



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ FARK EDİLMEYEN
GEBELİKLERLE İLGİLİ FARKINDALIK VE
TUTUMLARI**

Banu BOSTANCI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2018

**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ FARK EDİLMİYEN
GEBELİKLERLE İLGİLİ FARKINDALIK VE
TUTUMLARI**

Banu BOSTANCI

164102150

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR

İSTANBUL-2018



T.C.
ÜSKÜDAR
ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Banu Bostancı
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	:	Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar
Tezin Başlığı	:	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ FARK EDİLMEYEN GEBELİKLERLE İLGİLİ FARKINDALIK VE TUTUMLARI

Toplantı Tarihi	:	25/07/2018	Saati	:	13:00
-----------------	---	------------	-------	---	-------

Öğrenci Savunmaya : Geldi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yönetilmiştir.

- Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak **KABUL** edilmesine,
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının **DÜZELTİLMESİNE**, düzeltme için adaya ay **EK SÜRE** verilmesine (en fazla 3 ay)
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin **REDDEDİLMESİNE**
 OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

ile karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı : Değişmedi Değişti

Tezin Yeni Başlığı : Değişmedi

Öğrenci Savunmaya : Gelmedi

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,

OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Dr.Öğr.Gör. Hüseyin Ünübol	
Danışman Üye	Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar	
Üye	Doç.Dr. Korkut Ulucan	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : 25/07/2018

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Doç.Dr. Gökben Hızlı Sayar
Anabilim Dalı Başkanı
(Unvanı, Adı Soyadı, İmza)

ÜÜ.FR.016 Revizyon Nbr.: 08.11.2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**Sağlık Çalışanlarının Fark Edilmeyen Gebeliklerle İlgili Farkındalık ve Tutumları**” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25/07/2018

Banu BOSTANCI



TEŞEKKÜR

Bilgeler, öğrenmenin göklerde görmek, yeryüzünde hatırlamak anlamına geldiğini söylerler. Bilmediklerimi öğretip, yol gösteren, uzaklaştığımda odağa geri dönmemi sağlayıp, ümitsizliğe kapıldığımda içten samimiyeti ile beni motive eden, yoğun çalışma temposuna rağmen zamanını, deneyimini, engin bilgisini benimle paylaşarak bu tezin yazımını mümkün kılan değerli hocam, örnek almaya çalıştığım tez danışmanım Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar'a sonsuz teşekkür ederim. Özveri ve tevazuunuzla bana gerçek bir rol model oldunuz. Desteğinizin benim için anlamı çok büyük. Sizinle çalışma ayrıcalığını bana bahsettiğiniz için ayrıca teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimimde tanışma şerefine nail olduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Oğuz Tanrıdağ, Prof. Dr. Aslıhan Dönmez, Prof. Dr. Nazan Aydın, Dr. Eylem Özten, Dr. Oğuz Omay, Dr. Barış Önen Ünsalver ve Klinik Psikolog Selvinaz Çınar Parlak'a bana kattıkları onca değer ve yolumu aydınlatan tüm bilgiler için teşekkür ederim. Sizlerden öğrenmek tarifsiz bir deneyimdi.

Üzerimde çok büyük emeği olan sayın hocam Prof. Dr. İlkey Kasatura'ya teşekkür ederim. Bu yolculuk sizin sayenizde başladı hocam. Bana inandınız, desteklediniz, eğittiniz ve öğrettiniz. Kendimi tanıma ve farkındalık yolculuğumda önümden yürüyüp yolu gösterdiniz. Her şey için sonsuz teşekkürler.

Tez çalışmamın adli yönünü hazırlamamda yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşım Avukat Bora Erdem'e engin sabrından, desteğinden ve eksilmeyen neşesinden dolayı çok teşekkür ederim.

Kendisini tanımaktan ve birlikte çalışmaktan büyük keyif duyduğum, desteğini her daim her yerde hissettiğim vazgeçilmez "arka taş"ım, sevgili dostum Uzman Klinik Psikolog Ayşegül Ertem'e dostum olduğu ve bilgisini benimle paylaştığı için teşekkür ederim.

Eğitimin vazgeçilemeyecek bir erdem olduğunu yaşamları boyunca savunan ve her aşamasında beni destekleyen sevgili aileme teşekkür ederim.

“İnsanın istemeden yemek yemesi nasıl sağlığa zararlıysa, hoşlanılmadan yapılan bir öğrenme de belleği mahveder ve bellek algıladığı hiçbir şeyi akılda tutamaz” diyen Leonardo da Vinci’nin bu konuda da haklı olduğunu ispatlarcasına aktardığı her bilgiyi büyük bir hoşnutlukla öğrenmemi sağlayan, elimi hiçbir zaman bırakmayan, bana olan güvenini her daim hissettiğim, yaşamdan anlam çıkartabilmeyi, kendimi tanımayı bana öğreten, hafızamdan hiçbir zaman silinmeyecek anıların mimarı olan sayın hocam Dr. Ethem Demircioğlu’na bana inandığı için teşekkür ederim. Sizensiz bu yolu yürüyemezdim.



ÖZET

(BOSTANCI, Banu, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018)

Sağlık Çalışanlarının Fark Edilmeyen Gebeliklerle İlgili Farkındalık ve Tutumları

Fark edilmeyen gebelik, anne adayının, ilerlemiş olmasına rağmen gebeliğini fark etmemesi durumudur. Fark edilmeyen gebelik tablosunda anne adayı gebeliğini yirminci hafta ya da daha geç bir dönemde fark eder. Gebeliğin yirminci haftasında veya daha sonrasında fark edilmesi “kısmi fark edilmeyen gebelik” olarak tanımlarken, ancak doğum başladığında fark edilmesi durumu “tam fark edilmeyen gebelik” diye tanımlanmaktadır. Bu araştırmada sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık düzeylerinin ve tutumlarının saptanması amaçlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik form ile farkındalık ve tutum anketi kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu ankette iki klinik vinyet verilmiş ve her klinik vinyetin peşinden tablo ile ilgili görüşleri sorulmuştur. Araştırma grubu 240 kişiden oluşmaktadır ve yaş ortalaması 31.3, standart sapması 8.3 olarak bulunmuştur. Katılımcılar mesleklerine göre incelendiğinde %71.2’sinin psikolog, %16.2’sinin psikiyatrist, %12.5’unun diğer sağlık hizmetlerine mensup olduğu izlenmiştir. Bu araştırmanın sonuçları araştırmaya katılan psikolog, psikiyatrist ve diğer meslek gruplarından katılımcıların fark edilmeyen gebelik olgularını tanımlayan vinyetler karşısında kararsızlık yaşadıklarını ve tabloyu tanımakta ve anlamlandırmakta zorlandıklarını düşündürmektedir. Tablonun gizlenen bir gebelik olabileceği, psikoz ya da zeka geriliği bir klinik mental bozukluğa bağlı olabileceği, gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlikle açıklanabileceği, ihmalkarlığa ve sorumsuzluğa bağlı olabileceği, istenmeyen bir gebeliğin bilinçdışı inkarı olabileceği, ya da kadının kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması ile ilişkili olabileceği görüşlerinin hepsi birbirine yakın oranda benimsenmiştir. Her bir soru için katılımcıların yaklaşık ¼-1/3 lük bir kısmının kararsız kalması da tablonun yarattığı kafa karışıklığını göstermektedir. Fark edilmeyen gebeliklerin erken saptanmasını, anne adayının uygun gebelik takibine ve psikolojik desteğe kavuşmasını, yenidoğanın bedensel ve psikolojik sağlamlık içinde doğma ve büyümesini, fark edilmeyen gebeliklerin yaratacağı adli

sorunları ve ailevi krizleri önlemek için atılması gereken en önemli adım öncelikle sağlık personeli ve sonrasında da toplumun fark edilmeyen gebelikler konusunda bilinçlendirilmesi olacaktır.

Anahtar Kelimeler: gebelik, inkar, fark edilmeyen gebelik, sağlık çalışanı, farkındalık, tutum



ABSTRACT

(BOSTANCI, Banu, Master Thesis, Istanbul, 2018)

Awareness and Attitudes of Healthcare Professionals on Unperceived Pregnancies

Unperceived pregnancy is a phenomenon where the expectant mother is unaware of her pregnancy despite of its advanced stage. The expectant mother becomes aware of her pregnancy either at its 20 weeks gestation or later. While the identification of the pregnancy at its 20 weeks gestation is defined as “partially unperceived pregnancy”, the identification of the pregnancy just before the birth or during labor is defined as “totally unperceived pregnancy”. In this study it was aimed to determine the level of awareness and attitudes of health workers regarding unperceived pregnancies. Sociodemographic form and awareness and attitude questionnaire were used as data collection tool in the research. In this questionnaire prepared by the researchers, two clinical vignettes were given and the participants’ views about the table were asked after each clinical vignette. The study group consisted of 240 people with a mean age of 31.3 and a standard deviation of 8.3. when the participants were examined according to their occupation, it was observed that 71.2% were psychologists, 16.2% were psychiatrists and 12.5% belonged to other health services. The results of this study suggests that the psychologists, psychiatrists, and other health workers who participated in the research were indecisive to the vignettes that define unperceived pregnancies and that they had difficulty in recognizing and interpreting the clinical situation. Thinking that the clinical situation may be associated with concealed pregnancy, psychosis or mental retardation due to a clinical mental disorder, not knowing pregnancy signs and that the situation may be explained with inexperience, or it might be due to negligence and irresponsibility, or that it may be the unconscious denial of an unwanted pregnancy or that the woman was not aware of her reproductive capacity was considered in close proximity. About 1/4-1/3 of the participants to be indecisive for each question shows the confusion that the table created. The most important step to take for the early detection of unperceived pregnancies in order for the mother candidate to have appropriate pregnancy follow-up and psychological support, for the birth and growth of

the newborn in physical and psychological healthy, in order to prevent the forensic problems and familial crises that the unperceived pregnancies would create, would be to raise awareness about the unperceived pregnancies for first the health care personnel and then the society.

