3
Eşin eğitim durumu	İlkokul	47	21.9
	Ortaokul	52	24.2
	Lise	75	34.9
	Lisans ve lisansüstü	41	19.1

Kadınların çoğunlukla (%62.8) 25-35 yaş grubunda yer aldıkları, yaş ortalamalarının  $30.73 \pm 5.8$  olduğu, çoğunluğunun eğitiminin ortaokul ve üzeri olduğu eşlerinin ise lise ve üzeri eğitime sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3:** Olguların tanıtıcı özellikleri II

Özellikler		N=215	
		N	%
<b>Aile şekli</b>	Çekirdek aile	181	84.2
	Geniş aile	34	15.8
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışıyor	47	21.9
	Gebe olduğu için çalışmıyor	17	7.9
	Çalışmıyor	151	70.2
<b>Sağlık güvencesi</b>	Var	193	89.2
	Yok	22	10.2
<b>Algılanan ekonomik düzey</b>	Gelir giderden az	163	75.8
	Gelir gidere denk	45	20.9
	Gelir giderden fazla	7	3.3

Kadınların %84.2'nin çekirdek aileye sahip oldukları, %70.2'nin çalışmadığı, çoğunluğunun (%89.2) sağlık güvencesinin olduğu ve çoğunlukla (%75.8) ekonomik düzeylerini “gelir giderden az” olarak ifade ettikleri saptanmıştır (Tablo 3).

**Tablo 4:** Olguların kronik hastalık durumları

Kronik hastalık		N=215	
		N	%
<b>Kronik hastalık varlığı</b>	Var	95	44.2
	Yok	120	55.8
<b>Tanılan kronik hastalık</b>	Kalp-damar hastalıkları	37	38.9
	Endokrin hastalıklar (diyabet, tiroid,vb)	14	14.7
	Böbrek hastalıkları	13	13.7
	Hematolojik hastalıklar	31	32.6

Olguların %44.2'sinde her hangi bir kronik hastalığının varlığı gözlenirken, tanılanan kronik hastalık bakımından %38.9'unun kalp-damar hastalığı, %32.6'sının ise hematolojik hastalıklarının varlığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

## 4.2. Olguların Evlilik ve Alışkanlıklarına Ait Bulgular

Bu başlık altında medeni durum, evlilik süreleri, evlenme şekilleri, kaçınıcı evliliklerinin olduğu ve akraba evliliği varlığı gibi özellikler ile zararlı alışkanlıkları, bu gebelikte sigara, alkol, madde kullanma durumu, kaç adet sigara kullanıldığının gün olarak ortalaması, sigara içme süresinin ay olarak ortalaması, mevcut gebelikte içilen sigaranın adedi gün olarak, mevcut gebelikte sigarayı bırakma zamanının ay olarak, ne zamandır alkol kullanıldığının ay olarak, ne sıklıkla alkol kullanıldığının ay olarak ve madde kullanım süresinin ay olarak ortalamalarına yer verilmiştir.

**Tablo 5:** Olguların evliliklerine ilişkin özellikler

Özellikler	N=215	
	n	%
<b>Medeni durum</b>	Evli	206
	Bekar	9
<b>Evlilik süresi ortalaması / yıl</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>
	5.97	6.81
<b>Evlenme şekli</b>	Anlaşarak	132
	Görücü usulü	70
	Aile isteği/zoruyla	4
	Aile isteği dışında	9
<b>Kaçınıcı evlilik olduğu</b>	İlk	198
	İki ve üstü	17
<b>Akraba evliliği varlığı</b>	Evet	52
	Hayır	163

Çalışma kapsamına alınan kadınların %95.8'inin evli ve evlilik süresi ortalamalarının  $5.91 \pm 6.81$  olduğu, %61.4'nün anlaşarak evlendiği, %92.1'nin ilk evliliği olduğu ve %24.2'sinde akraba evliliği varlığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6:** Olguların alışkanlıklarına ait özellikler

Özellikler	N=215		
	n	%	
<b>Zararlı alışkanlık durumu</b>	Yok	118	54.9
	Sigara	34	15.8
	Alkol	52	24.2
	Birden fazla zararlı alışkanlık	11	5.1
<b>Bu gebelikte sigara kullanan</b>	40	18.6	
<b>Bu gebelikte alkol kullanan</b>	9	4.1	
<b>Bu gebelikte madde kullanan</b>	3	1.3	
	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	
	Kaç adet sigara içildiğinin ortalaması /gün	22.36	9.45
<b>Sigara, alkol, madde kullanımına ilişkin ortalamalar (n=97)</b>	Sigara içme süresi /ay	9.40	5.78
	Bu gebelikte içilen sigara adedi /gün	15.70	8.86
	Bu gebelikte sigara bırakma zamanı /ay	1.40	0.54
	Ne kadar zamandır alkol kullanıldığı /ay	7.17	5.00
	Ne sıklıkla alkol kullanıldığı /ay	1.89	0.92
	Madde kullanım süresi /ay	3.67	1.55

Olguların yarısından fazlası (%54.9) zararlı alışkanlıklarının olmadığını ifade etmiş ancak toplamda yarıya yakınının herhangi bir zararlı alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir. Mevcut gebeliğinde sigara kullanım oranı %18.6 ve günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması 15 adet, alkol kullanımını %4.2, madde kullanımını ise %1.4 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

#### 4.3 Obstetrik Öykü ve Kayıp Yaşanan Gebeliğe İlişkin Özellikler

Bu başlık altında gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kaç kez düşük yaşandığı, kürtaj sayısı, anomalili bebek varlığı, daha önce gebelik kaybı yaşanma durumu, gebelik kaybının yaşandığı hafta, anne karnında kaç kez bebek ölümünün gerçekleştiği, bebek ölümünün yaşandığı gebelik haftası, ölü doğum sayısı, ölü doğum yapılan bebeğin cinsiyeti, doğduktan sonra ölen bebek varlığı, doğduktan sonra ölen bebeğin ölüm haftası ve doğduktan sonra ölen bebeğin cinsiyetine ait verilere yer verilmiştir.

**Tablo 7:** Olguların obstetrik özellikleri

Özellikler	N=215		
	n	%	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	117	54.4
	2.	48	22.3
	3.	29	13.5
	≥4	21	9.8
Yaşayan çocuk sayısı	Hiç çocuğu olmayan	119	55.3
	1	50	23.2
	2	25	11.7
	3	15	7.0
	≥4 çocuğu olan	6	2.8
	Hiç yaşamayan	3	1.4
	Yaşayan	212	98.6
Düşük yaşama	<b>n=212</b>		
	1 kez	142	66.9
	2 kez	40	18.7
	3 kez	20	9.4
	≥4	10	4.7
Kürtaj yaşama	Yaşayan	4	1.9
	Yaşamayan	211	98.1
Anomalili bebek	Yaşayan	2	1.0
	Yaşamayan	213	99.0
Daha önce gebelik kaybı	Yaşayan	124	57.7
	Yaşamayan	91	42.3
Daha önce yaşanan gebelik kayıplarının haftası	İlk 10 gh.	50	40.3
	11-15. gh.	19	15.3
	≥16 gh.	55	44.3
İntrauterin fetüs ölümü öyküsü (1 kez)		6	2.8
Önceki intrauterin fetüs ölümü gebelik hf. (20. gh.)		6	2.8
Ölü doğum öyküsü olan		1	0.4
Doğumdan sonra bebek ölüm öyküsü (1 kez)		8	3.7
Doğduktan sonra ölen bebeklerin haftası (n=8)	1.hf.	2	25.0
	2. hf.	2	25.0
	7. hf.	2	25.0
	14. hf.	1	12.5
	28. hf.	1	12.5
Doğduktan sonra ölen bebeklerin cinsiyeti (n=8)	Kız	3	37.5
	Erkek	5	62.5

Çalışma kapsamına alınan olguların %54.4'ünün ilk gebeliği olduğu, yarıdan fazlasının (%55.3) hiç çocuğu olmadığı, neredeyse tamamının (%98.6) daha



önce düşük deneyimlediği ve tamamının daha önce bir gebelik kaybı yaşadığı, Doğumdan sonra bir kez bebek kaybı yaşama oranının %3.7 olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

**Tablo 8:** Mevcut gebelik kaybına ait veriler (I)

Mevcut gebelik kaybına ilişkin		N=215	
		N	%
<b>Gebe kalma şekli</b>	Doğal / kendiliğinden	193	89.8
	YÜT*	22	10.2
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>	Planlı	165	76.7
	Plansız	20	9.3
	Kararsız	20	9.3
	Eşi isteyen kendisi istemeyen	6	2.8
	Kendisi isteyen, eşi istemeyen	4	1.9
<b>Gebelikte düzenli kontrollere gitme</b>	Giden	68	31.6
	Gitmeyen	147	68.4
<b>Tarama testi yaptırma durumu</b>	Hiç yaptırmayan	66	30.7
	İkili Test	136	63.3
	Üçlü Test	10	4.7
	Dörtlü Test	3	1.4
<b>Kaybedilen bebeğe ait duygular</b>		<b>Ort.</b>	<b>SD.</b>
Bebeği isteme düzeyi		8.47	2.63
Eşin bebeği isteme düzeyi		8.72	2.33
Bebeğin anne için önemi		8.91	2.30
Bebeğin eş için önemi		9.01	2.20

\* YÜT: Yardımcı Üreme Teknikleri

Mevcut gebelik kaybında kadınların %89.8'nin doğal yollardan/kendiliğinden olarak gebe kaldıkları ve gebeliklerinin %76.7'nin planlı olduğu, sadece %31.6' sının gebelikte düzenli kontrollere gittiği ve en fazla (%63.3) ikili tarama testi yaptırdıkları belirlenmiştir. Kadınlardan yaşadıkları mevcut gebelik kaybına ilişkin kendisi ve eşlerinin duygularını 1 ile 10 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendiğinde, çiftlerin her ikisi için kaybedilen mevcut gebeliğin çok istendiği ve öneminin yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

**Tablo 9:** Mevcut gebelik kaybına ait veriler (II)

Özellikler		N=215	
		n	%
Kaybedilen bebeğin cinsiyeti	Bilmeyen	30	14.0
	Kız	77	35.8
	Erkek	108	50.2
Bilmeyenlerin kaybedilen bebeğin cinsiyetini bilme isteği (n=30)	İsteyen	18	60.0
	İstemeyen	12	40.0
Kaybedilen bebeğin cinsiyetinin önemi	Önemli diyen	27	12.6
	Önemsiz diyen	164	76.3
	Fark etmediğini belirten	24	11.2
Mevcut gebelik kaybını yaşama zamanı	Gebelikte	213	99.1
	Doğumdan sonra	2	0.9
Mevcut gebelik kaybının haftası	Erken gebelik kaybı (7-19 gh)	85	39.5
	Geç gebelik kaybı (20-31 gh)	106	49.3
	İleri gebelik kaybı (32-40 gh.)	24	11.2

Mevcut gebelik kaybında kaybedilen bebeğin %50.2'nin cinsiyetinin erkek olduğu, cinsiyetini bilmediğini belirtenlerin %60'mın bebeğin cinsiyetini bilmeyi istediği, kadınların büyük çoğunluğu (%76.3) cinsiyetin önemli olmadığını belirttiği, kaybın neredeyse tamamının (%99.1) gebelikte yaşandığı ve kayıpların %39.5'nin 20 gh'dan önce gerçekleştiği, yoğunluğun (%60.5) gebeliğin geç dönemlerine ait kayıplarda olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10:** Mevcut gebelik kaybında kadınların hissettikleri duygulara ait ifadeler

Hissedilen duygular	N:215*	
	N	%
Ağlamak istediğini ifade eden	80	37.2
Etkilenmedim, rahatladım	12	5.6
Üzüntü, moral bozukluğu	132	61.4
Acı	52	24.2
Mutsuzluk	43	20.0
Sinir krizi, şok, öfke, dağılma, baygınlık, ne diyeceğini bilememe, kavga etme	41	19.0
Kayıp duygusu, geleceğe karşı umudunu yitirme, sağlıklı bir bebeğe sahip olamayacağı/sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşayacağı korkusu ve kaygısı	31	14.6
Şaşkınlık, hayal kırıklığı	13	5.6
Kabullenememe	8	3.7
Pişmanlık	2	0.9
Uyku problemleri	2	0.9
Donukluk	3	1.4
Umudunu kaybetmeyen, iyi şeyler düşünüp hayal eden	6	2.8
Her yerde bebeğini gördüğünü, bebeğinin onunla konuştuğunu ifade eden	6	2.8
Bebeğim büyüdükçe ona çok alıştım, yaşamasını istiyordum diyen	5	2.4
Her şey karanlık, anlamsız, her şeyimi bebeğime adamıştım diyen	5	2.4

\*:Kadınlar gebelik kayıplarına ilişkin birden fazla duygu ifade ettiklerinden "N" katlanmıştır.

Kadınların gebelik kaybında en yüksek oranda (%61.4) "üzüntü, moral bozukluğu" yaşadıklarını ifade ettiği bunu %37.2 oranıyla "ağlamak istediğini" ve %24.2 oranıyla da "acı duyduğunu" belirten ifadelerin izlendiği belirlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11:** Mevcut gebelik kaybında üzülmeye ait bulguların dağılımı

Özellikler		N=215	
		N	%
<b>Bebeği kaybettiğinde üzülmeye düzeyi</b>	1-4 arası	11	5.0
	5-7 arası	12	5.7
	8-10 arası	192	89.3
<b>Eşin bebeği kaybettiğinde üzülmeye düzeyi</b>	1-4 arası	10	4.6
	5-7 arası	23	10.7
	8-10 arası	182	84.7

Kadınların %89.3'ünün, erkeklerin ise %84.7'sinde bebeklerini kaybettiklerinde üzülmelerinin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

**Tablo 12:** Gebeliğin tıbbi sonlandırılma nedeni

Nedenler	N=215		
	n	%	
<b>Yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler</b>	Yok	153	71.2
	Anensefali	11	5.1
	Spina bifida	9	4.2
	Ağır hidrosefali	13	6.0
	Polikistik böbrek	7	3.3
	Çoklu Anomali	22	10.2
<b>Majör kromozom bozukluklar</b>	Yok	184	85.6
	Down Sendromu	31	14.4
<b>Teratojenler</b>	Yok	209	97.2
	İlaç kullanımı	6	2.8
<b>Annede kronik/ sağlığını tehdit eden hastalılar</b>	Yok	171	79.5
	Kalp-damar hastalıkları	18	8.4
	Hematolojik hastalıklar	13	6.0
	Üriner hastalıklar	6	2.8
	Nörolojik hastalıklar	1	0.5
	Endokrin hastalıklar	2	0.9
	Tecavüz	3	1.4
	EMR (erken membran rüptürü)	1	0.5
<b>Ölü doğum/nedeni</b>	Yok/bilinmeyen	148	68.8
	İUMF*/nedeni bilinmeyen	67	31.2
<b>Tıbbi açıdan mevcut gebelik kaybının nedenine yönelik belirtilenler</b>	Hiçbir şey söylenmeyen	2	0.9
	İdiyopatik (nedeni bilinmeyen)	74	34.4
	Genetik faktörler (kromozom, tek gen hast vb)	74	34.4
	Endokrin faktörler (diyabet, tiroid, pcos vb)	9	7.2
	Otoimmün faktörler (Antifosfolipid send, pıhtılaşma bozuklukları vb)	17	7.9
	Anatomik faktörler (rahim ağzı yetersizliği, myom, rahim içi yapışıklıklar)	13	6.0
	Enfeksiyonlar (toksoplazma, klamidya vb)	19	8.8
	Çevresel faktörler	7	3.3

\*:İUMF:İntrauterin mort fetüs

Olguların mevcut gebeliklerinin tıbbi sonlandırılma nedeni toplamda en fazla (n=62, %28.8) anensefali, spina bifida, hidrosefali vb. yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler olduğu, bunu toplam olarak (n=44, %20.4) kadındaki sağlık sorunlarının ve %14.4 ile Down sendromunun izlediği görüşmüştür (Tablo 12).

**Tablo 13:** Gebelik kaybında sonlandırma yöntemi, kadının gebelik düşüncesi ve kaygı durumu

Sonlandırma yöntemi, düşünce ve kaygılar		N=215	
		n	%
<b>Gebelik kaybında gebeliğin sonlandırma yöntemi</b>	Kürtaj / Abortus	86	40.0
	Normal doğum	109	50.7
	Sezaryen	20	9.3
<b>Mevcut gebelik kaybında fetüs sayısı</b>	Tekiz	85	86.0
	İkiz	25	11.6
	Üçüz	3	1.4
	İkiz eşini kaybeden	2	0.9
<b>Tekrar gebe kalmayı düşünme durumu</b>	Hayır	43	20.0
	Evet	172	80.0
<b>Tekrar gebe kalmayı düşündüğü zaman /ay</b>	İlk 3 ay içinde	119	69.2
	4-6 ay içinde	46	26.7
	7-12 ay içinde	7	4.1
<b>Bundan sonraki gebelikler için aynı durumu yaşama yönündeki kaygı varlığı</b>	Kaygısı olan	110	51.2
	Kaygısı olmayan	20	9.3
	Kısmen kaygısı olan	85	39.5
<b>Bundan sonraki gebelikler için aynı durumu yaşama yönündeki kaygı düzeyi</b>	1-4 arası	7	3.6
	5-7 arası	66	33.8
	8-10 arası	122	62.6
<b>4.izlemde gebe olup- olmadığı sorgulandı</b>	Hayır	116	54.0
	Evet	99	46.0

Olguların yarısının normal doğum ile sonlandırıldığı, kaybedilen gebeliklerin %86'nın tekiz gebelik olduğu kadınları %80.0'nın tekrar gebelik düşündüğü ve bunu yaklaşık %70'nin ilk 3 ay içinde planladığı, yarısının yine gebeliği kaybederse kaygısı yaşadığı ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, 4. İzlemde gebe olup olmadığı sorgulandığında %46.0'nın gebe olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir (Tablo 13).

**Tablo 14:** Kadınların mevcut bebek kayıplarındaki nedene ilişkin ifadeleri

Gebelik kayıp nedenine ilişkin belirtilenler	N=215	
	N	%
Fetal anomali	4	1.9
Kader	39	<b>18.1</b>
Yaşamla bağdaşmayan unsurların varlığı	2	0.9
Kromozom anomalisi	3	1.4
Genetik faktörler	1	0.5
İstenmeyen gebelik olması	5	2.3
Maternal hastalık varlığı	1	0.5
Kanama	7	3.3
Ağrı	1	0.5
Enfeksiyon /EMR / Koryoamniyonitis	8	3.7
Akraba evliliği varlığı	4	1.9
Kalp atımının durması (İUMF)	8	3.7
Her şey yolundaydı, neden böyle oldu bilmiyorum, şaşkınum diyen	7	3.3
Hiçbir fikri olmadığını belirten	53	<b>24.7</b>
Yanıt vermeyen	72	<b>33.4</b>

Kadınlara ifadelerine göre mevcut gebelik kaybına ilişkin nedenler arasında en fazla (%18.1) “kader” olduğunu belirttikleri, %24.7 de hiçbir fikri olmadığını ifade ettiği belirlenmiş, üçte birinin soruyu yanıtsız bıraktığı görülmüştür (Tablo 14).

#### 4.4. Sosyal Destek ve İnanç Özelliklerine Ait Bulgular

Bu başlık altında gebelik kaybıyla ilgili sağlık profesyonelleri tarafından açıklama yapılıp yapılmadığı, yapılan açıklamanın yeterli olup olmadığı ve açıklamanın anlaşılma düzeyi gibi özelliklere ait bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 15:** Gebelik kaybına yönelik sağlık profesyonellerinin açıklama yapma durumu, açıklamanın yeterliliği ve anlaşılma düzeyi

Özellikler	N=215		
	N	%	
<b>Mevcut gebelik kayıplarıyla ilgili sağlık profesyonellerinin açıklama yapması</b>	Evet	195	90.7
	Hayır	1	0.5
	Kısmen	19	8.8
<b>Yapılan açıklamanın yeterliliği</b>	Gayet yeterliydi	104	48.1
	Yeterli sayılır	70	32.7
	Orta derecede	39	18.2
	Yetersiz	2	0.9
<b>Yapılan açıklamanın anlaşılma düzeyi</b>	Mükemmel	97	45.3
	İyi derecede	82	37.9
	Orta derecede	31	14.5
	Pek anlamadım diyen	5	2.3

Kadınların büyük çoğunluğuna (%90.7) mevcut gebelik kayıplarıyla ilgili sağlık profesyonelleri tarafından açıklama yapıldığı, %48.1'i açıklamayı gayet yeterli bulduğunu ve yarıya yakını (%45.3) yapılan açıklamayı mükemmel anladığını ifade etmiştir (Tablo 15).

