

T.C.

MAMARMARA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

1. TRİMESTER'DE BEBEĞİNİ KAYBEDEN VE KAYBETME RİSKİ OLAN
KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİ

Zübeyde Ekşi

YÜKSEK LİSANS TEZİ

T 91399

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nuran Kömürcü

TC. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İSTANBUL-1999

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
ÖZET.....	II
SUMMARY.....	III
KISALTMALAR VE SİMGELER.....	IV
TABLoların LİSTESİ.....	V-VI
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Kadın Yaşamında Gebelik Döneminin Önemi.....	1
1.2.Gebelikte Görülen Değişiklikler.....	4
1.2.1.Üreme Organlarındaki Değişiklikler.....	4
1.2.2.Sistemlerdeki Değişiklikler.....	5
1.2.2.1.Kardiovasküler Sistemdeki Değişiklikler.....	5
1.2.2.2.Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri.....	6
1.2.2.3.Üriner Sistem Değişiklikleri.....	6
1.2.2.4.Solunum Sistemi değişiklikleri.....	6
1.2.3.Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	7
1.2.3.1.Gebeliğin 1. Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	9
1.2.3.2.Gebeliğin 2. Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	9
1.2.3.3.Gebeliğin 3. Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler.....	10
1.3.Gebelikte Görülen Riskler.....	11
1.3.1.Erken Gebelik Riskleri.....	12
1.3.1.1.Abortus İmminens.....	13
1.3.1.2.Abortus İncipiens.....	13
1.3.1.3.Abortus İncompletus.....	13

1.3.1.4.Abortus Completus.....	14
1.3.1.5.Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük).....	14
1.3.1.6.Habitüel Abortus(Tekrarlayan Gebelik Kayıpları).....	14
1.3.1.7.Septik Abortus.....	15
1.3.1.8.Abortuslarda Hemşirelik Bakımı.....	15
1.3.1.9.Ektopik Gebelik.....	19
1.3.1.10.MolHidatidiform.....	20
1.3.1.11.Hiperemezis Gravidarum.....	21
1.4.Riskli Gebeliklerde Yaşanan Kayıp Duygusu ve Kriz.....	22
1.5.Kayıp ya da Kayıp Riskinden Dolayı Kriz Yaşayan Hastaya Müdahalede Hemşirenin Rolü/Hemşire.....	30
1.5.1.Krize Müdahale.....	32
1.5.1.1.Değerlendirme.....	32
1.5.1.2.Planlama.....	34
1.5.1.3.Uygulama.....	35
1.5.1.4.Değerlendirme.....	37
1.6.Konuyla İlgili Yapılan Çalışmalar.....	37
1.7.Çalışmanın Amacı.....	42
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
2.1.Araştırmanın Şekli.....	43
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	43
2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	43
2.4.Verilerin Toplanması.....	44
2.4.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç Gereçler.....	44
2.4.2.Verilerin Toplanması.....	45
2.6.Verilerin Analizi.....	46

3.BULGULAR.....	47
3.1.Olguların Tanıtıcı Özellikleri.....	47
3.2.Olguların Obstetrik Özellikleri.....	50
3.3.Olguların Hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri İle Yardım ve Destek Alma Durumları.....	53
3.4.Olguların Gebeliklerine Yönelik Duygu ve Düşünceleri.....	54
3.5.Olguların Taburcu Olurken Gereksinim Duyduğu Konular ve Bilgilendirilme Durumları.....	56
3.6.Olguların Anksiyete Puanları.....	57
3.7.Olguların Tanıtıcı Özellikleri İle Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	57
3.8.Olguların Obstetrik Özellikleri ile Anksiyete Puanları Arasındaki ilişki.....	59
3.9.Olguların Gebelikleri ve Hastanede Yatma ile İlgili Duygu ve Düşünceleri ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	65
3.10.Olguların Taburcu Olurken gereksinim Duyduğu Konular/ Bilgilendirilme Durumu ile Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
4.TARTIŞMA.....	74
4.1.Olguların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	74
4.2.Olguların Obstetrik Özelliklerinin Tartışılması.....	75
4.3.Olguların hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri İlen Yardım ve Destek Alma durumlarının Tartışılması.....	76
4.4.Olguların Gebeliklerine Yönelik Duygu ve Düşüncelerinin Tartışılması.....	78
4.5.Olguların Taburculukta Gereksinim Duydukları Konular ve Bilgilendirilme Durumlarının Tartışılması.....	79
4.6.Olguların Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Puanlarının Tartışılması.....	80
4.7.Olguların Tanıtıcı Özellikleri ile Anksiyete Puanlarının Tartışılması.....	82

4.8.Olguların Obstetrik Özellikleri ile Anksiyete Puanlarının Tartışılması.....	83
4.9.Olguların Gebelikleri ile Hastanede Yatma ile İlgili Duygu ve Düşüncelerinin Tartışılması.....	85
5.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	93-99
6.EKLER.....	100-107
7.KAYNAKLAR.....	108-114
8.ÖZGEÇMİŞ.....	115



TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca olumlu yaklaşımlarıyla yardım ve destek aldığım danışmanım sayın Doç. Dr. Nuran Kömürcü'ye,

Çalışmam süresince maddi manevi yardımlarıyla bana destek olan Marmara Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanlarına,

Yardım ve desteklerini esirgemeyen başta annem olmak üzere tüm aileme ve arkadaşlarıma

TEŞEKKÜR EDERİM.

Zübeyde Ekşi

Ekim /1999 /İSTANBUL

ÖZET**1.TRİMESTER'DE BEBEĞİNİ KAYBETMİŞ VE KAYBETME RİSKİ OLAN
KADINLARIN KAYGI DÜZEYLERİ**

Bu alıŐma gebeliğin erken döneminde (1.trimester) herhangi bir nedenden dolayı gebeliği risk altında olan/ bebeğini kaybetmiş hastaların duygu ve düşüncelerinin araştırılması amacıyla karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Çalışma; İstanbul'da Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Doğum ve ocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 1.07.1998-10.10.1998 tarihleri arasında yapılmıştır. 1.trimesterde gebeliği risk altında olan gruptan 50 ve bebeğini kaybetmiş 50 olgu ile çalışma gerçekleştirilmiştir.

Verilerin toplanmasında; olguların tanıtıcı özellikleri, obstetrik özellikleri, gebeliğe ilişkin duygu ve düşünceleri ve hastanedeki deneyimlerine ilişkin açık ve kapalı uçlu sorularından oluşan bir anket ile Spielberger'in Durum- Sürekli Anksiyete envanteri (State Traid Anxiety İnvantory) kullanılmıştır.

Çalışmanın verileri "chi-square"(x testi), " t "testi ve "varyans analizi" ve coronbach α iç tutarlılık testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Gebeliğin 1. Trimesterinde kayıp yaşayan ve kayıp riski olan olguların Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Puanların benzer olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki olguların ihtiyaç duydukları durumlar,yardım ve destek aldıkları kişiler, durumlarına yönelik düşünceleri benzer Şekilde yaşadıkları saptanmıştır. Bu olgulara verilen bakımda hemşire,doktor ve diğer sağlık personelinin yeterli olmadığı belirlenmiştir.

SUMMARY

**ANXIETY LEVELS OF WOMEN WHO EXPERIENCE EITHER
ACOMPROMISED PREGNANCY OR ABORTION DURING THE FIRST
TRIMESTER**

This study was performed in a comparative and descriptive design to investigate emotions thoughts of women who experienced a compromised pregnancy due to any reason or who had an aborted fetus during the first trimester of pregnancy

The study was carry out in Zeynep Kamil Women's and Children Hospital, Istanbul, between Jul 1,1998 and October 10,1988. A total of 50 women who had compromised pregnancies and 50 women who had an aborted fetus during the firs trimester of pregnancy were enrolled.

Data were collected using a questionnaire involving open-and closed ended questions concerning descriptive and obstetriv features of the subject, their emotions and thoughts on pregnancy and their experience during their stay at hospital. The Spielberger's State Trait Anksieyt Inventory was also administered.

Data were analysed with chi-square test, t-test, analysis of variance and cronbach α test

Similar scores os stait and trait anxiety were obtained both in patients with a compromised pregnancy and in those who experienced abotion during the first trimester of pregnancy. The two groups exhibited similarities with regard to their needs, indivuduals giving support and aid, and thoughts relevant to conditions. Considerable shortcomings were observed on the part of nurses, physicians, and other health personnel providing care to these cases.

KISALTMALAR VE SİMGELER

KYG: Kayıp Yaşayan Grup

KROG: Kayıp Riski Olan grup

DAP: Durumluluk Anksiyete Puanı

SAP: Süreklilik Anksiyete Puanı



TABLoların LİSTESİ

Tablo 1: Olguların Tanıtıcı Özellikleri.....	47
Tablo 2: Olguların Obstetrik Özellikleri.....	49
Tablo 3: Olguların Hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri ile Yardım ve Destek Alma Durumları.....	52
Tablo 4: Olguların Gebeliklerine Yönelik Duygu ve Düşünceleri.....	54
Tablo 5: Olguların Taburculukta Gereksinim Duydukları Konular ve Bilgilendirilme Durumları.....	56
Tablo 6: Olguların Durumluluk ve Süreklilik Anksiyete Puanları.....	57
Tablo 7: Olguların Yaşlarına Göre Anksiyete Puanları.....	57
Tablo 8: Olguların Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanları.....	58
Tablo 9: Olguların Çalışma Durumlarına Göre Anksiyete Puanları.....	58
Tablo 10: Olguların Sosyal Güvencelerine Göre Anksiyete Puanları.....	59
Tablo 11: KYG'un Tanıları ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 12: KROG'un Tanıları ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 13: Olguların Gebelik Haftası ile Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki.....	60
Tablo 14: Olguların Gravida-Anksiyete Puanları İlişkisi.....	61
Tablo 15: Olguların Para-Anksiyete Puanı İlişkisi.....	61
Tablo 16: Olguların Abortus-Anksiyete Puanı İlişkisi.....	62
Tablo 17: Olguların Yaşayan Çocuk- Anksiyete Puanı İlişkisi.....	62
Tablo 18: Olguların Hastanede Yardım ve Destek Aldıkları Kişilere Göre Anksiyete Puanları.....	63
Tablo 19: Olguların Hastanede Yardım ve Destek Almak İstedikleri Kişilere Göre Anksiyete Puanları.....	64
Tablo 20: Olguların Gereksinim Duydukları Durumlara Göre Anksiyete Puanları.....	66
Tablo 21: Olguların Durumlarına İlişkin Bilgi Düzeylerine Göre Anksiyete Puanları.....	67

Tablo 22: Olguların Durumlarına İlişkin Duygu ve Düşüncelerine Göre Anksiyete Puanları.....	68
Tablo 23: Olguların Gebeliğine Karar Verme Durumlarına Göre Anksiyete Puanları.....	69
Tablo 24: Olguların Gelecek Gebelik Planları İle Anksiyete Puanları	70
Tablo 25: Olguların Duygularını Paylaşma Durumları İle Anksiyete Puanları.....	71
Tablo 26: Olguların Taburculukta Bilgi Gereksinimi Konular ve Anksiyete Puanları.....	72
Tablo 27: Olguların Taburculukta Bilgilendirilme Durumu İle Anksiyete Puanları.....	73



1.GİRİŞ

1.1. KADIN YAŞAMINDA GEBELİK DÖNEMİNİN ÖNEMİ

Çocuk doğurma ve ana olma kadınların en önemli özelliğidir. Gebelik neslin devamını sağlamasıyla kadının hayatında önemli bir yere sahiptir(1).

Her toplumda hastalık ve sağlığa ilişkin inanç, tutumlar ve değerler farklılıklar gösterebilir. Bir toplumda tıbbi açıdan patolojik görünen bazı davranışlar başka toplumlar için normal bir davranış olarak kabul edilebilir. Gebelikte bazı kültürlerde normal fizyolojik bir olay olarak algılandığından kadın aile içinde ve çevresinde normal yaşamını sürdürür. Bazı kültürlerde ise bu durum cinsel ilişkinin bir ürünü olarak değerlendirilmekte ve kadın bu durumdan utanç duymaktadır. Değerlendirmelerde toplumların değer yargıları, inançları, gelenek görenekleri, dünya görüşü ve teknolojik etmenler rol oynamaktadır. Kısaca toplumlar için gebelik sosyo-kültürel özelliği olan bir olgudur denebilir(2,3).

Toplumumuzda kadına annelik, aile ve bazı toplumsal roller uygun görülmüştür. Annelik, gebelik, doğum ve çocuk yetiştirme toplumumuzda daha çok kadına yöneltilmiş bir sorumluluktur Hatta kız çocukları bu rollere hazırlanarak yetiştirilirler. Erkek çocukları bu rollere adapte edilmezler. Bu roller onun değişim ve gelişimini engellemektedir. Değişimi engelleyen en önemli etmen ise gelenekleri töreleri sürdürme rolüdür. Yüzyılların birikimiyle oluşan toplumsal değerler kadını zayıf, duygulu,nazik, boyun eğen bir varlık olarak toplumsallaştırmıştır. Doğumun kadın bedeninde gerçekleşmesi ile cinsiyetler arasında farklılaşma olmuştur(4,5).

Toplumumuzda gebelik evliliğin en önemli beklentisidir. Bu beklentinin temelinde ise çocuk sahibi olmayı “gelecek için bir güvence olarak görme” düşüncesi yatmaktadır.

Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Bu toplumlarda kadın; çocuk sahibi oldukça daha kabul ve saygı görmektedir. Aynı şekilde toplumda olgunlaşmayı gerektiren manevi bir olgudur. Bir çok ülkede gebe kadın yaşına bakılmaksızın yetişkin olarak tanımlanır. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre çeşitli

ülkelerde olduğu gibi ülkemizde çocuk sahibi olmayı önemli bir güvence sayanların oranı kadın ve erkek için %77'dir(3,4,5,6).

Dünya Sağlık Örgütü dünya kadınlarının statülerine göre doğurganlıkları incelemiştir. Kadının statüsünün yüksek olduğu ülkelerde kadın başına düşen çocuk sayısı %1.9 olmasına karşın çok düşük ülkelerde kadın başına düşen çocuk sayısı 5.9'a yükseldiği anlaşılmıştır. Bunun yanında kadının toplumsal konumu ile Ana Ölüm Hızı arasında da paralellik olduğu da bilinmektedir. Kadının statüsünün yüksek olduğu Kuzey Amerika'da ana ölüm hızı onbinde 1 iken kadın statüsünün düşük olduğu Güney Amerika'da aynı oran onbinde 9, ülkemizde ise onbinde 10'dur(7).

Ayrıca son yıllarda kadınların yaşam alışkanlıkları değişmiştir. Bu değişiklikler kadının gebeliklerini de etkilemektedir. Günümüzde pek çok kadın ev dışında çalışmaktadır, yalnız/boşanmıştır. Eğitilmiş ve ekonomik özgürlüğünü kazanmış kadınlarda boşanma oranı diğer kadınlara göre daha yüksektir. Buna karşın toplumsal statüsünü değiştirirler de kadınlar edindikleri geleneksel rolleri daha fazla benimsediklerinden mesleği bile bırakarak bu rolleri çocuklarına aktarmışlardır. Kadınlar vucutları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmakta ve çoğu fertilité, gebelik, doğum ve çocuk bakımı hakkında önemli kararlara ortak olmayı istemektedir. Bu değişiklikler de medikal uygulamaları etkilemektedir ve her bireyi kendi içinde bir bütün olarak değerlendirmeyi gerektirmektedir(2,4,6).

Ancak gebelik planlı/plansız/isteyerek/istemeyerek olsun kadın yaşamında gelişimsel bir dönüm noktasıdır, yaşam krizidir ve stres ve anksiyeteyi beraberinde getirir. Eric Erikson bu krizi normal bir yaşam krizi olarak tanımlamıştır. Çoğu kadın için olmasa da doğurma zorlayıcı bir hedeftir. Gebeliğe karşı duyulan istek aynı zamanda kaybetmeye karşı ve yalnızlık duygularına yanıt olabilir. Bir kadın eşiyile ilişkisini korumayı istiyor olabilir ve ailenin baskılarına cevap veriyor da olabilir. Kadının bu dönüm noktasında yaşadığı derin ve güçlü duyguların sonucunda; kendisini tanıması ve gelişmesi onun için bir şans olabilir(2,5,8,9,6,10).

Yaşamın bu evresi yalnızca kadını değil onunla birlikte ailedeki tüm bireyleri etkileyen bir süreçtir. Ebeveynlik çiftler için önemli rol değişikliklerini beraberinde getirir. Gebe kalma sadece büyüyen bir fetüsün başlangıcı değil aynı zamanda aileye katılan yeni

bir üye ile şekil değiştirmesinin de bir başlangıcıdır. Eşler kendilerine bağımlı yeni bir canlıya bakabilmek için rollerini yeniden değerlendirmeye ve yaşam tarzlarındaki değişiklikler yapmaya başlarlar. Erkekler de baba olma düşüncesi bir çok çatışmayı beraberinde getirir.

Gebelikle birlikte eşlerin ilişkileri toplumda yeni anlamlar kazanır. Aile dinamiklerinde yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulur. Düşüncelerdeki farklılıklar aile üyelerinin gereksinimlerini karşılayabilmesi için açıkça tartışılmalı ve yeniden çözümlenmelidir. İlk gebelikte eş nasıl ebeveyn olunacağı hakkında bilgi toplayarak çocuğun doğumunu planlar. Aynı zamanda aday ebeveynlerin herbiri arkadaşları ve aile üyeleri ile bazı aktivitelere katılmaya devam ederler. Gebenin durumuna ve anneliğe uyumu destek sistemlerin varlığı ile çok yakından ilgilidir. Aynı şekilde ailenin adaptasyonu da kültürel bir çevrede olur. Gebenin anneliğe uyumu destek sistemlerin varlığıyla yakından ilişkilidir. Gebe, eşi, kendi ailesi , arkadaşları ve yakın çevresiyle sürekli etkileşim içindedir. Gebe için en önemli kişilerden biri kendi annesi, diğeri ise bebeğinin babasıdır, yani eşidir. Birçok araştırmacı gebe kızın annelik rolüne adaptasyonunda anne-kız bağlantısının ve kadının son trimesterinde kadının annesine olan artmış yakınlığının önemini vurgulamışlardır. Bunlar gebenin anneliğe pozitif adaptasyon sağlamasında çok önemli rol oynayan destek kişilerdir. Gebelik süresince psikolojik iyilik için sosyal desteğin olması önemli bir faktördür (9).

1.2.GEBELİKTE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

Gebelikle birlikte anne organizmasının tümünü kapsayan değişimler olur. Bu değişimlerin amacı;

- Gelşen fetüsün metabolizma gereksinimlerini karşılamak
- Fetüsün metabolizma artıklarının ve açığa çıkan ısının atımını sağlamak
- Doğuma kadar fetüsü korumak
- Genital yollarda, doğum için gerekli yapısal değişimleri tamamlamak
- Travayda harcanacak enerjiyi depolamak
- Doğum sonu bebeğın beslenmesini sağlamaktır(1,11)

1.2.1.ÜREME ORGANLARINDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

UTERUS:Estrogen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerine olan etkisinden dolayı,kas liflerinde ve endometrium dokusunda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Gebelikten önce 10ml alabilen cavum uteri gebelikte hızla büyür ve 500-1000 kat genişleyerek 5lt hatta 10lt'lik bir volüme ulaşır. Ağırlığı 60gramdan 1000-1500 grama çıkar. Gebelikte uterus volümü büyürken gebelik haftasına göre farklı gelişim gösterir. İlk 20 haftada myometrium hiperplazi ve hipertrofi ile kalınlaşır. 20 haftadan sonra hipertrofi ve hiperplazi yavaşlar, lifler uzamaya duvar incelmeye ve çoğunun gelişmesine uygun silindirik bir şekil almaya başlaması nedeniyle uterus büyüdükçe sağa doğru döner. Bunun nedeni rektosigmoid kolon bulunmasıdır(11).

Serviks'in %85' bağ dokusundan, az ve seyrek seyrek kas liflerinden oluşmuştur. Gebelikte serviks hipertrofi ve hiperplazinin etkisi ile bol mukus salgılar. Çok koyu ve yapışkan olan bu mukus serviks kanalını doldurarak dış etkenlere karşı tıkaç görevini üstlenir. Doğuma yakın serviks açılmaya başladığında, mukus tıkaç dışarı atılır(1).

VAJİNA VULVA VE PELVİS TABANI:Gebelikte vajinanın boyu, elastik lifleri artmıştır. Destek ve komşu dokulara bağlantıları gevşer ve doğuma hazırlanır. Vajinal akıntı, koyu beyaz sarı renktedir. Glikojen yüklü epitellerin döküntüleri, artmıştır. Laktobasillerin laktik asit üretmeleri sonucu ph düşer asit (ph:3.5-6) bir ortam oluşur(1,6,11).

Ayrıca gebelikte vulvanın boyu uzar ve elastik lifleri artar. Epitel tabakası hipertrofi ve hiperplazi ile kalınlaşır. Pigmentasyonun artmasıyla birlikte perine koyu renk alır(6).

TUBA VE OVERLER:Gebelikte tubalar hipertrofiye uğrar,boyları uzar, kanlı ve ödemli, bir görüntüdedir. Overelerde corpus luteum gerilemiş, folikül gelişmesi ve ovulasyon durmuştur(1,11).

PARAMETRIUM VE BAĞLAR:Parametrium ve ligamentlerde gevşeme, yumuşama ve hipertrofi görülür. Parametriumda fagositler çoğalır ve lohusalıkta infeksiyonlara karşı bir baraj oluşturur(1,11).

1.2.2.SİSTEMLERDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

1.2.2.1.Kardiovasküler Sistemdeki Değişiklikler

Gebelikte volumu giderek artan ve karın çevresinde yükselmeye başlayan uterus; kalbi yukarıya, öne ve sola iter,ekseni üzerinde yatırarak döndürür. Anne damar yatağına plasenta sirkülasyonu eklenmiş ve damar yatağı büyümüştür. Oksijen tüketimi ve kan volumü artmıştır.

Kardiovasküler sistem yeni koşullara şu şekilde işgücünü arttırarak cevap verir.

- Kalp dakikada volumünü arttırarak
- Kan miktarını yükselterek (Stroke Volüm)
- Kalp frekansını yükselterek
- Periferik damar direncini düşürerek
- Kan viskozitesini azaltarak uyum sağlar(11).

Uterus büyüdükçe diyafram yükselir kalp rotasyon yaparak yukarıya doğru ve biraz sola doğru yer değiştirir. Kardiak kapasite 70-80 ml artmıştır ve kalbin boyutu %67 artmıştır.

Kardiak debi gebelikte yaklaşık %40 artar ve 20-24 haftada maksimuma ulaşır. 30-32. haftalarda 5.7 lt/dk'yı bulur ve miada yakın normal değere ulaşır. Kalp atım hacmi gebelikte %25-30 artar. Maksimum düzeyine 12-24 haftada ulaşır ve normal haline miada erişir.

Kan basıncı genellikle 6 aya kadar normal değerlerini korur ve son 3 ayda hafif bir artma görülebilir. Sistolik basınç fazla değişmez, diastolik basınç 10-15 mm/Hg düşebilir. Gebeliğin sonlarına doğru kan basıncı postürden etkilenir. Sırtüstü pozisyonda oturur veya yan yatar pozisyona göre daha düşüktür.

Periferik direnç gebelikte belirgin olarak azalmaktadır. Bunu kan akımındaki artışa karşılık arterial kan basıncında biraz azalma veya normal kalma sağlamaktadır. Bunun yanında gebelikte progesteronun etkisi ile tüm sistemde görülen vazodilatasyonda bu rezistansı azaltan önemli bir etkidir.

Anne kan hacminde %30-40 oranındaki bu artış; gebeliğin 10-20. Haftasında başlar ve 32-34. Haftalarda en yüksek düzeye çıkar. Plazma volümünün artışı eritrosit

volümünden daha fazladır. Eritrositlerdeki artış %18, plazmadaki artış %40-50 arasındadır. Kan tablosundaki değişme fizyolojik gebelik anemisi olarak isimlendirilir(1,6,12).

1.2.2.2.Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Gebelikte vitamin ve mineral içeren gıda ihtiyacı artmıştır. Bunun karşılanması için pek çok maternal değişiklik olur. Çoğunlukla annenin iştahının artmasına ve besin alımının çoğalmasına karşın bazı kadınlarda iştah azalması, bulantı kusma olabilir.

Bu sistemde ortaya çıkan en önemli değişme motilite azalmasıdır. Özellikle progesteronun etkisi ile büyüyen uterusun yaptığı baskı ile mide ve barsakların hareketi azalır. Bu nedenle mide yanması ve kabızlık görülebilir(6).

1.2.2.3.Üriner Sistem Değişiklikleri

Gebelikte her iki böbreğin boyu 1-1.5cm artar. Böbrek pelvisinde bulunan idrar volümü artar. Bu arada büyüyen uterusun baskısı ve progesteron hormonunun etkisi ile peristaltizm azalır, idrar birikimi olur ve üriner yol enfeksiyonlarının oluşması kolaylaşır. Mesane kapasitesi 1500ml'nin üzerine çıkar(1,6,11,12).

1.2.2.4 Solunum Sistemi Değişiklikleri

Gebelik solunum performansını etkileyen anatomik ve fizyolojik değişiklikler oluşturur. Erken gebelikte solunum kanalının tamamında kapiller dilatasyon görülür.Bu yüzden seste değişiklik ve nefes almakta güçlük olabilir. Uterus büyüdükçe diyafram 4cm kadar yükselir. Diyafram yükselmesi kendi hareketini engellemez. Vital kapasite artmıştır. Hiperventilasyon vardır, 7lt/dk'ya yükselmiştir. Gebelerin %60-70'inde özellikle son aylarda nefes darlığı gelişir.

1.2.3.GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik kadın yaşamında menarş ve menapoz gibi en önemli gelişimsel olaylardan biridir. Tüm anne organizmasını kapsayan, morfolojik ve fonksiyonel değişmelerin norovejetatif ve ruhsal alana yansması da doğaldır. Ancak reaksiyonların niteliği annenin kişilik yapısı ile ilgilidir. Bu nedenle gebelik karşısındaki tepkiler çok değişik nitelik ve ölçülere varabilir(1,6,9,11,12,13).

Gebeliği etkileyen faktörler arasında ;

- Kişilik yapısı ve geçmiş yaşantıları
- Kültür düzeyi ve yaşam felsefesi
- Yaşı
- Ailedeki mutluluk derecesi
- Gebeliğe karşı ailenin tutumu
- Ailenin sosyoekonomik yapısı
- Kadınlık rolünü algılayışı
- Gebeliği isteme durumu yer alır (1,3,6,11,12).

Gebe kaldığını öğrenen kadının ilk reaksiyonu değişik olmakla birlikte; bazıları için gebelik yaşamda çok mutlu bir olayken bazıları içinde üzüntü ve mutsuzluk kaynağı olabilir. Sıklıkla derin ve güçlü duygular yaşanır. Kişinin kendini tanımasına ve yaratıcılık duygusunun ortaya çıkmasına neden olur. Baba olma düşüncesi erkekte birçok çatışmaya neden olur. Erkekler eşlerinin gebelikleri sırasında farklı tepkileri olabilir. Eşlerinin durumunu kıskanabilirler, bebeğe olan ilgiyi kendilerine çelmek isteyebilirler.

Hamilelik istensin veya istenmesin bir ailenin hayatında gelişimsel bir dönüm noktasıdır. Çocuğun doğumu ile birlikte eşler biraz korkulu bir sorumlulukla hayatın yeni bir dönemine başlarlar. Ebeveynlik önemli rol değişikliklerini gerektirir. Toplumda ve ailede ilişkilerine yeni anlamlar katarlar. Aile dinamiklerinde yeni düzenlemelere gereksinim duyulur. İlk gebelik esnasında nasıl ebeveyn olunacağı hakkında bilgi toplayarak doğumu planlarlar. Aynı zamanda arkadaş ve aile üyeleri ile birlikte aktiviteler

devam eder. Gebelik esnasında psikolojik olarak iyi olabilmek için sosyal desteğin bulunması da önemli bir faktördür(3,9,14).

Wess, Colner,Hartman ve Guallant “anneliği” neredeyse gelişimsel krizin klasik bir örneği olarak yazmışlardır.” Hamilelik esnasında bir kadın; kocası ve aile üyeleri ile yeni sorumluluk için hazırlanabilirler ancak hiçbir hazırlanma olayın gerçeği gibi olmaz.” Hemşire terapist Hartman olayı şu şekilde açıklamaktadır. Anne olmada karşılaşılan uyumsuzluklar mental sağlık için önemli bir potansiyel tutar. Anneliğe adapte olamayanlar tedaviye gelebilirler ancak bu görevleri başarabilmek kişiye daha olgun gelişim sağlayacaktır.

Normal bir gebelik sürecinde değişik zaman dilimlerinde psikolojik değişiklikler görülür. Ancak gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. **Duygularda;**

- Ambivalans
- Beden imajında değişiklik
- Yaşamda gelişimsel bir kriz
- Emosyonel labilite
- Gebeliğin bağlı değişiklikler
- Adaptasyonda sorunlar
- Prenatal bağlılık yaşayabilir (13,15).

1.2.3.1. Gebeliğin 1.Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Genelde 1. Trimesterde ambivalan (zıt) duygular hakimdir. Çok istenen bir gebelik olsa da yaşamda meydana gelen değişiklik anne ve babanın ambivalans hissetmesine neden olabilir. Planlanmış gebelik daha kolay kabul edilebilir. Bununla birlikte kadının duygularını ve düşüncelerini değerlendirmek için zamana ihtiyacı vardır(1,6,9,12).

Aylık yaşanan menstrasyonların kesilmesi, mide bulantılarının rahatsız etmesi, hasta olmadığı halde kendini iyi hissetmeme, çabuk yorulma gibi yeni durumu kabullenmesi ambivalans duygusunu ortaya çıkaran nedenlerdir(3,6).