Key words: Pregnancy, Denial, Unperceived Pregnancy, Healthcare Professionals, Awareness, Attitude



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR VE SİMGELER SAYFASI.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
BİRİNCİ BÖLÜM	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Tanımlar	1
İKİNCİ BÖLÜM	3
2.1. İNSANDA GEBELİK SÜRECİ.....	3
2.1.1. Gebeliğin Belirtileri.....	5
2.1.2. Gebelik Psikolojisi.....	9
2.1.3. Annelik Bilinci.....	9
2.2. Fark Edilmeyen Gebelikler	10
2.2.1. Fark Edilmeyen Gebelik Nedir?	10
2.2.2. Fark Edilmeyen Gebelik Olgularının Karakteristik Özellikleri.....	12
2.2.3. Fark Edilmeyen Gebeliğin Ayırıcı Tanısı.....	14
2.2.4. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Epidemiyolojisi	16
2.2.5. Fark Edilmeyen Gebelik Literatürü	18
2.2.6. Literatürdeki Seçilmiş Makalelerin Kısa Özetleri	19
2.2.7. Fark Edilmeyen Gebelik Olgularında Etiyolojik Faktörler	39
2.2.7.1. Etiyolojik Faktör Olarak Savunma Mekanizmaları	39
2.2.7.2. İçsel Çatışmalar.....	42
2.2.7.3. Travmalar ve Dissosiasyon	43
2.2.7.4. “Reaktif Homeostaz”	45
2.2.7.5. Üreme Kapasitesini İdrak Edememe	47
2.2.8. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Riskli Sonuçları.....	47

2.2.8.1. Fark Edilmeyen Gebelik ve Neonatisid	49
2.2.9. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Adli Yönü.....	49
2.2.9.1. İnfantisid, Filisid, Neonatisid.....	50
2.2.9.2. Türkiye’de Yaşanan ve Neonatisid İle Sonuçlanan Tam Fark Edilmeyen Gebelik Olgusu	56
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	59
AMAÇ, YÖNTEM VE ARAÇLAR	59
3.1. Amaç	59
3.2. Problem Cümlesi	59
3.2.1. Alt Problemler	59
3.3. Araştırmanın Önemi	60
3.4. Araştırmanın Varsayımları	60
3.5. Araştırmanın Sınırları.....	60
3.6. Veri Toplama Araçları.....	61
3.6.1. Sosyodemografik Form	61
3.6.2. Farkındalık ve Tutum Tarama Anketi	61
3.7. Verilerin Çözümü	63
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	64
4. SONUÇLAR	64
BEŞİNCİ BÖLÜM	90
5. TARTIŞMA.....	90
ALTINCI BÖLÜM.....	98
SONUÇ VE ÖNERİLER	98
6.1. SONUÇ	98
6.2. Öneriler.....	100
6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler.....	100
6.2.2. Araştırmaya Yönelik Öneriler	101
7. KAYNAKLAR.....	102
EKLER	108

KISALTMALAR VE SİMGELER SAYFASI

df : Serbestlik Derecesi

F : F Testi

n : Örneklem Sayısı

p : Anlamlılık Seviyesi

ss : Standart Sapma

t : T Testi

x : Aritmetik Ortalama

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma grubunun yaş ortalaması	64
Tablo 2. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri.....	65
Tablo 3. Araştırmaya katılanların iki vinyete getirdikleri yorumlar arasındaki farklılıklar	67
Tablo 4. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Gizlenen gebelik, gebe olduğunu bilmesi ancak çevresinden saklaması” açıklaması getirme durumları	70
Tablo 5. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Psikoz, psikotik özellikli duygu durum bozukluğu, zeka geriliği” açıklaması getirme durumları.....	71
Tablo 6. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik” açıklaması getirme durumları	72
Tablo 7. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Başka konularda da muhakemesine güvenilemez” yorumu getirme durumları.....	73
Tablo 8. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi” yorumu getirme durumları	75
Tablo 9. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Gebe olduğumu bilmiyordum söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir” yorumu getirme durumları	76
Tablo 10. Araştırmaya katılanların vinyetlere “İhmalkârlığına ve sorumsuzluğuna bağlıdır” açıklaması getirme durumları	77
Tablo 11. Araştırmaya katılanların vinyetlere “İstenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkara bağlıdır” açıklaması getirme durumları	78
Tablo 12. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur” açıklaması getirme durumları.....	80
Tablo 13. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması” açıklaması getirme durumları	81
Tablo 14. Araştırmaya katılanların vinyetlere karşı kızgınlık ve öfke hissettiklerini bildirme oranları.....	82
Tablo 15. Araştırmaya katılanların vinyetlere karşı acıma hissettiklerini bildirme oranları	83
Tablo 16. Araştırmaya katılanların vinyetlere “anneliğe adapte olamaz” yorumu getirme durumları.....	85

Tablo 17. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.” yorumu getirme durumları	86
Tablo 18. Araştırmaya katılanların kendi başlarına ya da erkek katılımcılar için eşlerinin başlarına vinyetlerde anlatılanlara benzer bir durum gelip gelmeyeceği hakkındaki dūřünceleri	87
Tablo 19. Araştırmaya katılanların gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıklarını soruşturan soruya cevapları	89



BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Fark edilmeyen gebelik, anne adayının, ilerlemiş olmasına rağmen gebeliğini fark etmemesi durumudur. Fark edilmeyen gebelik söz konusu ise anne adayı gebeliğini ya yirminci haftadan sonra ya da doğum başladığında fark eder. Gebeliğin yirminci haftasında veya daha sonrasında fark edilmesi “kısmi fark edilmeyen gebelik” olarak tanımlarken, ancak doğum başladığında fark edilmesi durumu “tam fark edilmeyen gebelik” diye tanımlanmaktadır. Gebeliğinin farkında olmama, gebeliğini gizleme ve gebeliği kabul etmeme farklı olgular olmakla beraber literatürde “Gebelik İnkarı” olarak adlandırılmaktadır (Aydın ve ark., 2017).

Gebeliğin fark edilememesi, anne adaylarının gebelikleri süresince bebeklerine bağlanmalarını ve anne rolüne hazırlanabilmelerini imkansız kılar. Gebeliklerinin farkında olmadıkları için doğum, genellikle komplikasyonlara daha meyilli bir ortamda oluşur, anne ve yeni doğan gerekli tıbbi yardımı alamazlar. Bu durum hem anne hem de yeni doğan için önemli riskler taşımaktadır.

Gebeliğin fark edilmeyişi, neonatisid, doğum sonrası duygusal rahatsızlık, travma veya yeni doğanın reddi gibi olumsuz ve trajik sonuçlar doğurabilmektedir. Bu hastaların birinci aşamada karşılaşacakları kişiler kadın doğum uzmanları, ebeler, psikiyatristler ve hekimlerdir. Bu meslek gurubuna mensup uzmanların konu hakkında farkındalıklarının artması, söz konusu hastalara uygun tıbbi bakım, psikolojik destek ve adli tıbbi yardım sağlayacaktır. Bu çalışmada gebeliğini fark etmeyen hastalarla karşılaşabilecek meslek grubu üyelerinin fark edilmeyen gebelikler konusundaki farkındalık ve tutumlarını araştırma amaçlanmaktadır.

1.1. Tanımlar

Fark edilmeyen gebelik: Anne adayının, ilerlemiş olmasına rağmen gebeliğini fark etmemesi durumudur. Fark edilmeyen gebelik tablosunda anne adayı gebeliğini yirminci hafta ya da daha geç bir dönemde fark eder. Gebeliğin yirminci haftasında

veya daha sonrasında fark edilmesi “kısmi fark edilmeyen gebelik” olarak tanımlarken, ancak doğum başladığında fark edilmesi durumu “tam fark edilmeyen gebelik” diye tanımlanmaktadır (Aydın ve ark, 2017).

Farkındalık: Toplumun bir konunun farkına varması veya farkında olunan bir konuya dikkatinin çekilmesidir

Tutum: Bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir.



İKİNCİ BÖLÜM

2.1. İNSANDA GEBELİK SÜRECİ

Kadınların yaklaşık % 90ı hayatlarında en az bir kere gebe kalırlar. Gebelik kadının hayatının bir çok perspektifini değiştirir ve anne adayının sağlığı, mutluluğu ve sosyal rolleri üzerinde saklı pek çok anlamı vardır (Huizink ve ark., 2004) Gebelik döllenme ile başlayıp doğumla sonuçlanan 280 günlük bir süreçtir (Yavuzer, 2015) ve anne adayı için yepyeni bir dönemin başlangıcı olan gebelik süresince anne adayları büyük bir dönüşümün yanı sıra fiziksel ve duygusal devasa değişimler yaşarlar (Huizink ve ark., 2004).

Gebelik genellikle üç ayrı döneme ayrılır. Bu dönemlerden her biri bebeğin gelişimindeki önemli dönüm noktalarına işaret eder. Birinci üç aylık dönemde embriyonun organları ve sistemleri oluşur. Takip eden ikinci üç aylık dönemde fetüsün büyümesi hızlanmış ve hareket edebilecek düzeye gelmiş olur. Üçüncü üç aylık dönemde ise fetüsün kilosu artar ve artık kendisini dış dünyaya hazırlayacak davranış kalıplarını oluşturmaya başlar (Toker, 2006).

Kadınların her ay adet kanamaları sonlanır sonlanmaz beyindeki hipofiz bezi tarafından kana folikül uyarıcı bir hormon salgılanır. Bu hormonun görevi, gelişmeleri için kadının yumurtalarından bir kaçını seçmektir. Adet döngüsünün yaklaşık olarak on dördüncü gününde folikülden yumurta serbest bırakılarak yumurtlama sağlanır (Tallack, 2007). Erkeğin ejakülasyon sırasında kadının vajinasına boşalttığı spermelerden birinin bu yumurtayla karşılaşarak dış zarını delerek içerdeki çekirdek ile birleşmesiyle döllenme gerçekleşir (Toker, 2006). Döllenmiş yumurta üç ila beş gün içinde tüplerden geçerek rahmin içini döşeyen amniotik keseye yerleşir. Döllenmiş yumurta burada bölünmeye başlar ve yeni bir hayatın oluşmasını sağlayan bu hücre yumağına ilk on haftada “embriyo” adı verilir.

Dördüncü haftada embriyonun kardiyovasküler sistemi çalışmaya ve kalbi ilk kez atmaya başlar. Yirmi sekizinci günde embriyo bir kibrit çöpünün başı büyüklüğündedir

ve hayati organları belirmiştir. Altıncı haftada kol ve bacak tomurcukları belirmiş, gözleri artık ortaya çıkmıştır. Beyin kabuğunun temelleri atılmış, böbrekleri oluşmuş, akciğer lobları belirmiştir. Altıncı haftada embriyo gövdesinde ve bacaklarında reflekse benzer tepkiler vermekte, kendiliğinden silkinme ve dokunmaya benzer hareketler yapmaya başlar. Sekizinci haftada sinir sistemi ve kaslar arasındaki bağlantı kurulmuş ve amaca yönelik ilk hareketler başlamıştır (Tallack, 2007).

Embriyo Yunancada “büyüyen” anlamına gelmektedir. Sekizinci haftanın sonunda ise Latince “oğul” anlamına gelen “fetüs” diye isimlendirilmeye başlanır. Fetüs on haftalık olduğunda elektronik aletlerle kalp atışlarını tespit etmek artık mümkündür. On ikinci haftada sert kemik oluşumları belirmiştir ve fetüsün vücudu artık kıpırdanmaya ve dokunuşlara tepki vermeye başlar. Refleks repertuarı oluşmaya başlamıştır. Fakat hâlâ annesinin bu kıpırdanışları hissedemeyeceği kadar küçüktür (Tallack, 2007).

On üç ve on altıncı haftalara gelindiğinde fetüsün bedeninde, gebeliğin başka hiçbir döneminde izlenmeyen hızlı bir büyüme gözlemlenir. Dördüncü aydan sonra da birçok karmaşık hareket yapmaya başlar ve bu yeni yaşam formu artık ne kadar yeri olduğunun farkındadır. Fetüs yaklaşık on sekiz haftalık olduğunda anne adayı rahminde yeşeren bu yeni hayatın hareketlerini fark etmeye başlar. Daha önce gebeliği deneyimlemiş kimi anne adayı bu hareketleri henüz fetüs on beş haftalıkken bile hissedebilir (Tallack, 2007).