**Tablo 16:** Olguların dini inanca ait özellikleri

Dini inanca ait özellikler	N=215		
	N	%	
<b>İnanç durumlarına ilişkin tanımlamalar</b>	İnancım çok yüksektir	109	50.7
	İnançlı sayılırım	55	25.6
	Pek inançlı sayılmam	8	3.7
	İnançtan farklı baş etme mekanizmaları kullanırım	6	2.8
	Herkesin inancı kendine, üzerinde durduğum bir konu değil	37	17.2
<b>Mevcut gebelik kaybıyla baş etmede inancın etkisi</b>	Etkisi oldu diyen	156	72.6
	Kısmen etkisi oldu diyen	40	18.6
	Etkisi olmadığını belirten	19	8.8
<b>Mevcut gebelik kaybıyla baş etmede inancın etki düzeyi</b>	1-4 puan arası	11	5.6
	5-7 puan arası	35	17.9
	8-10 puan arası	150	76.5
<b>Mevcut gebelik kaybında eş, aile ve sosyal destek varlığı</b>	Desteği olmayan	5	2.3
	Yeterli desteği olan	186	86.5
	Desteği yetersiz olan	24	11.2

Olguların yarısı (%50.7) dini inancının çok yüksek olduğunu, %72.6'sı mevcut gebelik kaybıyla baş etmede inancın etkisi olduğunu, %76.5'i mevcut gebelik kaybıyla baş edebilmede inancın etki düzeyinin çok yüksek olduğunu ve %86.5'i gebelik kaybında eş, aile ve sosyal desteğinin yeterli olduğunu ifade etmiştir (Tablo 16).

**Tablo 17:** Olgulara mevcut gebelik kaybında destek verenler

Destek verenler	n=210*	
	n	%
Eşim	192	<b>91.4</b>
Arkadaşlarım / komşularım	99	47.1
Kendi ailem	151	<b>71.9</b>
Eşimin ailesi	75	35.7
Hemşireler	161	<b>76.7</b>
Doktorlar	147	<b>70.0</b>
Diğer hastalar	5	2.4
Psikolog	4	1.9
Çocuklarım	10	4.8

\*: 5 vaka destek almadığını belirttiğinden n=210 dur, ancak kadınların destek aldıkları kişiler birden fazla olduğundan "n" katlanmıştır.

Kadınların büyük çoğunluğunun (%91.4) eşlerinden, %71.9 oranıyla kendi ailelerinden, %76.7 oranında hemşirelerden, %70 oranında da doktorlardan destek aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 17).

**Tablo 18:** Kadınlara göre mevcut kayıpla baş etmede eşin ve aile yakınlarının destek düzeyi

Destek düzeyi		N=215	
		N	%
Eşin verdiği destek düzeyi	1-4 puan arası	14	6.5
	5-7 puan arası	20	9.3
	8-10 puan arası	181	84.2
Aile yakınlarının verdiği destek düzeyi	1-4 puan arası	10	4.7
	5-7 puan arası	21	9.7
	8-10 puan arası	184	85.6

Kadınların 1-10 puan aralığında aldıkları destek düzeyini değerlendirdiklerinde, eş desteğini %84.2'nin, aile yakınlarından aldıkları desteği %85.6'nın yüksek düzeyde olarak puanladıkları saptanmıştır (Tablo 18).



**Tablo 19:** Olguların evlilik uyumu, eş iletişimi ve kayba ilişkin suçlamalar

Evlilik uyumu, eş iletişimi ve suçlamalar		N=215	
		N	%
Eş ile evlilik uyumu	Çok iyi	114	53.0
	İyi	88	40.9
	Kararsızım	6	2.8
	Kötü	4	1.9
	Çok kötü	3	1.4
Eş ile iletişim düzeyi	Çok iyi	109	50.7
	İyi	74	34.4
	Kararsızım	19	8.8
	Kötü	9	4.2
	Çok kötü	4	1.9
Bu kayıpta kendini suçlama durumu	Suçlamayan	174	80.9
	Suçlayan	41	19.1
Kendini suçlama nedeni	Akraba evliliği	11	26.8
	Mevcut hastalıklar	18	43.9
	Gebeliği istememe	12	29.2
Bu kayıpta eşini suçlama durumu	Suçlamayan	203	94.4
	Suçlayan	12	5.6
Eşini suçlama nedeni	Akraba evliliği	5	41.7
	Bebeği çok istemesi	2	16.7
	Gebeliği istememesi	5	41.7

Kadınların %53'nün evlilik uyumunun çok iyi, %50.7'sinin eşiyile iletişiminin çok iyi olduğunu belirttiği, gebelik kaybına ilişkin %19.1 oranında kendilerini, %5.6 oranında eşlerini suçladıkları, kendilerini çoğunlukla (%43.9) mevcut hastalıkları nedeniyle, eşlerini ise aynı oranda (%41.7) akraba evliliği ve gebeliği istememeleri nedeniyle suçladıkları belirlenmiştir (Tablo 19).

**Tablo 20:** Olguların genel olarak sorun çözme davranışlarına ilişkin ifadeleri

İfadeler	N=215*	
	N	%
Soruna yeniden odaklanmak	138	<b>64.2</b>
Zihnimde ve davranışlarımda sorunu boş vermek	55	25.6
Ailem ve arkadaşlarımla görüşüp fikir alışverişinde bulunmak	159	<b>74.0</b>
Sorun yaşadığım olayı inkar etmek	47	21.9
Sosyal ortamlarda bulunmak	27	12.6
Kitap okumak	39	18.1
Spor yapmak	11	5.1
Müzik dinlemek	5	2.3
Sevdiklerimle vakit geçirmek	133	<b>61.9</b>
Bilirkişi görüşüne başvurmak	1	0.5
Not tutmak, yazmak	1	0.5
Tek başına kalmak	10	4.7
Ağlamak	1	0.5

\*: Kadınlar birden fazla sorun çözme davranışı gösterdiklerinden "n" katlanmıştır.

Kadınların genelde sorun çözme davranışı olarak çoğunlukla (%74.0) ailesi ve arkadaşlarıyla görüşüp fikir alışverişinde buldukları, bunu %64.2 oranıyla soruna yeniden odaklanma ve %61.9 oranıyla da sevdikleriyle vakit geçirme davranışlarının izlediği bulunmuştur (Tablo 20).

#### 4.5. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) Ait Bulgular

Bu başlık altında çalışmada 4 izlemde Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) ile yapılan değerlendirme sonuçlarına yer verilmiştir. İzlemler: 1. İzlem olguların prenatal kayıplarının ilk 48 saatinde, 2. İzlem 1 hafta sonra, 3. İzlem 1 ay sonra ve 4. İzlem 3 ay sonra yapılmıştır.

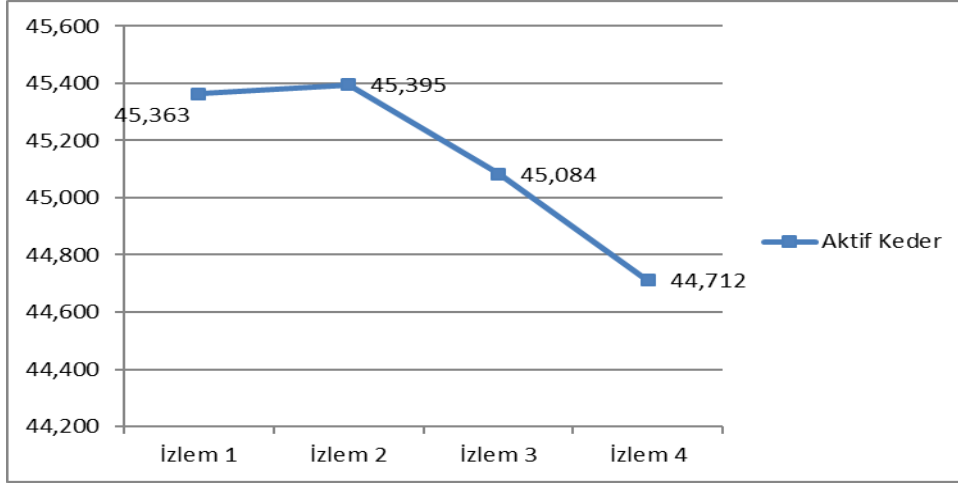
**Tablo 21:** Dört izlemde Perinatal Yas Ölçeği puan ortalamaları

PYÖ alt grup ve total	N=215				F*	p	Fark
	İzlemler						
	1.	2.	3.	4.			
Aktif keder	Ort.±SD 45.3±9.9	Ort.±SD 45.3±10.1	Ort.±SD 45.0±11.0	Ort.±SD 44.7±11.3	4.75	<b>0.000</b>	1>4; p=0.024 2>4; p=0.008 3>4; p=0.013
Başa çıkmada zorlanma	Ort.±SD 30.8±9.3	Ort.±SD 30.9±9.5	Ort.±SD 31.1±10.2	Ort.±SD 31.4±10.4	4.94	<b>0.000</b>	1<2; p=0.027 1<3; p=0.035 1<4; p=0.038 2<4; p=0.037
Umutsuzluk	Ort.±SD 30.9±9.8	Ort.±SD 31.0±10.0	Ort.±SD 31.3±10.5	Ort.±SD 31.4±10.8	4.48	<b>0.004</b>	1<3; p=0.036 1<4; p=0.016 2<4; p=0.032
<b>PYÖ TOPLAM</b>	Ort.±SD 107.1±26.9	Ort.±SD 107.4±27.5	Ort.±SD 107.5±29.7	Ort.±SD 107.6±30.4	0.50	0.556	

\* Repeated Measures Anova (Tekrarlı Ölçüm Anova Testi)

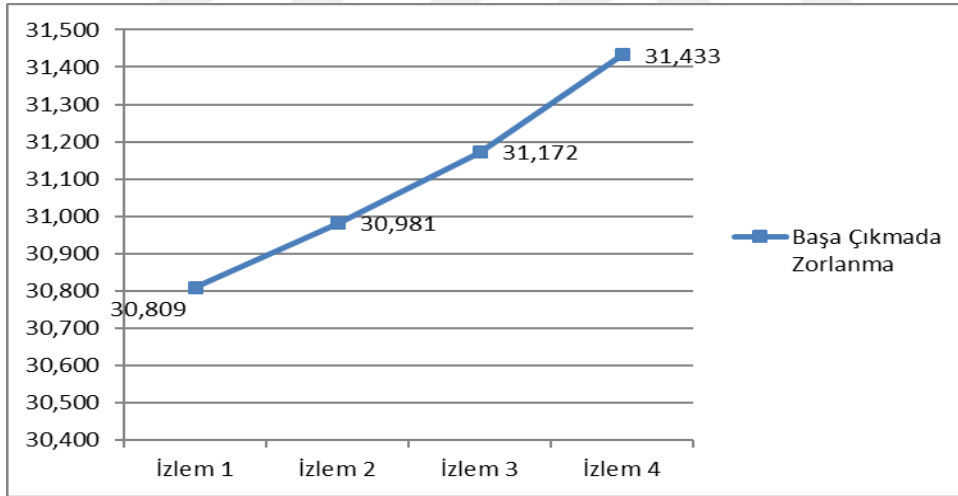
PYÖ ile yapılan 4 ayrı değerlendirme sonucunda kadınların aktif kederinde zamanla azalma olduğu ancak başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk duygularında ise zamanla artış olduğu ve farklılıkların ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.05$ ) saptanmıştır. Toplamda kadınların yaşadıkları yas düzeyinde olayın gerçekleştiği andan 3 ay sonrasına kadar önemli farklılık olmadığı belirlenmiştir (Tablo 21).

<



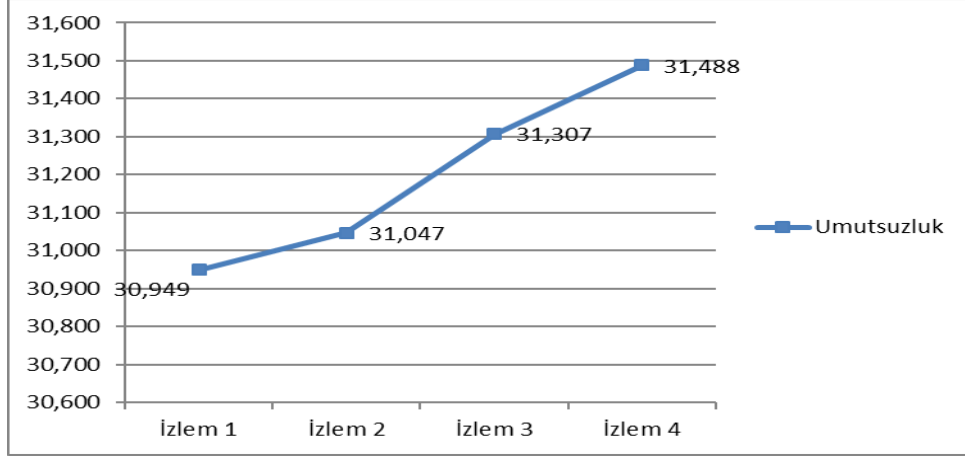
**Şekil 2:** PYÖ “Aktif keder” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı

PYÖ göre kadınların aktif kedere ilişkin puan ortalamalarının 1 ve 2. izlemde çok yakın olduğu, 2. izlemden sonra 3 ve 4. izlemlerde düşüş gösterdiği belirlenmiştir (Şekil 2).



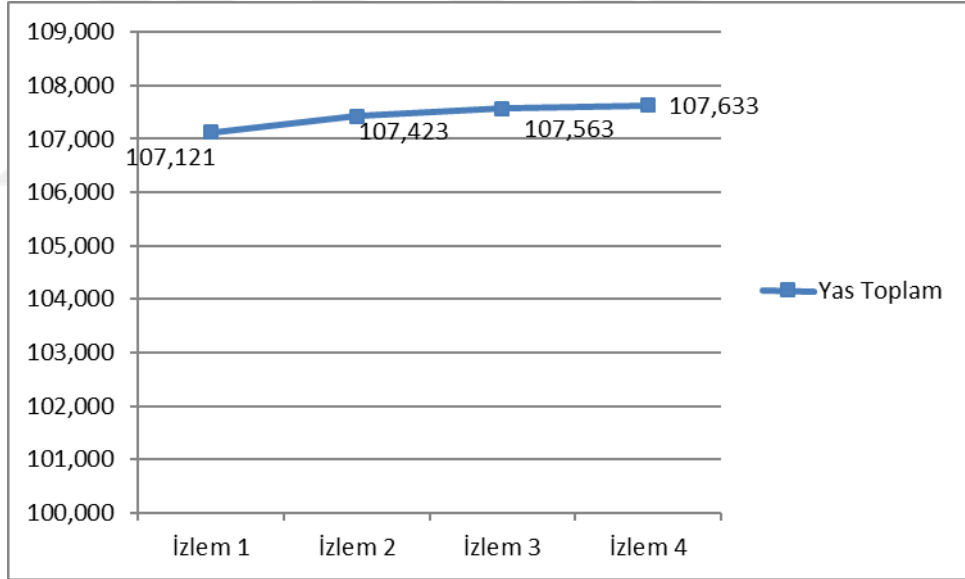
**Şekil 3:** PYÖ “Başa çıkmada zorlanma” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı

PYÖ göre kadınların başa çıkmada zorlanma alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 1. İzlemden sonra giderek arttığı, 2. izlemden sonra 3 ve 4. izlemlerde artma gösterdiği belirlenmiştir (Şekil 3).



**Şekil 4:** PYÖ “Umutsuzluk” alt boyut puan ortalamalarının 4 değerlendirmeye göre dağılımı

PYÖ göre kadınların umutsuzluk puan ortalamalarının 1. İzlemden sonra 2. İzlemden artmaya başladığı, 3 ve 4. izlemlerde artışın devam ettiği belirlenmiştir (Şekil 4).



**Şekil 5:** PYÖ toplam puanına göre kadınların 1-4. izlemlerde yapılan değerlendirmelerde yaşadıkları yaş düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Şekil 5).

**Tablo 22:** Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları

Sosyo-demografik özellikler	PYÖ alt grup ve total 1. ve 4. izlem puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD
<b>Yaş grupları</b>								
≤ 24	39.2±13.8	39.1±15.7	28.6±10.4	28.3±11.2	28.1±10.8	28.3±12.0	96.1±33.0	95.8±36.9
25-35	46.1±8.7	45.5±10.1	31.2±9.2	32.0±10.2	30.9±9.7	31.4±10.6	108.3±25.6	109.0±29.0
≥ 36	47.1±8.9	45.9±10.2	31.0±8.7	31.8±10.0	32.7±9.2	33.6±10.3	110.8±24.8	111.5±28.3
<b>P</b>	<b>0.00</b>	<b>0.01</b>	0.36	0.18	0.12	0.09	<b>0.03</b>	<b>0.05</b>
<b>Eğitim durumu</b>								
Okur-yazar	42.7±9.1	41.2±10.8	27.7±9.9	27.1±10.4	31.7±10.7	31.8±11.1	102.1±28.0	100.2±31.1
İlkokul	43.4±10.8	42.5±12.0	30.1±9.4	30.1±10.1	32.2±10.2	32.1±11.3	105.9±28.3	104.8±31.3
Ortaokul	46.4±8.6	45.0±10.4	31.7±9.2	32.3±10.3	33.3±10.7	33.4±11.6	111.5±27.4	110.7±31.0
Lise	45.5±10.6	45.5±12.3	30.6±8.9	32.1±10.8	28.8±8.5	29.9±10.5	105.0±26.3	107.6±31.7
Lisans ve lisans üstü	48.1±9.5	48.7±9.3	32.7±9.3	34.0±9.3	28.0±8.0	29.7±8.9	108.9±24.9	112.4±25.2
<b>P</b>	0.15	0.06	0.29	0.11	<b>0.04</b>	0.43	0.59	0.52
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışmayan	44.5±10.4	43.1±11.9	30.0±9.3	30.3±10.4	31.2±10.1	31.3±11.2	105.8±28.1	104.8±31.7
Gebe olduğu için çalışmayan	46.8±8.3	48.5±8.0	30.2±9.0	32.3±9.8	28.7±8.5	30.3±8.8	105.7±24.2	111.2±24.8
Çalışan	47.5±8.6	48.3±9.3	33.3±8.9	34.6±9.9	30.8±9.3	32.2±10.2	111.7±24.0	115.2±26.8
<b>P</b>	0.15	<b>0.00</b>	0.10	<b>0.04</b>	0.60	0.80	0.41	0.10
<b>Aile şekli</b>								
Çekirdek aile	45.7±10.0	45.0±11.4	31.3±9.4	32.0±10.5	30.7±9.8	31.2±10.9	107.8±27.1	108.3±30.7
Geniş aile	43.1±9.3	42.8±10.6	28.1±8.3	28.2±9.0	32.0±9.8	32.7±10.3	103.3±26.4	103.7±28.8
<b>P</b>	0.15	0.30	0.06	<b>0.04</b>	0.46	0.47	0.38	0.42

*ANOVA testi kullanılmıştır*

Birinci ve 4. izlemlerde PYÖ toplam yas düzeyinin ve aktif keder düzeyinin yaş arttıkça anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ - $p<0.01$ ) başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeyinin yaşa göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça aktif kederin 4. izlemde daha yüksek olduğu ( $p<0.05$ ) ancak umutsuzluk düzeyinin eğitim düzeyi arttıkça azaldığı bu farklılığın 1. izlemde anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) saptanmıştır. Çalışan kadınlarda aktif keder ve başa çıkmada zorlanmanın daha yüksek olduğu ve bu farklılığın 4.izlemde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.01$ - $p<0.05$ ) belirlenmiştir. Çekirdek aile yapısına sahip olanların başa çıkmada daha fazla zorlandıkları bunun 4. izlemde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.05$ ) bulunmuştur. Bunun dışındaki özelliklerde anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Olguların sağlık güvencelerinin varlığı, ekonomik düzeyleri, eşlerinin eğitimi ve eşlerinin çalışma durumuna göre PYÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 23:** Olguların medeni durum ve evliliklerine göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları

Medeni durum ve evlilikleri	PYÖ alt grup ve total 1. ve 4. izlem puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD
<b>Medeni durum</b>								
Evli	45.7±9.6	44.9±11.1	30.8±9.1	31.4±10.3	31.0±9.6	31.5±10.7	107.6±26.4	107.8±30.2
Bekar	36.4±14.4	38.8±15.4	30.1±13.4	31.7±11.6	28.6±13.9	31.0±13.3	95.2±38.3	101.6±36.9
<b>p</b>	<b>0.00</b>	0.11	0.87	0.91	0.62	0.89	0.17	0.54
<b>Evlilik sayısı</b>								
İlk evlilik	45.0±10.2	44.6±11.6	30.8±9.5	31.5±10.6	30.6±9.9	31.2±10.9	106.5±27.6	107.4±31.1
2 ve üstü	48.5±5.1	45.4±9.6	30.5±5.4	29.7±7.7	35.0±6.9	34.5±9.0	114.1±15.8	109.6±21.5
<b>p</b>	<b>0.02</b>	0.68	0.84	0.47	0.07	0.22	0.09	0.77
<b>Evlenme şekli</b>								
Anlaşarak	46.0±10.4	45.6±11.7	31.1±9.3	32.1±10.4	29.7±9.2	30.5±10.4	107.0±27.0	108.3±30.7
Görücü usulü	44.7±8.4	43.7±9.8	29.8±8.9	29.9±10.0	32.7±10.1	32.8±10.8	107.3±25.9	106.5±29.1
Ailenin zoruyla	44.7±12.7	40.2±14.5	29.2±8.9	27.2±9.2	34.0±9.0	33.2±9.9	108.0±29.6	100.7±31.9
Ailenin isteği dışında	39.8±12.9	40.1±14.9	33.7±12.5	33.7±12.3	33.0±14.7	34.3±15.7	106.6±36.4	108.2±39.9
<b>p</b>	0.31	0.32	0.58	0.35	0.17	0.42	1.00	0.94

*Post-Hoc testi kullanılmıştır*

Evli ve 2 ya da daha fazla evliliği olan kadınlarda aktif kederin daha fazla olduğu ve bu farkın birinci izlemde anlamlılık gösterdiği ( $p<0.01$ -  $p<0.05$ ) saptanmıştır. PYÖ toplam ve diğer alt boyutlarında medeni durum, evlilik sayısı ve evlilik şekline göre 1. ve 4. izlemlerde anlamlı farklılık olmadığı ( $p>0.05$ ) belirlenmiştir (Tablo 23).