Gebe kendisinden başka çevresinde bulunan ve onun için önemli olan kişilerce de gebe olduğunun bilinmesinden ve gebeliğin istenmiş olmasından emin olmak ister. Bu durumu eşine açık ya da kapalı bir şekilde ifade edebilir. Bu tür davranışlar kadının desteğe olan gereksinimini ortaya koymaktadır. Ayrıca bebeğe yönelik sorumluluk alma konusunda endişelidir. Gebeye hamileliği önceleri gerçekmiş gibi gelmez ve kendisine odaklanır. Sürekli neşeden hüzne ve gözyaşlarına geçişler şeklinde ruhsal durumunda değişiklikler olur. Düşük hakkında fantaziler kurabilir ve bu yüzden suçluluk da hissedebilir (3,4,6,9,13,16).

1.2.3.2. Gebeliğin 2.Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler

2.Trimester genellikle gebeye rahatsızlık veren gebelik belirtilerinin hafiflediği/geçtiğinden mutlu, durgun ve dengeli bir dönemdir. Bu dönemde kadının gücü yavaş yavaş artmaktadır. Bulantılar geçmiştir. Kendisini daha iyi hisseder ve olumlu duygular gelişir. Gebe bir kadının görünümünü kazanır(1,3,6,12,16).

Fetal hareketler (quickening) başlar. Bu da kadının ilgisini kendisinden bebeğe yöneltir. Kadın içindeki canlıyı hissettiğini söyleyebilir. İlk önceleri bebeğe kendisinin bir parçası olarak bakar. Daha sonraki gebelik dönemlerinde ise anne bebeğinin kendi içerisinde olan ancak ondan farklı bir varlık olduğu gerçeğini kabul eder. Kadın bebeğinin kendisinden ayrı bir varlık olduğu gerçeğini kabul ettikçe annelik rolünü de kabul eder(1,3,6,9,12,16).

Anne hayallere dalar, çevresinden kopup bebeği ile bütünleşir. Kendini beğenir. Haraketlerini yavaşlatır. Yavaş giyinir ve gebeliğini göstermeğe çalışır. Bu dönemde bebeği ile ilgili bilgiler toplamağa başlar(1,3,9,13).

Seksüel istekte artma ya da azalma olabilir. Gebelik ilk trimestere göre daha çok benimsenmiş olsa da aşırı duyarlılık, alınganlık,huzursuzluk, ani kızgınlık,büyü mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler görülebilir(3).

1.2.3.3. Gebeliğin 3.Trimesterinde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin son döneminde doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve anksiyete giderek artabilir. Anne adayı bu son dönemde eksikliklerini tamamlamaya çalışır. Vucut imajı tamamen değişmiştir. Kadın kendisini acayip ve garip hisseder ve eşinin bu duruma nasıl tepki verdiğini anlamak ister. Fiziksel durumundan dolayı yorgun ve rahatsız hisseder. Uykusuzluk sorunu olabilir. Daha çabuk yorulur ve yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker. Bebeğinin sağlığı hakkında endişelenir. Somatik huzursuzluklar olabilir(1,3,4,6,9,12,16).

Doğum eğitiminde kadının başkalarının dikkat etmediği veya mantıksız olduğunu düşündüğü soruları özgür bir ortamda sorması çok önemlidir. Doğum öncesi hazırlıkta ebeveynler doğuştan olabilecek riskler hakkında bilgilendirilmelidir. Eğer yeterli hazırlık ve bilgi alışverişi olmazsa gebeyle iletişim bozulabilir. İyi bir iletişim için çok zaman harcamak gerekmez(12).

Bu son dönemde bebeğin ailenin diğer üyeleri tarafından beklenmesi de çok önemlidir. Kadın ve ailesi yeni doğacak bebeğe hazırlanır. Bu dönemde anne adayı gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerinin paylaşılmasını ister(3,6,13).

1.3.GEBELİKTE GÖRÜLEN RİSKLER

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilmesine karşın doğacak çocukların %10-20'si gebeliklerin ise %20-30'u risk grubuna girmektedir. Bebeklerin yarısı daha gebelik klinik olarak tanılanmadan önce, %15-40'ı ise 1. Trimesterde kaybedildiği varsayılmaktadır. Gebelikteki bu riskli durumlar anne ve bebek sağlığını tehdit etmektedir. Gebelikleri tehdit eden durumları şu şekilde sıralayabiliriz(6,10,12,17).

Erken gebelik Riskleri

- **Abortuslar**

Abortus incompletus

Abortus kompletus

Abortus imminens

Abortus incipiens

Missed abortus

Septik abortus

Habitüel abortus

- **Ektopik Gebelik**

- **Mol Hidatiform**

- **Hiperemezis Gravidarum**

Gec Gebelik Riskleri

- **Erken Doğum Eylemi**

- **Erken Membran Rüptürü**

- **Kanama İle İlgili Komplikasyonlar**

Placenta previa

Ablasyo Placenta

- **Gebelikte Hipertansif Durumlar**

Preeklampsi

Eklampsi

Kronik hipertansiyon

Gebeliği Komplike Hale Getiren Sağlık Sorunları

Diabetes mellitus

Kalp Hastalığı

Rh Uyumsuzluğu

Enfeksiyon Hastalıkları

Adolesan Gebelikler (1,6,11,12,13,18).

Çalışma erken gebelik risklerine yönelik planlandığı için burada yalnızca bu dönem riskler ele alınacaktır.

1.3.1.ERKEN GEBELİK RİSKLERİ

Abortuslar

20. Gebelik haftasını tamamlamadan önce gebeliğin sonlanmasına düşük (abortus) denir. Bu tanımı açarsak fetüsün ağırlığı 500gramdan az, ölü veya canlı olabilir. Placenta ve membranların bütün/herhangi bir kısmı da gelebilir(6,12).

Bazı klasik kitaplarda düşük sınırı 28. Gebelik haftası olarak da belirtilmiştir. Ancak gelişmiş teknolojilerindeki ilerlemeye paralel olarak düşük sınırını 20. Gebelik haftasıyla sınırlandırmışlardır(1).

12 Haftaya kadar olan düşükler erken düşük, 12-20 haftalar arası ise geç düşük olarak isimlendirilmektedir. Genellikle düşüklerin büyük çoğunluğu ilk 3 ayda olmaktadır(3,19).

Klinik olarak 20. Haftadan önce belirlenmiş gebeliklerin %15-20'si düşükle sonuçlanmaktadır. Ancak düşüklerin önemli bir bölümü(%40) gizli kalmaktadır. Bazı

araştırmalar erken tanıya gidildiğinde gebeliklerin ortalama %50'sinin erken dönemde sonlandığını kabul etmektedir. Ülkemizde konuyla ilgili verilere rastlanmamıştır. Ancak spontan düşüklerin %75'i 16 haftadan önce, %62'si 12 haftadan önce oluşur(12,20,21).

Dünyada her gün 100 milyonun üzerinde olduğu tahmin edilen cinsel ilişkilerin 910000'i gebelikle sonlanmaktadır. Ülkemizde ise her yıl yaklaşık 2 milyon kadın gebe kalmaktadır. 1999 TNSA verilerine göre araştırma öncesi son beş yıl içinde her yüz gebeliğin toplam 23.2'si düşükle sonuçlanmıştır. Bunun 8.7'si kendiliğinden, 14.5'i isteyerek gerçekleşmiştir Toplam doğurganlık hızı (kadın başına) 1993 yılında 15-49 yaş grubu kadınlarda toplam 2.7 , 1998'de ise 2.61'dir. Kaba doğum hızı ise 1993'te binde toplam 22.9,1998'de ise, kentte binde 22.8, kırdada ise binde 24.7 olarak saptanmıştır(22,23,24).

1.3.1.1.Abortus İmminens (Düşük Tehdidi)

Bu düşükler gebeliğin ilk 20 haftasında görülür. Uterusta kanama vardır ancak servikal dilatasyon yoktur. Olguların %50'sinde hafif olan kanama birkaç gün içinde azalır ve kaybolur. Kanama 8-10 günden fazla sürmüőse düşük çoğu kez önlenemez. Anne kanamanın bebeği etkilemesinden endişe duyar. Yatak istirahati ve sedasyon tedavisine 48st devam edilir. Cinsel ilişki yasaklanır. Eğer kanama devam ediyor ve olaya ağrı ve servikal dilatasyon eklenmişse durdurulamayan düşük terimi kullanılır(1,6,11,13).

1.3.1.2.Abortus İncipiens (Durdurulamayan Düşük)

Abortus imminens semptomları şiddetlenmiştir. Kanama artmış, servikal dilatasyon başlamış ve düşük durdurulamayacak bir döneme gelmiştir. Ağrılar kolik tarzındadır. Servikal kanaldan konsepsiyon (gebelik) mahsülü ve embriyonel kese dışarıya doğru sarkar.Tedavide; kanama şiddetli ise uterusun boşaltılmasına gidilir. Hastanın istirahati sağlanır. Kanama dikkatlice izlenir. Fetal doku içerip içermediğine bakılır. Beslenmesi ertelenebilir. Genel anestezi gerekebilir. Hb.,kan grubu tayini yapılır(6,11).

1.3.1.3.Abortus İncompletus (Tamamlanmamış Düşük)

Konsepsiyon ürününün tamamının dışarı atılmadığı durumlarda bu terim kullanılır. Konsepsiyon ürünü dışarıdan gözlemlenebilir veya vajinadadır. Kanamayla birlikte

kramplar sürekli. Düşük birinci trimester sonlarında gerçekleştiğinde plasenta parçalarının uterusu kalma olasılığı fazladır. Bu dönemde fetal yaşam devam edemez. Gebeliği korumaya yönelik önlem de alınmaz. Tedavinin amacı; daha fazla maternal kanama veya enfeksiyon komplikasyonlarını önlemek için uterusun boşaltılmasıdır. Uterus boşaltıldıktan sonra hasta 2 gün kanama yönünden gözlem altında tutulur.

Ağrılar dinmiş ve kanama durmuş olsa bile abortus kompletustan bahsedilemez. İçerde kalan parçalar şiddetli yeniden kanamalara, enfeksiyona neden olabilir. Genelde fetüs atılmış plasenta içerde kalmıştır(6,11,18).

1.3.1.4.Abortus Kompletus

Konsepsiyon ürününün tümü (fetüs, membranlar ve plasenta) atılmıştır. Tüm gebelik ürününün tamamen atılmasının hemen ardından ağrının ve kanamanın kesilmesi düşüğün tam olduğunu gösterir.Tanı kesinse tedavi gerekmez. Daha sonra olabilecek kanama yönünden hasta gözlemlenmelidir(6,12,18,13).

1.3.1.5.Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

Embryo/Fetüs uzun süredir ölmüş olduğu halde uterus kavitesinden dışarı atılmadığı durumdur. Gebelik ürünü hafta veya aylarca retansiyon halinde kalabilir. Başlangıçta düşük tehdidinde olduğu gibi ağrılar ve kanamalar görülebilir. Hastanın gebelik belirtileri gerilemiştir. Gebelik testleri negatifleşir ve fetal kalp aktivitesi saptanamaz. Bazı olgularda hiç kanama yoktur. Uterus küçülür, yalnız kirli bir akıntı vardır. Gebelik çok küçükse resorbe olabilir. Tanıyı doğrulamak için ultrasondan yararlanır. Bu olguların çoğu spontan düşükle sonuçlanır. Ölü fetüs sendromunun neden olduğu koagülasyon bozuklukları gebeliğin ilk yarısında seyrek belirir. Sonucu spontan çözüme bırakıldığında duygusal yük oluşturur ve u hastalar gebeliğin bir an önce sonlandırılmasını ister. Çocuğunun ölü olduğunu anlayan anne psikolojik bir çöküntü içerisinde(11,13,18).

1.3.1.6.Habitüel Abortus (Tekrarlayan Gebelik Kayıpları)

20. gebelik haftası öncesi ard arda 3 yada daha fazla gebelik kaybı olmasına denir). Bazı yazarlar bu tanıma 2 veya daha fazla gebelik kaybını da ilave etmektedirler. Uzun

yıllar boyunca 3 yada daha fazla gebelik kaybı sonrası, bir sonraki gebeliğin düşükle sonuçlanma riskinde %80-90'ı bulan artışlar olduğuna inanılmıştır. Daha sonra bu görüşün yanlış olduğu ortaya koyulmuştur. Klinik olarak saptanmış gebeliklerin %15-20'si oranında spontan abortus, %2-3 oranında 2 tekrarlayan düşük, %1 oranında ise 3 veya daha fazla düşükle sonuçlanmıştır.

Çeşitli nedenleri vardır. Bunlar; uterusun yapısal bozuklukları, endokrin nedenler, kromozom anomalileri, otoimmünite, servikal yetmezlik, enfeksiyonlar, çevresel faktörler ve psikolojik faktörlerdir(1,6,11,12,20,18,21,25).

1.3.1.7.Septik Abortus

Bir zamanların başlıca maternal mortalite nedenlerinden olan septik düşük, düşüklerin yasallaştırılmasından sonra seyrekleşmiştir. Genelde herhangi bir düşük olayı enfeksiyonla komplike olabilir. Enfeksiyon düşükün bir komplikasyonudur. Aseptik olmayan koşullarda yapılan düşüklerde ortaya çıkar. Nedeni; plasenta parçalarının uterus içinde kalmasıdır. Enfeksiyon genellikle endometrit ve daha ağır vakalarda parametrit ve peritonitle belirir. Genellikle yüksek ateş,taşikardi ve kırıklık, abdominal hassasiyet ve uterus ağrısı vardır. Yoğun vajinal akıntı vardır ancak her zaman görülmeyebilir(6,18).

Tedavi ve izlemde; hemokültür ve servikal akıntıdan kültür alınır. Antibiyotik tedavisine başlanır. Nekrotik dokunun vakit kaybetmeden çıkarılması önemlidir. İntravenöz antibiyotik tedavisinin başlamasından birkaç saat içinde küretaj yapılabilir. Septik şok ciddi komplikasyonudur. Bu hastalar yoğun bakım olanaklarının bulunduğu birimlerde tedavi edilmelidir(6,11).

1.3.1.8 Abortuslarda Hemşirelik Bakımı

- Öncelikle hemşirenin hastayı tanılaması ve öyküsünü alması gerekir. Son menstrasyon tarihi, kanamanın özelliği, hastanın anksiyete düzeyini,ağrı enfeksiyon

belirtileri ve obstetrik öyküsünde önceden kayıp yaşama durumunu gibi durumları tanırlar(13,26).

- Acil bakıma gereksinimi olup olmadığını,hipovolemi ve bayılma yönünden gözler.
- Her gebe kadın 24 st içindeki kanama ya da lekelenmeyi takip etmelidir. Hemşirenin de kanama izlemi, pet takibi yapması gerekir.
- Vital bulgular, kan değerleri, idrar testleri yapılmalıdır (13).
- Aynı zamanda kan ve idrar testleri ile Korionik Gonodotrop Hormon(HCG) düzeyine bakılarak gebeliğin devam edip etmeyeceği belirlenmelidir. Ayrıca ultrasonografi ile gebeliğin devam edip etmediği belirlenir (1).
- Gebelik devam ediyorsa kesin yatak istirahati verilir ve hastanın kanamasını takip etmesi sağlanır.
- Enfeksiyon belirtileri gözlemlenir (13).
- Gebelik kaybı varsa hastanın kriz ve yas süreci başlayacağından bu dönemde hemşirenin rolü; korumak, desteklemek, kolaylaştırma ve eğitim olmalıdır. Geban abortus öncesi danışmanlık gerektiren faktörleri şöyle sıralamıştır;
 - Düşük yapma kadın yaşamında önemli bir olaydır ve onu etkileyecektir.
 - Düşük yapma bir yaşam krizidir ve kadının bir çok sorunu vardır. Bu sorunlar hakkındaki duygularının bilinçli olarak araştırılması gerekir. Bu duygular bastırılırsa daha sonra emosyonel zorluklar ortaya çıkabilir.
- Birçok hasta düşük yapmaktan korkar ve bu işlem hakkında yanlış bilgilendirilmiştir. Düşük öncesi bakımda bu korkuların giderilmesi için gerekli açıklamaların yapılması önemlidir.
- Danışmanlık kadınların gebe kalma ve düşük yapma hakkındaki emosyonel reaksiyonlarını açıklayarak suçluluk, anksiyete ve depresyonu önlemeye yardım edebilir (27).

- Düşük hem cerrahi bir işlem, hemde gebeliğin sonlanması olduğu için kadını iki yönlü etkilemektedir.
- Hemşirenin cerrahi işlem sırasındaki rolü;

Gebelik kosepsiyon ürününü toplamak ve anneye işlem sırasında destek sağlamak tüm bu işlemlerde hekime yardımcı olmaktır. Cerrahi işlem sıklıkla kullanılmaktadır. Hemşire yapılan müdahale sırasında hastanın litotomi pozisyonunda kalmasına yardımcı olur ve rahatlamasına yardımcı olur.

- Vital bulgular monitörden izlenir. Erken gebeliklerde özellikle genç primigravidalarda servikal kanal dar veya küçük olabilir ve dilatasyona direnç gösterebilir(13).
- Yine bazı kadınlarda dilatasyon sırasında vagal bir cevap olarak bradikardi ve senkop gelişebilir. Hatta bazen şuur kaybıyla birlikte konvulsiyonlar görülebilir.
- Bu durumda servikal şok ile lokal aneztezik toksisitesinin birbirinden ayırt edilmesi gerekir.
- Servikal şokta gelişen bradikardi hızla düzelecek ve hastanın şuuru hızla açılacaktır.
- Lokal aneztezik toksisitesinde ise konvulsiyon, kardiovasküler kollaps ve apne başlıca belirtilerdir. Kusma işlem sırasında ve sonrasında görülür(28).
- İşlem sonrasında hemşire hastaya iyileşmesi için yeterli zaman ayırmalıdır. Herhangi bir komplikasyon varlığında vital bulgular monitörize edilmelidir.
- Kan grubu Rh(+) olan kadınlara düşüklerden sonra RhoGAM yapılması gerekir.
- Düşükten sonra enfeksiyonları önlemek için kadın bilgilendirilmelidir. Enfeksiyon belirtileri(vajinal akıntıda artma, pis koku, vücut ısısında artma, kasık ağrısı) öğretilmelidir.
- Düşükten sonra ilk 3-4 gün ağır hareketlerden,iki hafta cinsel ilişkiden kaçınması konusunda eğitim yapılır.

- Tıbbi nedenlerle düşük yapmak zorunda kalan anne bu olaydan çok fazla etkilenebilir. Ayrıca suçluluk duygusu da hissedebilir. Bebeğini kaybetme durumuyla karşı karşıya gelen anne acı çekme tepkilerini ortaya koyar. Bunlar; kızgınlık, öfke, suçluluk duygusu, niçin ben ve daha sonra kabullenmedir(6,25)
- Kayıp yaşamış hastaların bakımında hemşire; hastaya ve ailesine özgün bakım ve bilgilendirme yapmalıdır. Bu da ancak hastanın ve ailenin iyi tanılanması, kaybın neyi ifade ettiği ve gebeliğe bağlanma ve yapılmış planların belirlenmesi ile olmaktadır(26).
- Özellikle habitüel abortus veya perinatal kayıp sonrası gebeliklerdeki anksiyete düzeyi yüksektir ve kayıp duygusunu daha yoğun yaşarlar(25,29).
- Danışmanlık hizmeti kadının olaydan daha az etkilenmesine ve daha sonra oluşabilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yardımcı olabilir. Forrest ideal prenatal bakım ve çocuksuz kalma danışmanlığının keder süresini azaltabileceğini ve benzer anormal kederlenmeyi azaltacağını göstermiştir(30).
- Danışmanlık hizmeti düşük olayına uyumu, düşük sonrasında olumsuz duygularla ve stresle başa dabilmesine destek olur. Kontraseptif yöntem seçiminde kadına yardımcı olmada etkilidir(6,8).
- Hemşirenin hastasıyla dürüst, açık, karşılıklı ve güvene dayalı ilişki kurması ve geliştirmesi önemlidir. Hemşire eşleri birlikte dinleyerek korkularını, anksiyete durumlarını ve gereksinimlerini anlamalıdır.
- Hemşire terapötik bir etkileşim oluşturmak için hastaya özel bir zaman ayırmalıdır.
- Hastanın reaksiyonlarını gözleyerek başa çıkabilme gücünü ortaya koymalıdır.
- Hemşire reaksiyonları gözlerken kayba karşı inkar, kızgınlık, depresyon/suçluluk ifadelerine duyarlı olmalıdır. Tepkilerdeki hedef; eşi, çocukları, aile üyeleri, doktor olabildiği gibi hemşire de olabilir.
- Etkili bir iletişimde kızgınlık ifadelerini cesaretlendirmekten çok kişisel duygularla ilgilenmelidir(31,32).

1.3.1.9.Ektopik Gebelik

Zigotun kavum uteri içine yerleşmediği gebelik durumudur. Dış gebelik insidansı 80-200 gebelikte bir görülür. Extrauterin gebeliklerin %99'u tubalarda görülür. %75'ten fazlası 12. Gestasyon haftasından önce teşhis edilir. Hızı 1970'te term doğumlarda 4.8/1000 oranında iken 1980'de 14.5/1000 oranında artmıştır. Amerika'da son 20 yılda sayısı artmıştır. Şimdilerde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir(12).

Etyolojisinde; tubal faktörler (yapışıklık, tıkanıklık, bası) zigot anomalileri, ovarian faktörler, eksojen hormonlar, progestin, oral kontraseptif alanlarda %4-6 oranında olur. İntrauterin araçlar, eski dış gebelikler, tubadaki kongenital anomaliler gibi sebepler yatmaktadır. Tubal, servikal ve abdominal olarak görülebilir(6,11).

Ektopik gebelik 3 şekilde sonuçlanır;

Ovumun Ölümü: Belirti vermeksizin ovum erken devrede absorbe olur ya da tubal mole olarak kalır.

Tubal Düşük: Ovum tüp içine, peritona yada uterin kaviteye atılır.

Tubal Rüptür: Ovumun büyümesiyle gerilme sınırını geçtiğinde rüptür görülür. Tüp duvarı yırtılırken burada bulunan arterlerde yırtılır ve kan kaybı ortaya çıkar.

Tubal gebeliğin belirtileri; gebelik belirtileri, ağrı, vajinal akıntı, şok, iç kanama belirtileri, amenore, senkop, abdominal duyarlılık, adneksial kitle bulguları olabilir.

Tedavi genellikle cerrahi girişimdir. Dış gebelik genellikle rüptüre olur, hastada kanamaya bağlı hemorajik şok gelişebilir.

- Bu durumda hastanın acil ameliyata hazırlanması gerekebilir. Ameliyatta tüp çıkartılabilir.
- Bu durum anne açısından bir kayıp ve kriz yaratan durumdur. Ameliyat sonrasında hemşirenin anneye psikolojik yönden destek olması, duyguların paylaşılması önemlidir.

- Hemşire kayıp duygusunun ve yaşadığı üzüntünün gelecekteki gebeliği etkileyeceğini de gözönünde bulundurmalıdır.
- Ektopik gebelikte; hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde hastanın ağrı durumu, kanamanın varlığı, sağlığı hakkında bilgilendirilmesi ve hastanın duygu ve düşüncelerini açıklayabilmesi gibi temel konulara dayanmaktadır(1,6,11,12,13).

1.3.1.10. Mol Hidatidiform

Trofoblast hücrelerin aşırı proliferasyonu ve dejenerasyonu sonucu oluşur. Sitotrofoblast ve sinsityotrofoblast hücreler aşırı miktarda HCG salgırlar. Gestasyonel trofoblastik neoplazmalar mol hidatiform, invaziv mol ve coryo carsinoma olarak görülür. Görülme sıklığı Amerika'da 1/1500-2000 oranındadır(13).

Belirtileri:İlk trimesterde üzüm taneleri şeklinde vajinal kanama olur. Hastalarda %90 oranında kanama görülür ve 1/3'ünde kanama aşırıdır. Bulantı kusma çoğunlukla çok şiddetlidir. Bazen normal gebelikteki bulantı kusma ile karışabilir(%14-32 oranında). Uterus %50 oranında gebelik ayına göre büyüktür. Uterustaki büyüme trofoblastik dokunun çoğalmasına bağlıdır. HCG serum düzeyi yüksektir. Fetal kalp sesleri alınmaz. 2. Trimesrede hipertansiyon görülebilir(6,12).

- Tedavide ilaç ve cerrahi tedavi olmak üzere iki şekilde girişimde bulunulur.
- Cerrahi olarak dilatasyon ve küretaj yada histerektomi uygulanabilir. İlaçla tedavide; profilaktik kemoterapi uygulanır.
- Hemşirelik bakımında; hasta durumu hakkında bilgilendirilir. Hangi zamanlarda takip edileceği ve hangi bulgulara bakılacağı hakkında hasta bilgilendirilir (pelvik muayene, ultrasonografik muayene, laboratuvar bulguları gibi).
- Hemşire kontraseptif yöntem seçmesinde etkili rol oynamaktadır.
- Hastanın psikolojik durumuna odaklanmaktır. Hastaya kayıp hakkında duygu ve düşünceleri açıklanmalı ve desteklenmelidir(1,6,12).

1.3.1.11. Hiperemezis Gravidarum

Gebelikte ortaya çıkan aşırı kusma ve bulantıya hiperemezis adı verilir. Normalde gebelikte bulantı ve kusma erken dönemlerde yaklaşık gebelerin %50-70 oranında görülen bir rahatsızlıktır. Kusma ve bulantı gebeliğin erken döneminde 6-8 haftalarda başlar ve 12-14 haftalara kadar sürer ve kendiliğinden kaybolur(11,27,33,34,35,36,37,38).

Emezis Gravidarum denilen olağan gebelik bulantı ve kusmalarının kilo kaybı, dehidratasyon, ketonüri, elektrolit-sıvı kaybı ve açlık durumunun oluşmasına Hiperemezis Gravidarum denir. Bazı kaynaklara göre HG %7-15 oranında bazılarında ise %1-3 oranında görülür(11,33,37, 39,40).

Etyolojisi kesin olarak açıklanmamışsa da daha çok psikolojik ve endokrin faktörler üzerinde durulmaktadır. Steroid hormonların ve HCG düzeyinin yükselmesi örneğin; çoğul gebelikler, mol hidatiform rol oynayabilir(Şiddetli çocuk arzusu anneliğe hazır olmayan kadınlarda gebelik şiddetli bir gerilim yaratmakta ve bulantı kusmalarla açığa vurmaktadır. Gebelikteki bulantı insidansı %86.5, emezis insidansı %56.6 olarak bilinmektedir(1,6,11,12,34,35,38,40).

Gebelikte sabah saatlerinde şiddetlenen aşırı kusma sonucu kanda hipovolemi ve hemokonsantrasyon olur. İdrar miktarı azalır. Ağır vakalarda kilo kaybı hızlanır, oligüri, anüri, üre yükselir, sarılık olur, potasyum yetersizliğine bağlı hipotoni, retinada kanamalar görülebilir. Karaciğer, böbrek yetmezliği ve sinir sistemi bozuklukları sonucu ölüm bile görülebilir(1,6,9,11).

Tedavide ilaç ve destekleyici tedavi uygulanır. Hafif vakalarda hasta intravenöz yolla beslenir, yatak istirahatine alınır, stres yaratan çevre faktörlerinden uzak tutulur. Psikolojik destek sağlanır. Son zamanlarda hipnoz, hipnoterapi, akupunktur, renk terapisi, bitkisel ilaçlar, elektrik stimülasyon terapisi, masaj, geleneksel ilaç, mental psikoterapi, refleks terapisi, relaksasyon teknikleri, terapötik dokunma gibi alternatif ve tamamlayıcı alternatif yöntemler denenmektedir(1,11,36).

Bazı çalışmalarda helicobakter pylori infeksiyonunda neden olduğu göstermiştir(37).

1.4.RİSKLİ GEBELİKLERDE YAŞANAN KAYIP DUYGUSU VE KRİZ

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın insan yaşamında yeni bir evre olan ana-baba olma eşler için stres yaratan bir durumdur. Ana baba olma süreci beraberinde stres ve endişeyi birlikte getirir(8).

Ülkemizde sağlıklı epidemiyolojik çalışmalar olmamakla birlikte 1. Trimester gebeliklerinin %50'sinin erken dönemde sonlandığı kabul edilmektedir. Doğacak çocukların %10-20'si, gebelerin ise%20-30'u risk grubuna girmektedir. 1.trimesterde görülen riskli durumlara baktığımızda; büyük çoğunluğu kayıpla sonuçlanmaktadır. Bu da erken gebelikte yaşanan kayıp duygusunu ve kişilerin bu durumda yaşadıklarını ön plana çıkarmaktadır(41).

Bu sonuçta; kayıp duygusunun kişileri ve aileleri ne şekilde etkilediği önem kazanmıştır. Gebeliğin kaybı/kayıp riski taşıması stres hatta krize neden olur. **Caplan** krizi kavram olarak şu şekilde açıklamıştır. Kişi yaşamındaki önemli hedeflerin önünde alışılan sorun çözme yöntemleriyle başedemediği bir engelle karşılaşınca kriz durumu oluşur. İnsanlar yaşamları boyunca onları gerilime sokacak, ilerledikçe kriz yaşatacak olaylarla karşılaşabilirler. Bu olaylar kişinin yakınıni kaybetmesi, çocuğunu düşürmesi, rol değişikliği, iş değişikliği gibi(4,13,1519,40,42,).

Kriz durumu kişiye hem kendini geliştirebilme şansını veren, hem de bir ruh hastalığına yakalanma tehlikesini getiren geçici bir dönemdir. Sonuç, belli bir noktaya kadar, kişinin sorunu nasıl ele aldığına bağlıdır. Tüm bunlara dayalı olarak kriz bir dönüm noktası veya karar anı şeklinde yorumlanabilir. Eğer olumlu sonuçlanırsa kişi daha güçlenmiş ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmiş olarak çıkar ve gelecekteki krizlerde bunları kullanabilir. Olumsuz sonuçlandıysa da daha kötü bir uyuma ve olası psikolojik rahatsızlıklara götürebilir(43).