On ikinci haftanın sonunda esneyerek büyüyen rahim yirmi bir ila yirmi beşinci haftalar arasında, fetüsün daha da kilo almasıyla birlikte büyümeye ve genişlemeye devam edecektir. Bu dönemde anne adayı fetüsün yaptığı hareketlerin farkına daha çok varmaya başlamıştır. Yirmi altıncı haftaya gelindiğinde, bebeğin kalp atışlarını, anne adayının karnına kulak dayayarak duymak mümkündür. Yirmi altıncı haftadan sonra gelişimlerini doğuma kadar sorunsuz tamamlayacak olan fetüsler sadece kilo alır ve refleks ve duyularını çalıştırlar. Otuz ikinci haftada ise bebek sürekli kıpırdanacak ve saatte elli kereden fazla hareket edecektir (Tallack, 2007).

Gebeliğin son evresi bir çok anne adayını için oldukça zor geçen bir dönemdir. Bu evrede bebeğin ağırlığı, kendisine yer açmaya çalışması ve omurganın üzerinde oluşturduğu basınç anne adayının sırt ve bacak ağrıları yaşamasına neden olabilir. Anne adayının normalden %20 daha fazla oksijen almaya çalıştığı için nefes darlığı çekmesi de olasıdır. Tüm bunların yanı sıra fetüsün beslenmesi anne adayını ciddi anlamda güçsüz düşürmüş olabilir. Bebek artık annesinin karnında büyük olasılıkla baş aşağı duruyordur. Anne adayını kaburgalarına yediği can yakıcı tekmelerden bu değişimi anlayabilir. Doğumu ise neyin başlattığı tam olarak bilinmemekle birlikte zamanını belirleyen plasenta olduğu saptanmıştır. Koryonik Gonadotropin hormonunu üreterek gebeliği başlatan plasenta şimdi de Kortikotropin Uyarıcı Hormonun üretimini en yüksek seviyeye çıkartarak doğumu başlatır (Tallack, 2007).

Gebelik dönemi bazı anne adayları için endişeler, tereddütler ve korkularla dolu bir süreç olabilmektedir. Anne adayları bu dönemi stresli ve sorularla dolu bir dönem olarak tanımlayabilmektedirler. Bununla beraber kimi anne adayları için ise bu; “yeni bir canlının dünyaya gelişine” aracılık ettikleri mucizevi bir süreçtir (Yavuzer, 2015).

2.1.1. Gebeliğin Belirtileri

Kadının bedeni anne olabilmek için bazı işlevlerle donatılmıştır. Bir bebeği beslemek, büyümesine olanak sağlamak ve koruyup dünyaya gelmesine yardım edebilmek için bir dizi biyolojik ve psikolojik etkileşim hormonları tarafından yürütülür (Toker, 2006).

Adet kanaması

Anne adayının son adet kanamasının başlangıcından itibaren beş hafta geçmiş olmasına rağmen adet kanamasının gerçekleşmemesi anne adayını için gebe olabileceğinin ilk belirtisidir. Sonraki beş hafta içinde vücutlarında çok farklı değişimlerin gerçekleştiğini fark eden anne adayları teste bile ihtiyaç duymaksızın gebe kaldıklarını anlayabilirler (Tallack, 2007).

Yorgunluk

Gebeliğin başlaması ile anne adayının vücudunun yerine getirmesi gereken pek çok işi vardır. Bundan ötürü gebeliklerinin başlangıcında pek çok anne adayı kendilerini her zamankinden daha yorgun hissederler.

Anemi (Kansızlık)

Fetüsün tüm ihtiyaçları annesinin vücudundan temin edildiği için gebelik süresince anne adayının demir ihtiyacı iki misline çıkar.

Bulantı ve Kusma

Sebebi kesin olarak bilinmemekle birlikte artan östrojen hormonu ve HCG hormonunun anne adaylarının pek çoğunda özellikle sabahları görülen bulantı ve kusmanın sebebi olabileceği düşünülmektedir.

Aşerme (Bazı gıdalara karşı aşırı istek)

Gebelik süresince anne adayının iştahı önemli ölçüde artar (Tallack, 2007). Belirli gıdalara karşı duyulan bu aşırı istek başlıca gebelik belirtilerinden birisidir. Bazı durumlarda toprak veya kireç gibi; normal besinlerin dışında şeyler de yemek istenebilir (Toker, 2006).

Mide yanması, midede ekşime ve kabızlık

Anne adayının büyüyen rahmi midesini sıkıştırmaya başlamıştır. Aynı zamanda artan progesteron hormonunun da etkisiyle midede ekşime ve yanma gibi belirtiler görülebilir.(Toker, 2006) Öte yandan anne adayının büyüyen rahmi bağırsaklarının üzerine de baskı yaptığı için kabızlığa neden olabilir (Tallack, 2007).

Cilt değişiklikleri

Deriye rengini veren pigmentleri uyaran bir hormon gebelik süresince çok fazla salgılanmaktadır. Buna bağlı olarak gebelik maskesi diye bilinen cilt kararması

görülebilmektedir. Anne adayının yanaklarında ve alnında kahverengi lekeler oluşabilir (Toker, 2006)

İdrara sık çıkma

Gebelik süresince anne adayının en çok çalışan başlıca iki organı kalbi ve böbrekleridir. Anne adayının vücudunun süzdüğü kan miktarı doğum anına kadar en yüksek seviyesinde kalır (Toker, 2006). Büyüyen rahim mesaneye baskı yapmaya başladığı için ve böbreklere gönderilen kan miktarının artmasından dolayı gebeliğin en yaygın görülen belirtilerinden biri olan çok sık idrara çıkma gözlemlenir (Tallack, 2007).

Göğüslerde hassasiyet

Gebelik dönemi anne adayını doğum sonrasında bebeğine besin sağlamaya da hazırlayan bir süreçtir. Bu dönemde değişen hormon düzeylerinin etkisiyle meme başlarında bir bez dokusu oluşur. Oluşan bu doku memelerde hassasiyet yaratır, karıncalanmaya sebep olur (Tallack, 2007).

Diş eti ve burun kanamaları

Gebelik süresinde hormonların etkisiyle anne adayının damarları büyür ve cidarları gevşer. Aynı zamanda kan akımı artar ve tüm bunlara bağlı olarak dişler fırçalandığında diş etleri kolaylıkla kanayabilir. Yine hormonların etkisiyle diş etleri şişip yumuşayabilir ve bu gıda atıklarının diş aralarına girmesini kolaylaştıracağı için diş çürümeleri ve diş eti hastalıkları görülebilir (Toker, 2006).

Baygınlık hissi, yorgunluk ve halsizlik

Rahimin uyguladığı basınç nedeniyle kalbe geri dönen kan miktarında azalma olabilir. Anne adayı yeterince beslenemeyebilir. Kan şekeri düşebilir. Tüm bunlardan ötürü anne adaylarının zaman zaman baygınlık hissettikleri gözlemlenmiştir (Toker, 2006). Anne adayının kendisini yorgun, halsiz, aşırı duygusal hissedip ağlamaya yatkın bir duygudurum içinde olduğu gözlemlenmiştir. Birkaç hafta süren bu belirtiler anne

adayının söz konusu belirtileri gereğinden fazla dert etmesi durumunda şiddetlenip uzayabilir (Tallack, 2007).

Kasık, karın ve sırt ağrıları

Gebelik neticesinde genişleyen rahmi tutan dokular da gerilmeye başlar. Bunun sonucunda gebeliğin ilk günlerinde kasık, bel ve kalça ağrıları yaşanabilir. Gebeliğin son döneminde bebeğin başı sinirler üzerinde baskı yapmaya başlar. Bu da özellikle yürürken anne adayının kasık ağrıları hissetmesine neden olur. Doğum başladığında bebeğin kolayca “geçebilmesi için kalça bölgesindeki kemiklerin arasındaki elastik bağlar yumuşar ve gevşer.” Karın kasları da gevşemiştir ve bu değişikliklerin tümü sırt ağrısına neden olur (Toker, 2006)

Bacak krampları

Gerçek nedeni bilinmemekle birlikte kalsiyum ve demir eksikliği ve/veya rahimin sinirler üzerine yaptığı basınç neticesinde ortaya çıkmış olabileceği düşünülen kramplar bacaklarda genellikle gebeliğin üçüncü ayından sonra sık görülür (Toker, 2006).

Karnın büyümesi

Gebeliğin en gözle görülür belirtisi anne adayının karnının büyümesidir. Rahim, içinde büyüyen fetüse uyum sağlayabilmek için genişlemeye başlar. Bu gözle görülür büyüme on ikinci haftada kasıklardan itibaren belirmeye başlar ve yirmi ikinci haftada göbek seviyesine ulaşır ve otuz altıncı haftada kaburgalara ulaşmıştır (Tallack, 2007).

Psikolojik değişiklikler

Gebelik “kadın” olmaktan “anne” olmaya doğru büyük bir dönüşümün yaşandığı bir evredir. Bu dönemde yoğun yaşanan biyolojik değişimlerin yanı sıra güçlü psikolojik değişimler de yaşanır (Jenkins ve ark., 2011). Anne adaylarında sıklıkla karşılaşılan psikolojik tepkilerin başlıcaları: üzüntü, engel olunamayan bir ağlama hissi, kendini mutsuz hissetme, sıkıntı duyma, temizlikte artan bir titizlik ve beden sağlığına yönelik aşırı bir ilgidir (Toker, 2006).

2.1.2. Gebelik Psikolojisi

Gebelik, anne adayının fizyolojisini olduğu kadar psikolojisini de etkileyen bir süreçtir (Jenkins ve ark., 2011). Doğum sürecini başlatan ve sürdüren pek çok hormon anne adayının duygudurumu üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Mete, 2013). Gebelik; biyolojik, ruhsal ve toplumsal bakımdan bir dönüşümü sembolize eder. Bu dönemde anne adayı vücudunda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin yarattığı fiziksel stresle başa çıkmanın yanı sıra psikolojik stresle de başa çıkmaya çalışır. Üstleneceği rolün zorluklarını algılama şekli ve bu durumla başa çıkabilme becerisi anne adayının duygudurumunu etkileyen faktörlerden biridir (Yavuzer,2015).

Gebelik bir kadının hayatındaki festival niteliğindeki ender olaylardan biri olmasına rağmen bir çok kadın için endişeler ve korkularla dolu bir süreçtir. Bazı anne adayları bu dönemde dış kaynaklı strese maruz kalırlarken içlerinde de çelişkiler yaşarlar. Gebelik, anne adayı için olgunlaşma krizinin yaşandığı bir dönemdir. Bu süreçteki meydan okuma anne adayının annelik rolüne adapte olabilmesidir. Neifert (2000) anne adayının bu süreci dört bilişsel hazırlık evresinde geçirdiğini bildirmektedir. İlk evrede anne adayı gebe olduğunu kabul eder, ikinci evrede fetüse bağlanır, üçüncü evrede doğum için hazırlanır ve son olarak da dördüncü evrede yeni doğanın varlığını gerçekçi bir şekilde idrak eder (Neifert ve ark., 2000).