**Tablo 24:** Olguların zararlı alışkanlık durumlarına göre 1. ve 4. izlem PYÖ puan ortalamaları

Zararlı alışkanlık	1. ve 4. izlem PYÖ alt grup ve total puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD
Yok	46.0±9.1	45.2±10.6	30.8±9.0	31.5±10.0	31.4±9.3	31.9±10.2	108.3±25.0	108.6±28.5
Sigara	45.6±7.3	44.5±9.6	30.0±8.2	30.0±9.6	31.9±10.2	31.8±11.0	107.6±24.4	106.4±28.7
Alkol	45.3±10.5	45.9±11.5	32.2±10.0	33.2±11.4	30.8±10.3	32.0±11.8	108.4±29.3	111.1±33.1
Birden fazla zararlı alışkanlık	37.0±17.9	34.3±17.9	25.5±10.8	25.8±9.8	23.1±9.4	23.3±9.3	85.7±36.8	83.5±35.4
<b>P</b>	<b>0.03</b>	<b>0.01</b>	0.17	0.14	<b>0.05</b>	0.08	0.06	<b>0.05</b>

\*Post-Hoc Testi kullanılmıştır.

Olguların 1. ve 4. izlemdeki PYÖ aktif keder alt grup puan ortalamaları zararlı alışkanlığı olmayan kadınlarda daha yüksek (46.0±9.1), birden fazla alışkanlığı olanlarda ise daha düşük (37.0±17.9) bulunmuş ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (1. izlem p<0.05; 4. izlem p<0.01). PYÖ umutsuzluk alt grubunda 1. izlem, toplamda ise 4. izlem puan ortalamaları aynı şekilde birden fazla zararlı alışkanlığı olanlarda anlamlı olarak (p=0.05) daha düşük (PYÖ umutsuzluk= 85.7±36.8; Total= 83.5±35.4) olarak saptanmıştır (Tablo 24).

**Tablo 25:** Olguların Kronik hastalık varlığına göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları

Kronik hastalık varlığı	1. ve 4. izlem PYÖ alt grup ve total puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Var	46.0±9.0	45.1±10.1	31.3±9.4	31.9±10.2	33.0±10.4	33.5±11.3	110.5±26.6	110.5±29.6
Yok	44.7±10.6	44.3±12.2	30.3±9.2	31.0±10.5	29.2±9.0	29.8±10.2	104.4±27.0	105.3±30.9
<b>p</b>	0.34	0.63	0.41	0.52	<b>0.00</b>	<b>0.01</b>	0.09	0.20

\*Post-Hoc Testi kullanılmıştır

PYÖ umutsuzluk alt boyutunda olguların 1. ve 4. izlem puan ortalamalarının (1. İzlem= 33.0±10.4, 4. İzlem=33.5±11.3) kronik hastalığı olanlarda anlamlı olarak ( $p<0.01$ ) yüksek olduğu belirlenmiştir. PYÖ diğer alt boyut ve toplamda 1. ve 4. İzlemlerdeki puan ortalamalarının kronik hastalık durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 25).

**Tablo 26:** Olguların kayıp yaşadığı gebeliğine ait özelliklere göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları

Kayıp yaşanan gebeliğe ait özellikler	1. ve 4. izlem PYÖ alt grup ve total puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Gebe kalma şekli</b>								
Doğal	44.5±10.1	43.6±11.5	29.9±9.2	30.4±10.2	30.2±9.8	30.5±10.7	104.7±27.1	104.6±30.3
YÜT	52.9±2.1	53.7±1.7	38.0±6.9	40.4±6.8	36.9±7.2	39.6±7.7	127.9±14.0	133.8±14.3
<b>P</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>								
Planlı	49.2±5.8	49.0±6.8	33.6±7.7	34.6±8.8	33.3±8.6	34.2±9.7	116.2±20.2	117.8±23.3
Plansız	29.0±9.5	28.3±11.9	21.6±10.6	21.3±10.1	21.7±11.0	21.9±11.7	72.3±29.2	71.6±31.5
Kararsız	37.1±7.5	33.5±9.4	21.7±4.4	21.1±5.1	24.4±8.2	23.1±7.5	83.3±17.2	77.7±19.2
Eşi isteyen kendisi istemeyen	21.8±7.1	17.8±4.9	15.6±2.7	14.5±2.8	17.5±4.1	16.6±4.2	55.0±10.0	49.0±5.6
Kendisi isteyen, eşi istemeyen	44.2±7.4	44.7±4.8	26.7±4.2	27.0±3.9	30.0±4.9	30.0±5.4	101.0±16.0	101.7±13.5
<b>P</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Gebelikte düzenli kontrollere gitme</b>								
Giden	47.8±8.2	47.8±8.8	33.0±8.6	34.0±9.4	32.3±9.4	33.3±10.4	113.1±24.0	115.2±26.3
Gitmeyen	40.0±11.2	37.8±13.0	26.0±8.8	25.7±10.2	27.9±10.0	27.5±10.6	94.0±28.4	91.0±32.1
<b>P</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>
<b>Tarama testi yaptırma durumu</b>								
Hiç yaptırmayan	40.1±11.3	39.3±12.8	26.9±9.7	26.9±10.5	29.0±10.8	29.2±11.2	96.1±30.0	95.5±32.7
İkili test	47.4±8.5	46.7±9.9	32.2±8.7	32.9±9.8	31.5±9.3	32.0±10.6	111.3±24.4	111.8±28.2
Üçlü test	50.7±6.6	50.6±6.8	36.1±7.6	37.3±7.6	34.4±8.5	36.5±8.4	121.2±19.9	124.4±20.8
Dörtlü test	45.6±2.5	52.0±2.6	33.3±4.7	39.0±5.0	31.6±8.0	37.6±9.7	110.6±15.2	128.6±16.9
<b>P</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	0.24	0.09	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

\*: Post-Hoc Testi kullanılmıştır.

Olguların kayıp yaşadıkları gebeliklerine tedavi olarak yani yardımcı üreme teknikleriyle (YÜT) gebe kalanların, gebeliği planlı olanların ve gebeliğinde düzenli kontrole gitmeyenlerin 1. ve 4. İzlem PYÖ tüm alt grup ve toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p<0.001$ ) belirlenmiştir. Gebeliğinde tarama testi yaptıranların da 1. ve 4. İzlem PYÖ aktif keder, başa çıkmada zorlanma alt grupları ve toplam puanlarının yaptırmayanlara göre anlamlı olarak ( $p<0.001$ ) daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 26).



**Tablo 27:** Gebelik kaybına ait özelliklere göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları

Obstetrik özellikler	PYÖ alt grup ve total 1. ve 4. izlem puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD	1. İzlem Ort±SD	4. İzlem Ort±SD
<b>Gebelik kaybının ne zaman yaşandığı</b>								
Gebelikte	45.4±9.9	44.7±11.3	30.8±9.3	31.4±10.3	31.0±9.8	31.5±10.8	107.3±26.9	107.7±30.3
Doğumdan sonra	39.5±13.4	41.5±16.2	24.0±12.7	25.0±12.7	24.0±14.1	26.0±16.9	87.5±40.3	92.2±45.9
<b>P</b>	0.40	0.68	0.30	0.38	0.31	0.47	0.30	0.48
<b>Daha önce gebelik kaybı yaşama durumu</b>								
Hayır	46.3±10.4	46.3±11.2	32.2±9.6	33.0±10.2	30.5±9.5	31.4±10.4	109.1±27.5	110.9±29.7
Evet	44.6±9.5	43.4±11.3	29.7±8.9	30.2±10.3	31.2±10.0	31.5±11.1	105.6±26.6	105.2±30.8
<b>p</b>	0.22	0.06	<b>0.05</b>	<b>0.04</b>	0.6	0.96	0.35	0.17
<b>Kaybedilen bebeğin cinsiyeti</b>								
Bilmiyorum	42.4±11.9	42.8±12.8	28.5±8.7	29.3±9.3	29.6±9.4	30.2±9.6	100.5±28.5	102.3±30.3
Kız	44.8±10.2	44.6±12.0	30.3±9.7	31.3±10.7	29.8±10.2	30.8±11.0	105.1±28.4	106.8±31.7
Erkek	46.5±9.0	45.2±10.4	31.7±9.1	32.1±10.4	32.0±9.6	32.3±11.0	110.3±25.2	109.6±29.5
<b>P</b>	0.12	0.59	0.19	0.42	0.23	0.50	0.15	0.48
<b>Kaybedilen bebeğin cinsiyetinin önemi</b>								
Evet	40.8±8.7	39.9±9.7	25.3±6.9	25.4±8.3	28.1±9.6	27.9±10.4	94.3±24.1	93.3±27.0
Hayır	46.4±9.9	46.3±11.0	32.2±9.4	33.1±10.2	31.5±9.7	32.4±10.8	110.1±26.9	111.9±29.9
Kararsızım	43.0±9.9	38.7±12.1	27.2±7.7	26.4±9.3	30.1±10.2	28.9±10.2	100.5±25.6	94.1±29.4
<b>p</b>	<b>0.01</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	0.22	0.06	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>

\*Post-Hoc Testi kullanılmıştır.

Çalışmaya dahil olan olguların yas izlenimlerinin daha önce gebelik kaybı yaşama durumu ve kaybedilen bebeğin cinsiyeti ile karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda bazı sonuçların istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kaybedilen bebeğin cinsiyetin önemi açısından grup ortalamalarına bakıldığında; aktif keder ortalaması ve başa çıkmada zorlanma açısından kaybedilen 1. izlem ve 4. İzlem ortalamalarının bebeğin cinsiyetinin önemli olma durumuna hayır yanıtı verenlerin aritmetik ortalamalarının diğer gruptakilere göre daha yüksek aritmetik ortalamalara sahip olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Umutsuzluk ortalamalarında ise 1. İzlem ve 4. İzlem gruplarında aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Daha önce gebelik kaybı yaşama durumu ile “başta çıkmada zorlanma” ortalaması 1. izlem ve 4. izlem ortalamaları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 27).

**Tablo 28: Yaşanan gebelik kayıplarına göre PYÖ 1. ve 4. izlem puan ortalamaları**

Yaşanan gebelik kaybı haftaları	PYÖ alt grup ve total 1. ve 4. izlem puan ortalamaları							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ total	
	1.izlem	4. İzlem	1.izlem	4. İzlem	1.izlem	4. İzlem	1.izlem	4. İzlem
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
<b>Gebelik haftaları</b>								
Erken gebelik kaybı (7-19 gh)	21.7±10.6	22.6±12.2	29.6±5.7	27.8±6.8	35.3±9.9	35.1±10.8	86.6±23.8	85.6±27.3
Geç gebelik kaybı (20-31 gh)	19.2±8.7	19.4±10.0	28.4±5.6	26.5±6.8	34.3±9.4	33.3±10.3	82.0±22.0	79.3±25.2
İleri gebelik kaybı (32-40gh)	22.9±12.0	24.6±12.2	30.9±6.9	29.7±7.4	37.1±11.2	37.2±12.7	91.0±28.2	91.7±30.6
<b>P</b>	0.15	0.06	0.08	<b>0.05</b>	0.36	0.18	0.14	0.06

\*ANOVA testi kullanılmıştır

Gebelik kaybının yaşandığı gestasyon haftasına göre özellikle ileri haftalarda (32-40. gh) gebelik kaybı yaşayan kadınların PYÖ 1. ve 4. izlem sonuçlarına göre “başa çıkmada zorlanma” puanlarının daha yüksek olduğu bu yüksekliğin 4. İzlem puanlarında anlamlı farklılık gösterdiği ( $p<0.05$ ), yine bu gruptaki kadınlarda 4. İzlemde “aktif keder” ve PYÖ total puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak sonucun anlamlı olmadığı belirlenmiştir. ( $p>0.05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29:** Bazı değişkenler ile 1. ve 4. PYÖ alt grup ve toplam puan ortalamaları korelasyonu

Değişkenler	1. ve 4. İzlem PYÖ alt grup ve toplam							
	Aktif keder		Başa çıkmada zorlanma		Umutsuzluk		PYÖ Toplam	
	r / p		r / p		r / p		r / p	
	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem	1. İzlem	4. İzlem
Yaş	,19***	,12	,04	,05	,13*	,14*	,13*	,11
Evlilik Süresi	-,07	-,15*	-,12*	-,14*	,07	,03	-,04	-,09
Gebelik sayısı	-,15*	-,17**	-,14*	-,16*	,04	,02	-,08	-,11
Doğum sayısı	-,28**	-,30**	-,33**	-,35**	-,20**	-,24**	-,29**	-,32**
Yaşayan çocuk sayısı	-,27**	-,24*	-,34**	-,31**	-,24*	-,23*	-,30**	-,28**
Düşük sayısı	,12	,10	,20**	,19**	,35**	,35**	,24**	,22**
Daha önce gebelik kaybı yaşama	,11	,09	,18**	,18**	,35**	,34**	,23**	,22**
Kaybedilen bebeği isteme düzeyi	,78**	,77**	,54**	,55**	,44**	,45**	,64**	,63**
Eşin bebeği isteme düzeyi	,58**	,54**	,40**	,40**	,34**	,34**	,47**	,46**
Bebeğin anne için önemi	,68**	,66**	,41**	,43**	,34**	,35**	,52**	,52**
Bebeğin eş için önemi	,55**	,52**	,34**	,35**	,29**	,30**	,42**	,42**

\*:  $p < 0.05$ ; \*\*:  $p < 0.01$ ; \*\*\*:  $p < 0.001$



PYÖ 1. izlem sonuçlarına göre; yaş artıkça aktif keder, umutsuzluk ve total yas düzeyinde artış olduğu ve pozitif yöndeki bu ilişkinin anlamlılık gösterdiği ( $p<0.05-0.001$ ), 4.izlemde sadece yaş artışıyla umutsuzluk düzeyindeki artışının devam ettiği ve bu ilişkinin anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) belirlendi. PYÖ 1. izlem sonuçlarına göre evlilik süresi artıkça başa çıkmada zorlanmanın azaldığı, 4. İzlemde ise hem başa çıkma hem de aktif kederin, her iki izlemde de zayıf ve pozitif yöndeki bu ilişkinin anlamlı olduğu ( $p<0.05$ ) saptandı. Gebelik sayısı ile PYÖ 1. ve 4. İzlem “aktif keder” ve “başa çıkmada zorlanma” arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0.05$ ) belirlendi. Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı düştükçe/hiç yoksa 1. ve 4. izlem PYÖ tüm alt grup ve toplam puanlarının arttığı, negatif yönde ve orta düzeydeki bu ilişkinin ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği saptandı ( $p<0.01$ ). Düşük sayısı artıkça ve daha önce de gebelik kaybı yaşayanlarda 1. ve 4. izlem PYÖ total ve “başa çıkmada zorlanma” ile “umutsuzluk” alt boyut puanlarında artış olduğu, pozitif yönde zayıf ve orta düzeydeki bu ilişkinin ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ). Bebeği isteme düzeyi ile PYÖ 1. ve 4. izlem “aktif keder”, “umutsuzluk” ve “başa çıkmada zorlanma” arasında pozitif yönde zayıf- yüksek düzey arasında değişen, anlamlı ilişki olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Eşin bebeği isteme düzeyi ile PYÖ 1. ve 4. izlem “aktif keder”, “umutsuzluk” ve “başa çıkmada zorlanma” ve yas toplamları arasında pozitif yönde zayıf ve orta düzeyde anlamlılık gösterdiği saptandı ( $p<0.05$ ). Bebeğin anne için önemi ile PYÖ 1. ve 4. İzlem “aktif keder”, “umutsuzluk” ve “başa çıkmada zorlanma” ve yas toplamları arasında pozitif yönde zayıf ve orta düzeyde, anlamlı ilişki olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ). Bebeğin eş için önemi ile PYÖ 1. ve 4. İzlem “aktif keder” arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu, PYÖ 1. ve 4. İzlem “umutsuzluk” ve “başa çıkmada zorlanma” arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 29).

## 5. TARTIŞMA

Araştırmanın bu aşamasında elde edilen veriler bulgulardaki alt başlıklar altında tartışılmıştır:

- Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması
- Evlilik ve Alışkanlık Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması
- Obstetrik ve Kayıp Yaşayan Gebeliğe İlişkin Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması
- Sosyal Destek ve İnanç Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması
- Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) Ait Bulguların Tartışılması

### 5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Kadının toplumsal konumunu belirleyen en temel faktörlerin başında; kadının eğitimi, çalışma durumu ve sosyal güvencesi vb. sahip olması gelmektedir (Küçük, 2015). Bu faktörler kadının sağlık düzeyinde, sağlık hizmetlerinden yararlanmasında önemlidir. Sağlıklı bir nesil ve gelecek için de; sağlıklı başlangıç yapabilmeye, gebelik, doğum ve doğum sonu sürecinde anne ve bebeğin sağlıklı olmasının da kadının statüsünü belirleyen yukarıda belirtilen bu faktörler önem kazanmaktadır (Vurgeç ve ark, 2017). Ridaura ve arkadaşlarının (2017), perinatal kayıp yaşamış kadınlarla yaptığı çalışmada yaş ortalaması 31.01 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda yaş ortalaması 30.73 olarak bulunmuştur. Bu sonucun aynı konuda yapılan çalışmaların örneklem sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği görülmüştür. Vançelik ve arkadaşlarının (2012), gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yaptığı çalışmada kadınların çoğunun eğitiminin ortaokul ve altında olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre perinatal kayıp yaşayan üreme çağındaki 20-39 yaş grubundaki kadınların %47.2'sinin eğitim düzeyinin 8 yıl ve altında olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının eğitimlerinin 8 yıl ve üstünde olduğu, hatta %15.3'nün lisans ve üzeri eğitime sahip oldukları bulunmuştur (Tablo 2). Çalışma sonuçlarımız literatür ve TNSA sonuçları ile farklılık göstermektedir. Bu farkın çalışmanın İstanbul ili gibi bir metropolde ve en büyük üniversite hastanelerinden birinde yapılmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Diğer yandan Ridaura ve

arkadaşları yaptıkları çalışmada (2017), perinatal kayıp yaşamış kadınların %44.3'nün ekonomik durumunun düşük olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda, kadınların %75.8 gibi büyük oranının ekonomik durumlarını "gelir giderden az" yani kötü düzeyde olarak belirttikleri görülmüştür. Bunu yanı sıra kadınların %70.2'sinin çalışmadığı ve %89.2'nin eş/aile vb. nedeniyle sağlık güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Literatür verileriyle benzerlik gösteren sonuçlarımız, sosyo-ekonomik düzey ile perinatal kayıp arasında negatif bir ilişki olduğunu yani ekonomik düzey düştükçe perinatal kayıp yaşama riskinin arttığını düşündürmüştür.

Literatürde kadında mevcut olan bazı kronik hastalıkların gebelik sürecinde anneyi ve fetüsü riske soktuğu, beraberinde gebelik kayıplarının artmasına neden olabildiği bildirilmektedir (Şahin ve Yurdakul 2012, Riskli gebelik yönetim rehberi 2014). Karataylı'nın (2007), Costa ve arkadaşlarının (2010), Aksin'in (2017) gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yaptıkları çalışmada gebelerin çoğunda kronik bir hastalık varlığı bildirilmiştir. Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığı olanların oranı %44.2 olarak bulunmuştur (Tablo 4). Azımsanmayacak derecede yüksek olan bu oran kronik hastalık varlığının gebelik kayıp riskini arttırdığı yönündeki literatür verisini destekler yöndedir.