Gelişimsel Kriz: yaşama ait olan ve birçok kişi tarafından pozitif olarak yaşanan olaylardır. Örneğin; ana- baba olma, evlenme, gebelik gibi. Geçiş dönemlerinin başka yaşam olayları ile aynı zamana denk gelmesi kriz potansiyelini arttırır.

Durumsal Kriz: Birden bire ortaya çıkan ve acı verici olan, ruhsal durumu, sosyal kimliği, güvenliği hoşnutluk durumunu tehdit eden olaylarda görülür. Bunlar; hastalık, bir yakınının ölmesi, sorunlu bir bebeğe sahip olmak gibi (6).

Oluşan kriz sonucu yaşanan fazlar da şu şekildedir. **Caplan (1964)** Krizin dört fazını tanımlamıştır.

FAZ I: Algılanan bir tehlike artan endişeyi oluşturacak hızlandırıcı bir olgu olarak hareket eder. Normal müdahale stratejileri devreye sokulur. Eğer önlemler etkisiz ise birey ikinci faza geçer.

FAZ II : Bireyde kontrol kaybı ve incinebilirlik deneyimler. Haraketsizlik oluşabilir ve birey oluşan durumla gelişigüzel biçimde başa çıkmaya teşebbüs edebilir. Eğer endişe devam eder ve bir çözüm olmazsa birey üçüncü faza geçer.

FAZ III : Bilinen mücadele yöntemlerinin başarılı olabileceği ümidi ile bu fazda krizin tanımlanmasına teşebbüs edilir. Yeni problem çözme yöntemleri de yeniden çözümlenmeyi etkileyebilir. Duygularla ilgilenir ve kararlar alır.

FAZ IV: Dördüncü faz şiddetli psikolojik bozuklukla karakterize edilir. Şiddetli endişeden panik seviyesine kadar düzeylerde bulunanlara benzer tepkiler oluşur. Bu fazda derin duygusal, kavramaya yönelik ve psikolojik değişiklikler tespit edilir. Sürecin bu noktasında olumsuz sonuçlar belirginleşirse daha geniş tedavi gerekli olabilir(44).

KAYIP

Daha önceden mevcut olan önemli bir objenin, insanın vucut parçasının fonksiyonunun veya duygunun yoksunluğu duygusudur. Kayıp ne olursa olsun yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Bir şey/birisi artık görülemez, hissedilemez, işitilemez veya deneyimlenemezse kayıp oluşur. Kaybın tipi stresin derecesini etkiler. Aynı şekilde kaybın tipi yas tutma ve adaptasyonda etkilidir ve bireye özgüdür(6,31).

Perinatal kayıp anne için narsistik bir kayıptır. Bu tür bir kayıp kişinin kendi parçasını kaybetme olarak açıklanabilir. Pek çok çift spontan abortus sonrasında keder, üzüntü ve hayal kırıklığı yaşayabilir. Bu durum ayrı bir kişinin kaybından daha zordur.

Kişi hamilelik sürecinde kendini büyüyen fetüs ile eş tutar. Bu nedenle anne perinatal ölümü kendi annelik değerine bir tehlike olarak algılar. Hamilelik esnasında olacak çocuğu hakkında fantaziler kurar. Fetüsün kaybı gerçek bir hayatın ve bir fantazinin sonu anlamındadır. Leon'a göre "Kaybedilen şey hiçbir zaman olmayacak fantazilerden daha fazla bilinmeyen bir çocuğun kaybı değildir."

Perinatal kader tepkisinin şiddetini değerlendirebilmek için yas esnasında bağlanma ve ayrılma kavramları anlaşılmalıdır. Klaus ve Kennell bağlanma ve ayrılma sürecini ebeveynlerin hamilelik ve doğum esnasında ilerleyen etaplar serisi şeklinde açıklar. Hamileliği planlama, hamile kalma ve kabullenme, fetal hareketleri hissetme ve fetüsü bir birey olarak kabullenme, doğum yapma, yenidoğanı ışıtma, görme, dokunma tutma ve ona bakın verme gibi. Bu sürecin pek çoğu doğumdan önce oluşur(45,46).

Kayba tepki değişik kuramcılar tarafından tanımlanmıştır.

Engel 1964'te 3 faz şeklinde tanımlamıştır. Bu fazlar; şok ve inanmama, farkına varma ve yeniden organize olma ve eski haline dönme şeklindedir.

Martocchio(1985) ise; yasta herkes için sürenin aynı olmayacağını ve sonuna kadar duyguların ilerleme ve gerilemeler yaşadığını belirtmiş ve bu durumu 5 aşamada açıklamıştır. Kederin yoğun reaksiyonlarının 6-12 ayda biteceğini aktif yasında 3-5 yıl devam edeceğini belirtmiştir.

Bu aşamalar;

- Şok ve inanmama
- Etkilenme ve protesto etme
- Keder organizasyon bozukluğu/ümitsizlik
- Yoksunluk duygusunu yaşama
- Yeniden organize olma ve eski haline dönme şeklindedir.

Kübler Ros'a göre kayıp yaşama sürecini şu şekilde açıklayabiliriz.

İnkâr: Birey sanki hiçbirşey olmamış gibi hareket eder ve bir kaybın olduğunu reddedebilir. "Hayır böyle olamaz", "Bu bana olamaz" gibi ifadeler kullanır. Kayba karşı ilk tepkidir. İnanmamak, ağlamak, kaçma isteği, duygusuz ve tutarsız olma gibi duygular haftalar aylar sonra da tekrarlayabilir. Bu aşamada kayıtsızlık, konsantrasyon dağınıklığı, karar vermede güçlük çekme ve fiziksel dalgınlık görülür. Yaygın somatik belirtiler; baş dönmesi, solgunluk ve çeşitli ağrılar olur. Bu dönemde hemşire; inkar etmenin ve bu reaksiyonunun, hastanın savunma mekanizması olduğunu farketmelidir. Karar verme aşamasında hemşire alternatifleri açıklayarak yardımcı olmalıdır.

Kızgınlık: Birey kayba direnir, asabileşir, kızgınlık hissedebilir. Kontrolünü kaybedip çaresizlik duygularını yaşayabilir. Kızabilmek için duygularını aktaracağı bir odağa ihtiyacı vardır. Bu odak aile. Arkadaş, sağlık çalışanları olabilir. Özellikle hemşireye yönelebilir. Duyduğu kızgınlık ve endişe dışa veya içe dönük şeklinde kendini gösterir. Duyulan endişe ile birlikte diyare, kusma, taşikardi, sık idrara çıkma gibi semptomlar görülebilir.

Pazarlık: Kayıp geçişinin ertelenmesidir. Birey kurnazca ve açıkça kaybın engellenebilmesi için anlaşma yapmaya teşebbüs edebilir. Sık sık diğer kişilerin fikrini sorar.

Depresyon: Kayıp farkedildiğinde ve onun öneminin tüm etkisinin görünür hale geldiğinde oluşur. Bu aşamada bunaltıcı yalnızlık ve içe kapanma olabilir. Diğer insanlar ebeveynlerin kayıp duygusunu çözümlediklerini zannederler. Fakat anne baba kayıptan 4-6 ay içinde yas tutmanın yoğun sürecini yaşıyor olabilir. Bu süre içerisinde ebeveynler normal görevlerini yapmada zorlanırlar. Fiziksel semptomların yanında evlilik problemleri de yaşayabilirler. Gizli yada açık şekilde birbirlerini suçlayabilirler.

Kabullenme: Psikolojik reaksiyonlar azalır. Kubler Ross kabullenmeyi herşeyi bırakmak ve çaresizlikten ziyade durumun şartlarının farkına varma olarak tanımlar. Olayın kabulü ile ebeveynlerde etkileşim kapasitesi yenilenir, gelecek için olanlar yapılır, aile ilişkileri sağlamlaşır ve diğer olaylardan birlikte zevk alırlar(31).

Lindemann normal akut keder tepkisinin 4-6 hafta içerisinde çözümlenebileceğine inanır. Şu anki inanış ise norma akut keder tepkisinin 12 haftaya kadar sürebileceği ve kederin çözümlenmesinin 1-2 yıla kadar sarkabileceği şeklindedir.

Patolojik keder kendini çeşitli yollarla gösterebilir. İlk iki haftada kayba tepkide bir gecikme olabilir veya keder gözlemlenmeyebilir. Uzatılmış veya çarpıtılmış bir keder reaksiyonu patolojik bir durumu işaret edebilir. Diğer mümkün olan göstergeler; fetüsün gerçek dışı idealleştirilmesi ve yerine çocuk isteme olabilir.

Patolojik yas risk faktörleri şunlardır:

- Hamilelik esnasında yaşanan bir buhran veya yaşana kriz
- Eş ve aileden beklenen duygusal destek eksikliği
- Bebeğini görmek ama tutamamak
- Perinatal ölümün 5-6 ayı içinde yeniden gebe kalma
- Geçmişte duygusal bozukluk yaşaması
- Hamilelik hakkında yoğun, karasız, karmaşık duygular
- Annelik sorumluluğunun kuvvetli kültürel bakış açısı(45)

Gebelikte yaşanan riskli durumlarda bu tür duygular kendini gösterebilir. Riskli gebeliklerde kadın iki krizi bir arada yaşar. Birinci gebeliği ile ilgili gelişimsel bir kriz ve anne ve bebeğin sağlığının riskli olması ile durumsal bir kriz yaşar ve anksiyete artar(13,47,48).

Bir gebelik planlanmış olsun ya da olmasın kadının çocuk doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi oldukça önemlidir. Kadının şu andaki gebeliğinin devam edip etmeyeceği korkusu sadece gebeliğin kaybına değil doğurganlık yeteneğinin kaybedilebileceğinden dolayıdır. Bu yeteneğini kaybederse kocasının kendisine karşı duygularının değişeceğinden korkar ve kendini yetersiz hisseder. Riskli bir gebelikte ailenin sorunları karmaşıktır ve anksiyete düzeyi yüksektir (8).

1.trimesterde görülen riskli durumlarda gebelikte kayıp daha fazla yaşanır. Ancak çoğunlukla 1.trimester kayıpları en az travmatik diye nitelendirilip ciddiye alınmaz gözardı edilir. Sonucunda stres, depresyon, anksiyete ve kendine güvende azalma, umutsuzluk, boşluk duygusu gibi durumlar yoğun yaşanabilir(6,32,48,49).

Bu duygular;

STRES

Stres beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu ortaya çıkan bir savunmadır (Selye, 1950). Stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla baskı, zorlanma, kaygı, heyecan, korku gibi duyguları kapsayan bir deneyim olarak tanımlanabilir. Başka bir tanımla; bireyin fizik ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde harcadığı gayrete stres adı verilir. Stresin pek çok nedeni olabilir. Bedensel ve psikolojik kökenli olabilir. Bazı Amerikalı psikologlar değişik yaşam olaylarının stres puanlarını hesaplamışlar ve çalışma sonucunda;

- evlenmek 7. Sırada ve 50 puan
- hamilelik 12. Sırada ve 40 puan
- doğum 14. Sırada ve 40 puan almıştır. Diğer puanlar 100 ile 11 arasında değişiklik göstermiştir.

Türkiye’de ise Salaman Sorios tarafından 1982 yılında İzmir’de yapılan araştırma sonucunda ülkemize özgü stres puanları hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda; çocuğun ölümü ilk sırada ve 98 puanla yer almıştır. Aynı şekilde çocuğun hastalanması, sakatlanması 6. Sırada 85 puanla, çocuk düşürme ve düşük yapma 17. Sırada ve 67 puan almıştır(6,8,50,51).

Stres (zorlanma) insanda bazı duyguları yaratır. Örneğin; kızgınlık, saldırgan davranışlar, ya da düşmanlık duygusu olabilir. Kayıp olayı ile karşı karşıya olan hasta bu tepkilerini çevresindeki aile üyelerinin yanısıra doktor hemşireye de yansıtabilir(51).

ANKSİYETE (kaygı)

Gerçek bir tehlikenin varolmadığı ama olası bir tehlikenin yaklaştığı sezildiğinde insanda oluşan duygu anksiyetedir. Başka bir tanıma göre; bireyde stres reaksiyonu sonucu aşırı enerjiye karşı gelişen psikolojik bir tepkidir. Korkuya benzer bir duygudur. Anksiyetenin sözlükteki anlamı” beklenen ve olması yakın bir kötülüğe karşı beynin-dimağın acı veren rahatsızlığı, huzursuzluğudur. Anksiyete genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan , yakın bir tehlikenin beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissidir. Anksiyete üzüntü, sıkıntı başarısızlık duygusu, acizlik, sonucu bilememe gibi duyguların birini/çoğunu içerebilir(6,22,50,51).

Hay ve Papeu’ya göre anksiyete dört değişik düzeyde gerçekleşir. Bunlar: Hafif, orta, ağır anksiyete ve paniktir. Hafif ve orta anksiyetede öğrenme artar. Ağır ve panik aşamalarında ise dikkat gittikçe dağılmaya başladığından öğrenim güçleşir.

Anksiyete, insanın temel duygularından biri olarak kabul edilir. Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda bir miktar anksiyete duyarız. Dişçi koltuğunda otururken, sınavda ya da herhangi bir ameliyata girmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşulların yarattığı bu kaygı türü genellikle, duruma bağlı bir anksiyeteyi oluşturur. Buna durumluluk anksiyetesi denir.

Tehlikeli koşulların yarattığı korku ve tedirginlik, bireyin yaşadığı geçici ve normal bir anksiyete olarak kabul edilir. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma doğrudan doğruya bağlı olmayan sürekli anksiyete ise bir kişilik özelliğini belirler. Sürekli anksiyete bireyleri birbirinden ayırdeden bir özelliktir(52).

Anksiyetenin klinik tablosunda, başta huzursuzluk sıkıntı, heyecan, gerginlik, korku, kötü bir şey olacaktıymış hissi, depresyon dikkati toplayamama, titremeler, çalışamama, davranış bozukluğu, etrafındakilerle geçinememe, çarpıntı, terleme, bulantı, epigastrik ağrı, sıkışma hissi, iştahsızlık hissi, kuvvetli başağrısı, başta ağırlık hissi, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomlar bulunmaktadır(22,50).

UMUT/UMUTSUZLUK

Dufault ve Martocchio(1985) ümidi, çok boyutlu ve yaşamla değişen bir şey olarak tanımlamışlardır.”Ümit, güvenlik duygusu ile karakterizedir ve bir amacın oluşması ve gerçekleşmesi kesin olmayan beklentilerden meydana gelir. Bir başka deyişle; gelecek ile ilgili bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan fazla olan beklentilerdir(Rideout ve Montemuro). Bir çıkış yolu olduğuna ve yardım ile bireyin varlığında değişiklikler oluşabileceği inancı en önemli özelliğidir. Umutsuzluk ise bir amacı gerçekleştirmede sıfırdan az olan olumsuz beklentiler şeklinde tanımlanır. Gerek umut gerekse umutsuzluk, herikiside kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşma olanaklarının olası yansımalarıdır (Melges 1969). Umut ve umutsuzluk karşıt beklentileri simgeler. Umutta hedefe ulaşmak için uygulamaya konulan olayların başarılacağı öngörüsü varken umutsuzlukta başarısızlık yargısı vardır. Bu iki uç beklenti kişiden kişiye, durumdan duruma beklenen sonucun ne zaman ve nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak değişiklik gösterir. Ümit tek bir hareket olmayıp düşünceler, duygular ve sık sık değişen aksiyonlar serisidir. Öldürücü bir hastalık veya bir kayıpla yüzyüze gelen hastalar ve aileleri ümidin değişik boyutlarının deneyimleri (31,43).

Dufault ve Marthachio’ya göre ümidin altı boyutu vardır. Bunlar;

1-Etkili(tesirli) Boyut:Ümidin heyecanlı ve duygusal (güven, albeni duyguları, arzu ve istekler) boyutu

2-Bilişsel boyut: Bireyin istekleri, hayalleri,algıları, düşünceleri ve yargılarıyla oluşan umuttur.

3-Davranışsal Boyut: Bireyin bazı davranışları ümit oluşturabilir. Bunlar; fizyolojik, psikolojik, kültürel ve ruhsal davranışlar olabilir.

4-Etkileşimsel Boyut: Bireyin etkileşimleri sonucu hissettiği umuttur. Sosyal etkileşim, ilişkiler, dostluklar gibi.

5-Geçici boyut: Bireyin zamanla edindiği deneyimlerle oluşan umuttur.

6-Durumsal Boyut: Umut; yaşam içinde birey tarafından algılanan, anlamlandırılan bir şeydir. Yaşam içindeki olaylar umudu etkiler, ayrıca ümidin bir parçasıdır.

Dufault ve Marthachio'ya göre ayrıca umut; genelleşmiş ve özelleşmiş boyutlardadır. Genelleştirilmiş umut: geniştir ve gelecekteki faydalı bir gelişime yönelmiştir. Örneğin: genelleştirilmiş umutlu bir kişi sıkça şunu söyleyebilir. “Daima daha iyisini umut ederim” Özelleştirilmiş umut ise kendine özgü bir duruma yönelmiştir. Örneğin bir çiftin yıldönümüne veya sevilen birinin yaş gününe kadar yaşamayı umut etmeleri gibi.

Hastanın umudunu desteklemek ümidin boyutlarının farkına varılması hemşireye yardımcı olur(43).

1.5.KAYIP YA DA KAYIP RİSKİNDEN DOLAYI KRİZ YAŞAYAN HASTAYA MÜDAHALEDE HEMŞİRENİN ROLÜ/ HEMŞİRE

Krizde eğitimli profesyoneller tarafından yapılan hemşirelik müdahaleleri hastanın krizden etkili başa çıkma becerisiyle çıkmasına, kendi kişilik ve çevre şartları içinde kendini daha iyi anlamasına ve sorunları çözümüleme yeteneklerine ilişkin yeterlilik duygusu ile ortaya çıkmasını sağlar. Son yıllarda kriz müdahalesi uygulaması artmaktadır. Kriz müdahaleleri çeşitli ortamlarda grup ve bireysel yaklaşımlarda kullanılır. Kriz müdahale teknikleri genel hastane ortamlarında klinik uzmanlarca başarı ile kullanılabilir. Hemşireler hastaların ailelerini de katabilir ve onların sevdiklerinin bu durumuna alışmalarına yardımcı olabilirler(50).

Kriz müdahalesinde yaş kriz için bir engel değildir. Krizler; çocukluk çağlarında, gençlikte ve orta yaşlılarda, ihtiyarlarda ve hamile kadınlarda oluşur. Bireyler ve aileler için acil odalarında genellikle potansiyel ve gerçek kriz gerçekleşir. Genel hastane ortamındaki her ünite bireysel ve grup müdahalesinde kullanılabilir(15).

Kayıp sonucunda yaşana kriz iyi paylaşıldığında ve yardım edildiğinden dolayı yas sosyal bir süreçtir. Çok az kişi yalnız yas tutabilir görünür(15).

Burgess ve Baldwin(1981) kriz müdahale tekniklerini kullanan sağlık profesyonellerinin aşağıdaki seviyelerde yetenek geliştirmesi önerilir.

uzmanlarca başarı ile kullanılabilir. Hemşireler hastaların ailelerini de katabilir ve onların sevdiklerinin bu durumuna alışmalarına yardımcı olabilirler(50).

Kriz müdahalesinde yaş kriz için bir engel değildir. Krizler; çocukluk çağlarında, gençlikte ve orta yaşlılarda, ihtiyaçlarda ve hamile kadınlarda oluşur. Bireyler ve aileler için acil odalarında genellikle potansiyel ve gerçek kriz gerçekleşir. Genel hastane ortamındaki her ünite bireysel ve grup müdahalesinde kullanılabilir(15).

Kayıp sonucunda yaşana kriz iyi paylaşıldığında ve yardım edildiğinden dolayı yas sosyal bir süreçtir. Çok az kişi yalnız yas tutabilir görünür(15).

Burgess ve Baldwin(1981) kriz müdahale tekniklerini kullanan sağlık profesyonellerinin aşağıdaki seviyelerde yetenek geliştirmesi önerilir.

- Kavramsal- hasta problemlerinin ve problem çözümlenmesinin anlaşılması için bir çerçeve sağlar.
- Kliniksel değişikliği etkilemek için kavramsal çerçeveyi kullanmalı
- İletişimde etkili yetenekler hastaların krizin kendi üzerlerindeki etkisini araştırabilecekleri tehdit içermeyen bir atmosferin oluşmasını sağlar(15).

1.5.1.KRİZE MÜDAHALE

1.5.1.1.DEĞERLENDİRME

Kriz müdahale tekniklerinin uygun kullanılmasında doğru değerlendirme en önemli faktördür.

Caplan değerlendirmede etkili olabilecek ve krizin sonunu etkileyebilecek bazı etmenleri sıralamıştır.

1-Kişisel etmenler:Örneğin o anki olay sembolik olarak geçmişteki bazı olaylarla ilişkili mi?

2-Sosyo-Kültürel etmenler:Arkadaşlar, komşular ve hatta milleten gelen yardımın derecesi değerlendirilmelidir. Burada kayıp; sosyo – ekonomik durum ne olursa olsun herkes tarafından deneyimlenen evrensel bir şeydir. Kayıpla başa çıkılırken seçenekler yaratma yeteneği ve destek mekanizmalarını etkilediğinden sosyo- kültürel-ekonomik durumun değerlendirilmesi gerekir. Hemşire gerçekçi seçenekleri belirleyebilmek ve uygun kaynak bilgilerini sağlamak için değerlendirme yapmalıdır. Kişinin yaklaşımları inanışları ve adetleri kayba karşı tepkiyi belirten kavramlardır. Üzüntünün ifadesi genellikle kültürel geçmişten ve aile dinamiklerinden ortaya çıkar. Ruhsal ve dini inanışlar uygulamaları ve dinsel ayin ve törenleri içerir. Hemşire sadece kişi için değil ama aile için dini uygulamaların önemine dikkat etmelidir. Örneğin değişik kültürleri incelediğimizde ölümle ilgili değişik gelenekleri ve inançları vardır. Aynı şekilde kültürler ve dinler yas tutmayı sosyal bir süreç olarak ele alır ve yardım ederek dini ve sosyal idare kurallarını sunar. İslamiyette ölümden sonra vucut islami geleneklere göre yıkanır ve dualar yapılır. Hinduizmde; genellikle ölen kişinin ailesi yatağın kenarında kalmayı ister. Çok gençte olsa özellikle önemli olan ölen kişinin büyük oğludur. Ölü insan yıkanır ve yeni elbiseler giydirilir. Musevilerde ise; herhangi bir son tören yoktur. Ölmekte olan insanın Ortodoks haham mı yoksa liberal haham mı görmek istediğini sormak önemlidir(31).

3-Aile: Gelenekleri, yapısı, ve gereksinimleriyle birlikte çözüme yardımcı veya engelleyici oluşur(31,43).

Burgess ve Baldwin(1981) değerlendirme için şu sıralamayı öngörmüşlerdir.

1-Olayın Değerlendirilmesi

Zaman ve Yer

- Kişilerarası ilişkiler
- Krize Karşı gösterilen Tepkiler: Kayıp süreci içerisinde gösterilen tepkileri içerir. Hastaların kendisine zarar vermelerini önlemek için tepkilerin yapısı çabuk ve doğru olarak tespit edilmelidir.

Hemşire hasta ve aile ile görüşür, tepkilerini ve davranışlarını gözlemler.

2. Subjektif belirtilerin değerlendirilmesi: Özellikle hemşire; hastanın/bireyin nasıl reaksiyon göstermesi gerektiği üzerinde durmamalıdır. Önemli olan nasıl reaksiyon gösterdiğini değerlendirmektir.

Bireyin Yardım İsteği: Yardım için istek doğrudan ve dolaylı olarak gösterilebilir. Yardım için destek vermede hastanın önceki durumlarda nasıl problem çözüğünün anlaşılması ile olur.

3-Fizyodinamik Olguların Değerlendirilmesi: Bu değerlendirmede hemşire eskiden yaşamış olduğu duygulara yönelik bir tanımlanma yapar. Mevcut ortamda oluşmuş bir olay geçmiş travmatik deneyimlerden benzer etki ve davranışları deneyimleyebilir.

4-Varolan Başa Çıkma Becerilerinin Değerlendirilmesi: Bireyin önce kullandığı başa çıkma yolları yetersiz kalabilir. Bu başa çıkma yöntemlerinin araştırılması gerekmektedir. Hemşireler hastaların kendi duygusal olgunluk seviyelerine uygun olarak hastalarını eğitecek şekilde ve hastalar tarafından yapılması olası mümkün alternatifler sunabilirler(6,15,31,53).

5-Kriz öncesi Faaliyetlerin Değerlendirilmesi: Hastanın normal yapısı önceden bilinirse düşük üzüntüsünü çok şiddetli geçirme riski olan kadınlara daha özel destek sağlanabilir. Hastanın kriz öncesinde kullandığı başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi çeşitli durumlarda göstereceği tepkiler hakkında hemşireye bilgi verir. Hastanın uyumsuzluk ve çaresizlik duyguları yaratan bir durumla karşılaştığında kısıtlı başa çıkma yöntemlerine sahip olduğu gözlenebilir. Ancak bununda kızgınlığı çözümlenmede etkili olduğu düşünülmektedir(54)

*Duygusal tarz ve iletişim yetenekleri:*Hastanın hayatındaki olaylara tamamiyle cevap verebilme yeteneğini durumunu ortaya çıkarır.

*Sosyal destek sistemi:*Destek sisteminin değerlendirilmesi ilişkilerinin derinliğini gösterir. Hemşire ilişkilerin başladığı ortamları ve hastanın ilişkiyi devam ettirmek için ne kadar enerji harcadığını ortaya çıkarabilir.

*Kişisel incinebilirlikler:*Hayatın bazı alanlarında bütün bireyler incinebilirler ancak genelde incinebilirlik hayatın bir özelliği değildir. Kişinin incinebilir olduğu alanlar başa çıkma yöntemlerinin geliştirilemediği alanlardır.

Kişiliğin Tanımlanması: Kişinin kendini algılaması değerlendirilir. Kuvvetli ve zayıf olduğu alanlar belirlenir. Hastanın kendisini hissetme şekli ve kişisel güçleri kriz çözümlenmede kullanılır.

6-Değerlendirmenin ilgili alanları:Gerektiğinde intihara yönelik davranışlar, madde kullanımı, zarar verme, son zamanlardaki tıbbi ve psikiatrik geçmiş sorgulanabilir.

1.5.1.2.PLANLAMA

Hemşire tüm tanılamaları yaptıktan sonra sorunu çözmek için hedefleri ve müdahaleleri belirlemeli hasta ile işbirliği yapılmalıdır.

Hemşire daha çok planlama ve uygulama safhasında problemi kendisinin çözmesinden çok hastanın çözmesini sağlamalıdır.

1.5.1.3.UYGULAMA

- Uygulama aşamasında hemşire iyi bir zaman yönetimi uygulamalıdır. (Altı ya da sekiz oturum(15,46).
- Hasta ve hemşire tarafından düzenlenen plan uygulanır. Hemşire burada yönlendirici pozisyonundadır.
- Hemşire hasta ve ailesiyle terapötik bir etkileşim oluşturmak için hastaya özel zaman ayırmalıdır. Hastanın reaksiyonlarını gözleyerek başa çıkabilme gücünü ortaya çıkarmalıdır. Etkili bir ilişkide kızgınlık ifadeleri cesaretlendirilmemelidir.
- Hemşire hastaya duygularını yaşama hakkı olduğunu belirterek hastanın duygularını açıkça ifade etmesine yardım eder.
- Hemşireler “Nasıl hissettiğinizi biliyorum”,” Gençsiniz, başka bir bebek sahibi olabilirsiniz” gibi basmakalıp sözler söylemekten kaçınmalıdır. Bu sözler annenin duygularını olumsuz yönde etkiler.
- Kişinin duygularını paylaşması için fırsat verilmelidir. Çünkü fırsat verildiğinde birey düşünce ve duygularını direkt ve dürüst olarak ifade etmeğe eğilimlidir.
- Kayıp karşısında hasta duygularını paylaşmayı tercih ederse hemşire istendiğinde hazır olduğunu belirtmelidir. Hemşire kişinin inançlarını ve değerlerini anladığında etkili bir iletişim kurabilir. Hastayla terapötik bir iletişim kurabilmek için normal kişilik yapısının da bilinmesi gerekir. Normal olarak içedönük yapıdaki bir kişi kayba ilişkin de aynı şekilde davranacaktır(24,31)
- Hemşire iletişim engelleri oluşturmamaya çalışmalıdır. Hastanın kızgınlık ifadelerine karşı yaklaşarak, göz temasında bulunarak ve sessiz kalarak karşılık vermelidir. Hasta hemşire ile iletişime geçebilmek için farklı bir konuyla deneme yapabilir.

- Hemşire kişinin kontrolünü, itibarını ve kişiselliğini korumasına yardımcı olur, destekler. Bu destek; yakın geleceğe odaklanarak, kişinin yetenek ve potansiyelleri vurgulanarak yapılır.
- Kayıp deneyimleyen bireyler kendilerini izole edilmiş, terk edilmiş veya istenmez hissederler. Hemşire fiziksel bakımda ilgili olmalı ve kültürel ve dini değerlerine saygı duymalıdır.
- Davranış veya kaybın fazlarının sıraları değişebilir veya tekrar edebilir. Bu reaksiyonları pek çok değişken etkiler(31).
- Her gebelik kaybında aileler/eşler hemşirelerden hassas, bireysel ve özel ihtiyaçlarına yönelik yaklaşım beklerler.
- Aynı acıyı baba da yaşayabilir. Anne ile aynı durumda olduğu için dışarıdan desteğe ihtiyaçları vardır. Sağlık sistemimize baktığımızda sağlık hizmetleri genelde yaşayan bebekler yönelmiştir ve sağlık çalışanları yeterli tecrübe, kaynak ve psikolojik destek konusunda yetersizdirler(48).
- Hemşire aileye zamanının büyük bir bölümünü ayırır. Gebelik kaybı, gestasyonel yaş, ölen bebek, umut ve rüyaların ölmesine yönelik tepkiler olur(24).
- Aile hemşireye güvenmeli ve hemşire ailenin sorularını cevaplamalıdır .Kayıp ve müdahale hakkında bilgilendirilmelidir. Ailenin seçme şansı varsa bunu sunmalıdır.
- Hastaya verilecek danışmanlık hizmeti olaydan daha az etkilenmesini sağlayacak ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yardımcı olacaktır(55).
- Hemşirenin hastayla dürüst, açık, karşılıklı güvene dayalı bir ilişki kurması ve geliştirmesi önemlidir. Hemşire eşleri birlikte dinleyerek korkularını anksiyete durumlarını ve gereksinimlerini anlamalıdır(8).
- Destek sistemlerin harekete geçirilmesi başlatılır ve bu kaynakları kullanmaya teşvik edilir.