2.1.3. Annelik Bilinci

Gebelik sürecinde meydana gelen fiziksel ve ruhsal değişimler bir anne adayını 'kadın' olmaktan 'anne' olmaya taşır. Anne olabilmek duygusal bir olgunluk gerektirir. Bir kadının gebe kalmaya karar vermeden önce anne olmanın getireceği sorumlulukların farkında ve bu sorumlulukları karşılayabilecek olgunlukta olması gerekir. Böylelikle annelik bilincine ve anne olmayı benimseyebileceği duygusal olgunluğa ulaşabilir. Anne olmak bir sorumluluktur ve bu sorumluluk fiziksel, zihinsel ve psiko-sosyal bir olgunluk gerektirir. Anne adayı eğer anne olmak için gerekli zihinsel ve psikolojik olgunluğa ulaşmış ise bebeğiyle bütünleşebilir ve onunla temas içinde kalabilir ve bebeğine gerekli duygusal besiyi aktarabilir (Yavuzer, 2015). Anne adayının üstlenecek

olduğu rolün önemini ve anlamını kabul etmesi gerekir (Hecker, 2016). Anne adayı, bebeğinin farklı gelişim evrelerine fiziksel ve duygusal olarak uyum sağlaması gerektiğinin bilincinde olmalıdır. Böylece doğacak olan bebeğin sağlıklı gelişimi için gerekli olan uygun çevre yaratılacaktır (Parman, 2015)

2.2. Fark Edilmeyen Gebelikler

Liseli genç kız babasından gelen telefon ile çığlık attı. Babası hastaneden arıyordu ve annesi yeni doğum yapmıştı. Anne adet kanamalarının kesilmesini menopoza girmiş olduğu şeklinde yorumlamıştı. Gittikçe genişleyen bel ölçüsünü de her zamankinden çok daha fazla yemesine atfetmişti. Karın ağrısı başladığı zaman apandisitinin patlamadığına veya gıdadan zehirlenmediğine emin olmak için hastaneye gitmişti. Yaşadığı acının aslında başlamış olan doğumunun sancuları olduğunu orada öğrenmişti. Ailede herkes çok şaşırmış ve hayrete düşmüştü. Fakat yeni doğan bebek tüm ailede sevgi ve mutlulukla karşılanmıştı (Stotland, 1998).

2.2.1. Fark Edilmeyen Gebelik Nedir?

Fark edilmeyen gebelik, anne adayının, ilerlemiş olmasına rağmen gebeliğini fark etmemesi durumudur. Fark edilmeyen gebelik söz konusu ise anne adayı gebeliğini ya yirminci haftadan sonra ya da doğum başladığında fark eder. Gebeliğin yirminci haftasında veya daha sonrasında fark edilmesi “kısmi fark edilmeyen gebelik” olarak tanımlarken, ancak doğum başladığında fark edilmesi durumu “tam fark edilmeyen gebelik” diye tanımlanmaktadır. Gebeliğinin farkında olmama, gebeliğini gizleme ve gebeliği kabul etmeme farklı olgular olmakla beraber literatürde “Gebelik İnkarı” olarak adlandırılmaktadır (Aydın ve ark., 2017).

Çok ender rastlanmamasının yanı sıra gebeliğin fark edilmemesi yeni bir olgu değildir. İlk olarak 1681 yılında jinekolog François Mauriceau, gebelikleri boyunca regl olan anne adaylarının bu kanama yüzünden bir bebek taşıyor oldukları gerçeğini yok sayabileceklerini bildirmiştir. François Mauriceau bu olguya méconnaissance de la

grossesse (gebelikten haberdar olmamak) olarak adlandırmıştır (Gonçalves ve ark., 2014).

Ergenlerle yaptığı çalışmalarında Dulit ergenlerdeki gebelik inkarını üç gruba ayırmıştır. İlk grupta ergen genç kız yaşadığı cinsel ilişkide korunmaz ve adet kanamasının gecikmesini hastalık veya strese dayandırır. Gebe olmadığını umut ederek bir kaç ay yaşayabilir. Fakat belirtiler kendilerini gösterdiğinde gebe olduğu gerçeğiyle yüzleşir ve yardım aramaya başlar.

İkinci grup ergen Meyer ve Oberman tarafından ‘ihmal edilmiş gebelik’ olarak adlandırılmıştır. Bu grupta ergen anne adayları gebeliğinin farkına varmıştır fakat gebeliğini ailesinden ve arkadaşlarından gizlemektedir. Gebeliğini çeşitli sebeplerden dolayı sonlandıramaz ve olabildiğince uzun bir süre gizlemeye devam eder.

Üçüncü grup ergenlerde ise güçlü savunma mekanizmaları devrededir. Bu genç anne adayları için gebelik ihtimal dahilinde değildir. Daha az belirgin olan fiziksel belirtileri fark etmezler ve bilinçdışı bir yadsıma söz konusudur. Dolayısıyla bu grupta yer alan ergen anne adaylarının ‘Fark edilmeyen gebelik’ kategorisinde değerlendirilmelerinin daha uygun olduğu düşünülmektedir (Aydın ve ark., 2017).

Psikanalitik perspektiften inkar; kabul edilemez içeriklerin bilince gelmesini bloke etmek olarak tanımlanır. Peters’a göre; travmatik bir etki yaratması olası olan objektif duygusal izlenimlerin asılsız olarak sunulduğu bir savunma mekanizmasıdır (Walloch ve ark., 2007). Dolayısıyla inkar sözcüğü bilinçli bir çabaya işaret etmektedir; kişi bir şeyi bilmesine rağmen yok saymakta ve yadsımaktadır. Bütün bunların ışığı altında “inkar” kelimesi suçlayıcı bir anlam içermektedir. Gebeliğin fark edilmemesinde ise bilinçli bir süreç söz konusu değildir. Dolayısıyla bu konuda ilk epidemiyolojik çalışmaları yapmış Jens Wessel’in kullandığı Almanca kelimenin Türkçe karşılığı olan “Fark edilmeyen gebelik” tanımının bu klinik tabloyu daha iyi yansıttığı düşünülmektedir (Aydın ve ark., 2017).

2.2.2. Fark Edilmeyen Gebelik Olgularının Karakteristik Özellikleri

Anne ve yeni doğan için büyük riskler taşıyan bu olguda gebeliğini fark etmeyen anne adaylarının karakteristik özellikleri tanımlanarak olası vakaların önüne geçilebileceği düşüncesinden hareketle Jenkins, Zdanowics, Wessel gibi araştırmacılar gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının karakteristik özelliklerini incelemişlerdir (Wessel ve ark., 2007; Jenkins ve ark., 2011; Zdanowics ve ark., 2017).

Bu konuda araştırmalar yapılmadan önce gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının genç yaşta ilk doğumunu yapan, öğrenme zorluğu olan, zihinsel kapasitesi sınırlı, sosyal desteği çok az olan, madde kötüye kullanım öyküsü olan, psikiyatrik hastalık tanısı almış (Jenkins ve ark., 2011), yeterli cinsel bilgisi olmayan, çocukluk döneminde fiziksel, duygusal veya cinsel istismara uğramış, cinselliğini bastırmış ya da cinsel çatışmalar yaşayan, adet düzensizliği olan kişilerden oluştuğu düşünülmekteydi (Aydın, 2017).

Fakat yapılan araştırmalarda gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarından çoğunun 20'li yaşlarının ortalarında, birden fazla doğum yapmış ve iyi bir sosyal desteğe sahip, öğrenci veya çalışan kadınlar olduğu tespit edilmiştir. Gebeliklerinin farkına varmayan anne adaylarının çok az bir kısmında zeka azlığı, madde kötüye kullanımı ve duygudurum bozukluğu veya psikiyatrik hastalık tanısı olduğu bildirilmiştir (Jenkins ve ark., 2011).

Çalışmaların sonucunda gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının karakteristik özelliklerini kesin çizgilerle tanımlamanın mümkün olmadığı altı çizilmektedir. Bu olguyu deneyimleyen anne adayları heterojen bir grup oluşturmaktadırlar. Dolayısıyla hangi kadınların risk altında olduğunu saptamanın mümkün olmadığı rapor edilmiştir (Jenkins ve ark., 2011).

Beier ve arkadaşları gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının özelliklerini şu şekilde sıralamışlardır (Beier ve ark., 2005).

-Gebe olan kadının gebe olmadığına dair kesin öznel kanaati,

-Gebelik belirtilerinin olmayışı. Gebelik belirtilerinin mevcut olduğu durumlarda, duruma özgü, kişisel, tatmin edici, alternatif açıklamalar,

-Sırt ağrısı gibi gebeliğin başlıca belirtilerinden biri olabilecek herhangi bir semptom ile doktora yapılan aleni ziyaret ve kadının gebelikten şüphelenmiyor oluşu,

-Gebeliğin diğerleri tarafından rahatlıkla anlaşılabilmesi sosyal ortamlarda aleni ve şüphe içermeyen davranışlar sergilemek. Gebeliğinin farkında olmayan anne adayının yüzmeye gitmesi veya kıyafet denemesi gibi.

-Karşı cinsle bir ilişkinin varlığı halinde normal bir şekilde ve normal sıklıkla sürdürülen bir cinsel ilişki. Eğer çocuk sahibi olma isteği yoksa doğum kontrol yöntemlerini kullanma,

-Hayatının herhangi bir döneminde kürtaj düşüncesinin olmaması,

-Doğum öncesi hiçbir hazırlığın yapılmamış olması,

-Doğum sancılarının yanlış yorumlanması ve doğum gerçekleştiğinde çok şaşırma.

Araştırmacılar risk altında olan kadınların teşhis edilmesine yardımcı olabileceği düşüncesinden yola çıkarak gebeliklerini fark etmeyen annelerin sosyodemografik özelliklerini incelemişlerdir. Böylece yaş, etnik grup, din, meslek, eğitim, medeni hal gibi bazı sosyodemografik değişkenlerin risk altında olan anne adaylarının teşhisinde yardımcı olup olamayacağını incelemişlerdir (Wessel ve ark., 2007).

Bir yıl süren bu araştırmada toplam 65 anne adayını incelenmiştir. Bu grup içinde anne olma yaşı 15-44 arasındadır. 61 anne adayını Alman, 4'ü Lübnanlı veya Yugoslavdı. 36 anne adayını daha önce en az 1 doğum yapmıştı. Sadece 21 anne adayının ilk gebelikleriydi. 44 anne adayının istikrarlı bir ilişkisi vardı ve 42'si partneriyle yaşamaktaydı. 3 anne adayını ebeveyni ile yaşıyordu. Grubun 2/3'ü 18-34 yaş aralığındaydı ve dolayısıyla ne genç ne de yaşlı gruba dahildirler (Wessel ve ark., 2007). Araştırmanın sonunda sosyodemografik parametrelerin çok sınırlı bir ölçüde gebeliğini fark etmeyen anne adayları için risk faktörlerini açıkladığı tespit edilmiştir. Bununla

birlikte elde edilen sonuçlar, gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının büyük çoğunluğunu teşhis etmekte yetersiz kaldığı bildirilmiştir. Çalışma sonunda gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının heterojenliğini destekleyen sonuçlar rapor edilmiştir. Çalışmada gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının kesin bir tipolojilerini belirlemenin mümkün olmadığı bildirilmiştir (Wessel ve ark., 2007).