## **5.2. Evlilik ve Alışkanlık Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması**

Perinatal kayıp, aileler için derin bir deneyime neden olur. Kaybedilen bebek, ebeveyn kimliğinin bir parçası olduğu için benzeri olmayan bir yas yaratır (Callister ve Faan, 2006).

Beklenen bir çocuğun kaybı, ebeveynler için yıkıcı ve travmatize edici olabilir (Bennett ve ark, 2005). Ridaura ve arkadaşlarının (2017), gebelik kaybında ilişki özelliklerine bakıldığında %82.9'nun evli, Kersting ve arkadaşlarının (2013) kayıplar ile ilgili yaptığı çalışmada da %95.6'sının evli olduğu bildirilmiştir. Rad (2010) akrababa evliliği ve fetal kayıplar üzerine yaptığı çalışmada, akraba evlilikleri sonucu fetal kayıpların ve anomalilerin yüksek oranda olduğunu belirtmiştir. Perinatal kayıp yaşamış kadınların evlilik süresi ve medeni hali literatür ile karşılaştırıldığında Kadınların %95.8'nin medeni halinin evli ve evlilik süresi ortalamalarının 5.97 olduğu, %61.4'ünün eşi ile isteyerek ve anlaşarak evlendiği, %92.1'nin ilk evliliği olduğu ve 1/4 'nün (%24.2) akraba evliliği gerçekleştirdiği görülmüştür. Çalışmamızda

evlilik süresi, medeni hal ve akraba evliliği literatür ile benzerlik göstermektedir (Tablo 5).

Gebelikte sigara, alkol ve madde kullanımı, gebelik ile doğrudan ilişkili olup, mortalite ve morbidite için önlenemez önemli bir risk faktörüdür. Perinatal mortalitenin gebelik sırasında annenin sigara içme düzeyi ile doğrudan arttığını göstermiştir. Sigara içme seviyesindeki artışlar erken fetal kayıpların sıklığında ve erken doğumlardan kaynaklanan yenidoğan ölümlerindeki artışlarla ilişkilendirilmiştir (Meyer ve Torascia 1977) Gebelikte zararlı alışkanlıkların kullanımı; fetusun gelişmesini, gebeliğin her aşamasını, doğumu, fetüsün sağlığını ve gelişimini etkilemektedir (Kutlu, 2008). Nikotinin DNA sentezi ve hücre proliferasyonu üzerine etkileri, hücrelerin maruz kaldığı etkin nikotin dozu ile ilişkilendirilmiştir (Csonka ve ark. 1985; Konno ve ark 1986). Matijasevich ve arkadaşlarının (2006) Uruguay’da yaptıkları çalışmada; gebelikte kafein tüketiminin gebelik kayıplarına neden olabileceği bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınların %54.9’unun sigara ve alkol dahil herhangi bir kötü alışkanlığının olmadığı, ancak toplamda yarıya yakınının (%45.1) herhangi bir zararlı alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir. Sigara kullananların oranı %15.8 alkol kullananların oranı ise %24.2 tespit edilmiştir. Mevcut gebeliğinde sigara kullanım oranı %18.6 ve günlük içtikleri sigara sayısı ortalaması 15 adet, alkol kullanımı 4.1, madde kullanımı ise %1.3 olarak bulunmuştur Birden fazla kötü alışkanlığı bulunan annelerin örneklemin yalnızca %5.1’ni oluşturduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 6). Floyd ve arkadaşlarının (1999) gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yaptıkları çalışmada, gebelik kaybı riskini arttırdığı bildirilmiştir. Cavallo ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları çalışmada alkol kullanımının erken dönemde spontan abortuslara, fetal anomalilere ve gebelik kayıplarına neden olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda kadınların 1/4 ‘i (%24.2) zararlı alışkanlık olarak alkol kullandıkları tespit edilmiştir. Sigara kullanımına göre önemli derecede yüksek bir alkol kullanım oranının çıkması literatür verileriyle benzerlik göstermemektedir. Bu oran çalışmamızın çarpıcı sonuçlarından biridir. Kafein kullanımına yönelik her hangi bir verimizin olmaması nedeniyle, kafein kullanımı ve gebelik kaybına yönelik bir sonuç sunulamamıştır.

### **5.3. Obstetrik ve Kayıp Yaşayan Gebeliğe İlişkin Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması**

Kayıbı yaşıyan ailelerde, perinatal kayıp travmatik bir olaydır ve her iki çifti etkilemektedir. Perinatal kayıplar, erken- geç kayıplar ve doğum sonrası 28 günü kapsamaktadır (Armstrong 2002).

Çalışma kapsamına alınan kadınların %54.4'ünün ilk gebeliği olduğu, yarısından fazlasının (%55.3) hiç çocuğu olmadığı, doğumdan sonra bir kez bebek kaybı yaşama oranının %3.7 olduğu, kadınların %66.9'unun daha önce en az bir kez düşük olayı yaşadığı ve yine %57.7'sinin daha önce gebeliğinin sonlandığı görülürken sadece %1.9'unun daha önce kürtaj yaptırdığı anlaşılmaktadır. Bulgular ışığında, daha önce düşük yapmış veya gebeliğin herhangi bir döneminde bebeğini kaybetmiş kadınların yüksek oranda perinatal kayıp risk grubunda bulunduğunu söylemek mümkündür (Tablo 7).

Araştırma sonuçlarına göre bebeğini kaybeden kadınların büyük çoğunluğunun %89.8'nin doğal yollardan gebe kaldıkları ve gebeliklerinin %76.7'nin planlı olduğu, sadece %31.6'sının gebelikte düzenli kontrollere gittiğini ve en fazla (%63.3) ikili tarama testi yaptırdıkları önemli sonuçlar arasındadır. Çiftlerin her ikisi için kaybedilen mevcut gebeliğin çok istendiği ve öneminin yüksek olduğu saptanmıştır.(Tablo 8).

Daha erken bir gebelik haftasında kaybın, fetüsle bağa daha az zaman geçtiği için yasin da daha az psikiyatrik semptomatolojiye neden olduğu düşünölmektedir. Bununla birlikte, kayıp sonundaki gebelik yaşının etkisi üzerine yapılan daha önceki çalışmalar çelişkili bulgulara neden olmuştur. Tsartsara ve Johnson (2006) gebelik kayıplarıyla ilgili yaptıkları çalışmada; erken gebelik kaybı yaşıyan kadınların, anksiyete düzeylerin geç gebelik kaybı yaşıyanlara göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Tsartsara ve Johnson 2006). Başka bir çalışmada ise Côté - Arsenault, (2007) gebelik haftası ilerledikçe kaygı düzeyinin azaldığı bildirmiştir (Côté - Arsenault 2007). Bazı çalışmalar, geç gebelik haftasında yaşıyan kayıpların kadınlarda daha yüksek keder seviyeleri ve travma sonrası stres yaşadığını göstermiş olsa da, diğer çalışmalar gebelik haftası ile psikolojik sonuç arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır (Black 1989, Davies ve ark 2005, Korenromp ve ark 2005, Zeanah ve ark 1993, Statham ve ark 2000, Kolker ve ark 1993). Kayıp zamanındaki gestasyonel yaş, keder şiddetinin sürekli olarak güvenilir bir belirleyicisi olarak düşünölemez

(Hutti ve ark 1998, Hutti ve ark 2013, Hutti 1992). Perinatal kayıp sonucu kaybedilen bebeklerin cinsiyeti incelendiğinde %50.2'si erkek, %35.8'i kız, %14'ü ise henüz cinsiyeti öğrenilmemiş bebekler olduğu, kadınların büyük çoğunluğu (%76.3) cinsiyetin önemli olmadığını belirttiği, kaybın neredeyse tamamının (%99.1) gebelikte yaşandığı kaydedilmiştir. Cope ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada en fazla gebelik kayıplarının geç dönemde yaşandığı bildirilmiştir (Cope 2015). Çalışmamızda; perinatal kayıplar doğumdan önceki evrede gebeliğin geç dönemlerine ait sıklıkla gebeliğin 20 ila 32'inci haftasında gerçekleşmiştir (%47.5). (Tablo 9).

Bebek veya fetüs ölümü ile sonuçlanan perinatal kayıplar sonrasında ebeveynlerin büyük bir acı deneyimledikleri ve bu acı ile başa çıkma adına, zorlu bir uyum ve yas süreci geçirdikleri anlaşılmaktadır. Kayıp sonrasında yaşanan durumun ebeveynler tarafından “içinden bir parça kaybetmek” olarak nitelendirmesi bu kaybın acısının büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Bazı araştırmacılar kayıp sonrası yaşanan üzüntü ve reaksiyonların cinsiyete göre farklılık gösterdiğini belirtse de (Davis, 1996) genel olarak ebeveynlerin; hayal kırıklığı, umutsuzluk, suçluluk ve öfke gibi olumsuz duygular ile baş etme mücadelesi verdikleri bilinmektedir. Bu durum çoğunlukla kaybı kabullenememe, çeşitli fiziksel tepkiler (göğüs sıkışması, midede boşluk, halsizlik, solunum sıkıntısı vb.) ve davranış bozuklukları ile sonuçlanabilmektedir. Kaybın her aile üyesi üzerinde farklı etkilere sahip olduğunu giderek daha fazla netleşen konular arasındadır (Jolly, 1976; Lewis, 1979; Wilson ve 1982). Kadınların gebelik kaybında hissettiği duygular incelendiğinde; en yüksek oranda (%61.4) “üzüntü, moral bozukluğu” yaşadıklarını ifade ettiği bunu %37.2 oranıyla “ağlamak istediğini” ve %24.2 oranıyla da “acı duyduğunu” yalnızca %5.6'sının bu durumdan “etkilenmedim, rahatladım” ifadelerini kullandıkları görülmüştür (Tablo 10).

Çalışmamızda Kadınların tümüne yakınının kayıp sonrasında depresif oldukları belirletmeleri, yaşanan durum karşısında baş etmede zorluk yaşadıkları görülmüştür. Yine bebeğini kaybeden kadınların %89.3'ünün 8-10 puan oranla yüksek derecede üzüntü duydukları anlaşılmaktadır. Aynı soru eşlere sorulduğunda ise, yüksek üzüntü düzeyinin %84.7'sine düştüğü görülmektedir (Tablo 11). Perinatal kayıp sonrasında her iki ebeveynin yüksek düzeyde üzüntü yaşadığı, fakat annelerin üzüntüyü daha fazla yaşaması bebeğe bağlanmanın daha yüksek düzeyde olduğunun bir göstergesidir.

Olguların mevcut gebeliklerinin tıbbi sonlandırılma nedeni toplamda en fazla (%28.8) anensefali, spina bifida, hidrosefali vb. yaşarla bağdaşmayan konjenital anomaliler olduğu, bunu total olarak (%19) annedeki sağlık sorunlarının, %1.4'nün tecavüz (adli vaka) ve %14.4 ile Down sendromunun izlediği görüşmüştür. Gebelik kaybında yarısının doğum ile sonlandırıldığı, cerrahi sonlandırmanın fetal temasın ortadan kaldırılmasından dolayı, duygusal olarak daha kolay olabileceği hipotezi varken, kantitatif araştırmalar, terminasyon yönteminin psikolojik sonucu önemli ölçüde etkilemediğini göstermektedir (Burgoine ve ark 2005, Zeanah ve ark 1993, Grimes 1998). Perinatal kayıp yaşayan birçok ebeveynin en az % 80'i tekrar gebe kalır ve bu gebelik 18 ay içinde gerçekleşir (Cuisinier ve ark 1996). Kadınlar, gebelik kaybını takiben bir süre sonra yeni bir bebeği taşıyabilmeyi istemektedirler (Nansel ve ark 2005). Araştırma bulgularına göre; kaybedilen gebeliklerin %86'nın tekiz gebelik olduğu, bebeğini kaybeden annelerin %80'i tekrar gebe kalmayı düşündüğünü ve %69.2'si ilk üç ay içinde gebe kalmayı düşündüğünü, yarısının yine gebeliği kaybederse kaygısı yaşadığı ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak annelerin %51.2'sinin bir sonraki gebeliğinde tekrar aynı durumu yaşayabileceğine dair kaygıları bulunurken, yalnızca 9.3'ü bununla ilgili bir kaygı duymamaktadır (Tablo 12).

Kadınlara ifadelerine göre mevcut gebelik kaybına ilişkin nedenler arasında en fazla (%18.1) "kader", %3.7'sinin "kalp atımının durması (İUMF)", %3.7'sinin "enfeksiyon" olduğunu belirttikleri, %24.7 de hiçbir fikri olmadığını ifade ettiği belirlenmiş, üçte birinin soruyu yanıtızsız bıraktığı görülmüştür (Tablo 13).

#### 5.4. Sosyal Destek ve İnanç Özelliklerine Ait Bulguların Tartışılması

Prenatal kayıp (ölü doğum, düşük veya neonatal ölüm) travmatik bir olay olarak kabul edilir. Gebelik kaybından sonra komplike yasın gelişiminin belirleyicileri arasında sosyal desteğin eksikliği, önceden var olan ilişki zorlukları veya hayatta kalan çocukların yokluğu, aynı zamanda hamilelik gerçeğinin belirsiz tutumları ya da daha yüksek algılanması sayılabilir (Kersting ve Wagner, 2012). Perinatal kaybın tüm demografik gruplardaki kadınları etkilediği ve hiçbir ayırım yapılmaksızın bakımın bütüncül olarak verilmesi gerekmektedir (Bennett ve ark 2005). Hughes ve arkadaşları(2003) perinatal kayıp yaşamış kadınlarla yaptığı incelemede, sosyo-kültürel bağlamda bazı uygulamaların yardımcı olabileceğini, örneğin,

Bazı kültürlerde ölü bir bebeği görmenin terapötik olabileceği ve standart bakımın bir parçası olan ritüellerin önemli olabileceğini belirtmişlerdir (Hughes ve Riches 2003). Danışmanlık, kaybı yaşayan herkesin farklı varsayımına dayanmaktadır ve tüm kurallara uyan bir yas tipi bulunmamaktadır (Bonanno ve ark 2002). Perinatal kayıp yaşayan kadınların büyük çoğunluğuna (%90.7) mevcut gebelik kayıplarıyla ilgili sağlık profesyonelleri tarafından açıklama yapıldığı, %48.1'i açıklamayı gayet yeterli bulduğunu ve yarıya yakını (%45.3) yapılan açıklamayı mükemmel anladığını ifade etmiştir (Tablo 15).

Mann ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada; spontan gebelik kaybı yaşayan kadınlarda dini katılım ve keder arasındaki ters bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Mann 2008). Cope ve arkadaşlarının (2015) Kafkasyalı Amerikalı gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yapmış olduğu çalışmada, dindarlık-inanç ölçüleri psikolojik sonuçlarla ilişkili bulunmamış, dinsel katılımın depresyonu etkilemediği bildirilmiştir (Cope 2015). Cowchock ve arkadaşlarının (2011) gebeliğin ikinci trimesterında meydana gelen, fetal ölüm ya da gebelik sonlandırması yaşayan kadınlarda dini inanç ve PGS'nin umutsuzluk alt boyutu arasında ters bir ilişki olduğunu bildirmiştir (Cowchock 2011). Bunların sonucunda, dini inanç ve depresyon ya da travma sonrası stres arasında bir ilişki bulunmamıştır (Cope 2015). Kadınların yaşadıkları acı olayla baş etme yöntemi olarak dini inancı ne düzeyde kullandıklarına ilişkin sonuçlar; yarısı (%50.7) dini inancının çok yüksek olarak belirttiği, yalnızca %2.8'nin inançtan farklı bir baş etme yöntemi kullandığını belirttiği sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadan elde



edilen bulgulara göre; bebeğini kaybeden annelerin %72.6'sında kaybıyla baş etmede dini inancın etkili olduğu görülmektedir. Yine katılımcıların %76.5'i dini inancın acıyla baş etmede etkisini 8-10 puan arası yüksek bir oranda puanladığı ve %86.5'i gebelik kaybında eş, aile ve sosyal desteğinin yeterli olduğunu ifade etmiştir. İnancın gebelik kaybını takiben psikolojik sonuçları üzerine etkisi hakkında çok az miktarda araştırma yapılmıştır. İnancın standartlaştırılmış bir ölçüsü kullanılarak yapılan iki çalışma mevcuttur. Bizim çalışmamızla uyumsuz olarak, inancın psikolojik sonuçlarla ilişkisi bulunmadı ve depresyonu etkilemediği görüldü. İnanç temelli topluluklar tarafından sağlanan psikososyal destek kederin azalmasına katkıda bulunabilir (Tablo 16).

Perinatal kayıp yaşayan aile üyelerinin evliliklerinin zorlamasına neden olabilir, çiftin iletişimi bozulabilir (De Montigny ve ark 1999; Samuelsson ve ark 2001). Covington ve arkadaşlarının (1993) perinatal kayıp yaşamış 413 kadınla gerçekleştirdikleri çalışmada, 83 kadın (% 20) bakım verenlerinde (hemşire, doktor ve diğer sağlık hizmetleri profesyonelleri) duyarlılık ve endişe eksikliğini tanımlamışlardır. Bazıları yeterli tıbbi bakım almadıklarını, birçoğu, bebeğin ölümünün personel tarafından uygun şekilde ele alınmadığını dile getirmişlerdir. Sadece 9 kadın (% 2) aldıkları bakım konusunda olumlu duygular beslediklerini, %25'i hala bebeklerinin neden öldüğünü bilmediklerini ifade etmiştir. Olumlu yanıtlar, sağlık personeli tarafından desteklendiğini hissedenleri, bebeklerinin neden öldüğünü anladığını ve kabul ettiğini hissettiklerini ve çocuklarının kaybıyla ilgili üzüntülerini çözdüğünü hissettiklerini belirtmişlerdir. Bazı kadınlar, hekimlerinin kullandıkları tıbbi terminolojiyi anlamadaki zorluklarından ve birçok kadın, sağlık personelinin duygusal ihtiyaçlarını, üzüntülerini giderememeleri nedeniyle duyarsızlığını suçladıklarını, birçoğu endişelerinin en aza indirildiğini veya göz ardı edildiğini belirtmiştir (Covington, 1993). Çalışmamızda, kadınların büyük çoğunluğunun (%91.4) eşlerinden, %71.9 oranıyla kendi ailelerinden, %76.7 oranında hemşirelerden, %70 oranında da doktorlardan destek aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 17).

Kadınların destek düzeyini değerlendirdiklerinde, eş desteğini %84.2'nin, aile yakınlarından aldıkları desteği %85.6'nın yüksek düzeyde olarak puanladıkları saptanmıştır (Tablo 18).

Gebelik kaybı sonrası psikiyatrik bozuklukların gelişimi çoğu kez suçluluk duygusu ve benlik suçlamasıyla ilişkilidir (Janssen ve ark 1997, Stirtzinger ve ark 1989, Frost ve ark 1996).

Covington ve arkadaşlarının (1993) kayıp yaşayan annelerle yaptıkları nitel çalışmada; birçok kadın, bebeklerinin ölümünden dolayı suçluluk duyduklarını, ölüm sebebi ile meşgul olmaya devam ettikleri ve örneğin doktorlardan daha fazla ilgi görmeyerek doğrudan ya da dolaylı olarak sorumlu olup olmadıklarını sorguladıkları bildirilmiştir (Covington, 1993). Kadınların %53.0'ü evlilik uyumunun çok iyi, %50.7'si eşiyle iletişiminin çok iyi olduğunu belirttiği, gebelik kaybına ilişkin %19.1 oranında kendilerini suçladıkları bu da özellikle gebeliğe yönelik kararsızlık duygusu varsa normal yas tutma sürecini uzatabilir (Leppert ve ark 1984) veya kadın hamilelik sırasında yaptığı bir şeyin kaybetmesine neden olduğunu hissetmesi (egzersiz, sağlıksız beslenme, mevcut hastalıklar veya gebelik sırasında sigara içme). Bu duygularla baş etme ve sürekli kaçınma gücü genellikle izolasyona neden olur. %5.6 oranında eşlerini suçladıkları, kendilerini çoğunlukla (%43.9) mevcut hastalıkları nedeniyle, eşlerini ise aynı oranda (%41.7) akraba evliliği ve gebeliği istememeleri nedeniyle suçladıkları belirlenmiştir (Tablo 19).

Kadınların genelde sorun çözme davranışı olarak çoğunlukla (%74.0) ailesi ve arkadaşlarıyla görüşüp fikir alışverişinde buldukları, bunu %64.2 oranıyla soruna yeniden odaklanma ve %61.9 oranıyla da sevdikleriyle vakit geçirme davranışlarının izlediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 20).