- Hastaya genel destek yalnız olmadığını ve problemin çözümünün etkileyebileceği hissi verilmelidir.
- Bireysel yaklaşımda bireysel psikodinamiler üzerine ağırlık verilerek yapılır. Bireyin özel ihtiyacına yönelir ve bireye özgüdür. Genellikle genel yaklaşım krizin çözümünü etkilemediğinde kullanılır.
- Gruplarda kriz terapisi ise grupta krize neden olan güncel soruna odaklanır(53).

1.5.1.4.DEĞERLENDİRME

- Planlanan hedeflere ulaşılmış mıdır ve olumlu davranış değişiklikleri olmuş mudur?sorularına yanıt aranır.
- Değerlendirme sürecinde hastanın kriz durumunda olaylara tepkilerini ve olguları çözümlayebildikleri yollar tekrar gözden geçirilen bir özetleme süresidir(50).

1.6.KONUyla İLGİLİ YAPILAN ÇALIŞMALAR

Takak'ın (1985) ölü veya kusurlu bebeği olan annelere bakım veren ebe ve hemşirelerin annelere yaklaşım biçimleri, karşılaştıkları güçlükler ve bu güçlükleri etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yaptığı bir çalışmada ebe hemşirelerin ölü veya kusurlu bebeği olan annelere bakım verirken büyük bir kısmının güçlük çektiği görülmüştür. Çalışmada ölü bebeği olan annelere bakım verirken güçlüklerle karşılaşan ebe ve hemşirelerin % 69.6'sının olumsuz yaklaştığı görülmüştür. Bu olumsuz yaklaşımlar; “yeniden bebeğinin olabileceği”, veya ölen bebeğin küçük olduğunu ve bu nedenle üzülmemesini söyleme olduğu görülmüştür. Hemşireler kriz yaşayan aile ile başedemedikleri durumda yardım almak istemişlerdir. Kriz anında bakım verirken güçlüğü olduğunu ifade eden hemşirelerin%45'i hemşire arkadaşlarından %39.4'ü doktorlardan yardım almışlardır. Buna neden olarak; hemşirelerin ve ebelerin kusurlu bebeklere daha uzun süre bakım vermeleri ve bu ailelerin daha uzun süre stres yaşamalarıdır(42,55).

Aydemir ve arkadaşlarının (1990) psikiatrik değerlendirme amacıyla hiperemesis gravidarum tanısı ile hospitalize edilmiş 58 gebeyle; aynı tarihlerde normal gebelik takibindeki 2-4 aylık gebeliğe sahip rastgele seçilmiş 52 kişilik kontrol grubu ile çalışma yapılmıştır. Olguların ruhsal özelliklerinin ortaya konulması için SCL90(Semptom Check List) ile durumluluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) kullanılmıştır. Olguların kaygı düzeylerine bakılmış ve kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksek puan almışlardır. Bununla birlikte SCL90(Syptom Check List) uygulanmış ve sonuçta paranoid düşünce belirtileri hariç bütün belirtilerde kontrol grubu ile çalışma grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır(40).

O'Brien ve arkadaşlarının (1992) Amerika'da yaptığı bir araştırmada gebelikteki kusma bulantının gebe ve ailesinin yaşam kalitesine etkisini araştırmışlardır. Araştırmaya katılan olguları gebelik haftası 5.86 ile 16.57 arasında değişiklik göstermiştir.(X: 11.09 SD:2.5) Araştırmada 6 temel konu üzerinde durulmuştur. Bunlar; kusma ve bulantının gebelik boyunca gebe ve ailesinin hayatına etkisi, aile içi fonksiyonlarındaki değişiklik, sosyal fonksiyonlarındaki değişiklik, meslek yaşamları, başa çıkma yolları ve aktiviteleri incelenmiştir. Hastaların evlerinin uzak olması nedeniyle 50 dakikayı aşmayan telefon görüşmesi sonucunda verilen cevaplar değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma 147 gebe ile yapılandırılmış telefon görüşmesi sonucunda tüm katılımcıların gebeliklerindeki kusma bulantılar sonucu ailelerinde, sosyal ve iş yaşamlarını etkilediğini belirtmişlerdir(38).

Cuisinier ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada düşük ve ölüdoğum deneyimleyen hastaların kayıp sonrasındaki yas şiddeti ile verilen bakımın başarısını belirlemek amacıyla yapmışlardır. Çalışmada kayıptan sonraki süre ile yas arısındaki ilişkiyi, profesyonel bakım ve destekten ne şekilde tatmin olduklarını araştırmışlardır. Araştırma 143 olgu ile gerçekleştirilmiştir. Düşük için 20 haftanın altındaki kayıplar alınmış, ölü doğum içinde 20-28 hafta arasında kayıp yaşayan hastalar alınmıştır. Hastalara (Perinatal Grief Scala) ve SCL90(Syptom Check List) ve İnterpersonel Problem Solving Inventory (IPSI) ölçekleri kullanılmıştır

Araştırma sonucunda gestasyon yaşı büyüdükçe yasin artacağı ve eş ve sosyal desteğin olmamasının yasta hazırlayıcı faktör olarak göstermişlerdir. Olgular düşük sonrasında aldıkları bakımın bebeği ölen hastalara verilen bakıma nazaran daha az

olduklarını vurgulamışlardır . Doğum ve kürtaj deneyimleyen hastaların doktor ve hemşirelerin onların duygularını daha az anladıklarını belirtmişlerdir. Özellikle erken gebelik kaybı yaşayan hastalar duygularına engel olmalarına rağmen daha fazla profesyonel destek ve bilgi almamışlardır. Profesyonel bakımın etkili olduğunu vurgulamışlardır(54).

Prettyman ve arkadaşlarının (1993) yılında İngiltere’de yaptığı bir çalışma da erken düşük sonrasında 1,6ve 12 hafta sonrasında olguların anksiyete ve depresyon skorlarına bakılmıştır. Araştırma 65 olguda gerçekleştirilmiştir. Olguların %69’u evlidir, %72’si planlanmış gebelik ve %25’ilk gebeliklerdir. Sonuçta; erken düşük sonrası ilk 1 haftada %41 oranında anksiyetenin %22 oranında depresyon düzeyinin klinik olarak anlamlı önemli ölçüde yüksek olduğu bulunmuştur(56).

Özaltın ve arkadaşlarının 1993-1994 öğretim yılı önlisans programı 285 hemşire öğrencileri üzerinde bir araştırma yapmıştır. Araştırma öğrencilerin ölüme ilişkin yaklaşımlarının saptanması ve bu yaklaşımlarca verilen hemşirelik eğitiminin etkisi araştırılmıştır. Öğrencilere bir öğrencinin ölüme ilişkin deneyimleri örneklenerek bitirme sınavlarında sınav sorusu olarak, öğrencilere sorulmuştur. Öğrencilerden örnek vakadaki hemşire öğrencinin yerli ve yetersiz yönlerini kısaca belirtmeleri ve yardım yönünden, örnek vakadaki hemşire öğrenciyi değerlendirmeleri istenmiştir. Araştırma sonucunda; öğrencilerin cevapları incelendiğinde 530.5’i “basmakalıp,” %28.4 “yargılayıcı”, %23.5’i “basmakalıp-yargılayıcı” ve %17.5’i “empatik” olarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; ölüme ilişkin bastırılmış duygularının olduğu, verilen eğitimle değişikliğe uğramadığı saptanmıştır(57)

Beutel ve arkadaşlarının (1995) yılında yapmış olduğu bir çalışmada düşük sonrası yas ve depresyonu ; anksiyete, fizik komplikasyonların, depresyonun, hayat olaylarının ölçüldüğü spesifik çok boyutlu yas skalasını (Munich Grief Scala) kullanarak araştırmışlardır. Düşükten sonra kadınlarda yas ve depresyon tepkilerinin birlikte görüldüğünü ve hastaların %32’sinde düşükten hemen sonra depresyon değerleri önemli ölçüde yükselmiştir.125 hastada yapılan çalışmada %50 oranında erken düşüğün farklı duygusal tepkiler yarattığı görülmüştür(49).

Lee ve arkadaşlarının(1996) yapmış olduğu çalışmada ise; düşükten 1 hafta ve 4 ay sonrasında olguların depresyon ve anksiyete skorlarına bakılmıştır, anksiyete düzeyi önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Olgular 19.gebelik haftasını aşmamış, önceden düşük deneyimlememiş, 18 yaşından büyük, sonrasında gebelik isteyen kişilerdir. İlk 1 haftada anksiyete skorları yüksek iken 4 ay sonunda anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlı derecede azalma görülmüştür.

Aynı çalışmada olguların %36'sının düşükle ilgili yeterli bilgi ve açıklama aldığını belirtmişlerdir(19).

Schreiner ve arkadaşlarının (1995) Amerika'da yaptığı bir çalışmada çoğul gebeliklerde redüksiyon(azaltma) sonucunda akut ve sonraki dönemde oluşan psikolojik reaksiyonları incelemişlerdir. 100 olgunun %65'inin emosyonel zorluk ve stres yaşadıklarını ve %70'inde yas reaksiyonları gösterdiklerini belirtmişlerdir. Yas reaksiyonlarını gösteren grupta kayıptan önce ve kayıptan hemen sonra tepkilerini göstermişlerdir(55).

Thapar ve Thapar'ın (1996) yapmış olduğu bir çalışmada; düşük sonrasında 60 kadın değerlendirilmeye alınmıştır” Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası” uygulanmıştır. Daha önce düşük deneyimleyen kadınlarda bile anksiyete düzeyine yüksek oranda rastlanmıştır. Bu bulgular kontrol grubu ile desteklenmiştir(32).

Düşükten sonra ebeveynler hamileliğin sonlarındaki kayıp kadar yoğun kayıp duygusunu yaşayabilirler. Hayal ettikleri bebeğin yasını tutarlarken, arkadaş, aile ve sağlık çalışanları kayıp sanki küçük bir olaymış gibi davranabilir. Özellikle erken dönem kayıplarında cenaze, çiçek ve taziye mesajları söz konusu değildir. Kısacası kadın kaybını paylaşamaz, kendi içinde yaşamış olur(13,29).

Kömürcü'nün (1996) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin ölecek hastayı ve onun ailesini anlamalarına ilişkin tutumlarını incelemiştir. Çalışmaya katılan hemşireler ölecek hastaların bakımlarında hemşirenin hastasına bakım vermesini (%95) bakım verirken kendi duygularını kontrol edebilmesi(%91.7) bakımda sağlık personelinin farklı davranabileceğini (%63.3) belirtmişlerdir. Ancak genellikle doktor ve hemşirelerin ölecek hastanın gereksinimlerini karşılamada kolayca iletişim

kurabildiklerini (%66.6) saptanmıştır. Araştırma sonucunda hemşirelerin ölecek hasta ve ailesini anlama konusunda genelde tüm olumlu duygu ve düşüncelerine karşın yine de kendilerini çok rahat hissetmedikleri gözlenmiştir(59).



1.7.ÇALIŞMANIN AMACI

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın kadın yaşamında bir kriz ve dönüm noktasıdır. Normal gebelik periyodunda da kadında fiziksel ve psikolojik değişiklikler olmakta ve bu değişikliklere uyum sorunu yaşanabilmektedir. Bu duruma ilaveten gebeliği riske edecek bir durumun varlığı ve bunun sonucunda gebeliğin/bebeğin kaybı/kaybetme riski ya da kaybı hasta ve ailesini daha fazla stres ve anksiyete içine sokmaktadır.

Sağlık bakım sistemi içerisinde sağlık çalışanları kayıp yaşamış/ kayıp riski olan hastalara karşı fiziksel bakımla sınırlı kalabilmekte hastaların duygu, düşünce ve diğer sorunlarına karşı profesyonel destek ve bakım sağlamada sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle gebelik süreci içerisinde 1.trimester kayıpları önemsenmemekte ve fazla etkilemeyeceği düşünülmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda bu düşüncenin yanlış olduğu vurgulanmaktadır.

Bu çalışmada, gebeliğin erken döneminde (1.trimester) herhangi bir nedenden dolayı gebeliği risk altında olan/ bebeğini kaybetmiş hastaların duygu ve düşüncelerinin araştırılması ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda onlara bakım verecek hemşirelere bir rehber oluşturması amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

2-GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma gebeliğin 1.trimesterinde bebeğini kaybeden ve kaybetme riski olan kadınların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

2.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırmamız İstanbul'da Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerekli izinler alınarak yapılmıştır.

Hastanenin seçiminde gözönüne alınan kriterler; doğumevi olması, hasta kapasitesinin fazla olması ve küçük müdahale yapılan hastaların 24st gözlem altında tutulmasıdır. Zeynep Kamil Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum ve çocuk klinikleri şeklinde hizmet vermektedir. Çalışma hastanenin 1. Jinekoloji Kliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Klinikte Gündüz 2-3 hemşire gece ve hafta sonlarında tek hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışması düzeni; hafta arası gündüz 08-16 (8st), hafta sonu 08-08 (24st) şeklindedir.

Çalışma 1.07.1998-10.10.1998 tarihleri arasında hafta içi 5 gün süreyle yapılmıştır.

Uygulama; genellikle gündüz 10-12 saatleri arasında yapılmıştır. Bu saat klinik yoğunluğun az, ziyaret sonrası ve taburcu olma saatleri olması sebebiyledir. Bazı günlerde ise gündüz herhangi bir zamanda yapılmıştır.

2.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmamızın evrenini 1.Jinekoloji servisine gelen gebeliğin ilk trimesterinde herhangi bir risk nedeniyle gebeliğini kaybeden ve kaybetme riski olan ve kliniğe yatan hastaların tümü oluşturmuştur.

Araştırmaya türkçe bilen/konuşan ve araştırmayı kabul eden olgular alınmıştır. Daha önceden psikiyatrik tedavi gören, ilaç kullanan ve öyküsünde depresyon gibi rahatsızlıkları olan hastalar alınmamıştır.

Araştırmaya gebeliğin birinci trimesterinde bebeğini kaybeden 50 olgu ve kaybetme riski olan 50 olgu alınmıştır.

Genelde kayıp yaşayan olgular kürtaj sonrası ilk 24 saat gözlem altında tutulduktan sonra taburcu olmuştur. Cerrahi müdahale veya tıbbi tedavi uygulanan hastalar 2-5 gün arasında hastanede kalmıştır.

2.4.VERİLERİN TOPLANMASI

2.4.1.Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç Gereçler

● Verilerin toplanmasında literatür bilgisine dayanılarak araştırmacı tarafından bir anket formu geliştirilmiştir.(Ek 1)

Anket formunda;

- Hastaların tanıtıcı özellikleri
- Obstetrik özellikleri
- Gebeliğe ilişkin duygu/düşünceleri ve
- Hastanedeki deneyimlerine ilişkin açık ve kapalı uçlu toplam 25 sorulardan oluşmaktadır.

● Ayrıca bu hastalara kaygı düzeylerini saptamak amacıyla Spielberger'in Durun-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Traid Anxiety İnvantory) kullanılmıştır.(Ek 2)

Hazırlanan anket formu KYG(Kayıp Yaşayan Grup) ve KROG(Kayıp Riski Olan Grup) 'ta 10 olgu ile pilot çalışma yapılmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanmıştır.

Durumluluk ve Sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan ve 20'şer maddeden oluşan bir ölçektir Spielberger (1966) kuramına göre anksiyete, mgeçek bir

tehlike ya da bir tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı ya da bireysel farkların bulunduğu bir kişilik özelliğidir.

Spielberger bu tanıma uygun biçimde, kişinin anksiyete tipini ve düzeyini saptamaya çalışmıştır. Bu amaçla “Durumluluk- süreklilik Anksiyete Ölçeği”(State Traid Anxiety Inventory- STAI) adında kişinin kendini değerlendirebilmesi için bir anket geliştirmiştir. Anket 1976’da Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır(52).

“Durumluluk Anksiyete Ölçeği” bireyin belirgin bir an ya da durumunda kendini nasıl hissettiğini ortaya koyar. Bunun için ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre birey; (1) Hayır, (2) Biraz, (3) Odukça, (4) Tamamen gibi seçeneklerden birini işaretler.

“Sürekli Anksiyete Ölçeği” ise bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini ortaya koyar. Duygularının sıklık derecesine göre bireyin (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu Zaman, (4) Her Zaman gibi seçeneklerden birini işaretlemesi gerekir.

Her iki ölçekte kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde; 0-19 puan (yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan(orta), 60-79 puan (ağır), 80 puan ve üzeri çok şiddetli panik olarak uygulanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan örneklem grubu için durumluluk süreklilik anksiyete ölçeği cronbach α iç tutarlılık kat sayısı durumluluk 0.71 ve süreklilik 0.78 olarak saptanmıştır.

24.2.Verilerin Toplanması

25 sorudan oluşan anket sorularınının 15 tanesi araştırmacı tarafından hastadan, doktorundan ve hasta dosyasından alınan bilgilerle doldurulmuştur. Taburculukla ilgili son iki soru dışındaki soruları ve anksiyete envanteri hasta tarafından doldurulmuştur. Anketteki taburculukla ilgili olan 2 soruyu hasta taburcu olurken cevaplamıştır.

Durum –Sürekli Anksiyete Envanteri olgulara “Kendini değerlendirme Formu olarak verilmiş ve nasıl dolduracakları hakkında bilgi verilmiştir.

Kayıp yaşıyan hastalara genellikle müdahale yapılmıştır. Müdahale sırasında hastanın genel durumuna ve müdahalenin şekline göre genel anestezi verilmiştir. Hastaların bilinci açılıncaya kadar bu odada gözlem altında tutulmuştur daha sonra odalarına alınmışlardır. Bu hastalarla görüşme bilinci açılıp kendine geldikten sonra yapılmıştır.

Kayıp riski olan hastalarla görüşme hastanede yattığı süre içinde herhangi bir zamanda yapılmıştır.

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve “Durum- Sürekli Anksiyete Envanteri” nin doldurulması yaklaşık olarak 15-20 dk arasında gerçekleşmiştir. Okuma yazması olmayan ve rahat okuyup yazamayan olguların formları araştırmacı tarafından okunarak doldurulmuştur.

Olguların durumuyla ve tedavileriyle ilgili sorular sorulmasına rağmen açıklama yapılmamış anket doldurma işlemi bittikten sonra hastaya istedikleri ve gerekli olan tüm açıklamalar yapılmıştır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Grupların veriler arasındaki ilişki; Chi-square (χ^2 testi),”t” testi, varyans analizi ve cronbach α iç tutarlılık testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

3-BULGULAR

3.1 OLGULARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ

TABLO 1 : Olguların Tanıtıcı Özellikleri

OGULARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ	KYG (Kayıp Yaşayan Grup)		KROG (Kayıp Riski Olan Grup)		χ^2	p
	n:50	%	n:50	%		
YAŞ						
• 16-25	21	42	24	48	8.53	p<0.05
• 20-35	17	34	24	48		
• 36-45	12	24	2	4		
EĞİTİM DURUMU						
• Okur-yazar değil/okur yazar	7	14	3	6	6.00	p<0.05
• İlkokul	35	70	29	58		
• Orta ve yüksek okul	8	16	18	36		
ÇALIŞMA DURUMU						
• Ev hanımı	46	92	44	88	0.44	p>0.05
• Çalışıyor	4	8	6	12		
EŞİN EĞİTİM DURUMU						
• İlkokul	30	60	22	44	5.02	p>0.05
• Ortaokul/lise	19	38	22	44		
• Yüksekokul/Fakülte	1	2	6	12		
EŞİN MESLEĞİ						
• İşçi/Memur	16	32	15	30	2.08	p>0.05
• Serbest çalışıyor	30	60	34	68		
• Çalışmıyor	4	8	1	2		
SOSYAL GÜVENCE						
• Var	15	30	26	52	5.00	p<0.05
• Yok	35	70	24	58		
SİGARA İÇME						
• İçiyor	15	30	11	22	0.83	p>0.05
• İçmüyor	35	70	39	78		

Kolon yüzdesi alınmıştır.

Tablo 1’de olguların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş dağılımlarını incelediğimizde; KYG’un (Kayıp Yaşayan Grup) %42’si “16-25” yaş grubunda, KROG’un (Kayıp Riski Olan Grup) ise %48’i oranında “16-25” ve “26-35” yaş grubundadır. KYG’un %24 KROG’un ise %41’i “36-45” yaş grubunda arasında yer

almıştır. Grupların yaş dağılımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (χ^2 : 8.53 $p<0.05$).

Eğitim durumları incelendiğinde; Her iki grubun çoğunluğunun (%70, %58) “ilkokul” mezunu olduğu anlaşılmıştır. KYG’un %2’si, KROG’un %36’sı “orta/yüksekokul” mezunudur. KYG’un %2’si, KROG’un %4’ ü yüksekokul mezunu olduğu için ayrı bir değerlendirmeye alınmamıştır. İki grup arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur (χ^2 :6.00 $p<0.05$).

Çalışma durumunda; Olguların büyük çoğunluğunun (KYG %92’si, KROG’unda %88’i) ev hanımı olduğu anlaşılmıştır. İki grup arasında bir fark bulunmamıştır (χ^2 :5.02, $p>0.05$).

Olguların **evlenme yaşları ortalaması** KYG’de $X:19.82 \pm 3.64$ KROG’ta ise $X:20.26 \pm 4.18$ ’dir. İki grup arasında evlenme yaşı ortalaması benzerlik göstermektedir (F: 0.004, $p>0.05$).

Olguların eşlerinin eğitim durumları; KYG’un %60’ı, KROG’un %44’ü ilkokul mezunudur. Her iki grupta Y.O./ Fakülte mezunu azınlıktadır. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur (χ^2 : 5.02, $p>0.05$).

Her iki gruptaki eşlerin çoğunlukla(%60,%44) ilkokul mezunu oldukları benzer şekilde **Olguların eşlerin meslekleri** incelendiğinde; KYG’un %60’ı KROG’ta ise %68 oranında “serbest çalıştığı” görülmüştür. İki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (χ^2 : 2.08, $p>0.05$).

Sosyal güvence durumuna baktığımızda; KYG’un %70’inin, KROG’un %48’in “sosyal güvencesinin olmadığı” saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 5.00, $p<0.05$). Gruplarda genellikle (%70,%78) oranında “sigara içmedikleri” saptanmıştır (Tablo 1).

TABLO 2 : Olguların Obstetrik Özellikleri

OLGULARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ	KYG		KROG		χ^2	p
	n:50	%	n:50	%		
GEBELİK HAFTASI					0.00	p>0.05
• 4-8 h.	23	46	23	46		
• 8-12 h.	27	54	27	54		
GRAVİDA					1.60	p>0.05
• 1	15	30	18	36		
• 2-3	15	30	18	36		
• 4 ve ↑	20	40	14	28		
PARA					4.19	p>0.05
• 0-1	24	48	34	68		
• 2-3	15	30	10	20		
• 4 ve ↑	11	22	6	12		
YAŞAYAN ÇOCUK					3.47	p>0.05
• 0-1	27	54	36	72		
• 2-3	18	36	11	22		
• 4 ve ↑	5	10	3	6		
ABORTUS					31.70	p<0.01
• Yaşayan	49	98	26	52		
• Yaşamayan	1	2	24	48		
KÜRTAJ					65.46	p<0.01
• 0	0	0	38	76		
• 1	33	66	3	6		
• 2 ve ↑	17	34	9	18		
SON KULLANILAN KONTRASEPTİF YÖNTEM					0.79	p>0.05
• Etkili yöntem kullanıyor	12	24	16	32		
• Etkili yöntem kullanmıyor	11	22	10	20		
• Korunmuyor	27	54	24	48		
HASTANEYE GELİŞ ŞEKLİ*					3.05	p>0.05
• Muayene Normal Kontrol	7	13	2	3		
• Kanama	40	70	26	45		
• Ağrı	9	17	10	17		
• Bulantı Kusma	-	-	21	35		
TOPLAM	54	100	59	100	26.5	p<0.05
TANI						
• Abortus (Gebelik kaybı var)	46	92				
• Ektopik Gebelik	3	6				
• Anomalili Bebek	1	2				
• Hiperemezis Gravidarum			22	44		
• Abortus İmmünens			23	46		
• Ektopik Gebelik			5	10		

*Birden fazla cevap verildiği için n katlanmıştır. Kolon Yüzdesi alınmıştır.

3.2. OLGULARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ

Olguların obstetrik özelliklerini incelediğimizde; gebelik haftası, gravida, para, yaşayan çocuk, abortus, kürtaj, son kullanılan kontraseptif yöntem, hastaneye geliş şekli ve tanıları arasında gruplar arası yapılan istatistiki testlerde anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yalnızca abortus, kürtaj ve hastaneye geliş şeklinde kanama ve bulantı kusma şikayetleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Grupların gebelik haftalarına göre dağılımları birbirleriyle aynıdır. KYG ve KROG'un %54'ünün gebelik haftası "8-12 hafta" dır.

Gravida sayısını incelediğimizde; KYG'un %40'ının "4 ve ↑" olduğu, KROG'un ise" 2-3 "ve "1" gravidası olanların aynı (%36) olduğu gözlenmiştir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 1.60, $p>0.05$).

Olguların **para** durumunu incelediğimizde; KYG'un %48'inin "0-1", %22'sinin "4 ve ↑", KROG'ta; %68'i "0-1", %12'si "4 ve ↑" olduğu görülmektedir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 4.19, $p>0.05$).

Yaşayan çocuk sayısı iki grup arasında benzer dağılım göstermektedir. Olguların çoğunluğunun (%54, %72) oranında 0-1 canlı çocuğa sahip olduğu anlaşılmıştır. İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (χ^2 : 3.47, $p>0.05$).

Abortus sayılarını incelediğimizde; KYG'un %98'i abortus yaşarken KROG'un %48'i abortus deneyimlememiştir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 3.47 $p<0.01$).

Kürtaj sayısına baktığımızda; KYG'ta hiç kürtaj deneyimlememiş olgu yoktur. Buna karşın KROG'un %76'sı küretaj deneyimlememiştir. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 65.46 $p<0.01$).

Her iki gruptaki olguların **son kullandıkları kontraseptif yöntemlerine** baktığımızda; KYG'un %54'ünün KROG'un %48'inin korunmadığı dikkat çekmektedir. Etkili yöntem kullanma oranının KYG'ta %24, KROG'ta %32 olduğu da gözlenmiştir. İki grup arasında, anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 0.79 $p>0.05$).

Olguların hastaneye geliş şeklini karşılaştırdığımızda; KYG ve KROG(%80, %52)oranında kanama ile gelirken, KROG'un %42'si bulantı kusma şikayeti ile gelmiştir. İki grup arasında bulantı kusma ve kanama şikayetleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (χ^2 : 8.73 p<0.05, χ^2 : 26.5 p<0.05).

Tanıları incelendiğinde; KYG'un %92'si "gebelik kaybıyla" sonuçlanmış "abortus", %6'sı "ektopik "gebeliktir. KROG'u %44'ü "hiperemezis gravidarum" , %46'sı "abortus imminens" olduğu görülmüştür. KYG'ta %92 abortus tanısı konmasına karşın KROG'ta %46 oranında abortus tanısı konmuştur. Gruplar tamamen farklı olduğu için herhangi bir ilişkiye bakılmamıştır.

Tablo'da 2'de tedaviler belirtilmemiştir. Olguların tedavileri incelendiğinde; KYG'un %96'sının kürtaj %4'ü ise opere olmuştur. KROG'un tamamı tıbbi tedavi görmüştür.



TABLO 3: Olguların Hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri İle Yardım Ve Destek Alma Durumları

OLGULARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRECE GEREKSİNİMLERİ İLE YARDIM VE DESTEK ALMA DURUMLARI	KYG		KROG		χ^2	P
	n:50	%	n:50	%		
GEREKSİNİMLER*						
Herhangi bir şeye ihtiyacı yok	5	10	6	12		
Durumu hakkında endişeli	9	18	13	26		
Psikolojik yönden desteğe ihtiyacı var	14	28	11	22	2.70	P>0.005
Evine gitmek istiyor	16	32	11	22		
Ekonomik/fiziksel şikayetlere yönelik ihtiyaç var	6	12	9	18		
YARDIM VE DESTEK ALINAN KİŞİLER						
Eş						
• Alan	32	64	36	72	0.73	p>0.05
• Almayan	18	36	14	28		
Tüm aile çevresi						
• Alan	24	48	23	46	0.36	P>0.05
• Almayan	26	52	27	54		
Sağlık Personeli						
• Alan	27	54	25	50	0.16	p>0.05
• Almayan	23	46	25	50		
YARDIM VE DESTEK ALINMAYI İSTEDİKLERİ KİŞİLER						
Eş						
• İstiyor	33	66	31	62	0.17	p>0.05
• İstemiyor	17	34	19	38		
Tüm Aile Çevresi						
• İstiyor	35	70	30	60	1.09	p>0.05
• İstemiyor	15	30	20	40		
Hastane Personeli						
• İstiyor	27	54	28	56	0.04	p>0.05
• İstemiyor	23	46	22	44		

3.3. OLGULARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRECE GERESİNİMLERİ İLE YARDIM VE DESTEK ALMA DURUMLARI

Olguların hastanede yattığı sürece en çok gereksinim duydukları durumlar sorulduğunda; KYG'un %28'inin "psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olduğunu" söylerken KROG'ta bu oran %22 olmuştur. KYG'un %18'inin "durumu hakkında endişeli olduğu" KYROG'ta ise %26'ünün "durum hakkında endişeli olduğu" saptanmıştır (Tablo 3).