2.2.3. Fark Edilmeyen Gebeliğin Ayırıcı Tanısı

Fark edilmeyen gebeliği, psikotik inkar, duygusal inkar ve gizlenen gebelikten ayırt etmek gerekmektedir (Aydın ve ark., 2017).

Affektif (duygusal) inkarda anne adayı ile bebeğinin arasında duygusal bir bağ oluşmamaktadır. Anne adayı bilinçli olarak hamile olduğunun farkında olmasına rağmen bebeğiyle konuşma, ona isim koyma, bebeğinin neleri sevip sevmediğini düşünme gibi kendini gebeliğe ve doğuma hazırlama gibi duygusal ve davranışsal değişiklikleri neredeyse hiç yapmamaktadır (Aydın ve ark., 2017). Duygusal inkar anne adayının bebeğinden duygusal olarak kopmasıyla ilgilidir (Vellut ve ark., 2012).

Psikotik inkarda anne adayının şizofreni veya bipolar bozukluk gibi kronik bir akıl hastalığı tanısı vardır. Bu anne adaylarının psikozları gebelikleri süresince devam etmektedir. Gebeliklerinin fiziksel semptomlarını yaşayan anne adayları bunları mevcut sanrılarında biri olarak değerlendirmektedirler (Jenkins ve ark., 2011). İçlerinde bir şeyin olduğunun farkındadırlar fakat bunu bir gaz kitesi veya bir hastalık olarak yorumlamaktadırlar (Aydın ve ark., 2017). Psikotik inkar yaşayan anne adayları gebeliklerini saklamazlar ve çevrelerindeki kişilerin gebeliği fark etmemesi genellikle söz konusu değildir (Vellut ve ark., 2012).

Psikotik olmayan inkarlarda anne adaylarının gerçeği değerlendirme yetilerinin işlevselliğini yitirdiklerine dair herhangi bir psikoz tanısı yoktur (Jenkins ve ark., 2011).

Gizlenen gebelik tablosunda ise anne adayı erken dönemde gebeliğini fark etmektedir. Fakat katı dini bir ortamda yetiştirilmiş olmak gibi çeşitli nedenlerden ötürü

gebeliğin başka herhangi biri tarafından bilinmemesi için önlemler alır. Gebeliğini gizler ve yokmuş gibi davranır (Wessel ve ark., 2007).

Gebeliğin fark edilmemesi ise sadece duygusal anlamda değil, gebe olduğunun farkındalığı annenin bilincinde de yer almadığı durumlarda gerçekleşir. Kilo alımı, adet yokluğu, adet kesilmesi ve göğüslerdeki değişim gibi gebelik belirtileri ya hiç gerçekleşmemiş ya da gerçekleşmesi durumunda farklı anlamlar atfedilmiş, başka nedenlere bağlanmıştır. Eşlerin ve aile üyelerinin de gebeliğin farkına varmadıkları gözlemlenmiştir (Vellut ve ark., 2012).

Bazı yazarlara göre inkar; bir gerçeğin farkına varıldıktan sonra aktif fakat bilinçsiz bir şekilde reddi anlamına gelmektedir. Kişi gerçeğin varlığını kabul etmeyi reddetmektedir. Diğer yazarlar ise inkarın diğerlerine kıyasla daha bilinçli bir uyum mekanizması olduğu savunmaktadırlar (Vellut ve ark., 2012)

Beier ve arkadaşları bir yılı kapsayan çalışmalarında gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının özelliklerini karşılayan 94 anne adayını incelemişlerdir. 66 anne adayının (içlerinden sadece 1 tanesinin gebeliği neonatisid ile sonuçlanmıştır) gebeliklerini fark etmedikleri, 12'sinin gebeliklerini gizledikleri kaydedilmiştir. 16 anne adayının ise ne gebeliğin gizlenmesine ne de fark edilmeyişine uygun bulgu verdikleri saptanmıştır (Beier ve ark., 2005). Çalışmanın sonunda gebeliklerini fark etmeyen anne adayları ile gebeliklerini gizleyen anne adaylarının arasında belirgin farklılıklar olduğu dikkat çekmiştir. Gebeliklerini fark etmemiş anne adaylarının %80'i 21 yaş ve üzeri iken, gebeliklerini gizleyen anne adaylarının %42'si 20 yaşın altında bulunmuştur. Gebeliklerini gizleyen anne adaylarının büyük çoğunluğunun ebeveynleri ile yaşamakta veya okullarını bitirmek üzere ya da mesleki eğitimlerini tamamlamakta oldukları bildirilmiştir. Gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının ise %75'i evli olmamalarına rağmen %74'ünün birlikte yaşadığı stabil bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (Beier ve ark., 2005). Gebeliklerini fark etmemiş olan anne adaylarının 3'ünde şizofreni tanısı ve 1'inin akut psikotik belirtileri olduğu; 5'inin geçmişte madde kötüye kullanım öyküsü olduğu bildirilmiştir. Gebeliklerini saklayan anne adaylarından ise hiç biri psikotik hastalık tanısı almadığı ve sadece 1'inin akut madde kötüye kullanım sorunu olduğu

bildirilmiştir (Beier ve ark., 2005). Gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarından 37'si daha önce en az 1 doğum yapmışken, 21 anne adayının ilk gebelikleri olduğu saptanmış. Bahsedilen çalışmada 25 anne adayına *Tam Fark Edilmeyen Gebelik* tanısı doğumun başlamasıyla birlikte konulmuş, 4 anne adayının ise evlerinde, şaşırılmış bir halde, ani ve tıbbi herhangi bir destekten yoksun halde doğum yaptıkları saptanmış. Geri kalan 41 anne adayına *Kısmi Fark Edilmeyen Gebelik* tanısı gebelik süreci içinde konulmuş (Beier ve ark., 2005). Gebeliklerinin farkına varmayan anneler toplam 70 bebek doğurmuşlar. Bunlardan 12'si erken doğum olarak bildirilmiş. Yeni doğanların kiloları 995 gr ile 4920 gr arasında değişirken 51 yeni doğan ebeveynleri ile kalmış, 13'ü evlatlık verilmiş, 1 yeni doğan ise koruyucu aileye verilmişti. Gizlenen gebeliklerde 13 bebek dünyaya geldiği ve yeni doğanlarının kilolarının 1560 gr ile 4380 gr arasında olduğu bildirilmiş (Beier ve ark., 2005)

2.2.4. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Epidemiyolojisi

Fark edilmeyen gebeliğin ne oranda yaygın olduğu tam olarak bilinmemektedir. Bu konuda en kapsamlı çalışma 1 Temmuz 1995 – 30 Haziran 1996 tarihleri arasında Wessel ve Buscher tarafından Almanya'nın Berlin kentinde yürütülmüştür. Kent genelinde doğum hizmeti veren 5 kuruluş ve 19 hastanedeki ebelerden ve kadın doğum uzmanlarından, gebeliklerini yirminci haftasında veya daha sonra ve doğum başladığında fark eden anne adaylarını raporlamaları istenmiştir. Bu tarama çalışmasında toplam 29.462 doğum incelenmiş ve bunlardan 62 anne adayının gebeliklerini yirminci haftasından sonra fark ettiği saptanmıştır. 37 anne adayının gebelik tanısı doğumdan önce, geri kalan 12 anne adayında ise doğum başladığında konulduğu rapor edilmiştir (Wessel ve ark., 2002).

Bu verilerin ışığı altında gebeliğini yirminci haftadan sonra farkına varan anne adaylarının oranı (1/475), prematür kontraksiyonların başlamasıyla veya doğum anında gebeliklerini fark eden anne adaylarının oranı ise (1/2455) olarak bildirilmiştir (Wessel ve ark., 2002).

Wessel ve ark. tarafından yürütülen bu çalışma Berlin metropolitanında gerçekleştirildiği için elde edilen sonuçların Almanya'nın genel nüfusunu yansıttığı bildirilmiştir. 1995-1996 tarihleri arasında Almanya'da toplam 770.000 doğum gerçekleşmiş, bu doğumların 1600 ünde kısmi fark edilmeyen gebelik yaşandığı raporlanmıştır. Almanya'da her yıl 300 kadının doğum başlayana kadar gebeliklerinin farkına varmadıkları tahmin edilmektedir (Wessel ve ark., 2002).

Avusturya'da yürütülen çalışmada kısmi fark edilmeyen gebeliğin her 400 anne adayından 1'inde görüldüğü (%0.25) saptanmıştır. Aynı çalışmada 27 anne adayından 11'inin gebeliklerini doğum ya da prematür kontraksiyonlar başlayana kadar fark etmedikleri, 9'unun 27-36 hafta aralığında fark ettikleri, 7 anne adayının ise gebeliklerini 21-26 hafta aralığında fark ettikleri raporlanmıştır (Jenkins ve ark., 2011)

Wessel ve arkadaşları tarafından Almanya'da yürütülen çalışmada; kısmi fark edilmeyen gebelik oranı 1/475 (%0.21) iken Avusturya'daki söz konusu çalışmada bu oran 1/400 (% 0.25), Amerika'da 1/516 (%0.29) olarak saptanmıştır. Avusturya'da tam fark edilmeyen gebelik oranı ise Almanya'daki oranla hemen hemen aynıdır: 1/2455-2500 (Jenkins ve ark., 2011).

1997-2003 yılları arasında Amerika'da yapılan çalışmada 31.475 doğumdan 61'inde (1/516) gebeliğin fark edilmemiş olduğu saptanmıştır. Bu olguların (1/1085)'inin yaygın inkar, (1/984)'ünün duygusal inkar olduğu bildirilmiştir (Friedman ve ark., 2007).

İngiltere'de 1989-1999 yılları arasında Nirmal ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada doğum hastanesine başvuran 58.530 vaka incelenmiş, tam fark edilmeyen gebelik sayısının 24 (1/2500) olduğu bildirilmiştir (Nirman ve ark., 2006).

Fransa'da 2005-2009 yılları arasında yapılan bir tarama çalışmasında; kısmi fark edilmeyen gebelik oranı (2.3/1000), tam fark edilmeyen gebelik oranı ise (3/10.000) olarak bildirilmiştir (Chaulet ve ark., 2013).

Türkiye’de Yüce ve arkadaşlarının yürüttüğü epidemiyolojik bir araştırmada gebeliklerini kısmen fark etmeyen anne adayları 1/526 (% 0.19) olarak rapor edilmiştir (Yuce ve ark., 2015).

Fark edilmeyen gebeliğin ender rastlanan bir olgu olduğu görüşünün geçerli olmadığı savunulmaktadır. Tam fark edilmeyen gebelik oranı, üçüz doğum oranından 3 kat (1:7225), kısmi fark edilmeyen gebelik oranı ise kan uyuşmazlığından 2 kat daha fazladır (Wessel ve ark., 2002).