### **5.5. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) Ait Bulguları Tartışılması**

Peppers ve Knapp (1980) anne ve bebeğin bağlanması üzerine yaptıkları çalışmada; bağlanmanın genellikle doğumdan çok önce başladığı sonucuna varmıştır (Peppers ve Knapp 1980). Doğum öncesi olaylar annenin bağlanmasını yoğunlaştırdığı gibi azaltabildiği de görülmüştür. Bu düzeyi belirleyen 9 faktör Peppers ve arkadaşı tarafından (1980) listelenmiştir. Bunlar; gebelik, gebeliği onaylama, gebeliği kabul etmek, fetal hareketi hissetmek, fetüsü bir birey olarak kabul etmek, doğum yapmak, bebeği görmek, bebeğe dokunmak ve bebeğe bakım vermek olarak sıralanmıştır. Muttipar'ların primiparlara göre prenatal bağlanma düzeylerinin daha az olduğu bulunmuştur (Armstrong ve Hutti, 1998). Armstrong (2002) yaptığı

çalışmada; perinatal bağlılık düzeyinin, daha önce perinatal kayıp öyküsü olan ve olmayan kadınlarda aynı olduğunu bulmuştur (Armstrong 2002). Benzer şekilde, Tsartsara ve Johnson (2006) yaptığı çalışmada, prenatal bağlanmanın kayıp ya da kayıpsız bir geçmişe sahip olmaksızın, gebeliğin üçüncü trimesterde meydana geldiğini bildirmişlerdir (Tsartsara ve Johnson 2006). Bernadette (2008) Kuzey İrlanda'da kayıp yaşamış 23 kadınlarla yaptığı nitel çalışmada, gebelik kaybının; kadınlar için çeşitli kayıp boyutlarını, geleceğin kaybını, öz kimlik kaybını ve beklenen ebeveynlik kaybını kapsadığını belirtmiştir (Bernadette 2008).

Hunfeld ve arkadaşlarının (1994) Hollanda'da Perinatal yas yaşayan 30 kadınla yapılan çalışmada, kayıptan 3 ay sonra, daha düşük keder skorları bildirilmiştir (Hunfeld ve ark 1994). Cope ve arkadaşlarının (2015) İspanyada gebelik kayıp yaşayan kadınlar ve erkekler üzerinde yaptığı çalışmada; kadınların PYÖ puanları 36 ile 134 arasında değiştiği bildirilmiştir (Cope ve ark 2015). Ridaura ve arkadaşlarının (2017) İspanyada gebelik kaybı yaşamış 70 kadınla yaptıkları çalışmada; PYÖ'nin ilk ve sonraki değerlendirmeler arasında (1 ay, 6 ay ve 1 yıl) "başa çıkmada zorlanma" ve "umutsuzluk" alt ölçekleri puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı, PYÖ ve "aktif keder" alt ölçeği toplam puanında istatistiksel olarak farkın azalmadığı, PYÖ total puanları; 1.ay= 94.9, 2. Ay=81.5 ve 1. yıl= 68.7 olarak bildirilmiştir (Ridaura ve ark 2017). Araştırma kapsamında perinatal kayıp yaşayan kadınlar üzerinden belirli aralıklarla dört kez değerlendirme yapılmıştır (kayıptan sonraki ilk 48 saat, 1 hafta sonra, 1 ay sonra ve 3 ay sonra). Bu değerlendirmelere göre kadınların ilk değerlendirmedeki ortalama 45.3'lük keder düzeylerinin son değerlemeden küçük bir farkla 44.7'ye gerilediği ancak başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinin zamanla azalmadığı aksine artış gösterdiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Başka bir deyişle perinatal kayıp yaşayan annelerde; ilk anda duydukları üzüntü zamanla az da olsa hafiflerken, bu acıyla başa çıkmadaki zorluk ve umutsuzluk hissi artmaktadır (Tablo 21).

Ridaura ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında PYÖ "aktif keder" puanları; 1. ay= 40.3, 2. ay= 34.7, 1. yıl= 27.0 olarak bildirilmiştir. PYÖ göre kadınların aktif kedere ilişkin puan ortalamalarının 1 ve 2. izlemde çok yakın olduğu, 2. izlemden sonra 3 ve 4. izlemlerde düşüş gösterdiği belirlenmiştir (Şekil 2).

Ridaura ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında PYÖ ‘‘başa çıkmada zorlanma’’ puanları; 1. Ay= 26.8, 2. Ay=23.1, 1.yıl=20.6 olarak bildirilmiştir. PYÖ göre kadınların başa çıkmada zorlanma alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 1. İzlemden sonra giderek arttığı, 2. izlemden sonra 3 ve 4. izlemlerde artma gösterdiği belirlenmiştir (Şekil 3).

Ridaura ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında PYÖ ‘‘umutsuzluk’’ puanları; 1.ay=27.7, 2.ay=23.6, 1.yıl=21.0 olarak bildirilmiştir. PYÖ göre kadınların umutsuzluk puan ortalamalarının 1. İzlemden sonra 2. İzlemden artmaya başladığı, 3 ve 4. izlemlerde artışın devam ettiği belirlenmiştir (Şekil 4).

Araştırma sonuçlarına göre kadınların duyduğu aktif keder düzeyinin yaşa göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum Hancıoğlu ve Alyanak (2003)’ın araştırmalarında ortaya koydukları annenin yaşı ile perinatal kayıp oranı arasındaki korelasyona benzerlik göstermektedir. Ancak bu araştırmada; Hancıoğlu ve Alyanak (2003)’ın belirttiklerinin aksine yaşı 36 ve üzeri olan kadınların aktif keder düzeyi diğerlerine göre daha fazladır.

Araştırma sonuçlarına göre geç gebelik kayıplarının ve ileri gebelik kayıplarının daha yüksek oranda olduğu ve yas düzeylerinin ileri gebelik kaybı yaşayanlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar Armstrong ve Hutti (1998)’nin araştırmalarında ortaya koydukları gebelik kaybı haftası ve yas düzeyi arasındaki sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada çalışan kadınların çalışmayanlara oranla daha yüksek aktif keder düzeyine sahip olduğu anlaşılmıştır. Lisans ve üstü eğitime sahip kadınları diğerlerine göre daha yüksek aktif keder düzeyine sahip oldukları ve kayıpla baş etmede daha çok zorlandıkları görülmektedir. Çekirdek aileye sahip kadınların ise, geniş ailedeki kadınlara oranla daha fazla aktif keder düzeyi bulunduğu ve kayıpla baş etmekte zorlandığı görülürken geniş ailedeki kadınların çekirdek aileye oranla umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bölgesel Sonuçlara göre ise Doğu Anadolu bölgesinden göç eden kadınların daha yüksek aktif keder düzeyine sahip oldukları ancak acıyla başa çıkma da en çok zorlanan Karadeniz bölgesinden göç eden kadınların olduğu ve yine Karadeniz bölgesinden göç eden kadınların diğer bölgelere göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı anlaşılmıştır. Bu durum Hancıoğlu ve Alyanak

(2003)'a ait literatürde yer alan, perinatal kayıpların bölgelere göre değişiklik gösterdiğini belirttikleri çalışmaları ile örtüşmektedir.

Araştırmada elde edilen bir diğer ilgi çekici sonuç birden fazla zararlı alışkanlığı bulunan annelerin sigara veya alkolden birini kullanan veya hiç zararlı alışkanlığı bulunmayan kadınlara oranla çok daha düşük aktif keder düzeyine sahip oldukları, kayıpla daha kolay başa çıktıkları ve daha az umutsuzluk duydukları sonucudur.

Planlı olarak gebe kalmış kadınların veya eşi istememesine rağmen kendi isteyerek gebe kalan kadınların, istenmeyen gebelikle hamile kalan kadınlara göre daha yüksek keder düzeyine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öte yandan tedavi ile gebe kalmış annelerin ise, doğal yolla gebe kalan ve kayıp yaşayan annelere göre daha fazla aktif keder düzeyine sahip olduğu ve kayıpla baş etmede zorlandığı ve daha fazla umutsuzluk yaşadığı tespit edilmiştir. Bir diğer sonuç kaybettiği bebeğin cinsiyeti erkek olan anneler kız bebek kaybeden annelere göre daha yüksek keder duyduğu ve bu keder ile başa çıkmada zorlandığı anlaşılmıştır.

4 izlemde perinatal kayıp yaşayan annelerden alınan verilerin aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre; ilk izlemde katılımcıların yaşı ile aktif keder düzeyinin ve umutsuzluk arasında pozitif yönde ilişki olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum Alyanak'a ait literatür bilgileri ile örtüşmektedir.

4. İzlemde katılımcıların evlilik süreleri ile aktif keder düzeylerinin ve kayıpla başa çıkmada zorlanma arasında negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre; kadınların evli bulunduğu süre arttıkça aktif keder oranı da artış göstermektedir.

Perinatal kayıp yaşayan annelerin günde içtikleri sigara adedinin aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzlukla anlamlı bir ilişkisi bulunmazken 4. izlemde sigara içme süresinin aktif keder düzeyi ile ilişkisi bulunduğu görülmüştür.

İzlem 1 ve 4'de katılımcı kadınların kaç kez hamile kaldığı ile aktif keder ve başa çıkmada zorlanma arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Araştırma sonucuna göre; kadınların gebe kalma sayısı arttıkça, keder ile başa çıkmada zorlanma azalmaktadır.

İzlem 1’de doğum sayısı ve aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu durum kadınların doğum yapma sayısının arttıkça aktif keder oranlarının yükseldiğini, kayıpla başa çıkmakta zorlandıklarını ve umutsuzluğa kapıldıklarını göstermektedir.

Yaşayan çocuk sayısı ile aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk arasındaki ilişki incelendiğinde ise, 1. ve 4. İzlemde negatif yönde ilişki olduğu anlaşılmıştır. Buna göre kadınların; yaşayan çocuklarının sayısı arttıkça kayba duydukları üzüntü azalmakta, bununla baş etme güçleri artmakta ve daha az umutsuzluğa kapılmaktadırlar.

Araştırma sonuçlarına göre kadınların kaç kez düşük yaşadıkları ile kayıpla başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk yaşama arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur. Bu durum kadınların düşük yapma sayılarının arttıkça keder oranlarının da arttığı, kayıpla baş etmede zorlandıkları ve daha çok umutsuzluğa kapıldıkları anlaşılmaktadır. Daha önce yaşanan gebelik kaybı ile başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu da; kaybın daha önce deneyimlenmiş olmasının, duyulan üzüntüyü arttırdığını, kayıpla başa çıkmada zorlanıldığını ve umutsuzluğa düştüğünü göstermektedir.

Araştırma sonucuna göre perinatal kayıpların kadınlarda olumsuz etkiler yarattığı, bu etkilerin bölgelere, yaşa, öğrenim durumuna, sosyoekonomik duruma, gebeliğin planlı olup olmamasına, annenin zararlı alışkanlıklarına, evlilik süresine, çocuk sayısına ve düşük sayısına göre değişiklik göstermektedir.

Perinatal kayıp yaşayan kadınlar, literatürde yer aldığı gibi kendilerini suçlu hissetmekte, kayıpla baş etme sürecinde aile ve yakınlarından, sağlık personelinde ve en çok da eşlerinden destek almaktadırlar. Kayıp yaşayan annelerin bununla baş etmede yine çoğunlukla dini inançlarından faydalandıkları görülmektedir.

Zorlu bir süreçten geçen perinatal kayıp yaşamış ebeveynlerin bu süreçte büyük bir desteğe ihtiyaç duydukları görülmektedir. Özellikle daha önce kayıp deneyimlemiş kadınların gelecekteki gebelikleriyle ilgili daha çok kaygılandıkları görülmektedir. Bu durumların daha kolay atlatılabilmesi için perinatal kayıp yaşayan ebeveynlere sağlık kuruluşlarında destek biriminin açılması ve daha kapsamlı, sistematik ve profesyonel destek almaları gerekmektedir. Kayıplarla ilgili toplumun bilinçlendirilerek anneye ve

bebeğe bakış açısı yeniden gözden geçirilmeli bununla ilgili somut adımlar atılmalıdır. Örneğin erkek bebek kayıpları yaşayan annelerin kız bebek kaybedenlere göre daha yüksek üzüntü duyması ve annelerin kayıpla ilgili kendilerini suçlu bulmaları, sosyalizasyon tarafından öğretilen koşullanmayı akıllara getirmektedir.



## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### Sonuçlar

- Çalışma kapsamına alınan kadınların yarıdan fazlasının (%62.8) 25-35 yaş grubunda yoğunlaştığı ve yaş ortalamasının  $30.73 \pm 5.8$  olduğu, eğitimlerinde ilkokul, ortaokul ve lise düzeyinde olma oranlarının yakın olduğu, lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitimi olanların oranın %15.3 olduğu, eşlerde ise bu oranın %19.1 olduğu belirlendi.

- Olguların büyük çoğunluğu (%84.2) çekirdek aile yapısına sahipti, %89.2'nin sağlık güvencesi vardı, sadece 1/5'i çalışıyordu ve 3/4'ü gelirlerinin giderlerinden az olduğunu ifade etti.

- Olguların yarıya yakınında kronik bir hastalığın var olduğu ve bu hastalıklar içerisinde kalp-damar hastalıklarının birinci sırada yer aldığı görüldü.

- Kadınların tamamı yakını (%95.8) evliydi ve evlilik süreleri ortalaması 6 yıldır. Yaklaşık 2/3'nin anlaşarak evlendiği, on kadından dokuzunun ilk evliliği olduğu ve 1/4'nin akraba evliliği yaptığı belirlendi.

- Kadınların yarıya yakınının zararlı alışkanlığı olduğu ve bu alışkanlıklar içerisinde alkol kullanma oranının %24.2, sigara oranının %15.8 düzeyinde olduğu görüldü.

- Olguların yarıya yakınının ilk gebeliği idi, yaşayan çocuğa sahip olmayanların oranı %55.3'tü. Neredeyse tamamı bir gebelik kaybı yaşamıştı. Düşük yaşayanların oranı %98.6'dır. Daha önce yaşanan gebelik kayıplarının yarıya yakınının  $\geq 16$  gestasyon haftasın (gh) da olduğu görüldü.

- Olguların yaşadıkları mevcut perinatal kayıplarında; büyük çoğunluğunun (%89.8) doğal olarak gebe kaldığı ve 3/4'nün gebeliğinin planlı olduğu, düzenli gebe izlemine gitme oranın %31.6 olarak düşük olduğu, yaklaşık 1/3'nün hiçbir tarama testi yaptırmadığı ancak ikili test yaptırmama oranın yüksek olduğu (%63.3) belirlendi. Yaşanan mevcut perinatal kaybın neredeyse tamamının gebelikte gerçekleştiği, sadece 2 olgunun doğumdan sonra kayıp yaşadığı ve gebelikte yaşanan mevcut kaybın %47.5 ile 20-32 gh'da yoğunluk kazandığı ve bunu geç düşük kayıplarının izlediği (%42.3)



saptandı. Kadınlara kaybettikleri bebeklerine ilişkin duygularını 1-10 arasında puanlamaları istendiğinde; bebeği isteme, eşin bebeği isteme, bebeğin kendisi ve eşi için öneminin yüksek düzeyde olduğu görüldü.

- Mevcut gebelik kaybında, kaybedilen bebeklerin yarısının (%50.2) cinsiyetinin erkek olması, cinsiyetini bilmeyenler arasında, bebeğin cinsiyetini bilmek isteyenlerin oranı %60 olduğu ve 3/4'nün kaybedilen bebeğin cinsiyetinin önemsiz olduğunu ifade ettiği görüldü.

- Mevcut gebelik kayıplarına ilişkin kadınların en fazla (%61.4) “üzüntü ve moral bozukluğu” hissettiklerini belirttiği, 1/3'den fazlasının “ağlamak istediğini, 1/4'nün “acı duyduğunu” ifade ettiklerikleri görüldü. Olguların ve eşlerinin büyük çoğunluğunun bebeklerini kaybetme nedeniyle üzüntülerinin yüksek düzeyde olduğu belirlendi.

- Kadınlara kaybettikleri bebeklerine ilişkin duygularını 1-10 arasında puanlamaları istendiğinde; bebeği kaybettiğinde üzülmeye düzeyi (%89.3), eşin bebeği kaybettiğinde üzülmeye düzeyinin (%84.7) yüksek olduğu görüldü.

- Mevcut gebeliklerin tıbbi sonlandırılma nedeni toplamda en fazla (n=62, %28.8) anensefali, spina bifida, hidrosefali vb. yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler olduğu, bunu total olarak (n=44, %20.4) annedeki sağlık sorunlarının %19.1 olduğu, tecavüz sonucu sonlandırma kararı verilenlerin oranı %1.4 ve %14.4 ile Down sendromunun izlediği görüşmüştür.

- Olguların yarısının (%50.7) normal doğum ile sonlandırıldığı, kaybedilen gebeliklerin %86'nın tekiz gebelik olduğu kadınları %80.0'nın tekrar gebelik düşündüğü ve bunu yaklaşık %70'nin ilk 3 ay içinde planladığı, yarısının yine gebeliği kaybederse kaygısı yaşadığı ve kaygı düzeylerinin yüksek olduğu, bundan sonraki gebelikler için aynı durumu yaşama yönündeki kaygı düzeylerinin (%62.2) 8-10 puan aralığında, yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kadınlara ifadelerine göre mevcut gebelik kaybına ilişkin nedenler arasında en fazla (%18.1) “kader”, %3.7 “Enfeksiyon /EMR / Koryoamniyonitis ve “kalp atımının durması (İUMF)” olduğunu belirttikleri ve %24.7'nin hiçbir fikri olmadığını ifade ettiği belirlenmiş, üçte birinin soruyu yanıtızsız bıraktığı görülmüştür.

- Gebelik kaybına yönelik sağlık profesyonellerinin açıklama yapma durumuna çoğunluğunun (%90.7) ‘evet’ dediği, %48.1’i açıklamayı gayet yeterli bulduğunu ve yarıya yakını (%45.3) yapılan açıklamayı mükemmel anladığını ifade etmiştir.

- Katılımcıların yarısının (%50.7) inancının yüksek olduğu,  $\frac{3}{4}$  ‘ü mevcut kayıpla başetmede inancın etkili olduğunu, %76.5’i mevcut gebelik kaybıyla baş etmede inancın etkisine 8-10 puan aralığında, yüksek düzeyde olduğunu, %86.5’nin mevcut gebelik kaybında sosyal desteğin yeterli olduğunu ifade etti görülmüştür.

- Kadınların büyük çoğunluğunun (%91.4) eşlerinden, %71.9 oranıyla kendi ailelerinden, %76.7 oranında hemşirelerden, %70 oranında da doktorlardan destek aldıklarını ifade ettikleri belirlenmiştir.

- Kadınların 1-10 puan aralığında aldıkları destek düzeyini değerlendirdiklerinde, eş desteğini %84.2’nin, aile yakınlarından aldıkları desteği %85.6’nın yüksek düzeyde olarak puanladıkları saptanmıştır.

- Olguların %53.0’ü evlilik uyumunun çok iyi, %50.7’si eşiyile iletişiminin çok iyi olduğunu belirttiği, gebelik kaybına ilişkin %19.1 oranında kendilerini, %5.6 oranında eşlerini suçladıkları, kendilerini çoğunlukla (%43.9) mevcut hastalıkları nedeniyle, eşlerini ise aynı oranda (%41.7) akraba evliliği ve gebeliği istememeleri nedeniyle suçladıkları belirlenmiştir.

- Kadınların genelde sorun çözme davranışı olarak çoğunlukla (%74.0) ailesi ve arkadaşlarıyla görüşüp fikir alışverişinde buldukları, bunu %64.2 oranıyla soruna yeniden odaklanma ve %61.9 oranıyla da sevdikleriyle vakit geçirme davranışlarının izlediği bulunmuştur.

- PYÖ ile toplamda 4 izlem yapılmıştır. İzlemler: 1. İzlem olguların prenatal kayıplarının ilk 48 saatinde, 2. İzlem 1 hafta sonra, 3. İzlem 1 ay sonra ve 4. İzlem 3 ay sonra yapılmıştır. PYÖ ile yapılan 4 ayrı değerlendirme sonucunda kadınların aktif kederinde zamanla azalma olduğu ancak başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk duygularında ise zamanla artış olduğu ve farklılıkların ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği p 0.55 saptanmıştır. Toplamda kadınların yaşadıkları yas düzeyinde olayın gerçekleştiği andan 3 ay sonrasına kadar önemli farklılık olmadığı belirlenmiştir.

- PYÖ göre kadınların aktif kedere ilişkin puan ortalamalarının 1. (45.363) ve 2. (45.395) izlemde çok yakın olduğu, 2. izlemden sonra 3. (45.084) ve 4. (44.712) izlemlerde düşüş gösterdiği belirlenmiştir.

- PYÖ göre kadınların başa çıkmada zorlanma alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının 1. (30.809) İzlemden sonra giderek arttığı, 2. (30.981) izlemden sonra 3. (31.172) ve 4. (31.433) izlemlerde artma gösterdiği belirlenmiştir.