Olguların hastanede yattığı sürece yardım ve destek alma durumları incelendiğinde; en fazla KYG'un %64'ünün KROG'un %72'sinin "eşinden" yardım ve destek aldığı saptanmıştır.

Ancak KYG(eş %66, tüm aile çevresi %70, hastane personeli %54) oranında benzer şekilde KROG(eş %62, tüm aile çevresi%60, hastane personeli %56) oranında yardım ve destek almayı istedikleri anlaşılmıştır (Tablo 3).

3.4. OLGULARIN GEBELİKLERİNE YÖNELİK DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ

TABLO 4: Olguların Gebeliklerine Yönelik Duygu Ve Düşünceleri

GEBELİKLERİNE YÖNELİK DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ	KYG		KROG		χ^2	P
	n	%	n	%		
GEBELİĞİN PLANLAMA DURUMU*						
Eşi ile birlikte karar verme						
• Evet	21	42	30	60	3.24	p>0.05
• Hayır	29	58	20	40		
Tüm ailenin istemesi						
• Evet	40	80	43	86	0.63	p>0.05
• Hayır	10	20	7	14		
Gebeliği istememe						
• Evet	27	54	38	76	5.31	p<0.05
• Hayır	23	46	12	24		
DURUMU HAKKINDA BİLGİSİ OLMA DURUMU						
• Yeterli Bilgisi Olan	27	54	20	40	1.96	p>0.05
• Yeterli Bilgisi Olmayan	23	46	30	60		
DURUMUNA YÖNELİK DÜŞÜNÇESİ						
• Böyle olması daha iyi oldu	14	28	4	8	18.25	p<0.01
• Bir daha gebe kalma korkum var	17	34	17	34		
• Yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı düşüncede olma	17	34	12	24		
• Olaydan Etkilenmedim	2	4	17	34		
TEKRAR GEBELİK DÜŞÜNME DURUMU						
• Kısa süre sonra düşünme	19	38	16	32	5.81	P=0.05
• Uzun süre sonra düşünme	13	26	24	48		
• Tekrar gebelik düşünmüyor	18	36	10	20		

Kolon yüzdesi alınmıştır.

Gebeliğin planlama durumu incelendiğinde; KYG'un %42'si KROG'un %60'ının "eşi ile birlikte karar verdiği", KYG'un %54'ünün KROG'un %76'sının "gebeliği istemediği" saptanmıştır. Gebeliği isteme açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. (χ^2 : 5.31 p<0.05). Ailelerin çoğunluğu (%80, %86) oranında "gebelikleri istediği" anlaşılmıştır.

Olguların **hastaneye yattığında durum hakkında bilgisi olup olmadığı** sorgulandığında; KYG'un %54'ü KROG'un %40'ının "durum hakkında bilgisi olduğu" KROG olgularının %60 oranında "bilgi sahibi olmadığı" saptanmıştır". İki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(χ^2 : 1.96 p>0.05) (Tablo 4).

Olguların **durumlarına yönelik düşünceleri** sorulduğunda; KYG ve KROG'ta %34 oranında "bir daha gebe kalma korkusu" olduğu, KYG'un %4'ü KROG'un %34'ünün "olaydan etkilenmediği" görülmüştür. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 18.25 p<0.01).

Tablo 4'te olguların **gelecekteki gebelik planlanlarına** baktığımızda; Olguların kısa/uzun sürede (%64, %80) tekrar gebelik düşündükleri, KYG'un %36'sının KROG'un %20'sinin tekrar gebelik düşünmediği saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 : 5.81 p>0.05) .

TABLO 5: Olguların Taburculukta Gereksinim Duydukları Konular Ve Bilgilendirilme Durumları

Olguların Taburculukta gereksinim duydukları konular* ve bilgilendirilme durumları	KYG		KROG		χ^2	p
	n	%	n	%		
Gereksinim Duyulan konular						
İlaç/uygulama/cinsel yaşamla ilgi bilgiye gereksinimi						
• Var	16	32	25	50	3.34	p>0.05
• Yok	34	68	25	50		
Gebelik/Aile Planlaması ile ilgili bilgi gereksinimi						
• Var	34	68	27	54	2.05	p>0.05
• Yok	16	32	7	14		
Bilgiye gereksinimi olmama durumu						
• Var	10	20	7	14	0.63	p>0.05
• Yok	40	80	43	86		
Bilgilendirilme Durumu						
Yeterince Bilgisi						
• Olan	19	38	10	20	3.93	P<0.05
• Olmayan	31	62	40	80		

Kolon yüzdesi alınmıştır.

3.5. OLGULARIN TABURCU OLURKEN GEREKSİNİM DUYDUĞU KONULAR VE BİLGİLENDİRİLME DURUMLARI

Tablo 5'te olguların taburcu olurken bilgi gereksinimleri incelenmiştir. KYG'ta (%68), KROG(%50) oranında “İlaç/uygulama/cinsel yaşamla “ ilgili konularda bilgiye ihtiyacı olmamalarına karşın KYG'un %68'in KROG'ın %54'ün “Gebelik/Aile Planlaması” hakkında bilgiye ihtiyacı olduğu saptanmıştır. KYG'ın %10'u, KROG'ın %14'ünün “herhangi bir konuda bilgiye ihtiyacı olmadığı” saptanmıştır.

Bilgilendirilme durumları incelendiğinde; KYG'ın %38'i KROG'un %20'sinin yeterince bilgisi olduğu saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 3.93 p<0.05) (Tablo 5).

TABLO 6: Olguların Durumluluk-Süreklilik Anksiyete Puanları

GRUPLAR	KYG			KROG			t	p
	n	S.D	X	n	S.D	S.D		
DAP	50	47.97	8.61	50	50.48	7.99	-1.52	p>0.05
SAP	50	50.84	8.71	50	49.86	7.20	0.86	p>0.05

3.6. OLGULARIN ANKSİYETE PUANLARI

KYG'un DAP(Durumluluk Anksiyete Puanı) (X: 47.96 ±8.61) KROG'un DAP (X:50.84 ±8.71) olduğu saptanmış ve iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. KYG'un SAP(Süreklilik Anksiyete Puanı) (X:50.8±8.71), KROG'un SAP (X:49.86±7.20) olarak saptanmış iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:0.2 p>0.05, t :0.86 p>0.05) (Tablo 6).

3.7. OLGULARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**Tablo 7 : Olguların Yaşlarına Göre Anksiyete Puanları**

Yaş	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	X	S.D	F,p
DAP								
• 16-25	21	47.19	2.13	F:1.42 p>0.05	24	51.79	7.38	F:0.69 p>0.05
• 20-35	17	50.64	1.72		24	49.08	8.76	
• 36-45	12	45.50	2.31		2	51.50	4.94	
SAP								
• 16-25	21	49.09	8.10	F:1.22 p>0.05	24	49.50	6.59	F:0.08 p>0.05
• 26-35	17	50.76	7.85		24	50.08	7.86	
• 36-45	12	54.00	10.60		2	51.50	10.60	

KYG'un DAP (16-25) yaş grubunda (X: 47.19±2.13) KROG'ta (X: 51.79±7.38) olduğu görülmüştür. KYG'ta (36-45) yaş grubunda SAP (X: 54.00±10.60) olduğu, (16-25) grubunda SAP (X: 49.09±8.10) olarak saptanmış, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F:1.22, p>0.05) (Tablo 7).

TABLO 8 : Olguların Eğitim Durumuna Göre Anksiyete Puanları

Eğitim Durumu	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	X	S.D	F,p
DAP								
• Okuryazar değil/okuryazar	7	52.57	7.76	1.59 p>0.05	3	53.33	10.69	0.59 p>0.05
• İlkokul	35	46.65	8.36		29	50.20	7.57	
• Ortaokul/Lise/Y.O.	8	49.62	9.70		18	48.72	6.17	
SAP								
• Okuryazar değil/okuryazar	7	56.42	6.29	3.12 p>0.05	3	53.33	10.69	0.59 p>0.05
• İlkokul	35	50.91	8.95		29	50.20	7.57	
• Ortaokul/Lise/Y.O.	8	45.62	6.73		18	48.72	6.17	

Tablo 8’de Olguların eğitim düzeyleri ile anksiyete puanları incelendiğinde; KYG’un “Okuryazar değil/okuryazar” olmayanlar DAP (X: 52.57±7.76), SAD: (X: 56.42±6.29) iken “orta/yüksekokul” mezunu olanların DAP (X: 49.62±9.70), SAP (X: 45.62±6.73) olduğu görülmüştür.

KROG’un “okuryazar değil/okuryazar” grupta DAD (X: 53.33±10.69) ile “Orta/yüksekokul” mezunu olanların DAD (X: 48.72±6.17) olarak saptamıştır. Aralarında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.

TABLO 9 : Olguların Çalışma Durumlarına Göre Anksiyete Puanları

Çalışma Durumu	KYG				KROG			
	n	X	S.D	“t”, “p”	n	x	S.D	“t”, “p”
DAP								
• Çalışıyor	4	46.50	6.75	-0.35 p>0.05	6	52.00	10.10	0.49 p>0.05
• Ev Hanımı	46	48.08	8.8		44	50.27	7.78	
SAP								
• Çalışıyor	4	43.25	4.85	t:-1.80 p>0.05	6	49.66	9.11	-0.07 p>0.05
• Ev hanımı	46	51.50	8.69		44	49.88	7.03	

KYG’un çalışma durumları ile anksiyete puanları arasındaki ilişkiyi incelediğimizde; KYG’ta ev hanımlarında DAP (X: 48.08, ±8.8) iken SAP (X: 51.50±8.69) olarak saptanmıştır. KROG’ta çalışma durumu ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 9).

TABLO 10 : Olguların Sosyal Güvencelerine Göre Anksiyete Puanları

Sosyal Güvence	KYG				KROG			
	n	X	S.D	"t", "p"	n	x	S.D	"t", "p"
DAP								
• Var	15	47.80	8.47	- 0.09	26	49.26	8.59	-1.12
• Yok	35	48.02	8.79	p>0.05	24	51.79	7.24	p>0.05
SAP								
• Var	15	49.06	6.22	-0.94	24	50.03	7.61	0.18
• yok	35	51.06	9.56	p>0.05	26	49.66	6.90	p>0.05

Tablo 10 incelendiğinde KYG'ta sosyal güvencesi olan olguların DAP (X: 47.80±8.47), SAP (X: 49.06±6.22) iken sosyal güvencesi olmayanların DAP (X: 48.02±8.79), SAP (X: 51.06±9.56) bulunmuştur. KYG'ta sosyal güvence-anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir .

KROG'ta sosyal güvenceleri olan olguların DAP (49.26±8.59), sosyal güvencesi olmayan olguların DAP (X: 51.79±7.24) olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (t:-1,12, p>0.05, t:0.18, p>0.05) .

3.8. OLGULARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TABLO 11: KYG'un Tanıları İle Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

TANILAR	KYG			
	n	X	S.D	"t", "p"
DAP				
• Abortus (gebelik -)	46	47.73	8.28	
• Ektopik gebelik/Anomalili bebek	4	50.50	13.17	0.61 p>0.05
SAP				
• Abortus (gebelik -)	46	50.78	9.05	
• Ektopik gebelik/Anomalili bebek	4	51.50	3.00	0.16 p>0.05

KYG'ta tanıları ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Gebelik kaybıyla sonuçlanan abortus yaşayan olguların DAP(47.73 ±8.28) iken ektopik gebelik ve anomalili bebek tanısı konulan olguların DAP(50.50 ±13.17) olarak saptanmıştır(Tablo 11).

TABLO 12:KROG'un Tanıları İle Anksiyete Puanları Arasındaki İlişki

TANILAR	KYG			
	n	X	S.D	F,p
DAP				
• Hiperemezis Gravidarum	22	49.18	7.53	0.54
• Abortus İmminens	23	51.69	8.38	p>0.05
• Ektopik Gebelik	5	50.60	9.01	
SAP				
• Hiperemezis Gravidarum	22	50.50	6.59	0.80
• Abortus İmminens	23	50.08	7.88	p>0.05
• Ektopik Gebelik	5	46.00	6.70	

Tablo 12'de KROG'un tanıları ile anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. KROG'ta "Hiperemezis Gravidarum" olan olguların DAP (X:49.18±7.53) "Abortus İmmirens" olan olguların DAP (X:51.69±8.38) olarak saptanmıştır. KROG'ta "Ektopik Gebelik" tanısı ile yatırılan olguların DAP (X:50.60±9.01) iken SAP (X:46.00±0.70) olarak bulmuştur.

TABLO 13: Olguların Gebelik Haftası İle Anksiyete Puanları Arasındaki ilişki

Gebelik Haftası	KYG				KROG			
	n	X	S.D	"t", "p"	n	x	S.D	"t", "p"
DAP								
• 4-8 hafta	23	48.69	9.35	0.55	23	49.43	8.25	0.85
• 8-12 hafta	27	47.33	8.04	p>0.05	27	51.37	7.82	p>0.05
SAP								
• 4-8 hafta	23	49.04	7.72	-1.36	23	49.52	7.27	0.30
• 8-12 hafta	27	52.37	9.34	p>0.05	27	50.14	7.27	p>0.05

Tablo 13'de olguların "gebelik haftası" ile anksiyete puanlarına bakılmıştır. KYG'ta "8-12h" arası olan gebeliklerde DAP (X: 47.33±8.04) iken SAP(X: 52.37±9.34) bulunmuştur. KYG'ta gebelik sayısı ile DAP, SAP arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (t:0.55, p>0.05, t:-1.36, p>0.05).

KROG'ta DAP "4-8 h" da (X: 49.43±8.25) iken SAP (X: 51.37±7.82) olarak bulunmuş aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlemlenmiştir (t:0.85 p>0.05, t:-0.30 p>0.05).

TABLO 14 : Olguların Gravida-Anksiyete Puanı İlişkisi

Gravida	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	x	S.D	F,p
DAP								
• 1	15	45.20	10.51	2.28 p>0.05	18	52.05	7.04	0.75 p>0.05
• 2-3	15	51.60	7.03		18	48.77	8.80	
• 4 ve ↑	20	47.30	7.50		14	50.64	8.21	
SAP								
• 1	15	45.86	7.57	4.11 p<0.05	18	48.11	6.73	1.02 p>0.05
• 2-3	15	52.00	7.11		18	51.55	6.40	
• 4 ve ↑	20	53.70	9.33		14	49.92	8.63	

Tablo 14’de olgularda “Gravida” ile anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. KYG’a “ilk gebeliği olanlarda” DAP (X: 45.20±10.51) iken KROG’ta DAP (X: 52.05±7.04) olarak bulunmuştur. KYG’ta “Gravida 1” olanların olgularını SAP (X: 45-86±7.57) iken Gravida” 4 ve ↑” olan olgularda (X: 53.70±9.33) olarak saptamıştır. KYG’ta Gravida ile SAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (F:4.11, p<0.05).

TABLO 15: Olguların Para-Anksiyete Puanı İlişkisi

Para	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	x	S.D	F,p
DAP								
• 0-1	24	48.04	10.02	0.03 p>0.05	34	50.82	8.28	0.72 p>0.05
• 2-3	15	47.53	6.72		10	48.00	7.45	
• 4 ve ↑	11	48.36	8.27		6	52.66	7.42	
SAP								
• 0-1	24	48.66	8.49	3.92 p<0.05	34	50.26	6.58	0.22 p>0.05
• 2-3	15	49.86	5.15		10	48.50	5.83	
• 4 ve ↑	11	56.90	10.75		6	49.83	12.52	

Tablo 15’de para sayısı ile DAP, SAP karşılaştırılmıştır. KYG’ta para “0-1” olan olgularda SAP (X: 48.66±8.49) iken “4 ve ↑” olan olgularda SAP (X: 56.90±10.75) olarak bulunmuştur. KYG’ta para ile SAP arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (f:3.92, p<0.05)

KROG’ta para “2-3” olan olgularda DAP (X: 48.00±7.45) iken SAP (X: 48.50, SD:5.83) olarak bulunmuştur. KROG’ta para ile DAP, SAP arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (f:0.72, p>0.05, f:0.22, p>0.05) (Tablo 15).

Tablo 16 : Olguların Abortus-Anksiyete Puanı İlişkisi

ABORTUS YAŞAMA	KYG				KROG			
	n	X	S.D	t,p	n	x	S.D	t,p
DAP								
Abortus								
• Yaşayan	49	47.93	8.70	0.12	24	51.29	8.02	0.69
• Yaşamayan	1	49.00		p>0.05	26	49.73	8.05	p>0.05
SAP								
Abortus								
• Yaşayan	49	50.77	8.79	0.36	4	49.45	7.69	-0.38
• Yaşamayan	1	54.00		p>0.05	26	50.23	6.86	p>0.05

Tablo 16’da olguların “Abortus” yaşama durumu ile DAP ve SAP karşılaştırılmıştır. KYG’te “abortus yaşamayan” olguların DAP (X: 47.93, SD:8.70) iken KROG’te DAP (X: 51.29, SD: 8.02) olarak bulunmuştur. KYG’te DAP ile “abortus yaşama” durum arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (t:0.12 p>0.05).

TABLO 17:Olguların Yaşayan Çocuk – Anksiyete Puanı İlişkisi

Yaşayan Çocuk Sayısı	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	x	S.D	F,p
DAP								
• 0	18	45.55	11.19	0.09 p>0.05	24	51.66	7.05	0.70 p>0.05
• 1	9	48.00	6.18		12	50.75	9.64	
• 2	13	49.00	6.35		8	49.50	7.40	
• 3 ve ↑	10	47.30	8.75		6	46.50	9.43	
SAP								
• 0	18	46.66	7.19	2.33 p>0.05	24	49.66	6.57	0.75 p>0.05
• 1	9	53.33	8.35		12	51.25	7.85	
• 2	13	53.38	5.51		8	51.12	5.11	
• 3 ve ↑	10	52.80	12.58		6	46.16	10.70	

Tablo 15’te olguların “Yaşayan çocuk sayısı” ile DAP ve SAP karşılaştırılmıştır. KYG’te “1” yaşayan çocuğa sahip olan olgularda DAP (X: 45.55±11.19) iken KROG’te DAP (X: 51.66±7.05) olarak bulunmuştur. KYG’te SAP yaşayan çocuk sayısı “0” olan olgularda (X: 46.66±7.19) iken yaşayan çocuk sayısı “3 ve ↑” olan olgularda SAP (X: 52.80±12.58) olarak bulunmuştur. KYG’te “Yaşayan Çocuk Sayısı” SAP arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F:2.33, p>0.05).

TABLO 18:Olguların Hastanede Yardım ve destek Aldıkları Kişilere Göre Anksiyete Puanları

Yardım ve Destek Alınan Kişiler	KYG										KROG									
	n		X		S.D		t	p	n		x		S.D		t	p				
	+	-	+	-	+	-			+	-	+	-								
DAP																				
Eş	32	18	47.59	48.61	9.16	7.73	-0.40	p>0.05	36	14	50.19	51.21	8.27	7.48	-0.40	p>0.05				
Arkadaş/komşu	14	36	48.78	47.63	8.64	8.70	0.42	p>0.05	10	40	48.20	51.05	10.83	7.18	-1.01	p>0.05				
Aile	16	34	48.43	47.73	8.68	8.69	-0.27	p>0.05	21	29	51.71	49.58	8.45	7.67	0.93	p>0.05				
büyükleri/yakınları	20	30	47.55	48.23	7.91	9.17	0.45	p>0.05	20	30	46.05	53.43	7.63	6.88	-3.56	p<0.05				
Doktor	13	37	52.69	47.91	8.43	8.69	0.89	p>0.05	19	31	46.57	52.87	7.92	7.13	-2.90	p>0.05				
Hemşire	8	42	46.00	48.71	5.80	9.05	-0.70	p>0.05	5	45	46.80	50.88	6.26	8.12	-1.09	p>0.05				
Hastane Personeli																				
SAP																				
Eş	32	18	51.00	50.55	9.86	6.43	0.17	p>0.05	36	14	49.05	51.92	7.16	7.15	-1.27	p>0.05				
Arkadaş/komşu	14	36	53.21	49.41	9.72	8.24	1.21	p>0.05	10	40	51.10	49.55	8.99	6.79	0.60	p>0.05				
Aile	16	34	51.12	50.70	7.17	9.45	0.16	p>0.05	21	29	50.42	49.44	7.06	7.40	0.47	p>0.05				
büyükleri/yakınları	20	30	51.60	50.33	7.22	9.66	0.50	p>0.05	20	30	49.90	49.83	6.84	7.55	0.03	p>0.05				
Doktor	13	37	48.07	50.18	8.71	8.83	-0.06	p>0.05	19	31	49.36	50.16	6.90	7.48	-0.37	p>0.05				
Hemşire	8	42	52.75	50.47	6.88	9.04	0.67	p>0.05	5	45	47.80	50.08	11.16	6.78	-0.67	p>0.05				
Hastane Personeli																				

(+):Yardım ve destek alan (-):Yardım ve destek almayan

TABLO 19:Olguların Hastanede Yardım Ve Destek Almak İstedikleri Kişilere Göre Anksiyete Puanları

Yardım ve Destek Alınması İstenen Kişiler	KYG										KROG									
	n		X		S.D		t	p	n		x		S.D		t	p				
	+	-	+	-	+	-			+	-	+	-	+	-						
DAP																				
Eş	33	17	46.72	50.35	8.52	8.52	-1.42	p>0.05	31	19	50.58	50.31	8.39	7.52	0.11	p>0.05				
Arkadaş/komşu	8	42	44.75	48.57	9.16	8.48	-1.15	p>0.05	6	44	53.33	50.05	5.12	8.27	0.93	p>0.05				
Aile büyükleri/yakınları	11	39	48.63	47.66	7.99	8.86	0.29	p>0.05	16	34	51.31	50.08	10.70	6.51	0.50	p>0.05				
Doktor	20	30	47.40	48.33	8.39	8.87	-0.37	p>0.05	20	30	53.95	48.16	7.10	7.82	2.65	p>0.05				
Hemşire	13	37	48.30	47.83	9.25	8.50	0.17	p>0.05	13	37	51.69	50.05	6.72	8.44	0.63	p>0.05				
Hastane Personeli	11	39	45.18	48.74	8.72	8.52	-1.22	p>0.05	2	48	51.00	50.45	12.72	7.95	0.09	p>0.05				
SAP																				
Eş	33	17	51.48	49.58	8.92	8.41	0.73	p>0.05	31	19	50.29	49.15	6.99	7.68	0.54	p>0.05				
Arkadaş/komşu	8	42	51.37	50.73	7.44	9.01	0.19	p>0.05	6	44	47.00	50.25	5.29	7.39	-1.04	p>0.05				
Aile büyükleri/yakınları	11	39	54.18	49.89	6.01	9.17	1.46	p>0.05	16	34	52.06	48.82	6.30	7.45	1.50	p>0.05				
Doktor	20	30	41.00	50.73	10.13	7.80	0.10	p>0.05	20	30	48.60	50.70	8.36	6.33	-1.01	p>0.05				
Hemşire	13	37	54.53	49.54	9.42	8.19	1.82	p>0.05	13	37	48.84	50.21	9.41	6.37	-0.59	p>0.05				
Hastane Personeli	11	39	52.00	50.51	7.70	9.04	0.50	p>0.05	2	48	47.00	49.97	22.62	6.55	-0.57	p>0.05				

(+):Yardım ve destek almak isteyen (-):Yardım ve destek almak istemeyen

3.9.OLGULARIN GEBELİKLERİ VE HASTANEDE YATMA İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ İLE ANKSİYETE PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tablo 18’de olguların “ hastanede yardım ve destek alma durumları” sorgulanmıştır. KYG’ta “ Hastane personelinden” yardım ve destek alan olguların DAP(X:47.59±7.75), SAP(52.13±7.33) olarak bulunmuştur. KYG’ta”eşinden yardım ve destek alan” olguların DAP(X:47.59±9.16) iken KROG’ta ise DAP(X:46.72±8.52) olarak saptanmıştır. KYG’ta DAP ile “ yardım ve destek alınan kişiler” arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.(t:-0.40 p>0.05, t:0.82 p>0.05, t:0.04 p>0.05) (Tablo 18).

KROG’ta “aile üyeleri ve çevresinden” yardım ve destek alan olguların DAP(X:47.70±8.46) olarak bulunmuştur. KROG’ta “ aile üyeleri ve çevresinden” yardım ve destek alma ile DAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.(t:1.42, p>0.05).

Tablo 19’da olguların “yardım ve destek almak istedikleri” kişiler yardım ve destek aldıkları kişilerle paralellik göstermektedir. Hemşireden yardım ve destek almak isteyen olguların KYG’ta DAP SAP’na göre daha düşük bulunmuştur. KYG’ta” arkadaş/komşu” dan yardım ve destek almak isteyen olguların DAP(44.75 ±9.16) ilken KROG’de (53.33±5.12) olarak saptanmıştır.

Aynı şekilde KYG’ta “hemşireden yardım ve destek almak isteyen olguların DAP(48.30±9.25) iken KROG’ta (51.69±6.72) olarak saptanmıştır. Benzer şekilde “doktordan yardım ve destek almak isteyen” olguların DAP’ları KROG’ta daha yüksek gözlenmiştir (Tablo 19).

TABLO 20: Olguların Gereksinim Duydukları Durumlara Göre Anksiyete Puanları

GEREKSİNİM DUYULAN DUYULAN DURUMLAR	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	x	S.D	F,p
DAP								
• İhtiyacı yok	5	48.00	7.84		6	49.50	7.66	
• Durumu hakkında endişeli	9	49.44	9.48		13	51.84	10.56	
• Psikolojik yönden desteğe ihtiyacı var	14	46.07	7.64	0.24	11	50.54	7.38	0.17
• Evine gitmek istiyor	16	48.50	9.64	p>0.05	11	50.45	5.50	p>0.05
• Ekonomik/fiziksel şikayetlere yönelik ihtiyacı var	6	48.66	9.33		9	49.11	8.70	
SAP								
• İhtiyacı yok	6	48.20	6.41		6	53.83	5.98	
• Durumu hakkında endişeli	9	51.66	7.39		13	49.69	5.21	
• Psikolojik yönden desteğe ihtiyacı var	14	52.50	11.8	0.29	11	48.00	7.54	1.64
• Evine gitmek istiyor	16	49.93	7.61	p>0.05	11	47.00	7.57	p>0.05
• Ekonomik/fiziksel şikayetlere yönelik ihtiyacı var	6	50.33	7.94		9	53.22	8.45	

Tablo 20’de olguların “Durumu Hakkındaki Düşüncesi” ile DAP, SAP arasındaki ilişki incelenmiştir. KYG’te “İhtiyacı olmayan” olguların DAP (X: 48.00±7.84) iken “Psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olduğunu” belirten olguları DAP (X: 46.07±7.64) olarak saptanmıştır. KYG’un “ihtiyaç olduğu durum” ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (f:0.14, p>0.05).

KYG’te “ihtiyacı olmayan” olgular SAP (X:48.20±6.41) iken “psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olanların” SAP (X:52.50±11.88) olarak bulmuştur. KYG’te olguların “İhtiyaç duyduğu durum” ile SAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F:0.29 p>0.05).

KROG’te “İhtiyacı olmayan” olguların DAP (X:49.50±7.66) iken SAP (X:53.83, SD: 5.98) olarak bulunmuştur. Aynı şekilde “ekonomik/fiziksel şikayetlere yönelik ihtiyacı” olan olguların DAP (X:49.11±8.70) iken SAP (X:53.22±8.45) olarak bulmuştur. KROG ve benzer şekilde KYG’te “İhtiyaç duyulan durum” ile DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F:0.17, p>0.05) (F:1.64, p>0.05).

TABLO 21: Olguların Durumlarına İlişkin Bilgi Düzeylerine Göre Anksiyete Puanlarının Dağılımı

Olguların Durumlarına İlişkin Bilgi Düzeyleri	KYG				KROG			
	n	X	S.D	t,p	n	x	S.D	t,p
DAP								
• Bilgisi yeterli olan	27	47.18	9.43	0.69	20	49.05	8.35	-1.03
• Bilgisi yeterli olmayan	23	48.86	7.64	p>0.05	30	51.43	7.74	p>0.05
SAP								
• Bilgisi yeterli olan	27	49.92	8.13	-0.80	20	49.80	6.07	-0.05
• Bilgisi yeterli olmayan	23	51.91	9.41	p>0.05	30	49.90	7.97	p>0.05

Tablo 21’de olguların durumu hakkında “bilgisi olma durumu” ile anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. KYG’te “durumu hakkında yeterli bilgisi olan” olguların DAP (X:47.18±9.43), “durum hakkında yeterli bilgisi olmayan olguların DAP (X:48.86±7.64) olduğu saptanmıştır. KYG’te “durum hakkında bilgisi olma” durumu ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (t:0.69, p>0.05).

KROG’te “durumu hakkında yeterli bilgisi olan” olguları DAP (X:49.05±8.35) iken “Durumu Hakkında Yeterli Bilgisi Olmayan” olguların DAP (X:51.43±7.74) olarak saptanmıştır. KROG’te DAP ile “durumu hakkında yeterli bilgi olma” durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Genellikle “durumu hakkında yeterli bilgisi olmayan “olguların Yeterli bilgisi olan olgulara göre anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. (t:-1.03,p>0.05) (Tablo21).

Tablo 22: Olguların Durumlarına İlişkin İlgili Duygu Ve Düşüncelerine Göre Anksiyete Puanları

DURUMU İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCE	KYG				KROG			
	n:50	X	S.D	F,t	n:50	x	S.D	F,p
DAP								
• Böyle olması daha iyi oldu	14	48.85	7.37		4	54.50	6.65	
• Bir daha gebe kalma korkum var	17	49.82	7.82		17	51.05	8.96	
• Yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı düşüncede olma	17	47.70	10.54	0.65 p>0.05	12	50.16	6.97	0.50 p>0.05
• Hiçbiri	2	42.00	5.65		17	49.17	8.21	
SAP								
• Böyle olması daha iyi oldu	14	51.71	9.74	0.26 p>0.05	4	50.25	13.45	0.65 p>0.05
• Bir daha gebe kalma korkum var	17	50.05	8.77		17	50.05	7.75	
• Yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı düşüncede olma	17	51.41	8.20		12	51.91	5.12	
• Hiçbiri	2	46.50	10.60		17	48.11	6.36	

Tablo 22’de olguların durumu ile ilgili duygu ve düşüncesi ile DAP ve SAP arasındaki ilişki incelenmiştir. KYG’ta “yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı düşüncede” olan olguların DAP (X:47.70±10.54) iken SAP,(X:51.41±8.10) olarak saptanmıştır. KYG’ta durumu ile ilgili “böyle olması daha iyi oldu” diyen olguların DAP (X:48.85±7.37) iken KROG’ta DAP (X:54.50±6.65) olara saptanmıştır. KROG’un “durumu ile ilgili duygu ve düşünceleri ile SAP ve DAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F:0.05, p>0.05), (F:0.65, p>0.05).