2.2.5. Fark Edilmeyen Gebelik Literatürü

Pubmed ve Google Scholar veri tabanlarında 1985-2017 yılları arasına ait literatür “unpercieved pregnancy”, “denial of pregnancy” anahtar kelimeleri ile taranmış ve “fark edilmeyen gebelik tanımına uyan makaleler aşağıda sıralanmıştır.

YIL	TÜR	YAZAR	BAŞLIK
2017	Gözden geçirme	Aydın ve ark.	Fark edilmeyen gebelikler: bir gözden geçirme
2017	Olgu sunumu	Di Giacomo et al.	A case report highlights the neglect problem of pregnancy denial
2017	Olgu sunumu	Kuppili et al.	Delusional denial of pregnancy: unique presentation of Cotard’s syndrome in a patient with schizophrenia
2016	Olgu sunumu	Finlay et al.	Concealed or denied pregnancy
2016	Olgu sunumu	Di Giacomo et al.	Pregnancy denial or concealment: a case report highlighting risks and forensic aspects
2016	Araştırma	Razali et al.	Overlaps and gaps in understanding filicide in Malaysia Framework analysis of the perspectives of service providers and convicted women
2016	Olgu sunumu	Şar et al.	Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: Diagnostic and forensic aspects
2016	Gözden geçirme	Tighe and Lalor	Concealed pregnancy: a concept analysis
2015	Olgu sunumu	Oro et al.	Pemphigoid gestations revealing a denial of pregnancy
2015	Olgu sunumu	Barros et al.	Attempted serial neonaticides: case report and a brief review of literatures
2015	Olgu sunumu	Jimenez et al.	Trichotillomania and trauma dissociation and alexithymia in a case of pregnancy denial
2015	Olgu sunumu	Jolissaint et al.	Seizures and metrorrhagia: a case of denied pregnancy
2015	Gözden geçirme	Kenner and Nicolson	Psychosomatic disorders of gravida status: false and denied pregnancies
2015	Araştırma	Schults and Bushati	Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy
2014	Gözden geçirme	Gonçalves et al.	Non-Psychotic denial of pregnancy a psychoanalytical comprehension

2014	Olgu sunumu	Schauberger	Denial of pregnancy
2012	Araştırma	Vellut et al.	Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files
2011	Gözden geçirme	Jenkins et al.	Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues
2011	Gözden geçirme	Sandoz	Reactive – homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy
2010	Olgu sunumu	Kaplan et al.	Denied pregnancy
2010	Gözden geçirme	Porter and Gavin	Infanticide and neonaticide: a review of 40 years of research literature on incidence and causes
2010	Gözden geçirme	Spinelli	Denial of pregnancy: a psychodynamic paradigm
2009	Gözden geçirme	Friedman et al.	Neonaticide: phenomenology and considerations for prevention
2007	Araştırma	Friedman et al.	Characteristics of women who deny or conceal pregnancy
2007	Olgu sunumu	Walloch et al.	Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome
2007	Araştırma	Wessel et al.	Denial of pregnancy – characteristics of women at risk
2006	Araştırma	Beier et al.	Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems
2006	Gözden geçirme	Giudice	The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon
2006	Olgu sunumu	Lee et al.	Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy – newborn victimization associated with unwanted motherhood
2005	Araştırma	Wessel and Endrikat	Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy Is there a particular hormonal cause?
2002	Araştırma	Wessel et al.	Denial of pregnancy: Population based study
2002	Araştırma	Wessel et al.	Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin
2001	Araştırma	Spinelli	A systematic investigation of 16 cases of neonaticide
2000	Olgu sunumu	Neifert and Bourgeois	Denial of pregnancy: A case study and literature review
1998	Olgu sunumu	Stotland et al.	Denial of pregnancy
1995	Olgu sunumu	Spielvogel et al.	Denial of pregnancy: a review and case reports
1995	Gözden geçirme	Pitt and Bale	Neonaticide, infanticide and filicide: A review of the literature
1994	Gözden geçirme	Brezinka et al.	Denial of pregnancy: obstetrical aspects
1990	Olgu sunumu	Miller	Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management
1985	Olgu sunumu	Milden et al.	Denial of pregnancy: an exploratory investigation

2.2.6. Literatürdeki Seçilmiş Makalelerin Kısa Özetleri

Aydın ve ark, 2017: Fark edilmeyen gebelikler: bir gözden geçirme

Literatürde anne adayının gebeliğini, 20. Haftasında veya daha sonrasında ya da doğum başladığında fark etmesi durumu “Gebelik İnkarı” olarak tanımlanmaktadır.

Aydın ve arkadaşları (2017) “inkar” kelimesinin bilinçli bir çabaya işaret ettiğine ve bir suçlama içerdiğine dikkat çekmiş ve bu olguyu “Fark Edilmeyen Gebelik” olarak nitelendirmenin daha doğru bir yaklaşım olacağını savunmuştur. Bir gözden geçirme yazısı olan bu yazıda fark edilmeyen gebeliklerin psikolojik, etik, tıbbi ve adli yönü incelenmiştir. Bir anne adayının gebeliğini fark etmemesi durumunda oluşabilecek ve oluşmuş komplikasyonlara değinmiş ve bu anne adaylarıyla temas edebilecek sağlık personelinin konu hakkında bilgilendirilmelerinin nasıl bir önem arz ettiğini raporlamışlardır.

Giacomo et al, 2017: A case report highlights the neglect problem of pregnancy denial

Giacomo ve arkadaşları (2017) bir gebelik reddi vakasını incelemişlerdir. Bu hastada gebeliğin reddi ilk gebeliğinden sonra gözlenmiştir. İlk gebeliğinin aksine kilo alımını, vücut değişikliklerini ve bebeğin hareketlerini reddetmiştir. Araştırmacılar anne adayının tüm gebeliği boyunca doğum kontrol hapı kullandığını rapor ettiğini söylemişlerdir. Hiçbir yardım almadan evde gerçekleştirdiği doğumun ardından hastanenin kadın doğum bölümüne gelmiş ve psikiyatrik muayeneye yönlendirilmiştir. Bayan T 6 ay boyunca yapılacak olan psikiyatrik takip randevularına gelmeyi kabul etmiştir. Araştırmacılar Bayan T’nin değerlendirme süresince hamileliğini gizlediğini reddettiğini ve eş şiddetine dair herhangi bir bulguya rastlanmadığını bildirmişlerdir.

Wessel and Buscher, 2017: Denial of pregnancy: population based study

Wessel ve Buscher (2017), toplumdaki gebelik reddinin yaygınlık oranını saptayabilmek için 1 Temmuz 1995- 30 Haziran 1996 tarihleri arasında Almanya’nın Berlin kentinde bir araştırma yürütmüşlerdir. 19 doğum hastanesi ve 5 doğum ve ebelik merkezinde yürütülen araştırmada toplam 29.462 doğum arasından rapor edilen kısmi ve tam gebelik inkarları araştırılmış, 475 anne adayından 1’inin gebeliğini kısmi, 2455 anne adayından 1’inin gebeliğini tam inkar ettiği araştırma sonunda bulunmuştur.

Finlay et al, 2016: Concealed or denied pregnancy

Finlay ve arkadaşları (2016) yeni doğanın ölümü ile sonuçlanan bir gizlenen gebelik vakasını incelemişlerdir. 23 yaşındaki kadın gizlediği gebeliği neticesinde evde doğum yapar. Eve ambulans çağrılır fakat yenidoğan sekonder komplikasyonları takiben ölür. Hızlı müdahale prosedürleri uygulamaya konmuş ve anneye fiziksel ve psikolojik bakım verilmiştir. Bu vaka araştırmacılar da bazı soruları uyandırmıştır.

- Gizlenen gebelikler ne kadar yaygındır?
- Gebeliklerini gizleyen kadınların karakteristik özellikleri nelerdir?
- Anne ve bebek için olası riskler nelerdir?
- Belki de en büyük ikilem; gizlenen veya reddedilen bir gebelikten şüphelenildiğinde sağlık çalışanlarının vereceği uygun tepki ne olmalıdır?

Araştırmacılar gebeliklerin gizlenmesi veya reddedilmesinin doğmamış bebeğin ve annenin sağlığını ve refahını korumak adına profesyonellere önemli bir meydan okuma sunduğunu belirtmişlerdir. Hem anne hem bebek açısından en iyi sonucu sağlamak için etkili bir kurumlar arası yaklaşımın gerektiğini vurgulamışlar daha geniş literatür bilgisinin profesyonellerin bilinçli kararlar almasını sağlayacağını bildirmişlerdir. Hem anneye hem de bebeğe doğru destek ve bakımı sağlayabilmek için profesyonellerin gizlenen ve reddedilen gebelik koşullarının farkında olmaları gerektiğinin altını çizmişlerdir.

Şar et al, 2016: Acute dissociative reaction to spontaneous delivery in a case of total denial of pregnancy: diagnostic and forensic aspects

Şar ve arkadaşları (2016) bu çalışmalarında Türkiye’de, 21 yaşında, tam gebelik reddi tanısı ile evde spontan bir doğum yapan bir değişim öğrencisini incelemişlerdir. Hiçbir tıbbi yardım almadan gerçekleşen doğumda yeni doğan hemen ölmüştür. Vakanın değerlendirilmesinde fiziksel muayene, öz rapor anketleri, resmi evraklar ve tanık raporları incelenmiştir. Araştırmacılar doğumdan 7 ay sonra yapılan muayenede vakanın, strese karşı akut dissosiyatif tepki ve daha sonrasında gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı aldığı rapor etmişlerdir. Gebeliğin tam reddi olarak tanımlanan

vakada daha önce saptanmış herhangi bir psikopatolojiye rastlanmadığı bildirilmiştir. Yeni doğanın ölümüne sebebiyet verdiği gerekçesi ile “ağırlaştırılmış cinayet” (*aggravated murder*) ile yargılanan anne daha sonra “istemsiz adam öldürme” ile yargılanmaya devam etmiştir. Araştırmacılar, gebelik reddi olgusunun seyrek olmadığını gösteren araştırmalar olmasına rağmen söz konusu olgunun psikiyatri literatüründe çok az yer aldığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda olgunun “fark edilmeyen gebelik” (*unperceived pregnancy*) olarak isimlendirilmesi gerektiğinin üzerinde durmuşlardır.

Tighe et al, 2016: Concealed pregnancy: a concept analysis

Tighe ve arkadaşları (2016), hem annenin hem de bebeğin morbidite ve mortalitesini tehdit eden risk faktörlerini anlamak için gizlenen gebeliği anlamının kritik bir öneme sahip olduğunu bildirmişlerdir. Gizlenen ve reddedilen gebeliklerin tanımlarında bazı karışıklıkların bulunduğunu belirtmiş, inceledikleri makalelerin tematik analizinin gizlenen gebeliğin ana özelliklerini tanımladığını söylemişlerdir. Gizlenen gebeliklerin kavramsallaştırılmış ve kritik özellikleri gizlilik, gizlenme, gündüz masalı, uzak durma ve kaçınma olarak belirtilmiştir. Bu sürecin kaçınmayı içerdiği için sağlık hizmetlerine erişimin düşmekte, bu da annenin veya yeni doğanın ölümü ile sonuçlanabilmektedir. Araştırmacılar gizlenen gebelik kavramını ve önceliklerini anlamının gebeliklerini gizleyen kadınların tanımlamasında yardımcı olabileceğini söylemişlerdir. Yazarlar bu konuda başa çıkma stilleri ve psikosozyal süreç üzerine daha fazla araştırma yapılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Jimenez et al, 2015: Trichotillomania and trauma dissociation and alexithymia in a case of pregnancy denial.