- PYÖ göre kadınların umutsuzluk puan ortalamalarının 1. (30.949) İzlemden sonra 2. (31.047) izlemde artmaya başladığı, 3. (31.307) ve 4. (31.488) izlemlerde artışın devam ettiği belirlenmiştir.

- PYÖ toplam puanına göre kadınların 1. (107.121) ve 4. (107.633) izlemlerde yapılan değerlendirmelerde yaşadıkları yaş düzeyinde anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Çalışma kapsamında yer alan olguların sosyo-demografik özellikleri ile PYÖ 1. ve 4. İzlem puan ortalamalarının karşılaştırmalarına göre;

- Yaş grupları açısından aktif keder skorlarına bakıldığında olguların yaş düzeyi arttıkça aktif keder skorlarında artış gösterdiği saptanmıştır.

- Olguların eğitim durumu değişkenine göre umutsuzluk skorlarının 1. İzlem döneminde istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Buna göre olguların 1. İzlem döneminde eğitim düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeylerinde de bir azalma meydana geldiği gözlenmiştir.

- Olguların çalışma durumlarına göre aktife keder ve başa çıkmada zorlanma skorlarına bakıldığında 4. izlem skorlarında çalışan olguların aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Aile şekli açısından olguların başa çıkmada zorlanma skoru incelendiğinde 4. izlem skorlarında yer alan çekirdek ailelerin aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Olguların medeni durum özellikleri ile PYÖ 1. ve 4. İzlem puan ortalamalarının karşılaştırmalarına göre;

- Olgulardan evli olanların 1. izlem skorlarının bekar olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Olgular evlilik sayısı açısından incelendiğinde 2 ve üstü evlilik yapanların 1. izlem skorlarının tek evlilik yapanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Olguların evlenme şekli açısından bakıldığında ise grupların istatistiksel açıdan herhangi bir farklılık göstermediği saptanmıştır.

- Olguların göç özellikleri ile PYÖ 1. ve 4. İzlem puan ortalamalarının karşılaştırmalarına göre; olguların umutsuzluk skorları Karadeniz ve Doğu Anadolu bölgesinden göç edenlerin, diğer bölgelerden göç edenlere göre daha yüksek aritmetik ortalamaya sahip olduğu ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir.

- Olguların zararlı alışkanlık kullanma özellikleri ile PYÖ 1. ve 4. İzlem puan ortalamalarının karşılaştırmalarına göre; olguların aktif keder skorlarının zararlı alışkanlık kullanmayanlarda 1. İzlemde zararlı alışkanlığı olmayanların, 4. İzlemde de alkol kullananların aritmetik ortalamaları diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Olguların kronik hastalıkla başa çıkmada zorlanma düzeyleri incelendiğinde; 1. İzlem de kronik hastalıkları olanların aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Olguların obstetrik özelliklerine göre PYÖ 1. ve 4. İzlem puan ortalamalarına bakıldığında; aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk skorlarının 1. izlem ve 4. izlem grubundakilerden gebeliği planlayanların aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Düzenli takip skorlarına bakıldığında ise; aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk skorlarının 1. izlem ve 4. izlem grubundakilerin düzenli takip etmeyenlerin aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Tarama testi sonuçlarına göre aktif keder ve başa çıkmada zorlanma üçlü test grubundakilerin aritmetik ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Katılımcıların gebe kalma şekillerine göre tedavi/IVF yöntemi ile gebe kalanların aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk faktörlerinde aritmetik ortalamaların daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Gebelik kaybının yaşandığı dönem açısından olguların gebelik süresince ve doğumdan sonra gruplarında herhangi bir farklılık bulunamamıştır.

- Gebelik haftaları ve yas düzeyi arasında anlamlılığın olmadığı, zamana göre ise farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır.

- Gebelik kaybını daha önce yaşama durumlarına göre de olgular arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir farklılık saptanamamıştır.

- Kaybedilen bebeğin cinsiyeti değişkeni bakımından olgular arasında istatistiksel açıdan anlamlı herhangi bir farklılık gözlenmemiştir.

- Kaybedilen bebeğin cinsiyetinin önemi açısından olguların aktif keder ve başa çıkmada zorlanma grupları arasında olguların bebeğin cinsiyetine önem vermeme düzeylerinin 1. İzlem ve 4. İzlem düzeylerinde diğer gruptakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

### **Öneriler:**

- Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. Oysa kayıp yaşayan aileler, dikkatli, duyarlı, onları anlamaya çalışan sağlık ekibine gereksinim duymaktadırlar.

- Sağlık bakım profesyonelleri ile yaşanan olumlu ve olumsuz iletişim ailelerin üzerinde yaşam boyu süren bir etki bıraktığının bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması.

- Antenatal bakım hizmeti veren sağlık ekibi üyelerinin; önceki gebelikte yaşanan kayıp deneyiminin sonraki gebelikte travmatik etki oluşturabileceğini göz önünde bulundurması, kayıp deneyimi yaşamış gebeyi hassas bir biçimde değerlendirmesi gerekmektedir.

- Kayıp sonrası belli aralıklarla kontrole gelmesini sağlamak için birimlerin düzenlenmesi gerekmektedir.

- Kayıp yaşıyan ailelere bakım vermede tüm sağlık ekibi üyelerinin önemi büyüktür. Bunun yanında hastalarla en çok zaman geçiren hemşirelerin aileye desteği, bakımı ve yaklaşımı büyük önem kazanmaktadır.

- Kayıp yaşıyan ailelere verilecek hemşirelik bakımının odak noktasını iyileştirici iletişim oluşturmaktadır. Burada önemli olan nokta ebeveynlerin gebelik, çocuklarının hayatı ve ölümü ile ilgili öyküleri tekrar tekrar anlatmalarına izin vermek.

- Diğer kayıplarda olduğu gibi bebeğini kaybeden ebeveynlerin yaşadıkları kayıp, acı ve keder uygun şekilde onaylanmalıdır.

- Yapılan girişimler ailelerin acılarını dindirmeyebilir, kayıp ile ilgili yası yok etmeyebilir; fakat aileye; yanında bulunduğu, acılarının paylaşıldığı, ailenin bizim için önemli olduğu, dinlemek için orada bulunduğu mesajı verilmektedir.

- Gebelik kaybı destek grupları da profesyonel desteğin önemli bir parçasıdır. Sağlık çalışanları çiftlere bu destek gruplarına katılabileceklerini söyleyebilirler. Çiftler kayıptan sonraki birkaç hafta içinde bu gruplara katılmak istemeyebilirler. Fakat bu tür grupların olduğu çiftlere söylenebilir, sonrasında gruplara katılım konusunda fikir değiştirebilirler.

- Destek grupları ile aynı deneyimi yaşıyanların duygularını paylaşmaları, yalnız olmadıklarının farkına varmaları için uygun ortam sağlandığı ve bu nedenle ebeveynlerin rahatlamasının mümkün olduğu düşünülebilir.

- Etkin bakım verebilmek için sağlık profesyonellerin kendi duygusal tepkileriyle baş edebilmeyi öğrenmeleri gerekmektedir.

- Perinatal yas bakımına ilişkin sürekli güncellenen eğitim ve strateji programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.

- Telefonla danışmanlığın verilebilmesi için düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

- ACOG. Obstetrics and gynecology. 7nd Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott William&Wilkins; 2014.
- Açıklan İ. Türkiye’de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. *Sted* 2001; 10(5):176-180.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler ve Öneriler. 2011;55-69.
- Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45, 85-91.
- Aktaş S, Güler H. Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. *Sted*. 2010; 19(3): 100-107.
- Akpınar O. Gebelik ve Kapak Hastalıkları. *The Anatolian Journal of Cardiology*. 2009; 9,1:25-34.
- Akhtar S. Psychoanalytic Treatment of Trauma and Analyst’s Personality. *Psychoanalytic Inquiry* 2014; 34: 204-213.
- Aktaş A. Gebelikte Astım, celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016; Vol:3, Issue:3.
- Altınay S. Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
- Anderson SA, Sabatelli RM. Family interaction: A multigenerational developmental perspective. Fourth Edition. Boston: Pearson, 2006.
- Arnold J, Gemma P, Faan P. The continuing process of parental grief. *Death Studies*, 2008; 32, 658-673.
- Arısan K. Propedötik Kadın-Doğum. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, 1997.
- Armstrong DS, Hutti MH. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 1998; 27(2) 183-189.

- Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 2002; 34(4), 339-345.
- Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2004; 33, 765-773.
- Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in Neonatal Care* 2007; 7(4), 200-206.
- Arnold J, Gemma PB, Cushman LF. Exploring parental grief: combining quantitative and qualitative measures. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 2005; 19(6), 245-255.
- Ayan A, Aksoy C, Edizkan H. Doğuma hazırlık kursunun gebeler üzerine etkisi. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Kongre Özet Kitabı. 15-18 Ocak 2009, Bursa; 2009; 423- 424.
- Aydın H, Tamam L. Postpartum depresyonda kültürel faktörler. *Arşiv*, 2006; 15:291-302.
- Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce KE (Eds). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Güneş Tıp Kitapevi Ankara, 2008.
- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili risk etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2006; 17:243-251.
- Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2007; 21(2), 249-59.
- Bahar Z. Hemşirelik Araştırmalarında Strateji Belirleme. II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü ve Hemşirelik Neredeyiz? HEMAR-G Derneği. Odak Ofset, 2004; 101-105.
- Bahar A. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygısı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9: 45-53.
- Bankowski BJ, Hearne AM, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. *The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics 2nd edition*. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı 2. Baskı (çeviri). 2005; 32: 385-389.



- Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Edt. Vicdan K, Işık AZ, Akarsu C, Vicdan A. Ankara, Atlas Kitapçılık, 2.Baskı, 2008.
- Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarına Kalite Yaklaşımı. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü Ve Hemşirelik Neredeyiz? Hemar-G Derneği, Odak Ofset, 2004; 61-79.
- Becvar RJ, Becvar DS. Systems theory and family therapy. 1982; 27-33.
- Bennet SM, Litz BT, Lee BS, Maguen S. The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. Professional Psychology, Research and Practice, 2005; 36: 180-187.
- Bernadette SM. B.SC. Perinatal Loss: a Qualitative Study In Northern Ireland. (HONS) SOCIOLOGY University of Ulster, Northern Ireland. OMEGA, Vol. 57(1) 1-19, 2008.
- Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(6): 479-484.
- Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine. Cilt 52 Sayı 4 Aralık 2013.
- Bodur S, Durduran Y, Küçükkendirci H, Doğan C. Relationship of infant mortality with prenatal and natal service utility and demographic characteristics: Case-control study. Dicle Tıp Dergisi. 2009; 36, 288-293.
- Bonanno GA, Wortman CB, Lehman DR., Tweed R G, Haring M, Sonnega J, et al. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18-months post loss. Journal of Personality and Social Psychology, 2002. 83, 1150 – 1164.
- Borrell C et al. Role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis. Injury Prevention, 2002; 8:297-302.
- Bowlby J. Separation. New York: Basic Books; 1973.
- Bowlby J. Attachment and Loss (Vol. 3). Loss, Sadness and Depression New York USA:Basic Books, 1980.

- Bowlby J. Attachment and Loss Volume I: Attachment. (2nd ed). New York: Basic Books, Inc, 1982.
- Bowen M. Family reactions to death. Carter & McGoldrick (Eds.) The expanded family life cycle içinde. New York: Allyn Bacon, 1988.
- Bugen LA. Human grief: a model for prediction and intervention. American Journal of Orthopsychiatry, 1977; 47(2):196-206.
- Callister LC, Faan RN. Perinatal Loss: A Family Perspective. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing: July-September 2006 - Volume 20 - Issue 3 - p 227–234.
- Carlin A, Alfirevic Z. Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology. 2008; 22:801-823.
- Chamberlain G, Morgan M. ABC of Antenatal Care. London, BMJ Books, Fourth Edition, 2002.
- Canel AN. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Evlilik ve aile hayatı. İkinci baskı. İstanbul: Nakış Ofset; 2012.
- Capitulo KL. Perinatal Grief Online. The American Journal of Maternal-Child Nursing, 2004;29(5):305-311.
- Capitulo KL. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. MCN Am J Matern Child Nurs, 2005; 30(6):389-96.
- Carrera L, Diez-Domingo J, Montanana V, Monleon Sancho J, Minguez J, Monleon J. Depression in women suffering perinatal loss. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1998; 62(2):149-53.
- Casarett D, Kutner J, Abraham J. Life after death: A practical approach to grief and bereavement. Annals Of Internal Medicine, 2001; 134:208-215.
- Cebeci SA, Aydemir C, Goka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Kriz Dergisi, 2002; 10:11-18.
- Cimete G, Kuşuoğlu S. Çocuklarını kanser nedeniyle kaybeden ailelerin, kayıp öncesi ve sonrası yaşadıkları keder süreci. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002; 3(1):34-44.

- Clements PT, DeRanieri JT, Jigil GJ, Benasutti KM. Life after death: Grief therapy after the sudden traumatic death of a family member. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2004; 40(4):150-154.
- Coşkun A. Perinatoloji Olgularına Yaklaşımında Sağlık Hizmetlerinin Yönlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 2012; 8(3-4):73-78.
- Coşkun A. Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 1996; 4(3):181- 184.
- Cote-Arsenault D, Marshall R. One foot in- one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*, 2000; 23:473-485.
- Cote-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 1999; 28(3):274-282.
- Cote-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2001; 26:128-134.
- Cote-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2003; 32:623-629.
- Cote-Arsenault D, Donato LK, Earl SS. Watching and worrying: early pregnancy after loss experiences. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, 2006; 31:356-363.
- Cote-Arsenault D, Donato KL. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2007; 36(6): 521-635.
- Côté Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research*, 2007; 56 (2), 108-116.
- Cote-Arsenault D, dombec M.TB. Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. *Journal Health Care for Woman International*. P: 649-665. Published online: 10 Nov 2010.

- Cope H, Garrett ME, Gregory S, Ashley-Koch A. Pregnancy continuation and organizational religious activity following prenatal diagnosis of a lethal fetal defect are associated with improved psychological outcome. *Prenat Diagn.* 2015 Aug; 35(8): 761–768.
- Covington SN, Theut SK. Reactions to perinatal loss: A qualitative analysis of the National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(2), 215-222. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079417>. 1993.
- Craven RF, Hirnle CJ. Loss And Grieving, *Fundamentals of Nursing Human Health and Function* (3rd ed). Philadelphia: Lippincott; 2000; 1275-1290.
- Cowchock FS, Ellestad SE, Meador KG, et al. Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. *J Relig Health.* 2011;50(4):901–910.
- Covington SN. Pregnancy loss. Çınide S.N. Covington, A.H. Burns (Eds.) *Infertility Counseling A Comprehensive Handbook for Clinicians.* (2nd Ed.) New York USA: Cambridge University Press, 2006.
- Cuisinier M, Janssen H, De Graauw C, Bakker S, Hoogduin C. Pregnancy following miscarriage: Course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 17, 168-174. 1996.
- Çelik S, Sayıl I. Patolojik yas kavramına yeni bir yaklaşım: Travmatik yas. *Kriz Dergisi*, 2003; 11(2):29-34.
- Çetinkaya AK, Uraş N, Dilmen U. Perinatal and Neonatal Mortality. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 2013; 10(40):1660-1664.
- Çiçek MN, Mungan MT. *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji.* Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008.
- Davis DL. *Empty Cradle, Broken Heart: Surviving The Death Of Your Baby.* (2nd ed.). Golden CO: Fulcrum Publishing, 1996.
- DeChinque N, Monterosso L, Dadd G, Sidhu R, Lucas R. Bereavement support for families following the death of a child from cancer: Practice characteristics of australian and new zealand paediatric oncology units, *J. Paediatric Child Health*, 2004; 40:131-135.

- Decherney AH, Nathan L, Goodwin TM. Current Diagnosis and Treatment, Obstetrics & Gynecology. Newyork, McGraw-Hill Medical, 2007.
- De-Frain J, Martens L, Stork J, Strok W. The psychological effects of a stillbirth on surviving family members. Omega, 1990-1991; 22:21-108.
- DeJong-Berg MA, DeVlaming D. Bereavement care for families part 1: A Review of a paediatric follow-up programme. Int J Palliat Nurs, 2005; 11(10):533-539.
- DeJong-Berg MA, Knae L. Bereavement care for families part 2: evaluation of a paediatric follow-up programme. Int J Palliat Nurs, 2006; 12(10):484-94.
- Demi AS, Miles MS. Paraments of Normal Grief; A delphi study. Death Studies, 1987; 397-412.
- Demir SC, Evrücke C, Kadayıfçı O. Perinatal mortalite ve morbidite. İçinden: Beksaç MS, Demir N, KoçA, Yüksel A. Obstetrik maternal fetal tıp ve perinatoloji. MN medikal nobel Ankara, 2001; 1194-1211.
- Demirel G, Tezel B, Özbaş S, Oğuz SS, Erdeve Ö, Uras N, Dilmen U. Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. Matern Child Health J 2013; 17(7):1215-21.
- Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Afyon. 2006; 5-6.
- De Montigny F, Beaudet L, Dumas L. A baby has died: The impact of perinatal loss on family social networks. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 1999; 28, 151–156.
- DiMarco M, Renker P, Medas J, Bertosa H, Goranitis JL. Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. J Contin Educ Nurs 2002; 33:180-186.
- Drench M. "Loss, Grief and Adjustment", Magazine of Pysical Therapy. 2003; 11(6):50-61.
- Dixon L, Skinner J, Foureur M. The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. New Zealand College of Midwives Journal, 2013; 48:15-23.

- DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. American Psychiatric Association. 2013; 62-82.
- Erdoğan S. Evlilik uyumu ve psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye. 2007.
- Ersanlı Z. Gebelikte ve Diabette Metabolik Değişiklikler. Perinatoloji Dergisi. 1993; 1(2):70-74.
- Freud S. Yas ve melankoli. Çev. Uslu R, Berksun OE (1997). Kriz Derg 1997; 1(2):98-103.
- Froen JF, Arnestad M, Frey K. Risk factors for sudden intrauterin unexplained death. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:694-702.
- Gabbe GS, Nieblyl JR ve Simpson JL. Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Edt. Tanır HM, Şener MT. Ankara, Nobel ve Güneş Tıp Kitabevleri, 2009.
- Gibbs SR, Kartan YB, Hansey FA, NygaardI. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Edt. Ayhan A. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2010.
- Gillbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü. Ğçinde L. Taşkın (Çev. Ed.) Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Ankara: Palme Yayıncılık, 2002.
- Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol 2007; 27-230-7.
- Goldbach KR, Dunn DS, Toedter LJ, Lasker JN. The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. American Journal of Orthopsychiatry 1991; 61(3):461-7.
- Goldenberg H, Goldenberg I. Family Therapy an Overview. 2011; 3-35.
- Greil AL, McQuillan J, Lowry M, Shreffler KM. Infertility treatment and fertility-specific distress: A longitudinal analysis of a population-based sample of U.S. women. Soc Sci Med. 2011; 73(1):87-94.

- Guidelines for Perinatal Care, American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, Fifth Edition. In Williams Obstetrics, Twentieth Edition, Cunningham FG et al., eds. New York: McGraw-Hill, 2001.
- Habib NA, Lie RT, Onoko O, Shao J, Bergsjø P, Daltveit AK. Sociodemographic characteristics and perinatal mortality among singletons in North East Tanzania: a registry-based study. *J Epidemiol Community Health*. Nov 2008; 62(11):960-965.
- Hancıoğlu H, Yüksel Alyanak İ. *Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü. İçinde: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003; 117-118.*
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye:109-118.
- Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*. 2011; 2:121-123.
- Hughes PM, Riches S. Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2003; 15, 107–111.
- Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J. Pregnancy termination, perceived control, and perinatal grief. *Psychol Rep*. 1994 ;74(1):217-8.
- Hunceld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiro JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mother's adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: A case controlled study. *Prenat Diagn* 1997; 17-843-51.
- Hutti MH. Parents' perceptions of the miscarriage experience. *Death Studies*, 16, 401-415. doi: 10.1080/074811189208252588, 1992.
- Hutti MH. Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 2005; 34 (5), 630-638
- Hünler OS, Gençöz T. Boyun eğici davranışlar ve evlilik doyumu ilişkisi: algılanan evlilik problemleri çözümünün rolü. *Türk Psikoloji Dergisi* 2003; 18(51):99-108.