TABLO 23: Olguların Gebeliğe Karar Verme Durumlarına Göre Anksiyete Puanları

GEBELİĞE KARAR VERME DURUMU	KYG					KROG				
	n	X	S.D	t	p	n	X	S.D	t	p
DAP										
Eşi ile birlikte										
➤ Karar veren	21	49.19	10.29	t:0.86	p>0.05	30	50.30	8.63	t:-0.19	p>0.05
➤ Karar vermeyen	29	47.06	7.22			20	50.75	7.13		
Tüm Aile										
➤ İstiyor	10	47.30	7.79	t:-0.27	p>0.05	7	49.71	5.76	t:0.27	p>0.05
➤ İstemiyor	40	48.12	8.99			43	50.60	8.35		
Gebeliği										
➤ İstiyor	27	49.12	9.76			38	50.28	8.26		
➤ İstemiyor	23	46.47	6.95	t:-1.13	p>0.05	12	51.08	7.40	t:-0.30	p>0.05
SAP										
Eşi ile birlikte										
➤ Karar veren	21	49.80	9.34	t:-0.71	p>0.05	30	50.70	6.85	t:1.01	p>0.05
➤ Karar vermeyen	29	51.58	8.31			20	48.60	7.70		
Tüm Aile										
➤ İstiyor	10	52.00	6.73	t:0.47	p>0.05	7	47.85	3.62	t:0.79	p>0.05
➤ İstemiyor	40	50.55	9.19			43	50.18	7.61		
Gebeliği										
➤ İstiyor	27	49.51		8.64		38	50.02	6.48		
➤ İstemiyor	23	52.39	8.72	t:1.17	p>0.05	12	49.33	9.46	t:0.29	p>0.05

KYG'ta "gebeliği istemeyen" olguları DAP (X:46.67±6.95) iken KROG'ta ise DAP (X:51.08±7.40) olarak bulunmuştur. KYG'ta "gebeliği istemeyen" olgular DAP (X:46.47±6.95) iken SAP(X:52.39±8.72)'dir. Gebeliği istememe durumu ile DAP arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (t:1.17, p>0.05).

Aynı şekilde; KROG'ta "gebeliği istemeyen" olgular DAP (X:51.08±7.40) iken SAP (X:49.33±9.46) olarak saptanmıştır. KROG'ta "gebeliği istememe" durumu ile DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (t:0.29, p>0.05).

Tablo 24: Olguların Gelecek Gebelik Planları İle Anksiyete Puanları

GELECEK GEBELİK PLANI	KYG				KROG			
	n	X	S.D	F,p	n	x	S.D	F,p
DAP								
• Kısa süre sonra düşünen	19	47.73	7.99	0.46	16	50.50	7.18	0.51
• Uzun süre sonra düşünen	13	48.84	12.21	p>0.05	24	51.37	8.06	p>0.05
• Tekrar gebelik düşünmeyen	18	46.83	6.05		10	48.30	9.41	
SAP								
• Kısa süre sonra düşünen	19	52.15	10.44		16	49.43	8.95	
• Uzun süre sonra düşünen	13	50.23	7.95	0.34	24	50.45	6.35	0.16
• Tekrar gebelik düşünmeyen	18	49.88	7.44	p>0.05	10	49.10	6.62	p>0.05

Tablo 24’de olguların “Gelecekteki Gebelik Planları” ile DAP, SAP arasındaki ilişki incelenmiştir. KYG’ta “Kısa süre sonra gebelik düşünen” olguların DAP (X:47.73±7.99) iken DAP (X:52.15±10.44) olarak saptamıştır. KYG’ta “Gebelik Planı” ile DAP/SAP arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (F:0.46, p>0.05) (F:0.34, p>0.05).

KROG’ta “uzun süre sonra gebelik” düşünen olguların DAP (X:51.37±8.06) iken “tekrar gebelik düşünmeyen olguların DAP (X:48.30±9.41) olarak saptamıştır. KROG’ta “gebelikte gebelik planı” ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (f:0.51, p>0.05) (Tablo 24).

TABLO 25: Olguların Duygularını Paylaşma Durumları İle Anksiyete Puanları

DUYGULARINI PAYLAŞMA DURUMU	KYG					KROG				
	n	X	S.D	t	p	n	x	SD	t	p
DAP										
Eş										
• Paylaşan	38	46.92	8.26	-1.54	p>0.05	37	49.08	8.27	-2.16	p<.005
• Paylaşmayan	12	51.25	9.22			13	54.46	5.72		
Yakınlar										
• Paylaşan	13	49.61	9.94	0.80	p>0.05	14	50.14	10.06	-0.18	p>0.05
• Paylaşmayan	37	47.37	8.16			36	50.61	7.20		
Sağlık Personeli										
• Paylaşan	4	41.00	7.95	-1.46	p>0.05	-	-	-	-	-
• Paylaşmayan	46	48.47	8.55							
Paylaşmakta güçlük çekme/ Paylaşmama										
• Var	6	54.00	1.97	-2.05	p<0.05	10	53.70	5.35	-1.44	p>0.05
• Yok	44	47.06	8.79			40	49.67	8.39		
SAP										
Eş										
• Paylaşan	38	49.07	8.60	t:-2.70	p>0.05	37	48.32	6.90	t:-2.70	p<0.05
• Paylaşmayan	12	56.41	6.68			13	54.23	6.43		
Yakınlar										
• Paylaşan	13	55.07	8.10	t:2.11	p>0.05	14	49.64	9.24	t:-0.13	p>0.05
• Paylaşmayan	37	49.35	8.52			36	49.94	6.40		
Sağlık Personeli										
• Paylaşan	4	52.75	3.77	t:0.45	p>0.05	-	-	-	-	-
• Paylaşmayan										
Paylaşmakta güçlük çekme/paylaşmama										
• Var	6	54.50	1.97	-1.89	p>0.05	10	52.50	6.11	-1.30	p>0.05
• Yok	44	50.00	8.77			40	49.20	7.37		

Tablo 25’de olguların “duygularını paylaşma durumları” ile DAP/SAP arasındaki ilişki incelenmiştir.

KYG’ta “eş” ile paylaşan olguların DAP (X:46.92±8.26) iken “paylaşmakta güçlük çeken/paylaşmak istemeyen” olgular DAP (X:54.00±1.97) olarak belirlenmiştir. KYGT’ta “Sağlık personeli ile duyguları paylaşan” olguların DAP (X:42.00±7.95) iken SAP (X:52.75±3.77) olarak saptamıştır. KYG’ta “paylaşmakta güçlük çekme/paylaşmak istememe” ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (t:-2.05 p<0.05).

KROG’ta duygularını “yakınları ile paylaşan” olgular SAP (X:55.07V8.10) olarak saptamış ve anlamlı bir ilişki bulmuştur (t:2.11, p<0.05). KROG’ta hiçbir olgu

duygularını hastane personeli ile paylaşmamıştır. KROG'ta duygularını "Paylaşmakta güçlük çeken/paylaşmak istemeyen" olguların DAP ($X:53.70\pm5.35$), SAP ($X:52.50\pm6.11$) olarak saptanmıştır. KROG'ta duyguları "Paylaşmakta güçlük çekme/paylaşmak istememe durumu" ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t:-1.44, p>0.05$).

3.10.OLGULARIN TABURCU OLURKEN GEREKSİNİM DUYDUĞU KONULAR/ BİLGİLENDİRİLME DURUMU İLE ANKSİYETE PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

TABLO 26 : Olguların Taburculukta Bilgi Gereksinimi Duydukları Konular Ve Anksiyete Puanları

TABURCULUKTA GEREKSİNİM DUYULAN KONULAR	KYG					KROG				
	n	X	S.D	F,t	p	n	x	S.D	F,t	p
DAP										
• İlaç/uygulama/diyet cinsel yaşam	16	52.31	7.33	F:0.98	p>0.05	25	50.60	7.58	F:0.46	p>0.05
• Gebelik/A.P	34	47.82	8.96	F:0.21	p>0.05	27	51.85	8.34	F:0.87	p>0.05
• Bilgiye ihtiyacı olmayan	10	46.10	5.89	t:-0.7	p>0.05	7	49.42	9.58	t:-0.37	p>0.05
SAP										
• İlaç/uygulama/diyet cinsel yaşam	16	53.37	5.85	F:2.06	p>0.05	25	49.36	7.30	F:0.12	p>0.05
• Gebelik/A.P.	34	50.08	8.66	F:0.19	p>0.05	27	49.66	6.99	F:0.12	p>0.05
• Bilgiye ihtiyacı olmayan	10	52.00	10.62	t:0.47	p>0.05	7	49.57	-0.11	t:-0.11	p>0.05

Tablo 26'da olguların bilgi gereksinimi duydukları konular ve DAP/SAParasındaki ilişki incelenmiştir. KYG'ta "bilgiye ihtiyacı olmayan" lguların DAP ($X:49.42\pm9.58$) iken "ilaç/uygulama/cinsel yaşam" ile ilgili bilgiye ihtiyacı olan olguların DAP ($X:52.31\pm7.33$) olarak saptamıştır. KYG'ta "bilgiye ihtiyacı olmayan" olguların DAP ($X:46.10\pm5.89$) iken SAP ($X:52.00\pm10.62$) olarak saptamıştır. KYG'ta "bilgiye ihtiyacı olmama" ile DAP arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($t:-0.37, p>0.05$).

Tablo 27 : Olguların Taburculukta Bilgilendirme Durumu İle Anksiyete Puanları

Taburculukta Bilgilendirilme Durumu	KYG				KROG			
	n	X	S.D	t,p	n	x	S.D	t,p
DAP								
Yeterli Bilgisi Olan	19	46.52	9.21	t:-0.92	10	50.10	8.62	t:-0.17
Yeterli Bilgisi Olmayan	31	48.83	8.25	p>0.05	40	50.57	7.94	p>0.05
SAP								
Yeterli Bilgisi Olan	19	50.47	9.41	t:-0.23	10	46.40	6.15	t:-1.73
Yeterli Bilgisi Olmayan	21	51.06	8.41	p>0.05	40	50.72	7.26	p>0.05

Tablo 27’de olguların taburculukta bilgilendirilme durumları ve DAP/SAP arasındaki ilişki incelenmiştir. KYG’ta “yeterli bilgisi olan” olguların DAP (X:46.52±9.21) iken KROG’ta DAP (X:50.10±7.94) bulunmuştur. KYG’ta “Taburculukla bilgilendirilme durumu” ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (t:-0.92, p>0.05).KROG’ta “Yeterince Bilgisi Olmayan” olguların (X:50.57±7.94) olarak bulunmuştur. KROG’ta “Bilgilendirme Durum ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (t:-0.17 p>0.05).

4-TARTIŞMA

4.1.OLGULARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

●Olguların yaşa göre dağılımlarını incelediğimizde; KYG'un %42'si (16-25) %34'ü (26-35) yaş grubunda olduğu KROG'un ise %48'i 26-35 yaş grubunda yer almaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (χ^2 : 8.53, $p<0.05$).

KYG'un %24'ünün 36-45 yaş grubunda olmasına karşın KROG'ta bu oranın %4 olması ve eğitim düzeyinin KYG'ye göre daha yüksek olması KROG'ta ileri yaş gebeliklerinin daha az olduğunu göstermektedir. KYG'nin %16'sı orta ve yüksek okul mezunu iken KROG'un %36'sı bu grubu oluşturmaktadır. Bu bulgular 1998 TNSA verileri ile uygunluk göstermektedir(24).

Olguların çalışma durumlarını incelediğimizde KYG'un %92'si KROG'un %88'i "ev hanımıdır". İki grup arasında çalışma durumu açısından benzerlik göstermektedir. 1995 yılı UNİCEF verilerine göre okur yazarlık kadınlarda %72 olarak belirtilmesi bulgularımızla paralellik göstermektedir. Ayrıca bu sonuçlar Devlet İstatistik Enstitüsü'nün Ekim 1997 Türkiye geneli için erkeklerin %69.9, kadınların %25.2 arasında çalıştıkları bildirilen hane halkı işgücü anketi sonuçlarıyla da uyumludur(60).

Olguların evlenme yaş ortalamaları; KYG'ta 19.82 ± 3.64 ve KROG'ta 20.26 ± 4.18 olarak saptanmıştır. Bu bulgular 1998 TNSA verileri ile paralellik göstermektedir(24).

Olguların eşlerinin eğitim durumlarını incelediğimizde KYG'un %60'ı "ilkokul" ve %2'si "Yüksekokul/Fakülte" mezunu iken KROG'un %44'ü "Ortaokul/Lise" %12'si "Yüksekokul/Fakülte" mezunu olduğu saptanmıştır. Bu bulgular 1995 UNESCO verilerine göre erkeklerde yetişkin okuryazarlık oranının %92 olması ile uyumludur(7).

Araştırma kapsamındaki olguların eşlerinin büyük çoğunluğunun (KYG'ta %92, KROG'de %98) çalıştığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar Devlet İstatistik Enstitüsü'nün Ekim 1997 yılında Türkiye geneli için erkeklerin %69.9 oranında

çalıştıkları bildirilen hane halkı işgücü anketi sonuçları ile uyumlu değildir. Bunun nedeni olarak; Çalışılan grup içinde düzenli işi olmayan, sosyal güvencesi olmayan ve serbest çalışanlar olduğu için farklı olabileceği düşünülmüştür(60).

Araştırma kapsamındaki olguların büyük çoğunluğunun (%70,%78) sigara içmedikleri saptanmıştır(Tablo 1).

4.2.OLGULARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI

●Araştırma kapsamındaki olguların gebelik haftalarına göre aynı dağılımı göstermektedir. Her iki grupta da “8-12 haftalık” gebeliği olanların oranı %54’tür.

Literatürde erken gebelik kaybı tanımı 20.haftadan önceki kayıpları içermesine karşın çalışmamızda 1.trimester kayıplarını esas aldığımızdan 12 haftanın üzerindeki olgular alınmamıştır(1,6,12,19).

Elde edilen sonuçlar Nielsen ve arkadaşlarının ile Beutel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda gebelik haftası ile uyumludur(49,61).

Gravida sayılarını incelediğimizde; KYG’de yoğunluk “4 ve ↑” iken KROG’ta yoğunluk “1” olanlardadır.

Yaşayan çocuk sayısı olarak her iki grup ta benzerlik göstermektedir. Olguların(%10,%6) oranında “4 ve ↑” yaşayan çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Buna karşın “4 ve ↑” gravidası (%40, %28) oranında olmasına rağmen yaşayan çocuk sayısından daha yüksektir. Bu da gebeliklerin planlı/plansız sonlandırılabilceğini yada doğumdan sonra herhangi bir sebepten dolayı çocukların yaşamadığını gösterebilir.

Doğurganlık düzeyleri temel özellikleri, yaşanan bölgeye ve eğitim durumuna göre farklılıklar göstermektedir. Ülkemizin batı bölgesinde doğurganlık hızı 2.03 ile ülke çapındaki en düşük düzeydedir. Araştırma kapsamındaki olguların bu bölgede ikamet etmeleri, ile uygunluk göstermektedir. Eğitim durumunun doğurganlık düzeyine etkisi olmaktadır. Eğitimsiz kadınlar ile karşılaştırıldığında en az ortaokulu bitirmiş kadınların hem toplam doğurganlık hızları hem de canlı doğan çocuk sayılarında yarıdan fazla bir düşme görülmektedir(24).

KYG'un %98'i KROG'nin ise %52'si "abortus" deneyimlemiştir. Klinik olarak 20 haftadan önce belirlenmiş gebeliklerin %15-20'si düşükle sonuçlandığı bilinmektedir. Bulgular literatürle uygunluk göstermemektedir(6,21).

Grup yaşları arasında anlamlı fark bulunması ve KYG'taki veriler düşük prevalansının annenin yaşıyla artmasını desteklemektedir. Düşük prevalansı 20 yaşından genç kadınlarda %20 iken 45 yaşını aşkın kadınlarda %50'yi geçmektedir(18).

Araştırma kapsamındaki olguların KYG'un %66'sı ilk küretajını deneyimlemiştir. KROG'de ise %76 oranında daha önce kürtaj deneyimlememiştir.

Olguların son kullandıkları kontraseptif yöntem seçimi bakımından gruplar arası fark görülmemiştir. KYG'ta %54 KROG'ta %48 oranında kontraseptif yöntem kullanmadıkları gebeliklerin planlanmış yada istendiğini düşündürmektedir.

Olguların büyük çoğunluğu kanama şikayeti ile hastaneye başvurmuştur(KYG'de %80, KROG'de %52). KROG'ta bulantı kusma şikayeti ile başvuran olgular oranı %42'dir. Literatürde 1.trimesterde görülen riskli durumlarda çoğunlukla kanamanın olduğu belirtilmiştir (6,11,13,18,20,61).

Tanıları incelediğimizde KYG'un büyük çoğunluğunun gebelik kaybıyla sonuçlanan abortus (%92) olduğu ve KROG'un ise %46 oranında abortus imminens olduğu saptanmıştır. KROG'ta ektopik gebelik tanısı ile yatırılıp (%10) klinikte gözlem altına alınmışlardır (Tablo 2).

4.3.OLGULARIN HASTANEDE YATTIĞI SÜRECE GEREKSİNİMLERİ İLE YARDIM VE DESTEK ALMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

●Olguların hastanede yattığı sürece en çok gereksinim duydukları durumlar çoğunlukla psikolojik yönden desteğe ihtiyaç duymaları ve evlerine gitmek istemeleridir. Durumu hakkında endişeli olanlar KROG'ta daha fazladır. Bu durum KROG'un durumlarının belirsizlik içinde olmaları, sonucu beklemeleri ve kayıp riski taşımalarından kaynaklanabilir. Özellikle "ektopik gebelik ? " tanısı ile yatırılan ve

gözlem altına alınan hastaların bu durumu daha çok yaşadığı araştırma esnasında gözlemlenmiştir.

Olguların “psikolojik yönden desteğe ihtiyaç duymaları” literatür ile uyumludur (19,32,49,54,61).

Araştırma kapsamındaki olguların (%32,%22) oranlarında “evlerine gitmek istemelerinin” sebebi olarak evde çocuklarını olması ve bakacak kimsenin olmaması ve evlerinde daha rahat etmeleri olabileceği düşünülmüştür. Ancak Lovell’in yaptığı çalışmada erken taburculuk kayıp yaşayan kadınlar için bir çözüm olmadığı ve aile çevresinin desteklemeyip başka şeylerle meşgul olduğunu belirtmiştir(30).

Çalışmadaki olguların büyük çoğunluğu(%64,%72) “eşlerinden” yardım ve destek aldıklarını belirtmelerine rağmen benzer şekilde (%66, %62) eşinden yardım ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç; olguların eşlerinden bekledikleri yeterli yardım ve destek almadığını gösterebileceği gibi eşinden destek almasına karşın yine de eşinden yardım ve destek alma istediğini düşündürmektedir.

KYG’un %48’i KROG’un %46’sı “tüm aile çevresinden” yardım ve destek almasına karşın olguların büyük çoğunluğunda bu desteği almadığını görüyoruz. Araştırma kapsamındaki olguların büyük çoğunluğu yakın aile çevresinden (%70,%60) oranında yardım ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir. Olguların çoğunluğunun memur ve işçi ailesi olması sebebiyle aile çevresinden uzak yaşamaları, İstanbul’un büyük şehir olması ve ulaşım koşullarının rahat olmaması ve günümüzdeki toplumsal ilişkilerin bireyselleşmeye doğru olması bu sonucu destekleyebileceği düşünülmüştür. Araştırmada dikkat çekici olarak olguların hastanede kaldığı sürece en düşük oranlarda “sağlık personelinden” yardım ve destek alındığı belirlenmiştir. KYG’un%54’ü KROG’nin %50’si bu gruba girmektedir. Benzer oranlarda bu yardım ve desteği sağlık personelinden beklemektedir. Burada olguların ne şekilde yardım ve destek aldıkları bilinmemekte ve bireysel değerlendirmeler yapıldığı için ve diğer verilerle birlikte değerlendirdiğimizde çok sağlıklı bir sonuç olmadığı kanısına varılmıştır (Tablo 3).

4.4.OLGULARIN GEBELİKLERİNE YÖNELİK DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİN TARTIŞILMASI

●Araştırma kapsamındaki olguların (%46, %24) oranında “gebeliklerini istemedikleri” saptanmıştır. Gruplar arasında “gebeliği istememe” açısından anlamlı fark saptanmıştır. ($\chi^2:5.31$ $p<0.05$).

Ülkemizde gerçekleşen doğumların %20’si istenmeyen %12’si zaman açısından planlamamış doğumlardır. Daha önceki bulgularımıza paralel olarak yaş ve eğitim farkının olması gözönünde bulundurularak aradaki fark açıklanabilir. KYG’un eğitim düzeyinin daha düşük olması ve ileri yaşlardaki grubun KROG’a göre daha fazla olması bu farkı doğurabilir (22,62).

Ülkemizde okur yazar olmayan kadınların doğurganlık hızı 3.89 iken orta ve yüksek öğrenim gören kadınların doğurganlık hızı 1.61’dir. Aynı şekilde eğitim düzeyi yaşla paralel olarak kadınların daha bilinçli karar verebildikleri ve planlı gebe kalabileceklerini düşündürmüştür(24,62) (Tablo 4).

Olguların çoğunluğunda (%89) hastaneye yattığında “durumu hakkında bilgisi olmadığı” saptanmıştır. Bu da hastaların özellikle KYG’nin acil olarak kanama ve ağrı şikayeti ile başvurarak müdahale yapılması ve aynı şekilde KROG’ta da kanama şikayeti ile gelmeleri ve sağlık çalışanlarının bu şikayetlerine yönelik bakım ve yaklaşımda bulunmalarından dolayı hastaların bilgilendirilmesinin yeterli olmadığı düşünülmüştür. Hastaların hastaneye başvurduklarında stres ve anksiyete düzeyi bilinmediğinden yapılan açıklamaları anlamadığı ya da tedavisi uzun süren hastaların (KROG) tedavisi sırasında açıklama yapılmamasından dolayı olabileceği düşünülmüştür (Tablo 4).

Olguların durumlarına yönelik düşüncelerinde “tekrar gebe kalma korkusu” her iki grupta da %34 oranında görülmüştür. KYG’ta %28 oranında olaya ilişkin “böyle olması daha iyi oldu” ifadesini verenlerin gebeliğini planlamamış olduğu gebeliği istemedikleri ya da araştırma sırasında gözlemlenen olguların kaderci bir yaklaşımda bulunmaları olabilir. Literatürle uyumlu olarak olguların yetersizlik, kendine ve eşine karşı suçlayıcı düşüncede olma KYG’ta %34. KROG’de %24 oranındadır (Tablo 4).

Kayıp sonucunda stres altında olan birey değişik tepkiler verir. Bunlar; kızgınlık,depresyon, öfke, suçluluk duygusu, niçin ben soruları olabilir. Kaybın tipide bu tepkilerin şeklini ve şiddetini etkileyebilir(23,32,49) (Tablo 4).

4.5.OLGULARIN TABURCULUKTA GEREKSİNİM DUYDUKLARI KONULAR VE BİLGİLENDİRİLME DURUMLARI

●KYG ve KROG'ta çoğunlukla (%68.%54) “Gebelik/Aile Planlaması “ ile ilgili bilgiye gereksinimi olduğu saptanmıştır.

KYG'ta gebeliğin kaybı ile aile planlaması ve gebelikle ilgili bilgiye ihtiyacı olabileceği KROG 'ta ise kayıp yaşamadığından evdeki uygulamalarla ilgili bilgiye gereksinimleri olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca KYG'un diğer gruba göre daha fazla oranda gebeliklerini istememeleri “Gebelik/Aile Planlaması“ ile ilgili bilgiye ihtiyaçlarının da olduğunu gösterir. KYG'ta tıbbi müdahale yapılmasına karşın müdahale sonrası eğitim ve bilgi gereksinimi olmamaları dikkati çekmiştir.

Dikkati çeken diğer bir konu ise olguların %17'sinin bilgiye gereksinimi olduğu ifade etmesidir. Diğer olguları (%83) bilgiye ihtiyacı duymaması yanlış bilgi ve uygulama yapabileceklerini düşündürebilir. Ayrıca; “bilgiye gereksinim duymayan” (%80,%86) oranlarda olmalarının yanısıra (%62, %80) oranlarda olguların bilgilendirilmedikleri anlaşılmıştır. Bilgilendirme talebinin olmaması ve sağlık çalışanlarının bu hizmeti götürmemeleri/ götürememeleri dikkat çekmektedir.

Düşük sonrasında danışmanlık kadının olaydan daha az etkilenmesine , korkularının giderilmesine gebe kalma ve düşük yapma hakkındaki emosyonel reaksiyonları açıklayarak suçluluk, anksiyete ve depresyonu önlemeye yardım edebileceğini açıklamıştır. Bizim çalışmamızda olgular böyle bir konuda bilgi ve destek istemedikleri saptanmıştır (27)(Tablo 5).

4.6.OLGULARININ DURUMLULUK VE SÜREKLİLİK ANKSİYETE PUANLARININ TARTIŞILMASI

●Gebelik fizyolojik bir olay olmasına karşın kadın hayatında bir dönüm noktasıdır. Gebe kalma yeni bir yaşamın başlangıcı değil fakat tüm aile bireylerini etkileyen bir süreçtir. Gebelik planlanmış olsun ya da olmasın kadının çocuk doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi önemlidir. Bu yeteneğini kaybetme riski ailenin sorunlarını karmaşıklaştırır ve anksiyetesini yükseltir(3,8,33).

Araştırmamızdaki olguların durumluluk ve süreklilik anksiyete puanları gruplar arasında benzerlik göstermektedir.(Tablo 6)

Nielsen ve arkadaşlarının düşükte cerrahi müdahalenin etkisini araştırmak üzere yapmış olduğu çalışmada; 13 haftadan küçük düşük deneyimlemiş ve D&C yapılmış hastalarla aynı özelliklere sahip fakat müdahale yapılmadan beklenen ve düşük yapan hastaların durumluluk anksiyete puanlarına bakmışlardır. Bizim çalışmamızda KYG’de DAP X:47.96±8.61 iken Nielsen ve arkadaşlarının çalışmasında düşükten sonra X:57.5 SD:14 ve üç gün içinde tekrar yapılan grupta DAP’ını X: 56.1±12.3 olarak bulmuşlardır. Nielsen ve arkadaşlarının çalışmasında gruplar arasında DAP farklılık bulunmaması bizim çalışmamızdaki KYG ve KROG arasında DAP farkı olmayışı ile uyumludur. Ancak çalışmalar arasında puan farkı vardır(61).

Beutel ve arkadaşlarının (1995) yaptığı çalışma da düşük sonrasında aynı ölçek kullanılarak yas ve depresyonu değerlendirmişlerdir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak 20 haftadan küçük gebelikleri çalışmalarına alıp retrospektif olarak incelemişlerdir. 125 olguda yapılan çalışmada yas reaksiyonlarını gösteren hastaların DAP X:45.8 depresif reaksiyonları gösteren hastaların DAP X:52.3 , depresif ve yas reaksiyonlarını gösteren olgularda DAP X:58.1 olarak bulmuşlardır. Diğer olgularda ise DAP X: 37.6 olarak saptanmıştır(49).

Araştırmamızda yas ve depresif belirtileri incelemedik fakat KYG’de DAP X: 47.96± 8.61 ve KROG’ta DAP X:50.48±7.99 olarak saptanmıştır. Bu da grup içindeki olguların yas ya da depresif reaksiyonları göstermiş olduğunu açıklayabilir. Bizim çalışmamızda 12 haftadan küçük gebelikleri aldığımız için punlarda düşüklük

gözlemlenebilir. Gebelik süresinin artması ile yas ve depresyon belirtilerinin daha şiddetli olabileceği literatürde belirtilmektedir (1,54).

Cuisiner ve arkadaşlarının (1993) 143 olguda 20 haftadan küçük düşük yapanlar ile (20-28) hafta arası ölü doğum yapan hastalarda yapmış oldukları çalışmada; gestasyon yaşı büyüdükçe yas şiddetinin arttığı ve profesyonel bakımın daha etkin olduğunu belirlenmiştir (54).

KROG'deki olguların tanıları ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Olguların DAP ve SAP'ları benzerlik göstermektedir.

Aydemir ve arkadaşlarının (1993) yaptığı çalışmada hiperemezis gravidarum olgularında DAP(49.24±10.92) bizim çalışmamızda(49.18±7.53) SAP (48±9.91) bizim çalışmamızda (50.50±6.59) benzer şekilde bulunmuştur (40).

Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada hiperemezis gravidarum olgularında DAP(57.73±7.61) olarak daha yüksek bulmuştur. Fakat Yıldız çalışmasında olguların hastaneye yatışta bu ölçeği uygulamıştır. Bizim çalışmamızda olguların hastanede yattığı ve hasta için uygun olan bir zamanı seçtik. Bu sonuç ta bu tür hastaların hastaneye ilk kabulde daha fazla anksiyete yaşayabileceklerini gösterebilir niteliktedir (33).