Jimenez ve arkadaşları (2015), gebelik reddinin nadir rastlanan bir olgu olduğunu ancak genellikle karmaşık psikosozyal durumların sonucu olduğunu belirtmişlerdir. Yazılarında hem uzaktan hem de devam eden travma ile doğrudan ilişkili olan, olağandışı bir gebelik reddi olgusu sunmuşlardır. Bir kadın hastanede diğer kızını

ziyaret ederken ani doğum sancısı ile başlayan acil bir doğum gerçekleştirmiş, bir bebek dünyaya getirmiştir. Sosyal hizmet ve psikiyatrik değerlendirme bu ani, beklenmedik doğumu takip etmiştir. Patolojik saç çekme, aleksitimi, ilgisizlik ve gebeliğin reddi dahil olmak üzere çeşitli atipik bulguları not eden araştırmacılar, yazılarında, dissosiyasyon dahil olmak üzere çeşitli olası süreçleri yorumlayarak olgunun biyopsikososyal kavramsallaştırılmasını sunmuşlardır.

Kenner et al, 2015: Psychosomatic disorders of gravida status: false and denied pregnancies

Kenner ve arkadaşları (2015), iki dramatik psikosomatik üreme bozukluğu ile ilgili literatürü gözden geçirmenin yanı sıra potansiyel bir gebelik reddi sınıflandırması sunmaktadırlar. Yazarlar vücudun gerçek durumunu gizlerken sahte ve reddedilen gebeliklerin yüzyıllardır kadınları, aileleri ve doktorları kandırmakta olduğunu belirtmişlerdir. Gebelik testlerindeki gelişmelerin sahte hamilelikleri azalttığını rapor etmişler ancak son verilere göre her 475 gebe kadından 1'inin gebeliğini 20'inci haftasına kadar gebeliğini fark etmediğini, her 2455 gebe kadından 1'inin ise doğum başlayana kadar gebeliğini reddettiğini bildirmişlerdir. Hastanın gebe olduğunun teşhisi konusunda ikna olur olmaz vücudunun gerçek hamile postürüne döndüğüne dair birçok rapor bulunmaktadır. Araştırmacılar reddedilen gebelikler hakkındaki adli literatürün kadının annelikten çekilmesine odaklanırken psikiyatrik çalışmaların travma ve dissosiyasyonun onun inkarını ortaya çıkardığını rapor etmişlerdir. Sahte hamilelik klasik psikosomatik bozukluk olarak sağlam bir temel oluşturmaktadır. Kenner ve arkadaşları, gebeliğin reddinin neonatisid ile ilişkisinin, travma ve dissosiyasyonun merkezi rolünü gizleyen yanıltıcı adli verilere yol açtığını söylemişler, gebelik reddinin yeniden gözden geçirilmesinin onun sahte gebeliğin tersi olarak doğruladığını savunmuşlardır.

Schults and Bushati, 2015: Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy

Schults ve Bushati (2015) fiziksel morbiditenin gebeliğin reddi ve fark edilmeyen gebelikler ile ilişkisini araştırmışlardır. 2007-2013 yılları arasında Avustralya'nın Yeni Güney Galler eyaletindeki 4 hastanede, gebelikleri boyunca doğum öncesi bakım almamış anne adaylarını incelemişlerdir. Elektronik veri tabanında doğum öncesi herhangi bir bakım almayan kadınları tespit eden araştırmacılar daha sonra bu anne adaylarının tıbbi raporlarını incelemişlerdir. Bu vakalar içinden, hem doğum öncesi hiçbir bakım almayan hem de doğum ekibi tarafından "gebelik reddi", "tanı konulamayan gebelik", "bilinmeyen gebelik" ya da "gebeliğin farkında olmama" olarak tanımlanan vakaları gebeliklerini reddeden olgular olarak tanımlamışlardır. Araştırmacılar daha sonra bu vakaların (gebelik diyabeti, gebelik hipertansiyonu, pre-eklampsi, hipertiroidizm ya da hipotiroidizm, gebelik trombositopeni, gebelik histiositozu ve doğum öncesi kanama) gibi fiziksel hastalıkları olup olmadığını incelemişlerdir. Araştırmanın sonunda gebeliğin reddinin temel belirtilerinin dışında, sekonder belirtileri olarak annenin fiziksel hastalıklarının oldukça az olduğu saptanmıştır. Schults ve arkadaşları doğum öncesi uygun bakımın perinatal hastalık ve ölümü önlemek için zorunlu olduğunu ve gebelik reddi tanısı alan olgulara bakım verilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Gonçalves et al, 2014: Non-Psychotic denial of pregnancy a psychoanalytical comprehension

Gonçalves ve arkadaşları (2014) psikotik olmayan fark edilmeyen gebelik olgusunu incelemişlerdir. Araştırmacılar, bir anne adayının gebeliğinin 5. ayında kadar veya doğum başlayana kadar farkına varmaması durumunu gebeliğin reddi olarak tanımlamışlar, bu fenomeni üç farklı psikanalitik kavram çerçevesinde ele almışlardır. Gebeliği kabul etmemek/reddetmek, düşünülemez gebelik ve kayıtsızlık. Gebeliğin reddi olgusunda, reddetme savunma mekanizmasının (*disallow defense mechanism*), anne adaylarının vücutlarındaki değişimleri neden gebelikle ilişkilendirmediklerini açıklamakta dikkate alınabileceğine değinmişlerdir. Geçmişlerinde travmatik bir

deneyim yaşamış olan kadınların cinsel eylem ile gebe kalılabileceğinin bağı kuramadıklarını savunmuşlardır. Bu makalede kayıtsızlık deneyimi sınırda kişilik bozukluğu hastalarıyla ilişkilendirilmiştir.

Schauberger, 2014: Denial of pregnancy

Schauberger (2014), gebelik reddinin hem anne hem de bebek için çok önemli riskler içeren tıbbi bir durum olduğunu belirtmiş, kadınları zihinsel olarak gebeliğe hazırlamak için 4 evreden geçtiklerini bildirmiştir. Bu evreleri

1. Gebeliğin kabul edilmesi
2. Fetüse bağlanma
3. Doğuma hazırlanma
4. Yenidoğanın gerçekçi kabulü

olarak sıralamıştır. Yazar, Spielvogel ve Hohener (1995)'in çalışmalarına atıfta bulunarak, gebeliğini reddeden kadınların bu evrelerden birincisini veya diğerlerini de geçirmediklerini belirtmiştir. DSM-IV, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabında gebeliğin reddinin; “Başka herhangi bir eksen 1 bozukluğu ile açıklanamayan, önemli bir dış strese karşı kısa, uyumsuz bir tepki” olarak tanımlandığını belirtmiştir. Yazar, buna ilaveten, gebeliğin reddinin bilinçli olarak kabul edilemez olan dışsal gerçekliklerin reddedilmesiyle doğan kaygıyı ve duygusal çatışmayı azaltmak için kullanılan bilinçsiz bir savunma mekanizması olduğuna da değinmiştir. Schauberger biri 23, diğeri 25 yaşında olan, gebeliklerini tam reddeden vakayı incelemiştir. Literatürde “reddedilen gebelikler” ile “gizlenen gebelikler”in farklılıklarına yönelik anlam karışıklığı olduğunu belirten yazar, doğum öncesi bakım almayan anne adaylarının gizlenen veya reddedilen gebelik grubunda olmayabileceğinin de altını çizmiştir. Doğum öncesi bakıma geç başlayan hastaların olumsuz sonuçlar açısından daha büyük bir riskle karşı karşıya oldukları düşünülmektedir. Gebeliğin hangi tarihte başladığını belirlemek zor olabileceği için mümkün olduğunca erken yapılacak bir ultrason önem arz etmektedir. Yazar özellikle doğum tarihi güvenilir bir şekilde belirlenemiyorsa ceninin gözetimde tutulması gerekebileceğine değinmiştir. Gebeliğin erken dönemlerinde alınan ilaçların değerlendirilmesi teratojenik risklerin belirlenmesinde önemli bir rol oynayabileceğini,

gebelik süresince gebeliğin yönetilmesine yönelik psikiyatrik değerlendirme ve yardımın dikkate alınması gerektiğini savunmuştur. Doğumdan sonra hasta cinsel ilişkiye girmeyeceğini belirtse bile doğum sonrası doğum kontrol yöntemlerinin hastaya anlatılması ve teşvik edilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Vellut et al, 2012: Analysis of the relationship between neonaticide and denial of pregnancy using data from judicial files

Vellut ve arkadaşları (2012), adli dosyaları inceleyerek

1. Gebeliğini reddeden vakaların neonatisid oranını incelemeyi;

2. Gebelik reddinin kesinliğini değerlendirmeyi

3. Neonatisidleri engelleme programlarındaki işe yararlılığını incelemeyi amaçlamışlardır. 5 yıl boyunca Fransa'nın 3 bölgesinde görülen 26 bebek ölümü vakasını incelemişlerdir. Çalıştıkları vakalarda psikopatolojinin ender görüldüğünü fakat yaşlarının gerektirdiği olgunluğu gösteremeyen, başkalarına bağımlı, düşük özsaygısı olan, duygusal destekten yoksun, psikolojik izolasyon ve eşleriyle zayıf bir iletişimi olan vakalar olduklarını belirtmişlerdir. Gebeliklerden hiç biri rapor edilmemiş ve doğum öncesi hiçbir bakım alınmamıştır. 2 ya da 3 gebelik doğum başlayana kadar fark edilmemiş, bunun dışındaki hiçbir vakada tipik gebelik reddi belirtilerine rastlanmamıştır. Gebelikler; gizlilik, bebeğe sahip olmayı isteme ve bebeği reddetme çelişkisi ve yardım isteme becerisini gösterememe içinde devam etmiştir. Anne adayının çevresinde olup gebeliği genellikle fark etmiş olanlar da herhangi bir yardım teklifinde bulunmamışlardır. Araştırmacılar, paralel klinik verilerin yoksunluğu içinde neonatisid ile gebelik reddinin frekansını hesaplamamanın mümkün olmadığını belirtmişler, gebeliğin reddi olgusunu tanımlayan terimlerin yeniden düşünülmesi gerektiğini önermişlerdir.