- Imber-Black E. Rituals and the healing process. (2nd ed.). Ğçinde F. Walsh ve M. McGoldrick (Ed.) Living Beyond Loss:Death in the Family. New York: Norton; 2004; 305-58.
- Jonathan S. Berek. Novak's Gynecology. 13. Edition. J Midwifery & Women's Health 2003; 48(2):237-8.
- Jolly H. Family reactions to stillbirth. Proceedings of the Royal Society of medicine, 1976; 69, 31-33..
- Kalkan M. Evlilik ilişkisini geliştirme programının, evlilerin evlilik uyum düzeyine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Samsun, Türkiye. 2002.
- Karagözoğlu Ş. Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik: Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005; 9(1):6-14.
- Kavuncuoğlu S, Bayram N, Öztürk E, Aldemir EY, Özbek AS. Neonatal Transportun preterm bebeklerin morbidite ve mortalitesine etkileri, Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi, 2014; 6(1):23-29.
- Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin neurosci. 2012; 14(2): 187-194.
- Kesebir S, Kavzoğlu ÖS, Üstündağ MF. Bağlanma ve Psikopatoloji. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(2):321-342.
- Kızılkaya N. Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri. Perinatoloji Dergisi 1997; 5(4), 114-116.
- Knox D. Marriage happiness a behavioral approach to counseling. Illinois: Research Press Company, 1972.
- Kobler K, Limbo R, Kavanaugh K. Meaningful moments'. Mcn, American Journal Of Maternal Child Nursing, 2007; 32(5): 288-295.
- Korkmaz A, Akçören Z, Alanay Y, Özyüncü Ö, Yiğit Ş, Deren Ö, Talim B, Orhan D, Güçer Ş, Yurdakök M, Önderoğlu L, Kale G, Tekinalp G, Özkutlu S, Çiftçi A, Şimşek PÖ, Ütine GE, Durukan T, Tunçbilek E. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi



- 2001-2006 dönemi perinatal mortalite analizi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53:175-188.
- Köken G, Coşar E, Şahin FK, Arıöz TD, Yılmaz M. Erken Gebelikte Bulantı ve Kusmaya Etki Eden Faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2009; 6:92- 98.
- Kömürcü N. Perinataloji Hemşireliği Kitabı. Bakanlık Yayını No: 767. 1. Baskı 2010.
- Körükçü Ö, Kukulcu K. Perinatal kaybın ebeveyn yansıması. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J Cilt / Vol 37, No 4, 429-433. 2010.
- Kubler-Ross E, Hobbing E. On death and dying. New York: Simon & Schuster Adult Publishing Group 1997.
- Kuşu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2001; 23:61-64.
- Küçükkömürcü Ş, Özakın C, Özdil M, Özyürek EŞ. Hiperemesis Gravidarum ve Helicobacter Pylori: Derleme. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2006; 3(4):235-241.
- Levend JK, Cunningham GF, Alexander MJ, Blodm LS, Casey MB, Roberts WS. Williams Obstetrik El Kitabı. Edt. Önderoğlu LS, Öztüncü Ö, Bozdağ G, Salman MC. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2010.
- Lewis E. Mourning by the family after stillbirth or neonatal death. *Archives of Diseases of Childhood*, 1979; 54, 303–306.
- Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education* 2002; 11(2):33-40.
- Lang A, Gottlieb L. Parental grief reactions and marital intimacy following infant death. *Death Studies*, 1993; 17:233-255.
- Lev EL, McCorkle R. Loss grief and bereavement in family members of cancer patients. *Seminars In Oncology Nursing*, 1998; 14(2): 145-151.
- Lewis E. The management of stillbirth: Coping with an unreality. *Lanset*, 1976; 2:619-20.

- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944; 101:141-148.
- Lindmark G. Quality Assurance- A Process For Improving Perinatal Care. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1997; 164:22-24.
- Locke HJ, Wallace KM. Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 1959; 21:251-255.
- Mann JR, McKeown RE, Bacon J, et al. Predicting depressive symptoms and grief after pregnancy loss. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(4):274–9.
- Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2008; 28:525-532.
- Mathers CD, Lopez, AD, Murray CJL. Chapter 3. The Burden of Disease and Mortality by Condition: Data, Methods, and Results for 2001. İçinde: Editörler: Alan D. Lopez, Colin D. Mathers, Majid Ezzati, Dean T. Jamison, Christopher J. L. Murray. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Oxford University Press.
- McCauley K, Elsom S, Muir-Cochrane E, Lyneham J. Midwives and Assesment of Perinatal Mental Health. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing.* 2011; 18(9):86-95.
- McGoldrick M, Betty A. Carter, Nydia A. Garcia Preto. *Expanded Family Life Cycle, The: Individual, Family, and Social Perspectives*, 4th Edition. 2011; Chapter 3, 4, 7.
- Merih YD, Kömürcü N. Perinatal hemşirelik uygulamalarına İlişkin Akış şemalarının Geliştirilmesi ve Kliniğe Uyarlanması. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2015; 46:2;51-58.
- Mete S. Doğum Öncesi Bakım, Editör: Ahsen Şirin, Oya Kavlak, Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul 2008:454-470, 489-500.
- McHaffie HE, Laing IA, Lloyd DJ. Follow up care of bereaved parents after treatment withdrawal from newborns. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 2001; 4(2):125-128.

Mestçioğlu Ö, Sorgun E. Travmatik yas. İçinde: Aker T, Önder ME (ed). Psikolojik travma ve sonuçları. İstanbul: 5US Yayınları, Epsilon Reklamcılık; 2003:179-93.

Meyer MB, Torascia JA. Maternal smoking, pregnancy complications, and perinatal mortality. AJOG. DOI: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(77\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0002-9378(77)90031-X). 1977, 128 (5); 494-502.

Murray SS, McKinney ES. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 6th Ed. ABD: Elsevier Saunders, 2014.

Nazlı S. Aile danışmanlığı (6. baskı). Ankara: Anı Yayıncılık. 2011; 46-47.

Neidig JR, Dalgas-Pelish P. Parental grieving and perceptions regarding health care professionals' interventions. Issues Compr Pediatr Nurs, 1991; 14(3): 179-180.

Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34 (4), 473-481. 2005.

NICHD. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Safe Sleep for Your Baby: Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) (American Indian/Alaska Native Outreach) (09-7462). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2009.

Okyayüz Ü. Ölüm ve ölümcül hastalık. Kriz dergisi, 1995; 3(1-2):185-189.

O'Leary J, Warland J. Untold Stories of Infant Loss. The Importance of Contact With the Baby for Bereaved Parents. First Published July 12, 2013

Öz F. Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret; 2004; 276-318.

Özçelik G. Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2010.

Özdemir Ş, Vatandaş C, Torlak Ö. Sosyal problemleri çözmeye aile yaşam döngüsünün (AYD) önemi. Aile ve Toplum Dergisi, 2009; 4(16):7-18.

- Özkan S, Özkan M, Kocaman N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp, İstanbul, 2004; 117-118.
- Öztanrıöver S. Riskli Gebelerde Ruhsal Sorunlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, 1998.
- Öztürk H, Şirin A. Doğum yapan annelerde algılanan sosyal destek faktörlerinin ve bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2000; 16:31-40.
- Parkes CM. A historical overview of the scientific study of bereavement. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H (eds.). Handbook for bereavement research: Consequences, coping, and care. Washington, DC. APA 2001:25-46.
- Parkes CM. Bereavement: studies of grief in adult life. International Universities Pres., New York, 1972. İçinde: Worden JW.. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. Yas danışmanlığı ve yas terapisi; Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı. Çeviren: Öncü B, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No. 452, Ankara. 1991. P; 55-57.
- Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. Psychiatry 1980; 43:155-9.
- Peppers LG, Knapp RJ. Motherhood and mourning: Perinatal death. New York: Praeger. 1980.
- Pirinççi E, Oğuzöncül F, Açık Y. Elazığ İl Merkezindeki Hastanelerde Doğum Yapan ve İl Merkezinde İkamet Eden Kadınlarda Akraba Evliliklerinin İncelenmesi, Journal of Experimental and Clinical Medicine. 2010; Cilt 19 (3); 182-190.
- Potter PA, Perry AG. The Experience of Loss, Death, and Grief. Fundamentals of Nursing (6th ed). St. Lois: Mosby Company. 2005; 567-594.
- Raju TN. Late-preterm births:challenges and opportunities. Pediatrics, 2008; 121(2):402-3.
- Ramdaneş A, Hashmi SS, Monga M, Carter R, Czerwinski J. Support Desired by Women Following Termination of Pregnancy for a Fetal Anomaly. J Genet

- Counsel, 9832 doi 10.1007/s10897-015-9832-x 2Journal of Genetic Counseling, 2015; 89-92.
- Ridaura I, Penelo E, Rosa MR. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema* 2017, Vol. 29, No. 1, 43-48.
- Roper N, Logan, W.W, Tierney AT. (1996). *Dying, The Elements of Nursing. A Model for Nursing Based on a Model of Living* (4th ed). Livingstone: Churchill. 1996; 394-420.
- Saflund K, Sjogren B, & Wredling R. The Role Of Caregivers After Stillbirth: Views and Experience Of Parents, *Birth*, 2004; 31 (2); 132-137
- Sahu S. Coping with perinatal death. *Journal of Reproductive Medicine*, 1981; 26, 129-32.
- Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye’de Sağlığa Bakış, Ankara, 2010.
- Samuelsson M, Radestad I, Segesten K. A waste of life: Fathers’ experience of losing a child before birth. *Birth*, 2001; 28, 124 –130.
- Sarıyıldız L, Akdağ T. Hamilelikte Gözlenen Bazı Hematolojik ve Metabolik Değişiklikler. *Journal of Clinica land Analytical Medicine*. 2012; 1-4.
- Scheidt, C. E, Hasenburg A, Kunze M, Waller E, Pfeifer R, Zimmermann P, Hartmann A, Waller N. Are individual differences of attachment predicting. 2012; 73(5): 375-82.
- Sedney MA. “Maintaining Connections in Children’s Grief Narratives in Popular Film”. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2002; 72(2):279- 288.
- Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2005.
- Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. *Developmental Psychobiology*. 2005; 47(3): 253-267.

- Sitrin L. Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal death and infant death. Doctorate Dissertation. The California School of Professional Psychology, Alameda, 1994.
- Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and the similar dyads. *Journal of Marriage Family* 1976; 38:15-28.
- Sprang G, McNeil JS. Parental grief, the many faces of bereavement: The nature and treatment of natural, traumatic and stigmatized grief, Psychology Press and Routledge, London, 1995; 44-45.
- Stern D. The motherhood constellation, A unified view of parent-infant psychotherapy, Basic Books, New York (1995); 171-190.
- Stewart ES. Family-centered care for the bereaved. *Pediatr Nur*, 1995; 21(2):181-187.
- Stubenbort K, Donnelly George R, Cohen Judith A. "Cognitive Behavioral Group Therapy for Bereaved Adults and Children Following an Air Disaster". *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* December 2001; 5(4):261-276.
- Symes J. What comfort for this grief? Coping with perinatal bereavement. *Prof Nurse*, 1991; 6:437-441.
- Swanson KM. Effects Of Caring, Measurement, and Time On Miscarriage Impact And Women's Well-Being, *Nursing Research*, 1999; 48(6):288-298
- Swanson KM, Connor S, Jolley SN, Pettinato M, Wang TJ. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health* 2007; 30(1):2-16.
- Şener A, Terzioğlu G. Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları, 2002.
- Şimşek T. Yüksek Riskli Gebeliklerin Fizyolojisi. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Palme Yayıncılık, Ankara, 2008.
- Şirin A. Gebelik Komplikasyonları. Editör: Şirin A. Kadın Sağlığı. Birinci baskı. İstanbul: Bedray basın yayıncılık. 2008; 523-525.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 7. Baskı, 2005.

- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara, 2005. <http://www.tdk.gov.tr/15.07.2016>.
- The World Bank. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. New York: 2006: 45-90.
- Tetik Kurt C. Respiratory Physiology İn Pregnancy. Cerrahpaşa Journal of Medicine. 2000; 31(2):118-122
- Theut SK, Zaslow MJ, Rabinovich BA, Bartko JJ, Morihisa JM. Resolution of parental bereavement after a perinatal loss. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1990; 29(4):521-5.
- Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. American Journal of Orthopsychiatry, 1988; 58(3):435-49.
- Topçuoğlu S, Erçin S, Arman D, Gürsoy T, Karatekin G, Ovalı F. Adölesan veya İleri Anne Yaşı: Yenidoğan İçin Risk midir? Tek Bir Merkezin Retrospektif Sonuçları, Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014; 45(3):131-135.
- Tsartsara E, Johnson MP. The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 2006; 27(3), 173-182.
- Turton P, Badenhorst W, Pawlby S, White S, Hughes P. Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. Journal of Child Psychology Psychiatry, and Allied Disciplines 2009; 50(12):451-458.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, 1993, Ankara, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr>. Erişim Tarihi: 05/06/2017
- Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>. Erişim Tarihi: 12/01/2017

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri, Ankara, 2008.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2. Bölge Toplantısı TNSA-2013 Sonuçları.
- Tütün İle Mücadele Çalışma Grubu. <http://hasuder.org.tr>. Erişim tarihi: 12/04/2017
- Uren TH, Wastell CA. Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Stud* 2002; 26:279-308.
- Vançelik S, Işık S, Toraman M, Ruhi A, Aktürk Z. Kuzey Doğu Anadolu'da Bebek Ölümleri ve İlişkili Faktörler, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2012; 42(1):157-166.
- Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008; 45:9-13
- Volkan VD, Zintl E. Kayıptan Sonra Yaşam (Çev. Vahip I, Kocadere M). Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları No:1, İzmir, 1999; 57-77.
- Wallerstedt C, Lilley M, Baldwin K. Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*; 32(4):533-542.
- Williams C, Cairnie J, Fines V, Patey C, Schwarzer K, Aylwar J. Construction of a parent-derived questionnaire to measure end-of-life care after withdrawal of life-care after withdrawal of life-sustaining treatment in the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*, 2009; 123(1):87-95.
- Wilson AL, Soule DJ, Fenton LJ. The next baby: parents' responses to perinatal experiences subsequent to a stillbirth. *Journal of Perinatology* 1988; 8(3):188-92.
- Wilson AL, Fenton LJ, Stevens DC, Soule DJ. The death of a newborn twin: An analysis of parental bereavement. *Pediatrics*, 1982; 70, 587-591.
- Worden JW. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. Yas danışmanlığı ve yas terapisi; Ruh sağlığı çalışanları için el kitabı. Çeviren: Öncü B, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları No. 452, Ankara, 1991: 31-58.



- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates, 1999.
- WHO. Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care. Promoting Effective Perinatal Care. Training modules. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2002. <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf file/> Erişim Tarihi: 19/12/2016.
- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates, 2005.
- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates, 2008.
- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates, 2010.
- World Health Organization. Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates, 2013.
- Yam BM, Rossiter JC, Cheung KY. Caring for dying infants: experiences of neonatal intensive care nurses in Hong Kong. *J Clin Nurs*, 2001; 10(5):651-659.
- Yenal K, Şirin A. Prenatal kayıp yaşayan aileye yaklaşım. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2004; 7(2): 7-11.
- Yıldırım G, Gül A, Aslan H, Erol O, Güngördük K, Ceylan Y. İkiz gebeliklerde koryonisitenin neonatal ve maternal sonuçlara etkisi. *Türk Jinekoloj Obstet Der Derg* 2007; 4:178-83.
- Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011; 4(1):63-74.
- Yılmaz S, Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2010; 20(3):99-108.
- Yılmaz T, Yılmaz B. Lars Von Trier'in Antichrist Filminin Görsel ve Psikolojik Analizi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 2014; 1(3):60-71.
- Yüksel Ş, Cindoğdu D. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma derneği). Bilgilendirme Dosyası 5. Kadın Cinselliği 2006; 19-20.

Zara Page A, Kaplan H, Erdogan N, Guler F. Posttraumatic stress and depression reactions among survivors of the Istanbul November 2003 terrorist attacks, *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma*, 2009; 18:280-292.



## EKLER

### EK- I: ANKET FORMU

#### BÖLÜM -I: SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....

2. Yaşadığınız / İkamet ettiğiniz yer:

( ) 1. Köy

( ) 2. İlçe

( ) 3. İl

3. 12 yaşına kadar yaşadığınız yer/bölge:.....

4. Medeni Durumunuz?

( ) 1. Evli

( ) 2. Bekar

5. Eğitim Durumunuz?

( ) 1. OY değil

( ) 2. OY

( ) 3. İlkokul

( ) 4. Ortaokul

( ) 5. Lise

( ) 6. Üniversite ve üstü

6. Eşinizin eğitim durumu?

( ) 1. OY değil

( ) 2. OY

( ) 3. İlkokul

( ) 4. Ortaokul

( ) 5. Lise

( ) 6. Üniversite ve üstü

7. Aile Şekliniz?

( ) 1. Çekirdek aile

( ) 2. Geniş aile

**8. Çalışma Durumunuz?**

1. Çalışmıyor  
 2. Gebe olduğu için çalışmıyor  
 3. Çalışıyor

**8.a. Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz:.....**

**8.b. Eşiniz ne iş yapıyor:..... Nerede çalışıyor:.....**

**9. Kronik bir hastalığınız var mı?**

1. Hayır  
 2. Evet

**9.a. Cevabınız evet ise belirtiniz;**

1. Kalp-Damar hastalıkları  
 2. Diyabet  
 3. Böbrek hastalıkları  
 4. Hematolojik hastalıklar  
 5. Diğer (belirtiniz).....

**10. Ekonomik düzeyiniz nasıl tanımlarsınız?**

1. Gelir giderden az  
 2. Gelir gidere denk  
 3. Gelir giderden fazla

**11. Sağlık güvenceniz var mı?**

1. Var  
 2. Yok

**12. Göç durumunuz var mı?**

1. Yok  
 2. Var (Nereden:.....) Ne zaman?.....

**13. Kaç yıllık evlisiniz?.....**

**14. Kaçınıcı evliliğiniz?**

1. İlk  
 2. İki ve üstü

**15. Evlenme şekliniz nedir?**

1. Anlaşarak  
 2. Görücü usulü  
 3. Ailenin isteği/zoruyla  
 4. Ailelerin isteği dışında

**16. Evliliğiniz akraba evliliği mi?**

( ) 1. Evet

( ) 2. Hayır

**17. Zararlı alışkanlıklarınız var mı?**

( ) 1. Hayır yok

( ) 2. Evet var

( ) 3. Evet vardı ama bıraktım

**Cevabınız evet ise;**

17.1. ( ) 1. **Sigara** ise günde kaç adet içiyorsunuz.....

Ne kadar zamandır kullanıyorsunuz.....

Gebeliğinizde kullandınız mı/ kullanıyorsunuz..... kaç adet.....

Gebeliğinizde bıraktıysanız ne zaman bıraktınız.....

17.2. ( ) 2. **Alkol** ise ne kadar zamandır kullanıyorsunuz:.....

Gebeliğinizde kullandınız mı? sıklığı:.....miktarı:.....

17.3. ( ) 3. **Madde** kullanımı (maddenin adı:.....)

Ne kadar zamandır kullanıyorsunuz:.....

Gebeliğinizde kullandınız mı? sıklığı:.....miktarı.....

## BÖLÜM- II: OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1. Toplam kaç kez gebe kaldınız:.....  
Kaç kez doğum yaptınız:.....  
Yaşayan çocuk sayısını:.....  
Kaç kez düşük yaşadınız:.....  
Kaç kez kürtaj yaptırdınız:.....  
Anomalili/sakat bebek doğumunuz/ çocuğunuz var mı.....

### 2. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?

- ( ) 1. Evet (Kaç kez.....)  
( ) 2. Hayır

#### Cevabınız evet ise;

- 2.1. ( ) 1. Düşük (kaç kez ..... gebeliğin hangi zamanında/haftasında.....)
- 2.2. ( ) 2. Gebelikte anne karnında bebek ölümü (kaç kez..... gebelikte ne zaman....)
- 2.3. ( ) 3. Ölü doğum/doğumda ölen bebek (kaç kez....., cinsiyeti neydi.....)
- 2.4. ( ) 4. Doğduktan sonra bebek ölümü yaşama (kaç kez.....haftası/ayı.....cinsiyeti.....)

### 3. Bu gebeliğiniz istenen, planlı bir gebelik miydi?

- ( ) 1. Evet  
( ) 2. Hayır  
( ) 3. Kararsızdım/kararsızdık  
( ) 4. Eşim istiyordu ama ben istemiyordum  
( ) 5. Ben istiyordum ama eşim istemiyordu

### 4. Sizin bu bebeği isteme düzeyinize birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?

-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç istemiyorum					çok aşırı istiyorum				

### 5. Eşinizin bu bebeği isteme düzeyine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?

-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç istemiyor					Çok aşırı istiyorum				

**6. Bu bebeğin sizin için önemine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç önemli değil Çok fazla önemli

**7. Eşiniz için bu bebeği önemine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hiç önemli değil Çok fazla önemli

**8. Bu son gebelikte gebe kalma şekliniz nasıldı?**

1. Doğal olarak, kendiliğinden  
 2. Tedavi, tüp bebek yöntemi ile

**9. Mevcut gebelik kaybında tarama testi yaptırдыңız mı?**

1. Hayır  
 2. İkili test  
 3. Üçlü test  
 4. Dörtlü test  
 5. Amniyosentez  
 6. Kordosentes  
 7. Korionik villüs salping testi  
 8. Diğer ( belirtiniz:.....)