O'Brien ve arkadaşlarının (1992) yapmış oldukları çalışmada; gebelikteki kusma ve bulantının kadınların yaşam kalitesine etkisini araştırmışlardır. 27 olguda gerçekleştirilen çalışmada; tüm olgular aile sosyal ve meslek yaşamlarının gebelikteki kusma ve bulantılardan etkilendiğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızdaki olguların büyük çoğunluğu(%88) ev hanımı iken O'Brien'in çalışmasındaki olguların %57.1 ev dışında çalışmaktadır. Çalışma faktörü gebelikteki bu yakınmalardan daha fazla etkilenebileceklerini düşündürmektedir(38) (Tablo 6).

4.7.OLGULARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE PUANLARININ TARTIŞILMASI

●Araştırma kapsamındaki iki gruptaki olgularda da yaşın artmasıyla DAP'de artış görülmektedir. Fakat anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaşın artması ile gebelik, doğum ve çocuk sayısının da artacağı ayrıca olguların büyük çoğunluğunun sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması sonucunda DAP'larını yükseltebileceği düşünülmüştür(62)(Tablo 7).

●Araştırma kapsamındaki olguların genellikle eğitim durumu ile anksiyete puanları açısından negatif bir ilişki göze çarpmaktadır. DAP ve SAP puanları eğitim düzeyi arttıkça düşmektedir (Tablo 8).

Kadınların kendilerini ifade edememeleri, kendileri hakkında karar verememeleri, daha az girişken ve kendine güvenin daha az olabileceğinden yüksek çıkmasında sebep olabilir. Ya da eğitim düzeyinin artması kişinin kendini tanıması ve başa çıkma yollarını daha iyi kullanabildikleri şeklinde yorumlanabilir.

Ülkemizdeki kadınların yapısına baktığımızda kadınlarımız eğitimsizdir, kendilerine karşı güvensizdir, evlenmeden önce babalarının evlendikten sonra ise kocalarının boyunduruğu altında yaşamaktadırlar. Karar verme söz sahibi olma haklarını ya kullanmamakta ya da kullanma istekleri aileleri, çevreleri ve toplum tarafından engellenmektedir(62).

Ülkemizde 1993'de TNSA verilerine göre ilkokul mezunu kadınların oranı %48.8'dir. %33.1 oranında ilkokula gitmemiş ya da okulu tamamlamamış durumdadır(22) (Tablo 8).

●Çalışmamızdaki olguların büyük bir kısmı (%90) ev hanımı olduğu için çalışma faktörünün anksiyete üzerindeki etkisi sağlıklı değerlendirilememiştir. Gruplar arasında anksiyete puanları arasında benzerlik göstermektedir (Tablo 9).

●Olguların sosyal güvencesi olan ve olmayanlar arasındaki anksiyete puanları gruplar arası farklılık göstermemektedir. Çalışmamız Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanede yapılması hastaneye gelen olguların ekonomik durumları da pek farklılık

yaratmayacağı ve sosyal güvencesi olanların genellikle işçi ve memur olduğu ve gelir düzeyinin genelde olgularda paralellik gösterebileceği düşünülmüştür(Tablo10).

4.8.OLGULARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ İLE ANKSİYETE PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

●Tablo 11’de KYG’un Tablo 12’de KROG’un tanıları ile anksiyete puanları karşılaştırılmıştır. “Hiperemesis Gravidarum”, “Abortus İmminens” , “Ektopik gebelik ?” ,”Abortus(gebelik -) ve “Ektopik Gebelik/Anomalili bebek” tanısı konulan olguların DAP ve SAP’ları benzerlik göstermektedir. Bu sonuç ta farklı sebeplere bağlı olmasına karşın benzer şekilde anksiyete yaşamaları bu olguların bakımında dikkat edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

●Çalışmamızdaki gruplarda gebelik haftasının anksiyete puanlarına etkisi görülmemiştir. Fakat KYG’ta gebelik haftası “4-8” olanlarda SAP X:49.04 ±7.72 iken “8-12” hafta olanlarda SAP X: 52.37±9.34 gibi bir fark olması anlamlı bulunmamıştır (Tablo 13).

Cuisiner ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma sonucunda gebelik haftası arttıkça duyulan üzüntünün arttığını belirtmişlerdir. Ölü doğum yapan kadınların üzüntü/yas reaksiyonları düşük yapan kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Fakat düşük yapan kadınlarda çok değişik reaksiyonlar ve ciddiye alınacak duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir (54).

Beutel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada(1995) olgularda gebeliğin 10.haftada fetüs rüyalarında, gündüz hayallerinde, iç diyaloglarda ve çocuğun gelişine hazırlıkta mental olarak simgelenmiş durumda olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda 12 haftadan küçük gebelikleri aldığımız için bu tür bağıllık reaksiyonları göstermeleri olasıdır. Ancak; çalışma sırasında gözlenen diğer bir noktada da olguların gebeliklerinin farkında değillerdi ve hastaneye geldiklerinde bu olayı öğrenen olgular vardı. Bu olguların fetusa karşı bir bağıllık yaşamayacağı düşünülmüş kayba ve uygulanan işleme karşı tepkilerinin olabileceği düşünülmüştür (49).

Son zamanlara kadar erken düşük obstetrik ve psikiatrik uygulama ve araştırmalarda önemsiz olarak nitelendirilmiştir. Doğmamış çocuğa bağlantının görünebilir fiziksel değişiklikler ve annede “uterusta hayat belirtileri” belirmeden önce iddia edilmiştir. Son zamanlarda çalışmalar düşükten sonra artan psikiatrik morbiditenin arttığını desteklemektedir. Tıp teknolojisinin ilerlemesi sonucunda ultrasonografi ile pek çok çift fetal hareketleri erken dönemde görebilirler. Ultrason muayenesi sırasında fetüsü görmek fetüse bağlılığı etkilemektedir (6,19,49,63).

●Araştırma kapsamındaki olgularda; KYG’ta gravida ve para sayısı arttıķça SAP’nin arttığı gözlenmiş ve anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 14,15).

●Çalışmamızda; KROG’ta abortus yaşayan olguların DAP(X: 51.29, \pm 8.02) iken abortus yaşamayan olguların DAP(X:49.73 \pm 8.05) olarak bulunmuştur. Aralarında anlamlı bir fark olmamasına karşın (t: 0.69, $p>$ 0.05) abortus yaşayanların DAP daha yüksektir. Bu olgularda geçmişte yaşadıkları abortus olayının yeniden canlanmasıyla anksiyetelerinin artmalarına yol açabilir. Aynı şekilde geçmişte yaşadıkları kayıp, hastane ortamındaki deneyimlerinin olumsuzluğundan kaynaklanabilir. KROG’de olgularda belirsizlik, sonucun belli olmaması gibi bir durumun yaşamaları bu duruma etken olabilir(51) (Tablo 16).

KYG’ta abortus deneyimleyen olguların büyük bir kısmı (%66) ilk defa abortusla birlikte kürtaj deneyimlemişlerdir. KYG’ta DAP ve SAP’ları benzerlik göstermektedir. Abortus yaşamayan olguların SAP’nı DAP’ye göre daha fazla olmasının sebepleri olgunun “ektopik gebelik?” tanısı ile hastanede 4-5 gün bekledikleri ve eşinin askerde olması gibi sebepleri bizi düşündürmektedir (Tablo 16).

●KYG’ta hiç yaşayan çocuğa sahip olamayan olguların DAP aynı grupta yaşayan çocuğa sahip olan olan olguların DAP’ları arasında benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda hiç canlı çocuğa sahip olmayan olgularda kayıp duygusunun daha fazla yaşanacağından yola çıkılmıştır. Fakat bu durum olgularda gözlenmemiştir. KYG’ta yaşayan çocuk sayısı arttıķça SAP’nın da arttığını gözlemledik. Hiç yaşayan çocuğa sahip olmayan olguların SAP(X: 46.66 \pm 7.19) iken 1 canlı çocuğa sahip olan olguların SAP (X: 53.33 \pm 8.35) dir. Çocuk sayısının artması sosyo-kültürel-ekonomik sorunları beraberinde gelmesi, evlilik süresinin artması gibi nedenleri düşündürebilir (37).

KROG'ta hiç çocuğu olmayanlarda DAP KYG'a göre daha fazla olması kayıp riskinin olgular üzerinde daha fazla anksiyete yaptığını açıklayabilir. Çünkü kayıp yaşayan olgularda durum sonuçlanmıştır. KROG'ta ise kayıp riskinin hala devam etmesi hiç canlı çocuğa sahip olmayan olgularda anksiyetenin daha yüksek olacağı hipotezimizi desteklemektedir (Tablo 17).

4.9. OLGULARIN GEBELİKLERİ VE HASTANEDE YATMA İLE İLGİLİ İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİNİN TARTIŞILMASI

●Araştırma kapsamındaki olguların hastanede yattığı sürece yardım ve destek aldıkları kişilerin başında eşleri gelmektedir. Daha sonra doktor, hemşire ve aile yakınları izlemektedir. KYG'ta olguların DAP'ları ile yardım ve destek aldıkları kişiler arasından yapılan karşılaştırmada anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Demirci'nin yapmış olduğu çalışmada; gebeliğin planlanması, kadının kendini anneliğe hazır hissetmesi ve eşi desteğinin yeterli bulunması durumunda gebenin vücudundaki değişikliklere daha kolay uyum sağlayabildiğini belirtmiştir. Bizim çalışmamızla bu bulgular paralellik göstermektedir (33).

Gebelik kadın/aile için bir yaşam krizidir. Bu nedenle çiftlerin yaşamlarında dönüm noktasıdır. Gebe kadın için çocuğunun babası en önemli kişidir. Gebe kadında doğmamış çocuğa annelik sorumluluğu daha önceki anne-kız ilişkisi ve karşılıklı destekleyici karı-koca ilişkisine dayanmaktadır. Eş desteğinin önemli olmasına karşın yeterli olup olmadığı tartışmalıdır. Kayıp deneyimini yaşayan anne ile baba aynı durumda olduğu için eşine destek verecek durumda olmayabilir. Gebelik öncesi ve kliniklerin ya da merkezlerin olmayışı gebelikleri önceden saptanmasını sağlamamaktadır. Kadınlar gebe kaldıktan ya da kaybı yaşadktan sonra sağlık merkezlerine ulaşmaktadırlar. Duygusal destek ve takibinin yapılması ile ilgili bir karmaşa yaşanır. Çalışmamızda Olguların aile ve arkadaş çevresinden yardım ve destek aldıklarını belirtmişler fakat daha düşük oranlardadır. Ailelerin yaklaşımlarında "bu olayı niçin büyütüyor, unutmalsın" şeklinde olabilir. KYG'ta olguların DAP'ları birbirleri ile benzerlik göstermektedir(48) (Tablo 18).

Rajan'ın (1994) yaptığı çalışmada; eşlerinin yeterli düzeyde eşlerine destek olmadığını ve sanki onu caddede karşıdan karşıya geçerken onu koruyormuş gibi davrandığını belirtmiştir. Yas tutan annenin eş ve toplum desteğine ihtiyacı olduğunu Lovell ve Rajan'ın yaptığı çalışmalarda benzer sonuçlar alınmıştır (30).

KROG'ta da yardım ve destek alan kişiler eşlerde yoğunlaşmaktadır. KROG'de hemşireden yardım ve destek alan olguların yardım ve destek alma durumları ile DAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.(t:-2.90, p<0.05) KROG'ta diğer gruba göre hastanede daha uzun süre tıbbi bakım almaları/yatak istirahatinde olmaları hasta ile iletişim kurulmasını doğurmasını düşündürmektedir(Tablo 18).

Curtis (1986) 2 ya da daha fazla gün yatak istirahatinde olan 30 kadında; yaptığı çalışmasında hastalarda anksiyete, depresyon, somatik komplikasyonların, emosyonel labilite ve ailelerinden ayrılma durumunun oluştuğunu belirtmiştir(64).

Benzer şekilde Batı Avustralya'da kırsal kesimde bu tür kayıp yaşayan kadınların yarından fazlasının düşükten sonra orta ve ciddi seviyelerde sağlık problemi yaşadıkları ve toplum üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu problemlerin çözülmeden ailelerin eve gitmekte ve sorunların devam etmesi üzerine bir kayıp takımı oluşturmuşlardır. Profesyonellerin verdikleri seminerler, akşam halk toplantıları, radyo görüşmeleri ve bazı yazılı materyalle bu boşluğu doldurmağa yönelik çalışmaktadırlar(65).

Hemşire, doktor ve diğer sağlık personelinden alınan yardımlara baktığımızda olguların yaklaşık yarından azıdır. Burada sağlık çalışanlarının bu hastalara yeterli zaman ayıramadığı/ayırmadığı, iletişimde zorluk çektiği ya da krize yaklaşımda bili eksikliği,durumu görmezden gelmesi gibi nedenlerden olduğu sonucuna varılabilir.

Koçak'ın(1993)çalışmasında; ebe ve hemşirelerin çoğunluğu(%53.3) sağlık hizmeti götördükleri grubun kendilerine güvenmemelerini, hizmet almak istememeleri, ulaşım, iletişim güçlüğü gibi çeşitli hizmet sorunları ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Ebe ve hemşirelerin sadece %10'u hiçbir güçlkle karşılaşmadığını belirtmiştir(17).

Lovell ve arkadaşlarının(1996) yapmış oldukları çalışmada perinatal ölüm geçiren 20 anne ile geçmişe dönük görüşmeler yapmışlardır. Olgular iki sebepten dolayı

ebelerin ziyaretlerinden hoşlanmamışlardır. Birincisi ebelerin kişisel özelliklerinden (çok katı ve profesyonel) diğeri ise artık bir çocuğu olmayan annenin bir ebenin ziyaret etmesine bir anlam vererememeleri olmuştur. Mallinson ise bu rutin ziyaretlerin önemini vurgulamaktadır. Bakım verecek ebeler anneye her ne kadar beraberinde bebeği olmasa da annelik statüsüne eriştiğini hatırlatabilir. Bu da ona bir anne olarak kederlenme imkanını sağlayacaktır. Anne için bu bakım önem kazanacaktır. Krizden sağlıklı olarak kurtulabilmek için bu aşamaların yaşanması gerekmektedir. Bu aşamaları yaşarken , bireyler savunma mekanizmalarını , psikolojik ve sosyol bütünlüğün korunmasını sağlarken, krize uyum sağlamada da yardımcı olurlar (30,42).

Cuisiner ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada; düşük ya da ölü doğum öncesi predispozan faktörleri önceki akıl sağlığı, eş desteği, yaşamsal kriz ve sosyal desteğin varlığının olması ile perinatal yas arasında ilişkili olduğunu açıklamışlardır. Araştırmada kayıp öncesi %83, kayıp esnasında %87 ve kayıp sonrasında %63 oranında aldıkları bakımdan tatmin olduklarını belirtmişlerdir. Araştırmamızda verilen bakımdan tatmin olmayı değil yardım ve destek alma durumlarını inceledik. Çalışmamızda ; KYG'un %40'ı KROG'un %38'i hemşireden yardım ve destek almışlardır. Bu yardım ve desteğin içeriği araştırıldığında daha düşük oranlar karşımıza çıkabilir(54).

●Tablo 19'da olguların Tablo 18'e paralel olarak benzer oranlarda aynı kişilerden yardım ve destek almak istedikleri anlaşılmıştır. Sağlık personelinde yardım ve destek beklmelerinin düşük oranlarda olması bireylerin aldıkları bakımda bilinçli olmadıklarını gösterebilir. Burada dikkati çeken KYG'de2, KYG'ta 11 olgu hastane personelinde yardım ve destek beklmeleridir.

Araştırma esnasında yapılan gözlemlerde; hastane personeli bazen hemşirelerden daha etkin rolde çalışmaktadır. KYG'ta müdahale olan hastaların yataklarına alınması, yatağında rahatlatılması gibi aşamalarda hasta hemşire ile değil personelle karşılaşmaktadır. Bu nedenle bu rolde personelden yardım bekliyor olabilir.

Riskli gebeliklerde(Maloni 1993)hastanede ya da evde genellikle yatak istirahati istenmektedir. Ve antepartum dönemde daha fazla bilgi ve fizik ve psikososyal etkilerin olduğu belirtilmektedir(66).

Cuisiner ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kayıp öncesi bakımın iyi olmamasının nedeni olarak sağlık profesyonellerinin hastalardaki alarm belirtilerini anlamamaları ve uygunsuz ve yeteli olmayan şekilde bilgilendirmede bulunmaları olduğunu vurgulamışlardır. Kürtaj sırasında ise; hemşire ve doktorların kadınların duygularını çok az anlamaları , isteksiz, soğuk ve hastaya özgün yaklaşımda bulunmamalarını neden olarak belirtmişlerdir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin sayısı ve niteliği belirtilmemiştir (54).

●KYG'ta “durumu hakkında endişeli olan” olguların DAP (X:49.44, \pm 9.48) iken KROG'ta (X:51.84 \pm 10.56) olarak diğer gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Burada kayıp riski taşıması olguları daha belirsiz bir duruma sokmakta ve sonuç belli olmaması olabilir. KROG'ta en yüksek DAP “durumu hakkında endişeli “ olan olgularındır. Çoğunlukla “psikolojik yönden desteğe” gereksinim duyma ve evine gitme isteği iki grupta da belirginleşmiştir. Olguların bakmakla yükümlü oldukları çocuklarının olması ve hastane ortamının rahat olmaması eve gitme isteğini arttıran nedenlerdir.

KROG'ta “herhangi bir şeye gereksinim duymayan” olguların DAP(X:49.50, SD:7.66) iken SAP(X:53.83, SD:5.98) olarak saptanmıştır. Buradan da hastanede yattığı sürece herhangi bir şeye ihtiyacı olmadığı anlamına gelmemelidir. Olgular ev ve sosyal yaşantılarında sorunlar olabilir ve daha içe dönük davranışta bulunabilirler(Tablo 20).

KYG'ta Çalışmamızdaki olguların verdiği tepkileri literatürle paralel olarak değerlendirebiliriz. Kayıp olayının olguların duygu ve düşüncelerine etkisine baktığımızda “böyle olması iyi oldu” diyen olguların DAP; KYG'ta(48.85 \pm 7.37) iken KROG'ta(54.50 \pm 6.65) bulunmuştur. Durumu ile ilgili açıklama yapmamış olguların DAP'ları KYG ve KROG'ta sırasıyla (42.00 \pm 5.65)(49.17 \pm 8.21) dir. Kayıp riskinin taşınması olgular üzerinde diğer gruba göre daha fazla anksiyete yaşamasına sebep olmuştur şeklinde bir yorum yapılabilir. Çünkü; kişinin güvenliği konusunda bir tehdit vardır ve buna karşı endişe ve huzursuzluk yaşanmaktadır (50)(Tablo20).

●Olguların hastaneye yattığında “durumu ile ilgili bilgi verilme durumu” ile DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın bilgisi olmayan olguların diğer olgulara göre anksiyete puanları daha yüksek gözlenmiştir (Tablo21).

●Olguların hastaneye yattığında “durumu ile ilgili bilgi verilme durumu” ile DAP ve SAP arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın bilgisi olmayan olguların diğer olgulara göre anksiyete puanları daha yüksek gözlenmiştir(Tablo21).

Cuisiner ve arkadaşlarının çalışmasında; kayıp öncesi verilen bakımdaki başarısızlıklara neden olarak hastanın yeterli bilgilendirilmemesi olarak belirtmişlerdir(54).

●Kadınlar erken gebelik kayıpları sonrası hamileliğin sonlarındaki kadar yoğun bir şekilde mahrum olma ve kaybetme duygusunu yaşayabilirler. Hayal ettikleri bebeğin yasını tutarlar. Spontan abortuslarda kadının duyguları; kendisinden bir parçanın kaybı gibidir ve suçluluk duygusu olabilir. Erkekler için ise henüz hamileliğin başında olduğu için gerçek görünmeyebilir. Ancak erkeklerde suçluluk deneyimleyebilirler. Bizim çalışmamızda çoğunlukla” bir daha gebe kalma korkusu “ve “yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı düşüncede olma” yoğunlukla yaşanmıştır (Tablo 22).

Gruplar içinde anksiyete puanları ile yaşadığı duygu ve düşünceleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. KYG’ta durumu hakkında “böyle olması daha iyi oldu” diyen olgular diğer gruba göre daha fazlaydı ve DAP’larını KROG’a göre daha düşüktü. KYG’ta bu gebeliklerin istenmediği ve kaybında da etkilenmedikleri anlaşılabilir. Gebelik öncesi karar verme gebeliğin kabulü için önemlidir. Gebeliğe karşı geliştirilen tepkileri pek çok sebep etkileyebilir her kadında farklı şekillerde olabilir. Kadının inançları, kişilik yapısı, kültür düzeyi yaşam felsefesi, çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkisi, gebeliğe karşı ailenin tutumu ve gebeliği isteme durumu yer almaktadır. Kişinin o anda içinde bulunduğu duruma karşı tepkisi kişilik yapısını belirlemektedir. Olguların kişilik yapısını ayrıntılı olarak incelemedik fakat gösterilen farklı tepkiler sonucunda öncelikle olguların yapısını tanımlamanın önemli olduğunu vurgulamaktadır (1,3,6,11,12,).

●Tablo 23’de olguların gebeliğe karar verme durumlarını ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. KYG’ta “gebeliği istemiyor” diyen olguların DAP Tablo20’de ki bulgulara paralel olarak gruptaki diğer olgulara göre (46.47 ± 6.95), SAP (52.39 ± 8.72) olarak daha yüksek bulunmuştur. bulunmuştur. KROG’ta ise “gebeliği istemiyorum” diyen olguların DAP(51.08 ± 7.40), olarak bulunmuştur. Bu

sonuç KYG’de gebeliği istemeyen olguların hastanedeki yaşadıklarının dışında kaynaklanan sorunlardan dolayı yüksek çıktığını gösterebilir.

Bazı araştırmacılar hiperemesisin gebeliğe karşı oluşmuş bir karşı çıkma reaksiyonu olduğunu ve bununda özellikle aile ve ev çevresindeki çatışmalardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Onlara göre hiperemesis belirtilerini gösteren kadın, kendini fiziksel ve sosyal zorluklarla çevrelenmiş hissetmektedir şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır. Etiyolojisi kesin olarak açıklanmamış olsa da daha çok psikolojik ve endokrin faktörler üzerinde durulmaktadır(11,19,33,36).

Kayıp bir insanın hedeflerine erişebilme ihtimalini azaltan bir durumdur ve kayba karşı bireyin hedeflerini, ümitlerini anlamak gerekmektedir. Amaçlanan şey ne kadar merkezdeyse üzüntü o kadar büyük olur. Aynı şekilde gebeliğin planlanmışlık ve isteme durumu kayba karşı tepkinin şiddetini belirlemektedir (31).

●Olguların gelecek gebelik planlarını incelediğimizde KYG’ta “kısa süre sonra gebelik düşünen “ olguların DAP(52.15 ±10.44) olarak diğer olgularda yüksek gözlenmiştir. Toplumumuzda gebelik evliliğin en önemli beklentisidir

Bu gruptaki olguların kısa süre sonra tekrar gebelik istemeleri; gebeliğin zorlayıcı bir hedef olarak algılanmasında, çevrelerinin böyle bir beklenti içinde olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızda her iki grupta da “tekrar gebelik düşünmeyen” olguların DAP ve SAP’ları benzerlik göstermektedir. Gelecekte gebelikle ilgili bir planın olmaması/yaşayan çocuğa sahip olma olguların daha az anksiyete yaşamalarına neden olabilir şeklinde yorumlanabilir(Tablo 24).

●Gebeliğe karşı gösterilen tepki ve uyum süreci kadın geçmiş yaşantıları ve kişilik yapısı ile ilgili olduğu literatürde belirtilmektedir. Kayıp duygusunun yaşanması bireye özgüdür ve farklı tepkileri içerebilir. Bireyler sıkıntılarını farklı yollarla gösterebilirler. Bazıları ağlama, bağırma gibi belirtileri gösterirken, bazıları da içe kapanma, çevre ile ilgilenmeme gibi tepkiler gösterebilmektedir. Hasta bu davranışlarıyla ihtiyaçlarını ortaya koyabilir. Burada önemli olan hemşirenin bu tepkilerin bir anlamı olabileceğinin farkında olması ve dikkate almasıdır. Özellikle hemşire hastanın nasıl reaksiyon göstermesi gerektiğinin değil hastanın nasıl reaksiyon

gösterdiğini değerlendirmelidir. Bireylerin kişilik yapılarının anlaşılması sağlık çalışanlarının iletişimde kolaylık sağlamaktadır (3,31.33).

Araştırma kapsamındaki olguların duygularının paylaşma durumlarını incelediğimizde KYG'ta 4, KROG'ta ise 14 olgu duygularını sağlık personeli ile paylaştıklarını belirtmişlerdir. Bu na karşın “ duygularını paylaşmak istemeyen/paylaşmayan” olguların anksiyete puanları diğer olgulara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. KROG'ta duygularını paylaşmak istemeyen/paylaşmayan”olguların DAP(53.70±5.35) olarak istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur(f:4.27, p<0.05). Aynı grupta “eş” ile paylaşan olguların SAP(48.32±6.90), DAP(49.08±8.27) olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur(t:-2.70, p<0.05 t:-2.16, p<0.05)(Tablo 25).

Hemşireler kederli ailelere bakım verirken ailelerin duygularıyla yüzyüze geldiklerinde ne yapacaklarını, ne söyleyeceklerini bilememektedirler. Bu durum hemşirenin aileye yardımcı olmasına engel oluşturmaktadır. Bell tarafından yapılan bir araştırmada, kriz anında sağlık profesyonelinin en önemli sorunlarından birisinin iletişim olduğunu ortaya koymuştur. Genellikle sözel ilişki kurmakta güçlük çeken sağlık profesyonelinin , ebeveynlerden uzaklaşabildikleri görülmektedir. Sadece sözel ilişki kurmak gerekemeyebilir. Anneye ve yakınlarına zaman ayırmak, dokunmak, ellerini omzunu tutmak yeterli olabilir. Bu tür davranışlar kriz döneminin sağlıklı bir süreç izlemesini sağlayacaktır (3).

Kömürcü'nün yaptığı çalışmada;(1992) hemşirelerin ölecek hasta ve ailesini anlamalarına karşın kendilerini çok rahat hissetmediklerini gözlemiştir. Olguların % 80 oranında olayı arkadaşları ve meslekdaşları ile tartışabildiklerini de belirtmiştir. Bu olguların bakımında hemşirelerin kendini rahat hissetmemesi/olayı yok ya da önemsiz sayması bakımın kalitesini etkilemektedir. Hemşirelerin kendini yetersiz hissetmesi Takak'ın çalışmasında; kriz anında hemşirelerin yardım almak istedikleri ile orataya çıkmıştır. Yardım alınan kişiler %35,8 oranında hemşire arkadaşlarından, %27.1 doktordan,%25.8'i psikiyatristten yardım almak istemiştir. Kayıp/kriz durumu ile karşı karşıya kalan olgulara daha kapsamlı bir bakımın verilebilmesi için ekip çalışmasının önemi açığa çıkmaktadır. Bu ekipler hastane içinde ve taburcu olduktan sonra yeterli bakım ve desteğin verilmesi sağlanacaktır. Bu tür ekiplerin ve gönüllü organizasyon

benzerleri dış ülkelerde bulunmaktadır ve hasta ve ailesi ile sağlık personeline yardımcı olmaktadır (42,48,59).

Aynı şekilde hemşirelerin yaşadığı sorunlara ilişkin Özalpın ve Işıl'ın yapmış oldukları çalışma da önlisans hemşire öğrencilerin ölüme ilişkin yaklaşımlarının incelemiş ve öğrencilerin %63.5 oranında hasta ile yeterli iletişime giremediğini görmüş ve sonuçta öğrencilerin ölüme ilişkin bastırılmış duygularının olduğunu ve hastaya yaklaşımlarının verilen eğitimle değişikliğe uğramadığını belirtmişlerdir(57).

Takak'ın (1987) çalışmasında ise ölü ve de kusurlu bebeği olan annelere bakım veren hemşirelerin kriz anında anneler yaklaşım güçlüğü yaşayan hemşire oranının yüksek olarak bulmuştur. Hemşirelerin ölü bebeği olan annelere bakım verirken %36.2'sinin, kusurlu bebeği olan annelere bakım verirken de %78'inin güçlüğü olduğunu belirtmiştir (42).

●Olguların taburcu olurken “ilaç/uygulama/diyet/cinsel yaşam” ile ilgili konularda bilgiye gereksinimi olan olguların DAP ve SAP'ı diğer olgulara göre yüksek bulunmuştur. Genellikle” bilgiye gereksinimi olmayan olguların anksiyete puanları daha düşük düzeydedir. Daha sıklıkla hastalar tedavi ile ilgili bilgiye gereksinim duymakta olmalarının sebebi hastalara bu konuda yeterli zaman ayrılamaması yada bilgilendirilmemesi olabilir. Dikkat çekici diğer bir olgu “Gebelik ve AP” hakkında bilgiye gereksinimleri olan olgular iki grupta da çoğunluktadırlar. Buna karşın bu konular hakkında bilgisi olan olgularla olamayan olguların anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (Tablo 26).

●Bunun sonucunda; olguların genellikle yeterli bilgilendirilmediği ve daha sonra eğitim programlarına alınmaması bu konudaki eğitim gerekliliğini ortaya çıkarabilir (Tablo 27).

SONUÇ VE ÖNERİLER

✓ Araştırma kapsamına alınan olguların KYG'nin %42'si, KROG'un %48'i "16-25" yaş grubunda , KYG'un %70'i, KROG'un %58'inin "ilkokul mezunu" olduğu belirlendi.

✓ Çalışma kapsamına alınan olguların çoğunluğunun (%92, %88)" ev hanımı "olduğu belirlendi. Eşlerinin de çoğunluğunun serbest çalıştıkları(%60, %68) , (%70,%58) oranında sosyal güvencelerinin olmadığı ve(%60,%44) oranında da ilkokul mezunu olduğu anlaşılmıştır (Tablo 1).

✓ KYG'un %70'i, KROG'un %78'inin sigara içmediği saptandı.

✓ Araştırma kapsamına alınan olguların evlenme yaş ortalaması KYG'ta 19.82 ± 3.64 , KROG' ta 20.26 ± 4.18 olarak belirlendi. Aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı (F:0.004, $p > 0.05$).