**10. Kaybettiğiniz bu bebeğinizin cinsiyeti neydi?**

1. Bilmiyorum (Bilmek ister miydiniz?:.....)  
 2. Kız  
 3. Erkek

**11. Sizin için bebeğinizin cinsiyeti önemli miydi?**

1. Evet  
 2. Hayır  
 3. Karasızım

**12. Gebelikte düzenli takip yaptırдыңız mı?**

1. Evet  
 2. Hayır

**13. Bu gebelik kaybınızı ne zaman yaşadınız?**

( ) 1. Gebelikte (gebelik haftası neydi.....)

( ) 2. Doğumda

( ) 3. Doğumdan sonra (kaç hafta/ay.....)

**14. Bu yaşadığınız bebek kaybında neler hissettiniz? Yaşadığınız duygular neydi? Neler yaşadınız? Yazınız:.....**

.....

**15. Bu bebeğinizi kaybettiğinize üzülmeye düzeyinize birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç üzülmедim Çok fazla üzüldüm

**Eşinizin bu bebek kaybındaki üzüntüsüne birden on'akadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç üzülmедi Çok fazla üzüldü



16. Gebeliğin sonlandırma / bebeğin ölüm nedeni neydi? Aşağıdakilerden uygun olanının işaretleyiniz.

<b>a) Yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler ve mental retardasyon</b>	<b>b) Majör kromozom bozuklukları</b>
<input type="checkbox"/> Anensefali <input type="checkbox"/> Spina bifida <input type="checkbox"/> Ağır hidrosefali <input type="checkbox"/> Polikistik böbrek <input type="checkbox"/> Çoklu Anomali <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Down sendromu <input type="checkbox"/> Diğer
<b>c)Teratojenler</b>	<b>d) Anne sağlığını tehdit eden hastalıklar</b>
<input type="checkbox"/> Radyasyon <input type="checkbox"/> Rubella, Sitomegalovirüs, Toxoplasma <input type="checkbox"/> İlaç kullanımı	<input type="checkbox"/> Kalp – damar hastalığı <input type="checkbox"/> Hematolojik hastalıklar <input type="checkbox"/> Genetik hastalıklar <input type="checkbox"/> Böbrek hastalığı <input type="checkbox"/> Nörolojik hastalıklar <input type="checkbox"/> Tümörler <input type="checkbox"/> Tecavüz <input type="checkbox"/> Diğer
<b>Doğum anında ölümse ölüm nedeni</b> <input type="checkbox"/> .....	<b>Doğum sonu bebek ölümü ise ölüm nedeni</b> <input type="checkbox"/> .....
<b>Ölü doğumsa nedeni</b> <input type="checkbox"/> İUMF <input type="checkbox"/> .....	

17. Bu gebelik kaybında gebeliği sonlandırma yöntemi neydi?

1. Kürtaj  
 2. Normal doğum  
 3. Sezaryen doğum

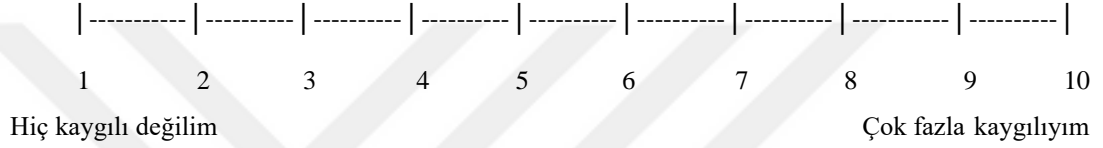
**18. Tekrar gebe kalmayı düşünüyor musunuz?**

1. Hayır  
 2. Evet (Ne zaman belirtiniz:.....)

**19. Bundan sonraki gebelikleriniz için aynı durumu yaşarım yönünde kaygınız var mı?**

1. Evet  
 2. Hayır  
 3. Kısmen

**20. Bundan sonraki gebelikleriniz için aynı durumu yaşarım yönünde kaygı düzeyinize birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**



**21. Size tıbbi açıdan bu gebelik kaybına aşağıdakilerden hangisinin neden olduğunu belirtildi?**

1. Hiç bir şey söylenmedi  
 2. İdiyopatik (nedeni bilinmeyen)  
 3. Genetik faktörler: kromozom, tek gen hast vb.  
 4. Endokrin (Hormonal) faktörler: diyabet, tiroid, pcos vb.  
 5. Otoimmün faktörler (bağışıklık sistemi hastalıkları): Antifosfolipid sendromu, pıhtılaşma bozuklukları vb.  
 6. Anatomik faktörler: rahim ağzı yetersizliği, myom, rahim içi yapışıklıklar, rahim içinde bölmenin olmaması, çift rahim ve diğer şekil bozuklukları vb.  
 7. Enfeksiyonlar: toksoplazma, klamidya vb.  
 8. Çevresel faktörler  
 9. Diğerleri (belirtiniz).....

**22. Bu son gebelikte kayıp yaşadığınız fetus / bebek sayısı kaçtır?**

1. Tekiz  
 2. İkiz  
 3. Üçüz  
 4. Diğer ( belirtiniz:.....)

**23. Size göre bu bebeğinizi kaybetmenizdeki etken neydi:.....**  
.....



## **BÖLÜM -III: SOSYAL DESTEK VE İNANÇ BİLGİLERİ**

### **1. Bu gebeliğinizde kaybınızla ilgili sağlık profesyonelleri tarafından açıklama yapıldı mı?**

1. Evet
2. Hayır
3. Kısmen

#### **1.a. Yapılan açıklama yeterli miydi?**

1. Yeterliydi, Çok açık bir şekilde anlatıldı
2. Yeterli sayılır
3. Orta derecede
4. Yetersiz
5. Hiç yapılmadı

### **2. Size yapılan açıklamayı, anlaşılma düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?**

1. Mükemmel
2. İyi derecede
3. Orta derecede
4. Pekiyi anlamadım

### **3. Kendinizi dini inanç konusunda nasıl tanımlarsınız?**

1. İnançım çok yüksektir
2. İnançlı sayılırım
3. Pek sayılmaz
4. İnaçtan çok farklı baş etme mekanizmalarını kullanırım
5. Herkesin inancı kendine, üzerinde çok durduğum bir konu değil

**4. Mevcut gebelik kaybıyla baş etmede inancınızın etkisi oldu mu/ olur mu?**

1. Evet  
 2. Hayır  
 3. Kısmen

**5. Bu kaybınızla baş edebilmede inancınızın etkisine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç etkili değil Çok fazla etkili

**6. Mevcut gebelik kaybında eş, aile ve sosyal desteğiniz var mı?**

1. Yok  
 2. Var (kim/ kimler.....)  
 3. Yetersiz

**7. Bu kayıpla baş etmede eşinizin verdiği ya da vereceğine inandığınız desteğine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç destek vermedi/vermez Çok destek verdi/verir

**8. Bu kayıpla baş etmede aile yakınlarınızın verdiği ya da vereceğine inandığınız desteğine birden on'a kadar kaç puan verirsiniz?**

|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|  
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
Hiç destek vermediler/vermezler Çok destek verdiler/verirler

**9. Eşiniz ile evlilik uyumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

1. Çok iyi  
 2. İyi  
 3. Kararsızım  
 4. Kötü  
 5. Çok kötü

**10. Eşiniz ile iletişim düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

1. Çok iyi  
 2. İyi  
 3. Geliştirilebilir  
 4. Kötü  
 5. Çok kötü

**11. Bu gebelik kaybına ilişkin kendinizi suçladınız mı?**

1. Hayır  
 2. Evet (Neden belirtiniz:.....)

**12. Bu gebelik kaybına ilişkin eşinizi suçladınız mı?**

1. Hayır  
 2. Evet (Neden belirtiniz:.....)

**13. Sorun çözmeye başvurduğunuz yöntemler nelerdir?**

- 1. Soruna yeniden odaklanırım
- 2. Zihnimde ve davranışlarımda sorunu boş veririm
- 3. Ailem ve arkadaşlarımla görüşüp fikir alışverişinde bulunurum
- 4. Sorun yaşadığım olayı inkar ederim
- 5. Sosyal ortamlarda bulunurum
- 6. Kitap okurum
- 7. Spor yaparım
- 8. Müzik dinlerim
- 9. Sevdiklerimle vakit geçiririm
- 10. Diğer (belirtiniz).....

### Perinatal Yas Ölçeği (32 – Maddeli Kısa Versiyon)

Aşağıdaki maddelerin her biri sizin gibi bebekle ilgili kayıp yaşayan bazı kişilerin ifade ettikleri duygu ve düşüncelerdir. Aşağıdaki ifadeleri okurken ve size uygun olanı **yanıtlarken kaybettiğiniz bebeğiniz hakkında sizin yaşadığınız mevcut duygu ve düşüncelerinizi düşünün**. Her bir ifadeyi tek tek okuyarak **sizin duygularınızı** en iyi şekilde tanımlayan seçeneğe karar verin (“kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ya da “kesinlikle katılmıyorum” yanıtlarından birine). Daha sonra her ifade için sizin duygu ve düşüncelerinizin düzeyini en iyi şekilde tanımlayan seçeneğin altına “x” ya da “+” işareti koyun.

	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Depresif hissediyorum.					
2. Bazı insanlarla anlaşmakta zorlanıyorum.					
3.İçimde bir boşluk hissediyorum.					
4. Normal aktivitelerimi devam ettiremiyorum.					
5. Bebeğim hakkında konuşmaya ihtiyacım var.					
6. Bebeğim için yas tutuyorum.					
7.Korkuyorum.					
8.Ruhsal problemlerim için ilaç kullanıyorum.					
9.Bebeğimi çok özliyorum.					
10.Kayıptan sonraki hayatıma iyi uyum sağladığımı düşünüyorum.					
11.Kaybımı hatırlatan her şey bana acı veriyor.					
12.Bebeğimi düşündükçe üzülüyorum.					
13.Bebeğimi düşündüğüm zaman ağlıyorum.					
14.Bebeğimi düşündükçe kendimi suçlu hissediyorum.					
15.Bebeğimi düşündükçe fiziksel olarak kendimi hasta hissediyorum.					
16.Bebeğim öldüğünden beri kendimi tehlikeli bir dünyada korunmasız hissediyorum.					
17.Gülmeye çalışıyorum ama artık hiçbir şey komik gelmiyor.					
18.Bebeğim öldüğünden beri zaman geçmek bilmiyor.					



Perinatal Yas Ölçeği (32 – Maddeli Kısa Versiyon) (devamı)					
19. Bebeğim ile birlikte benim de en iyi parçam öldü.					
20. Bebeğim öldüğünden beri insanları hayal kırıklığına uğrattırım.					
21. Bebeğim öldüğünden beri kendimi değersiz hissediyorum					
22. Bebeğimin ölümü için kendimi suçluyorum.					
23. Arkadaş ve akrabalarımın gereğinden fazla çatıştım.					
24. Hayatımı tekrar düzene sokmak için, bazen profesyonel bir yardıma ihtiyacım olduğunu hissediyorum					
25. Bebeğim öldüğünden beri gerçekten yaşamıyor, sadece varmışım gibi hissediyorum.					
26. Bebeğim öldüğünden beri kendimi aşırı yalnız hissediyorum.					
27. Arkadaşlarımın arasında bile kendimi bir şekilde uzak ve ortamdaki kopmuş hissediyorum.					
28. Sevmemek daha güvenli.					
29. Bebeğim öldüğünden beri karar vermekte zorlanıyorum.					
30. Geleceğimin nasıl olacağı konusunda endişeleniyorum.					
31. Bebeğini kaybetmiş birer ebeveyn olmak, “ikinci sınıf vatandaş” olmak anlamına gelir.					
32. Hayatta olmak harika hissettiriyor					

EK: 2

## GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (EK-6)

Çalışmanın Adı: “Gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder düzeyi ve etkileyen faktörler” Kesitsel ve Tanımlayıcı çalışma

Araştırmacı: Miray Özgür Köneş (Marmara Üniversitesi)

Danışman: Doç. Dr. Hatice Yıldız (Marmara Üniversitesi)

Amaç: Gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder/ yas düzeyleri ile gebelik haftasına göre yaşanan keder düzeyinde farklılık olup olmadığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmayı kabul ettiğiniz takdirde; öncelikle sizden bireysel özellikleriniz ve gebelikle ilişkili bilgileri içeren bilgi formundaki soruları yanıtlamanız istenecektir. Bu aşamadan sonra perinatal yas ölçeğini doldurmanız istenecektir.

Gebelik kaybı yaşandıktan sonraki ilk 48 saat içerisinde yas ölçeğinin doldurulması istenecektir. 2. 3 ve 4. İzlemler için katılımcı telefonla aranıp, perinatal yas ölçeğini doldurması istenecektir.

Araştırmacı Hemşire Miray Özgür Köneş tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Perinatoloji bölümünde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam bakımımı üstlenen sağlık profesyonelleri ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine, bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimalla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı izin vermiş olmanıza rağmen araştırmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Araştırmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, araştırmacı Miray Özgür Köneş’i ..... numaralı telefonda arayabileceğimi biliyorum.

## GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.

### GÖNÜLLÜNÜN;

Adı- Soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

### ARAŞTIRMACININ;

Tarih:...../...../.....

Adı- Soyadı:

İmzası:



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 14  
Konu : Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Tarih : 11.01.2016

Sayın Doç. Dr. Hatice YILDIZ  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

İlgi : Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının 06/01/2015 gün ve 4875

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Miray Özgür KÖNEŞ' in yürüteceği 2015/1991 dosya numaralı "Gebelikte Yaşanan (Prenatal dönemde) kayıplarda kadınların yaşadıkları keder/yas düzeyinin belirlenmesi" başlıklı çalışma kurulumuzun 11/12/2015 tarih ve 21 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuştur.

İlgi değişikliği isteminiz, çalışmanın ismi "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Prenatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" olarak değişmesi, kurulumuzun 08/01/2016 tarih ve 01 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	İ.Ü.İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ HULUSİ BEHÇET KÜTÜPHANESİ KAT:3 FATİH/İSTANBUL
	TELEFON	0 (212) 414 21 53
	FAKS	0 (212) 414 21 53
	E-POSTA	itifetikkurul@istanbul.edu.tr.

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Prenatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	---			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI-SOYADI	Doç. Dr. Hatice YILDIZ.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Marmara Üniversite Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ	---			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	---			
	ARAŞTIRMANIN FAZI	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz :				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Prenatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"

BİLGİLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30/11/2015	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	<input checked="" type="checkbox"/>		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	<input type="checkbox"/>		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLEN BAĞER BELGELER	Belge Adı	<input type="checkbox"/>	Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Anabilim Dalı Başkanlığından Üst Yazı ve Akademik Kurul Kararı, Literatür Kaynağı, Sorumluluk Paylaşım Belgesi, Olgular Raporu Formu, İlgili Elemanların Bilgilendirildiğine Dair Belge, CV, CD		
KARAR BELGELERİ	Karar No/İ	Tarih: 08/01/2016		
	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde görevli Doç. Dr. Hatice YILDIZ'ın sorumluluğunda ve Miray Özgür KÖNES'in yarattığı yukarıda bilgileri verilen araştırma başvurusu dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

CALIŞMA ESASI		19.08.2011 tarihli, 28630 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmelik				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. A. Yağız ÜRESİN	Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkanı)	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. Berrin UMMAN	Kardiyoloji	İstanbul Tıp Fakültesi (Etik Kurul Başkan Yardımcısı)	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"/>	
Prof. Dr. Ahmet GÜL	Rumatozoloji	İstanbul 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. Oğuzhan ÇOBAN	Nöroloji	İstanbul 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"/>	
Dr. Sevdâ ÖZEL YILDIZ	Biyoistatistik	İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi Biyoistatistik	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"/>	

\* Araştırma ile ilgili  
\*\* Toplamda Bulunma

İ.U. İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 13.04.2013 tarih, 28617 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik çerçevesinde kararını ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından onaylanmıştır. İlgili yönetmelik kapsamında kalan araştırmalar Sağlık Bakanlığınca izin alınmak zorundadır. Yönetmelik kapsamında dâhil kalan araştırmalar ise Etik Kurul bünyesinde oluşturulmuş 5 kişilik alt komisyon tarafından değerlendirilmekte olup Sağlık Bakanlığınca izine tabii değildir.



T.C  
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Başkanlığı



Sayı :540737746-806.01.03-

Konu :Etik Kurul Tarafından

Değerlendirme

**ETİK KURULUNA**

04.01.2016 tarihinde yapılan Olağanüstü Akademik Kurul Toplantımızda, Sorumlu Araştırmacılığını Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde Öğretim üyesi Doç. Dr. Hatice Yıldız'ın üstlendiği, Anabilim Dalımızda görevli hemşire Miray Özgür Köneş'in yürüteceği "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışması kabul edilmiştir.

Bu nedenle ilgili çalışmanın, Etik Kurul'da görüşülmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmza

Prof. Dr. Önay Yalçın

Anabilim Dalı Başkanı

EK:

Konuyla ilgili Akademik Kurul Kararı

Doğrulamak İçin:[http://194.27.128.66/envision\\_Sorgula/validate\\_Doc.aspx?V=BE6LBVVHB](http://194.27.128.66/envision_Sorgula/validate_Doc.aspx?V=BE6LBVVHB)

Ayrıntılı bilgi için imha: İksar ÖZBEY Dahili: 31487

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı ÇapaYerli/İSTANBUL

Tel : (212) 635 1150 Fax : (212) 635 2675

e-posta : [etikkurul@istanbul.tip.istanbul.edu.tr](mailto:etikkurul@istanbul.tip.istanbul.edu.tr) Elektronik Ağ : <http://istanbul.tip.istanbul.edu.tr/>

Bu belge 3079 seri ile Elektronik İmza Kanununa 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ, İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

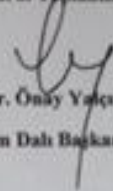


Sayı: 54073746/

CERRAHI TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

04.01.2016 tarihinde Anabilim Dalımızda yapılan Olağanüstü Akademik Kurul Toplantısında aşağıdaki konular görüşülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

  
Prof. Dr. Onay Yalçın  
Anabilim Dalı Başkanı

1. Sorumlu Araştırıcılığını Marmara Üniversitesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hatice Yıldız'ın üstlendiği Anabilim Dalımızda görevli hemşire Miray Özgür Köneş'in yürüteceği "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen faktörlerin Belirlenmesi" çalışmasının Etik Kurul tarafından değerlendirilmesine karar verildi.
2. Çok Merkezli Uluslararası ve Tübitak Destekli "Over Kanseri Heterojenitesi Üzerine Proteogenomik ve Hedefli Metabolik Analiz ve Bunun Over Kanseri Rekürrensisi ile Tedavi Direncine Etkisi" isimli tezini Doç. Dr. Samet Topuz tarafından yapılmasına karar verilmiştir.

Prof. Dr. Abdullah Toprakda

Prof. Dr. Mustafa Wakiel

Prof. Dr. Lema İbrahimoglu

Prof. Dr. Fecre Serres

Prof. Dr. Bülent Ergun

Prof. Dr. Ahmet Bülent Kızılcı

Prof. Dr. Alkan Yıldırım

Prof. Dr. Cemil Akgül

Prof. Dr. Yavuz Salıhoğlu

Prof. Dr. Hayri Ermis  
Makedonya'da Görevli

Prof. Dr. Fatuk Bayraktar

Prof. Dr. Halil Saygılı

Prof. Dr. Erkan Altar

Prof. Dr. Recep Has

Prof. Dr. Süleyman Akhan

Doç. Dr. Samet Topuz

Doç. Dr. İbrahim Kadioglu

Doç. Dr. Funda Gündör

Doç. Dr. Ercan Baştu

**EK-5**

**ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI**

TOPLANTI TARİHİ : 10.03.2016

TOPLANTI SAATİ : 14:00

TOPLANTI NO : 2016 / 05

KARAR NO: 2016/05-51

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Miray Özgür KONEŞ'in tez konusunun aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.

Tez Başlığı: "Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörler"

Ezgi KAYACAN TOK

Enstitü Sekreteri



## ÖZGEÇMİŞ

Adı	Miray Özgür	Soyadı	KÖNEŞ
Doğum Yeri	Eruh / Siirt	Doğum Tarihi	01. 09. 1980
Uyruğu	Türk	Tel	0507 583 00 00
E-mail	<a href="mailto:mirayozgurkns@hotmail.com">mirayozgurkns@hotmail.com</a>		

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2014-
Lisans	Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2014
Lise	70. Yıl Sağlık Meslek Lisesi	1998

### İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	2003 - halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	orta	iyi

### Yabancı Dil Sınav Notu #

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
38								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			71
(Diğer) Puanı			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word, Exel, SPSS	iyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.