✓ Araştırma kapsamına alınan her iki gruptaki olguların gebelik haftalarının aynı oranda (%54) "8-12 hafta" olduğu saptanmıştır. KYG'un %30'i, KROG'un %36'ının ilk gebeliği olduğu belirlendi.

✓ Olguların KYG'ta %54, KROG'ta %72 oranında "0-1" canlı çocuğa sahip oldukları belirlendi. KYG'un %2, KROG'un %52 oranında küretaj deneyimlemediği saptanmıştır. Olguların son kullandığı kontraseptif yöntem KYG'ta %24'ünün etkili bir kontraseptif yöntem kullandığı ve %54'ünün korunmadığı saptanmıştır. KROG'ta son kullandığı kontraseptif yöntem %32'sinin etkili yöntem kullandığı, %48'inin korunmadığı saptanmıştır (Tablo2).

✓ KYG'ta %80 kanama, %18 ağrı ve %14 oranında "muayene/normal kontrol ile hastaneye başvurmuştur. KROG'ta %52 kanama, %42 bulantı kusma, %20 ağrı şikayeti ile hastaneye başvurmuşlardır (Tablo 2).

✓ KYG'un %92'si "abotus(gebelik kaybı var)"KROG'un %46'sı "abortus imminens", %44'ü "hiperemesis gravidarum" ve %16'unun "ektopik gebelik olduğu

saptanmıştır. Olguların KYG'un %96'sının küretaj %54'ü ise opere(cerrahi tedavi) olmuştur. KROG'un tamamı tıbbi tedavi görmüştür (Tablo 2).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların KYG'ta %18, KROG'ta %26 oranında “durumu hakkında endişeli olduğu”, KYG'ta %28, KROG'ta %22 oranında “psikolojik yönden desteğe ihtiyacı olduğu” ve KYG'ta %32, KROG'ta %22 oranında “evine gitmek istedikleri saptanmıştır (Tablo 3).

✓ Olguların hastanede yattığı sürece yardım ve destek aldığı kişiler; KYG'ta %64 “eş”, %54 ve %48 “tüm aile çevresi oranında “hastane personeli” olmuştur. KROG'ta % 72 “eş, %50 “sağlık personeli ve %46 oranında sağlık personeli olmuştur (Tablo 3).

✓ Olgular hastanede yattığı sürece; KYG'ta %70 “tüm aile çevresi”, %66 “eş” ve %54 oranında “sağlık personelinden” yardım ve destek almak istemişlerdir. KROG'ta %62 “eş, %60 “Tüm aile çevresi” ve %56 oranında “sağlık personelinden” yardım ve destek almak istemişlerdir (Tablo 3).

✓ Gebeliklerine eşleriyle(%42, 560) oranında birlikte karar vermişlerdir. KYG %46, KROG %24 oranında gebeliğini istememektedir. Olguların (%46,%60) oranında durumu hakkında yeterli bilgisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 4).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların %34'ünde bir daha gebe kalma korkusu yaşadığı belirlenmiştir. KYG'ta %4, KROG'ta %34 oranında yaşadıkları olaydan etkilenmedikleri saptanmıştır (Tablo 4).

✓ Olguların KYG'ta %34, KROG'ta %24 oranında yaşadıkları olay karşısında “yetersizlik/kendine/eşine karşı suçlayıcı” düşüncede oldukları ayrıca KYG'ta %36, KROG'ta %20 oranında tekrar gebelik düşünmediği ve (%38, %32) oranlarında kısa süre sonra gebelik düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4).

✓ Araştırma kapsamındaki olgular taburcu olurken KYG'ta %68, KROG'ta %54 oranında “Gebelik/ Aile Planlaması” ile ilgili bilgiye ihtiyacı oldukları belirlenmiştir (Tablo 5).

✓ Olguların taburcu olurken bilgiye gereksinimi olduğu konularda KYG'ta %62, KROG'ta %80 oranında yeterince bilgisi olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

✓ KYG'un DAP 47.96 ± 8.61 , SAP 50.84 ± 8.71 ve KROG'un DAP 50.48 ± 7.99 , SAP 49.86 ± 7.20 olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

✓ KYG'ta "36-45" yaş grubunda olan olguların DAP 45.50 ± 2.31 , SAP 54.00 ± 10.60 olarak saptanmıştır. KROG'ta "16-25" yaş grubunda olan olguların DAP 51.79 ± 7.38 , SAP 49.50 ± 6.59 olarak saptanmıştır (Tablo 7).

✓ Araştırma kapsamındaki "Okur yazar değil/ Okuryazar" olan olguların KYG'ta DAP 52.57 ± 7.76 , "Ortaokul/ lise/Yüksekokul " mezunu olan olguların DAP 49.62 ± 9.70 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların "Okuryazar değil/Okuryazar" olan olguların DAP KYG'ta 56.42 ± 6.29 KROG'ta 53.33 ± 10.69 olarak saptanmıştır."Ortaokul/lise/Y.O." mezunu olan olguların KYG'ta SAP 56.42 , KROG'ta 53.33 ± 10.69 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların çalışma durumları ve sosyal güvenceleri ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. DAP KYG'ta 46.50 ± 6.75 , KROG'ta 52.00 ± 10.10 olarak saptanmıştır (Tablo 9).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların KYG'ta sosyal güvencesi olmayan olguların DAP 48.02 ± 8.79 , KROG'ta 51.79 ± 7.24 olarak saptanmıştır (Tablo 10).

KYG'ta gebelik kaybıyla sonuçlanan abortus tanısı (%92) konulan olguların DAP(47.73 ± 8.28), KROG'ta "Abortus imminens" ogularında DAP(51.69 ± 8.38) olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki olguların tanıları ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 11,12).

✓ Araştırma kapsamındaki olguların gebelik haftası ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. KYG'ta gravida sayısı ile SAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. KYG'ta "8-12" gebelik haftası olan olgularda

DAP48.69±9.35, KROG'ta 49.43±8.25 olarak saptanmıştır. KYG'ta gravidası"1" olan olguların SAP 45.86±7.57 "4ve↑" olanlarda 53.70±9.33 olarak saptanmıştır. KYG'ta ilk gebeliği olanların DAP45.20±10.51, KROG'ta 52.05±7.04 olarak saptanmıştır(Tablo 13.14).

✓KYG'ta para sayısı ile SAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Para sayısı"0-1" olan olguların SAP48.66±8.48,"4 ve ↑" olan olguların SAP 56.90±10.75 olarak saptanmıştır. Abortus yaşayan olguların KYG'ta DAP 47.93±8.70, KROG'ta 51.29±8.02 olarak saptanmıştır (Tablo 15,16).

✓KYG'ta yaşayan çocuğu olmayan olguların SAP(46.66±7.19) iken 3 ve daha fazla yaşayan çocuğa sahip olan olguların SAP(52.80±12.58) olarak saptanmıştır (Tablo 17).

✓Araştırma kapsamındaki olgular KYG'ta eş(33), doktor(20), hemşire(13), hastane personeli(11), KROG'ta eş(31) doktor(16), hemşire(20), hastane personeli(2) olgu hastanede yattığı sürece yardım ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 16).

✓Doktordan yardım ve destek almak isteyen her iki gruptaki olguların (DAP47.70±8.39, 53.95±7.10) olarak, hemşireden yardım ve destek almak isteyen olguların da (DAP48.30±9.25, 51.69±6.72) olarak belirlenmiştir. KYG'ta 11, KROG'ta 2olgu hastane personelinden yardım ve destek almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo18).

✓Araştırma kapsamındaki KYG'taki olgular eş(32), arkadaş-komşu(16), doktor(20), hemşire(13), hastane personelinden(8) KROG'ta eş(36), arkadaş-komşu(10), doktor(20), hemşire(19), hastane personeli(5)olgu hastanede yattığı sürece yardım ve destek aldıkları belirlenmiştir (Tablo19).

✓KYG'ta "doktordan yardım ve destek alan " olguların DAP 47.55±7.91, "hemşireden yardım ve destek alan"olguların DAP 52.69±8.43 olarak saptanmıştır (Tablo 19).

✓KROG'ta "hemşireden yardım ve destek alan olguların diğer olgulara göre anlamlı şekilde düşük saptanmıştır. Bu olguların DAP 46.57 ± 7.92 olarak saptanmıştır (Tablo 19).

✓Durumu hakkında endişeli olan olguların DAP KYG'ta 49.44 ± 9.48 , KROG'ta 51.84 ± 10.56 olarak saptanmıştır. KYG'ta "ekonomik/fiziksel şikayetlere yönelik ihtiyacı "olduğunu belirten olguların DAP 48.66 ± 9.33 , SAP 50.33 ± 7.94 , KROG'ta DAP 49.11 ± 8.70 , SAP 53.22 ± 8.45 olarak bulunmuştur (Tablo 20).

✓Hastaneye yattıklarında durumu hakkında bilgisi olmayan olguların DAP KYG'ta 48.86 ± 7.64 , KROG'ta 51.43 ± 7.74 olarak saptanmıştır. Durumu hakkında bilgi olma ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 21).

✓Bir daha gebe kalma korkusu yaşayan olguların DAP KYG'ta 49.82 ± 7.82 , KROG'ta 51.05 ± 8.96 olarak saptanmıştır (Tablo 22).

✓KYG'ta "Gebeliği istemeyen "olguların DAP 46.47 ± 6.95 SAP 51.08 ± 7.40 , KROG'ta DAP 52.39 ± 8.72 olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki olguların gebeliğe karar vereme durumları ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo23).

✓KYG'taki olgular duygu ve düşüncelerini eş(38), yakınlar(13), sağlık personeli(4) ile paylaşmış ve 6 olgu duygu ve düşüncelerini paylaşmakta güçlük çekmiş/ paylaşmamış olduğu saptanmıştır. KROG'taki olgular duygu ve düşüncelerini eş(37) ve yakınlar(14) ile paylaşmıştır. 10 olgu duygularının paylaşmakta güçlük çekmiş/paylaşmamış olduğu saptanmıştır. KROG'ta sağlık personeli ile duygu ve düşüncelerini paylaştığını ifade eden olguya rastlanmamıştır (Tablo24).

✓Duygu ve düşüncelerini eşi ile paylaşan olguların KYG'ta DAP 46.92 ± 8.26 , KROG'ta 49.08 ± 8.27 ve SAP'ları KYG'ta 49.07 ± 8.60 , KROG'ta 48.32 ± 6.90 olarak saptanmıştır. KROG'ta olguların duygularını eşi ile paylaşan durumu ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 25).

✓Duygu ve düşüncelerini paylaşmakta güçlük çeken/ paylaşmayan olguların KYG'ta DAP 54.00 ± 1.97 , KROG'ta 53.70 ± 5.35 ve SAP'ları KYG'ta

54.50±1.97,KROG'ta 52.50±6.11 olarak saptanmıştır. KROG'taki olguların duygu ve düşüncelerini paylaşmakta güçlük çeken/ paylaşmama durumu ile DAP arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 25).

✓Araştırma kapsamındaki olguların taburcu olurken “ilaç/uygulama/cinsel yaşam” ile ilgili bilgiye gereksinimi olan olguların KYG'ta DAP 52.31±7.35, KROG'ta 53.37±5.85 olarak saptanmıştır. Bilgiye ihtiyacı olmayan olguların DAP'ları KYG'ta 49.42±9.58, KROG'ta 49.42±9.58 olarak saptanmıştır. Taburcu olurken bilgi gereksinimi olması ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 26).

✓Taburcu olurken olguların bilgilendirilme durumları ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Taburcu olurken yeterince bilgisi olan olguların DAP'ları KYG'ta 46.52±9.21, KROG'ta 50.10±8.62 olarak saptanmıştır (Tablo27).

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdakiler önerilebilir.

- Gebeliklerin planlı ve sağlıklı olması için eşlere gebelik, doğum, ebeveynlik ve aile planlaması konusunda danışmanlık verilmesi
- Gebelik öncesi ve gebeliğin başlangıcında adaptasyon ve eğitim programlarının yapılması
- Gebelik için risk faktörü oluşturabilecek durumların erken dönemde tespit edilmesi
- Oluşan riskli durumlarda kayıp riski/oluşabilecek kayba karşı hastanın değerlendirilmesi ve gerekli danışmanlığın sağlanması
- Obstetri ve jinekoloji kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin riskli durumlara ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması, okul ve mesleki eğitimlerinde kayıp duygusu, yas süreci, kriz ve krize müdahale konusunda eğitilmeleri ve becerilerinin geliştirilmesi
- Obstetri ve Jinekoloji’de krize müdahale konusunda profesyonel elemanların hizmet vermesi
- Bu hastaların rehabilitasyonunda hemşirelerinde aktif rol aldığı ekiplerin oluşturulması önerilmektedir.

6-EKLER**EK 1****HASTALARA UYGULANAN ANKET****TANI:****UYGULANAN TEDAVİ****1-Yaşınız ?**

- a)15 ve altı b)16-35 c)36-45 d)45 ve üzeri

2-Eğitim durumunuz?

- a)Okur-yazar değil
b)Okur-yazar
c) İlkokul
d)Ortaokul-Lise
e)Yüksekokul-Fakülte

3-Mesleğiniz?

- a)İşçi
b)Memur
c)Serbest çalışıyor
d)Ev Hanımı

4-Medeni durumunuz?

- a)Evli b)Bekar c)Dul

5-Eşinizin eğitim durumu?

- a)Okur-yazar değil
b)Okur-yazar
c)İlkokul
d)Ortaokul-Lise
e)Yüksekokul- Fakülte

6-Eşinizin mesleği?

- a)İşçi
b)memur
c)Serbest çalışıyor
d)İşsiz

7-Sosyal güvenceniz?

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

8-Evlenme Yaşı:**9-Gebelik Haftası**

10-Gravida: Para: Abortus: Küreta:j Yaşayan Çocuk:

11-Son kullandınız kontraseptif yöntem nedir?

- a)Spiral
- b)Oral Kontraseptif
- c)Eşim korunuyor
- d)Korunmuyor
- e)Diğer

12-Şu andaki gebeliğiniz boyunca

- a)İlaç alma
- b)Röntgen ışınına maruz kalma
- c)Enfeksiyon geçirme
- d) Travma geçirme
- e)Psikolojik durumunu sarsan bir olay yaşama
- f)Ekonomik durumunu sarsan bir Olay yaşama
- g)Sistemik bir hastalığın ortaya çıkması
- h)Herhangi bir şey olmadı
- i)Diğer

13-Daha önce geçirmiş olduğunuz hastalıklar

**14-Daha önceden geçirmiş olduğunuz jinekolojik hastalık veya ameliyat var mı?
Varsa nelerdir?**

a)Var

b)Yok

15-Hastaneye geliş nedeni?

a)Muayene sonucu-Normal kontrol

b)Kanama

c)Ağrı

d)Bulantı Kusma

e)Diğer

15-Sigara içme

a)İçiyor

b)İçmiyor



16-Hastaneye geldiğinizden beri kimlerden yardım ve destek aldınız?

- a)Eşimden
- b)Arkadaşımdan, komşumdan
- c)Aile büyükleri ve aile yakınlarından
- d)Doktorlardan
- e)Hemşirelerden
- f)Hastane personelinden

17-Yardım ve desteği kimden almak isterdiniz?

- a)Eşimden
- b)Arkadaşımdan, komşumdan
- c)Aile büyükleri ve aile yakınlarından
- d)Doktorlardan
- e)Hemşirelerden
- f)Hastane personelinden

18-Şu anda en çok neye ihtiyaç duyuyorsunuz?**19-Olaya ilişkin neler hissediyorsunuz?**

- a)Böyle olması daha iyi oldu
- b)Bir daha gebe kalma korkum var.
- c)Bu olaya ben sebep oldum.
- d)Bu olaya eşim sebep oldu.
- e)Yetersizlik
- f)Hiçbir şey hissetmiyorum

20-Hissettiklerinizi biriyle paylaşıyor musunuz?

- a)Eşimle paylaşıyorum
- b)Bir daha gebe kalma korkum var
- c)Sağlık personeli ile paylaşıyorum
- d)Paylaşmakta güçlük çekiyorum
- e)Hiç kimse ile paylaşmak istemiyorum

21-Hastaneye yattığınızda durumunuzla ilgili bilgi verildi mi?

- a)Yeterince bilgi verildi
- b)Kısa bir bilgi verildi
- c)Açıklama yapıldı fakat yeterince anlayamadım.
- d)Verilmedi

22-Şu andaki gebelik kararınızı nasıl verdiniz?

- a)Eşimle birlikte isteyerek karar verdik.
- b)Eşim istiyor
- c)Ben istiyorum
- d)Aile büyüklerinin etkisi oldu.
- e)Gebelik için zamanlama uygun değil
- f)Bu gebeliği istemiyorum

23-Bu gebeliğiniz düşükle sonuçlanırsa YA DA sonuçlanmışsa tekrar gebelik düşünür müsünüz?

- a)Tekrar gebelik düşünmüyorum
- b)Kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum
- c)En kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum
- d)Uzun süre sonra tekrar gebelik düşünüyorum

24-Eve gittiğinizde neler yapacağınız konusunda hangi konuda bilgiye ihtiyacınız var?

- a)Kullanmam gereken ilaç ve uygulamalar hakkında bilgiye ihtiyacım var.
- b)Diyetimle ilgili bilgiye ihtiyacım var
- c)Cinsel yaşamımla ilgili bilgiye ihtiyacım var
- d)Bir sonraki gebelikle ilgili bilgiye ihtiyacım var
- e)Aile planlaması hakkında bilgiye ihtiyacım var
- f)Bilgiye ihtiyacım yok

25-Size bu konularda bilgi verildi mi?

- a)Yeterince bilgim var
- b)Kısa bir bilgi verildi
- c)Açıklama yapıldı fakat yeterince anlamadım
- d)Verilmedi

EK 2

DURUMLULUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ
STAI FORM TX-L

Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda hissettiklerinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerin uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

SÜREKLİLİK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ
STAI FORM TX-LL

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

	Hayır	Biraz	Çok	Her Zaman
21) Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22) Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23) Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24) Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25) Çabuk karar vermediğim için fırsatları kaçıırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
26) Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27) Genellikle sakin, kendime hakim, ve soğuk kanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28) Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29) Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30) Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31) Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32) Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33) Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34) Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35) Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36) Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37) Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38) Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39) Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40) Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

7-KAYNAKLAR

- 1-Coşkun, A., Karanisoğlu, H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Açıköğretim fakültesi Yayınları,eskişehir,1992.
- 2-İlbars, Z: Kültür ve Stres. Kriz Dergisi., 2(1):177-179,1994.
- 3-Demirci, H.: İlk gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1996.
- 4-Cokun, A., Gökdemirel, S.: Toplumsal Yaşamın Cinsiyet Rollerine Etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi.,1(3-4):45-50.
- 5- Berkiten , A.:Babaların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecine Katılımlarının Eşler Açısından Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.,İstanbul,1999.
- 6-Taşkın, L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset,Ankara, 1997.
- 7-Dünya çocuklarının Dururmu. UNİCEF 1999.
- 8-Karanisoğlu, H.: Riskli Gebeliklerde Ruhsal durum Ve Hemşirelik Yaklaşımı . Hemşirelik Bülteni., 5(19):47-51,1991.
- 9-Ladewing, P., W., London, M., L., Olds, S., B.: Essentials of Meternal Newborn Nursing., A Division of Benjamin/ Cumming Publishing Company,1990.
- 10-Coşkun, A.: Yüksek Riskli Gebeiklerin Tanımlanmasında Hemşirenin Sorumlulukları. Hemşirelik Bülteni.,9(37):31-39,1995.
- 11-Arısan, K.:Doğum Bilgisi, III. Baskı, İstanbul, 1989.
- 12-Pernoll,M.:Çağdaş Obstetrik&Jinekoloji Çeviri:Saraçoğlu,F., Cilt 1,2,Barış Kitabevi, İstanbul,1994.
- 13-Nichols, F., H., Zwelling, E.: Maternal Newborn Nursing Theory and Practise., W.. Soundrs Company,1997.

14-Davidson, S., London, M., Olds, S.: Obstetric Nursing. Addison Wesley publishing Company,s.318-339-324,1980.

15-Pasquali, A., A., Arnold,H., M., De Basia, N., Alesi, E., G.: Mental Health Nursing. Mosby Company,1985.

16-Potter, P., A., Perry, A., G.: Fundamentals Nursing, chapter26,s:,30, Mosby Year Bokks,1997.

17-Koçak, F.:Ebe ve Hemşirelerin Riskli Durumlara İlişkin Bilgileri. III. Hemşirelik Eğitimi Simpozyumu.,İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu,s.481-497,8-10 Eylül 1993.

18-Scott, J., R.:Erken Gebelik Kaybı. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji.,Yüce Yayım.s.175-185,1997.

19-Lee, C., Slade, P., Lygo, V.: The İnfluence of Psychological Debriefing on Emotional Adaptation in Women Following Early Miscaariage: A Preliminary Study. British Journal of Medical Psychology., 69:47-58,1996.

20-Arıcı, A., Bükülmez, O.,:Tekrarlayan Gebelik Kayıpları., Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi,9:4-12, 1995.

21-Bilgin, F., Yanık, A., Çebi, Y., Gökşin, E.: Tekrarlayan Gebelik Kayıpları. Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni.,1(2):51-54,1992.

22-Yılmaz, Ş., T.: İstenmeyen Gebeliğin Sonlandırılması Öncesinde Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. İstanbul üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998.

23-.....:Türkiye Nufus ve Sağlık Araştırması,1993. Sağlık Bakanlığı,(Türkiye) Hacettepe Üniversitesi Nufus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Ankara, 1994.

24-.....:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,1998. Sağlık Bakanlığı,(Türkiye) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc., Ankara, 1999.

25-Sezgin, A., Güçsavaş, N.: Habitual Abortus Tanılı Kayıp Yaşayan Bir Vakanın Hemşirelik Açısından İncelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,s.623-628.

26-Leoni, L.,C., Woods, J., R., Woods, J., E.: Caring for Patients After Pregnancy Loss. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses., 2(1):56-58,1998.

27-Karanisoğlu, H.:Abortus öncesi ve Sonrası Hasta Bakımında Hemşirenin Rolü. Çev:Catherina Ingram Fogel.,Hemşirelik Bülteni.,3(14):89-93,1989.

28-Narter, İ., Yüksel, A.: Abortus Tekniği., Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi.,1:169172, 1987.

29-Brost, L., Kenney, J., W.: Pregnancy After Perinatal Loss:Parental Reactions and Nursing İntervention. JOGNN.,21(6):457-462,1992.

30-Mander, R.:The Grieving Mother: İn The Community?. Modern Midwife.,6(8):10-13,1996.

31-Heath ,B., M., H.:Potter's and Perry's Foundadion in Nursing Theory and Practise,Mosby,1995.

32-Frost, M., Condon, J., T.: The Psychological Sequelae Of Misscarriage: A Critical Review Of The Literature. Austtalian and New Zeland Journal of Psychiatry., 30:54-62,1996.

33-Yıldız, A., Ş.: Gebelikte Risk Faktörü Oluşturan Hiperemezis Gravidarun Olgularında Hemşirelik Bakımının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi,İstanbul,1994.

34-Uran, B., Erler, A., Bayrak, B., Aydın, G., Südekan, Ö.:Hiperemetik Gebe Kadınlarda Gestasyonel Sak Ölçümleri., Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi., 9:151-155, 1995.

35-Deuchar, N.: Nausea and Vomiting in Pregnancy: A rview of the Problem With Particular regard to Psychological and Social Aspects. British Journal of Obstetrics and Gynaecology.,102:6-8,1995.

36-Muphy, P., A.: Alternative Therapies For Nausea and Vomiting of Pregnancy. Obsteric and Gynecology., 91(1):149-155,1998.

37-Frigo, P. Et all(5) Hyperemesis Gravidarum Associated With Helicobacter Pylori Seropozitivity. Obstetrics and Gynecology.,91(4):615-617.

38-O'Brien B., Naber, S.:Nausea and Vomiting During Pregnancy: Effects on the Quality of Women's Life. Birth., 19(3),1992.

39-Borgeat, A., Fathi, M., Valiton, A.: Hyperemesis Gravidarum: Is Seratonin İmplicated? Amercan J Obstetric Gynecology. 176(2):476-478,1997.

40-Aydemir, V., Bekaroğlu, M., Gökmen, O., Kutluk, S.: Hiperemezis Gravidarum Olgularında Psikiatrik Değerlendirme., Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler., 4(1):77-80,1993.

41-Beksaç, S.:Fetal Kayıp.,Fetal Tıp Prenatal Tanı.,Nobel Kitabevi,Ankara, 1996.

42-Takak, G.:Ölü veya Kusurlu Bebeği Olan Annelere Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler ve Davranış Biçimleri. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı., Bilim Uzmanlığı Tezi,Ankara,1987.

43-Özden, A.: Krize Müdahalenin Psikiyatrideki Yeri. Kriz Dergisi., 1(3):158-165,1993.

44-Pasquali, A., A., Arnold,H., M., De Basia, N., Alesi, E., G.: Mental Health Nursing. Mosby Company,1985.

45-Jonson,B.,S.: Psychiatric Mental Health Nursing Adaptation and Growth. Lippincott Raven Publishers. Fourth edition,Philedelphia,1997.

46-Robins, J.: Caring for the Dying People Patient and the Family. Harper and Row Ltd.,London,1989.

47-Mcclain, G.,C., Deatrick, J., A.:The Experience of High Risk Pregnancy., JOGNN.,23(5):421-426.

48-Murphy, F.:A Gap İn Women's Health Care Midwives and HVs: Women Need You After Early Miscarriage. Profession Care of Mother&Child., 6(3):81-82, 1996.

49-Beutel, M., Deckard, R., Rad, M., V., Weiner, H.: Grief and Deprssion After Miscarriage: Their Separation, Antacadents and Course. Psychomatic Medicine.,57: 517-526,1995.

50-Cüceloğlu, D.: İnsan ve Davranışı,Remzi Kitabevi,İstabil,1994.

51-Geçtan, E.:Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar. Remzi Kitabevi, İstanbul,s.131-173, 1988.

52-Öner,N., Compte, A.: Durumluluk- Sürekli Anksiyete El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası , 2. Baskı,İstanbul,1985.

53-Doğaner, İ.:Gruplarda Krize Müdahale,XXIII Bergama Grup Psikoterapileri Sempozyumu Program ve Sunum Kitapçığı,İzmir,1998.

54-Cuisiner, M., C., J., Kuijpers, J., C., Hoogduin, C., A., L., Graauw, C., P., H., M., Janssen, H.,J., E.,M.: Miscarriage and Stillbirth: Time Since The Loss, Grief

Intensity and Satisfaction With Care. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology*,52:163-168,1993.

55-Takak, G.:Ölü veya Kusurlu Bebeği Olan Annelere Bakım Veren Ebe ve Heşirelerin Karşılaştıkları Güçlükler. *Türk Hemşireler Dergisi*, 38(37):22,1988.

56-Prettyman, R., J., Cordle, C., J., Cook, G., D.: A Three-Month Follow-Up Psychological Morbidity after Early Miscarriage. *British Journal of Medical Psychology*,66:363-372,1993.

57- Özaltın, G., Işıl, Ö.: Önlisans Hemşire Öğrencilerin Ölümüne ilişkin Yaklaşımlarının İncelenmesi. *Tıbbi Etik*,5(1):10-15,1997.

58-Engel, S., P., et al:First Trimester Multifetal Pregnancy Reduction:Acute and Persistent Psychologic Reactions., *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Part One,172(2):541-547.

59-Kömürcü, N.: Hemşirelerin Ölecek Hastaya ve Onun Ailesini Anlamalarına İlişkin Tutumları. *Sağlık*.56 :

60-.....Çalışma İstatistiği Yıllığı. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü

61-Nielsen, S., Hahlin, M., Granberg, S.: Bereavement, Grieving and Psychological Morbidity After First Trimester Spontaneous Abortion: Comparing Expectant Management With Surgical Evacuation. *Human Reproduction*,11(8): 1767-1770,1996.

62-Bilgel,N.: Halk Sağlığı bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı,Güneş&Nobel Tıp Kitabevi, 1997.

63-Bryar, S., H.: One Day You're Pregnant and One Day You're not: Pregnancy Interruption for Fetal Anomalies., JOGNN., 26:559-556, 1997.

64-Maloni, J., A.: Home Care of The High-Risk Pregnant Woman Requiring Bed Rest. JOGNN.,23(8): 696-704, 1994.

65-Knowles, S.: A Passage Through Grief-the Western Australian Rural Pregnancy Loss Team. Brithish Medical Journal., 309:1705-1709,1994.

66-Gupton, A., Heaman, M., Ashcroft, T.: Bed Rest From the Perspective of the High Risk Pregnant Woman. JOGNN., 26(4):423-430, 1997.



8.ÖZGEÇMİŞ

1972 yılında Düzce’de doğan Zübeyde Ekşi 1990 yılında Sakarya Sağlık Meslek Lisesi’nden,1995 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu’dan mezun olmuştur.

1990-1997 yılları arasında Şişli Etfal Hastanesi 1.Kadın Doğum Kliniği'nde ve doğumhanesinde çalışmıştır.

Halen Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

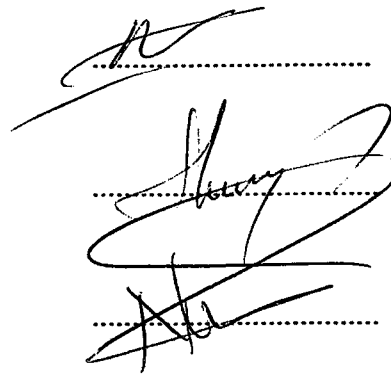
Yüksek Lisans öğrencisi Zübeyde EKŞİ'nin, çalışması jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Nüran KÖMÜRÇÜ
Üniversitesi : Marmara

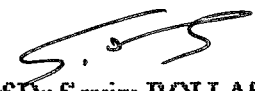
Üye : Prof.Dr.Hediye ARSLAN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ
Üniversitesi : Marmara



ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 27...10/1999 tarih ve 01..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof.Dr. Sevim ROLLAS
Müdür

YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMENTASYON MERKEZİ