Jenkins et al, 2011: Denial of pregnancy – a literature review and discussion of ethical and legal issues

Jenkins ve arkadaşları (2011), bu yazılarında gebelik reddinin yukarıda bahsedilen özelliklerini ele almanın yanı sıra gebeliğini reddeden anne adaylarının karakteristik

özelliklerini bulmaya çalışmış fakat bir risk grubu özelliklerini belirlemenin imkansız olduğu sonucuna varmışlardır. Dolayısıyla hekimlerin gebelik reddi olgusundan daha fazla haberdar olmaları ve çocuk doğurabilecek yaşa gelmiş olup, hamileliğe benzer semptomlarla doktora başvuran kadınlardan gebelik testi talep etme eşiklerini düşük tutmalarını önermişlerdir. Gebelik reddinin, katastrofik şekilde sonlanma potansiyeli çok yüksek olduğundan dolayı, tıp personelinin, olgunun rastlanma sıklığı ve önemi konusunda bilgilendirilmesinin birincil öneme sahip olduğunu belirtmişlerdir. Böylelikle olgu hekimler tarafından daha kolay tanınacak ve uygun tedavi uygulanabilecektir. Olgu aynı zamanda zorlu etik ve yasal sorunlar oluşturduğu için çok disiplinli dikkatli bir değerlendirme gerektirmektedir.

Sandoz, 2011: Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy

Sandoz (2011), gebeliklerini inkar eden anne adaylarının bir kısmının karınlarının hiç büyümediğini gözlemlemiştir. Farklı sebeplerle muayeneye gelen bu anne adaylarının muayene esnasında gebe oldukları hekim tarafından tespit edilmiş ve ultrason ile de onaylanmıştır. Gebe olduğunun bilgisinin, gebeliğinin farkında olmayan anne adayları ile paylaşılmasının hemen akabinde vücudunun çok kısa bir sürede, muayenenin akabinde, gebe silüetini aldığı gözlenmiştir. Anne adayının vücudunun böylesi kısa bir sürede gebe formunu almasını Sandoz şöyle açıklamıştır: Gebeliğin reddi bir savunma mekanizmasıdır ve beyin çelişkili görünen gerçeklerden kaçmak için bilinçdışı mekanizmalar aracılığıyla vücudu kontrol etmektedir. Gebe olduğunun hekim tarafından anne adayına duyurulması bu çelişkili durumu sona erdirdiği için vücut silüetinde, gebelik yönünde ani bir değişim olur. Sandoz bu olguyu “silüet etkisi” olarak adlandırmıştır.

Kaplan and Grotowski, 2010: Denied pregnancy

Kaplan ve Grotowski (2010), doğum başlayana kadar gebeliğinin farkına varmayan, doğum anında paniğe kapılan ve ölü bir bebek doğuran 21 yaşındaki olguyu

incelemişlerdir. Doğumu izleyen 5 gün boyunca anne ile görüşülmüş ve psikiyatrik değerlendirme için sevk edilmiştir. Ciddi herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almadığı için anne taburcu edilmiştir. Fakat takip görüşmelerinde durumunun iyi olmasına rağmen doğumla ilgili anıların kendisinde olumsuz duygulanımlar yarattığını belirtmesinin ardından danışmanlık almaya yönlendirilmiştir. Araştırmacılar, gebelik reddi olgularına düşünüldüğünden daha fazla rastlandığını belirtmiş, farklı başa çıkma yöntemleri ve psikiyatrik tanıların birleştiği heterojen bir durum olduğunu vurgulamışlardır. Mide bulantısı, kilo alımı ve adet kanamasına benzer kanamalarla başvuran kadınlarda erken gebelik testinin yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Porter and Gavin, 2010: Infanticide and neonaticide: a review of 40 years of research literature on incidence and causes

Porter ve Gavin (2010), bebeklerini öldüren kadınlar hakkındaki hakim kamuoyunun bu kadınların ya canavar ya psikotik ya da her ikisi birden olduğu yönünde geliştiğini belirtmiştir. Psikiyatrik ve hukuki topluluklar ise meselenin bu kadar basit olmadığını kabul etmektedirler. Yazarlara göre kanıtlar, farklı bebek ölüm tipleri arasında çizilmesi gereken önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir. Bunun ise failin belirlenmesi, cezalandırılması ve tedavisi için anlamlı olabileceği görüşünde olduklarını belirtmektedirler. Makale, 40 yılı aşkın bir süredir değişen adli ve klinik sonuçları, araştırmaları ve hastalığın görülüş oranı istatistiklerini özetlemekte, çocuk cinayetleri çalışmasında ve önlenmesinde çeşitli yolları öne çıkarmaktadır.

Spinelli, 2010: Denial of pregnancy: a psychodynamic paradigm

Spinelli (2010), bu yazısında gebeliklerini reddetmiş ve doğumları neonatisid ile sonuçlanmış 17 vakayı incelemiştir. Bu anneler adli nedenlerle değerlendirilmiştir. Klinik profillerin, gebeliklerini reddeden kadınların doğum esnasında dissosiyasyon psikopatolojisi deneyimlediklerini gösterdiklerini belirtmiştir. Dissosiyasyon yaşayan gebe kadınların hepsinin gebeliklerini reddetmediklerini de söylemektedir. Spinelli neden birçok kadının doğum anında dissosiyasyon yaşamasına rağmen sadece belirli bir

bölümünün gebeliğini reddettiğinin cevabını aramıştır. Spinelli'nin araştırdığı 17 vakanın hiç birinin birlikte olduğu ve babalık rolünü üstlenecek adamla başarılı bir ilişkisi yoktu. 17 vakanın hepsi cinsel olarak taciz edilmemişti fakat cinsellik ailelerinde bir hata olarak algılanıyordu. Hiçbiri doğum yaptıkları taktirde aileleri tarafından kabul edilebileceklerine inanmıyorlardı ve hiçbir olgu psikoseksüel olarak gelişmemiştir. Araştırmacı, sahipsiz doğumlarda olası morbidite ve mortaliteden ötürü bu olgunun psikopatolojisini anlamının çok önemli olduğunu belirtmiştir.

Friedman et al, 2009: Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention

Friedman ve arkadaşları (2009), gebelikleri üçüncü üç aya ulaşmış ya da doğum başladığında hastaneye başvuran anne adaylarını içeren bir araştırma yapmışlardır. 7 yıl boyunca gebelikleri süresince herhangi bir doğum öncesi bakım almayan 211 annenin kaydını inceleyen araştırmacılar neden bakım almadıklarını oranlarla raporlamışlardır. Vakalardan %30'unun madde kötüye kullanımı olduğu, %29'unun gebeliğini reddettiği, %18'inin ekonomik nedenlerden ötürü, %9'unun gebeliğini gizlediği, %6'sının da ikiden fazla doğum yaptıkları için doğum öncesi bakım almadıklarını bildirmişlerdir. Doğum öncesi bakım almayan anne adaylarına yardım edebilmek için bu davranışlarının ardında yatan nedeni çok iyi anlamamız gerektiğinin altını çizmişler, doğum öncesi bakım almayan anne adaylarının genellikle madde kötüye kullanan ya da gebeliğini gizleyen veya reddeden anne adayları olduğunu tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Özellikle madde kötüye kullanımı, gizlenen veya reddedilen gebelik vakaları için sosyal hizmet ve psikiyatri gibi ek hizmetler sunulması gerektiğinin altını çizmişlerdir.

Friedman et al, 2007: Characteristics of women who deny or conceal pregnancy

Friedman ve arkadaşları (2007), tam gebelik reddi ya da gebeliğini gizleme riski olan anne adaylarının karakteristik özelliklerini saptayabilmek amacıyla doğum öncesi

bakım almayan anne adaylarını incelemiştir. Ocak 1997- Aralık 2003 tarihleri arasında, ya doğum başladığında ya da doğumdan sonra hastaneye başvuran 31,475 vaka arasından 211 anne adayının doğum öncesi herhangi bir bakım almadıklarını saptamışlardır. 61 anne gebeliğini reddeden anne kriterlerini karşılarken, 20'sinin gebeliğini gizleyen anneler oldukları tespit edilmiştir. Araştırmacılar gebeliğini gizleyen ya da reddeden anne adaylarının karakteristik özelliklerini saptayabilmeyi umduklarını belirtmişlerdir. Bu anne adaylarının ciddi bir psikolojik çatışma yaşadıklarını raporlamışlardır. Araştırmacılar gebeliklerini reddeden ya da gizleyen annelere yönelik psikiyatri konsültasyonunun çok az olduğunu şaşkınlık içinde gözlemlediklerini bildirmişlerdir. Buna rağmen doğum öncesi hiçbir bakım almayan bu anneler doğum sonrası bebeklerinin bakımını üstlenmişlerdir. Friedman ve arkadaşları, gebeliklerini reddeden ya da gizleyen anne adaylarının yetkililer için derhal bir uyarı niteliği taşıması ve doğum öncesi bakım almamış bu annelerin psikiyatrik değerlendirmeye tabii tutulmaları ve ebeveynlik ve sosyal çalışma yeteneklerinin değerlendirilmeleri gerektiğini bildirmişlerdir.

Walloch et al, 2007: Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome

Walloch ve arkadaşları (2007) yazılarında, klinik olarak açıkça belli olan gebeliğinin

olmadığına ikna olmuş bir gebe kadını incelemiştir. Hastalıkları sınıflandırma bilimi olan nosolojik açıdan belirsiz bir sendrom olarak değerlendirdikleri gebeliğin reddi olgusunu literatürü gözden geçirerek incelemiştir. Mevcut literatüre dayanarak gebeliğin reddi olgusunun neden Cotard sendromunun belirli bir şekli olduğunu açıklamaya çalışmışlardır. Cotard sendromu, gerçeklik, beden, ruh ve tüm dünyanın tamamen ya da kısmi olarak var olmadığına inanma durumunu kapsar. Hasta kendi vücudunun ya da organlarının varlığını ya da işlevselliğini reddeder. Hastanın gebeliğinin kaybolduğu ya da bebeğinin öldüğüne dair olan kanısının bir beden fonksiyonunun reddi olarak yorumlanabileceğini söyleyen araştırmacılar Cotard sendromunun gebe bir kadında tanımlandığına ilk kez rastladıklarını belirtmişlerdir.

Wessel et al, 2017: Denial of pregnancy – characteristics of women at risk

Gebeliğin reddi, bir kadının gebeliğini öznel olarak fark etmemesi durumudur. Gebeliğin, uzun bir döneminde ya da doğum anına kadar, anne adayları tarafından fark edilmemesi gerek anne adayları gerek bebek için önemli bir risktir. Wessel ve arkadaşları bu risk grubuna giren kadınların ortak özelliklerini saptayabilmek amacıyla bir çalışma yürütmüş ve bu araştırmalarında inceledikleri vakaların annelik özelliklerini incelemişlerdir. Bu özelliklerin risk grubunda olan kadınları belirlemede yararlı olabileceği görüşüyle araştırmayı başlatmışlardır. Wessel ve arkadaşları, Almanya'nın Berlin kentinde 1 yıl boyunca yürüttükleri alan tarama çalışmasında yer alan anne adaylarının yaşlarını, ilişki durumlarını, etnik gruplarını, mevkilerini ve eğitim düzeylerini karşılaştırmışlardır. Araştırmada gebeliğini reddetme riski taşıyan kadınların heterojen bir grup oluşturdukları ve “gebeliğini reddedecek” kadınlar için kesin bir tipoloji oluşturmanın mümkün olmadığı sonucuna varmışlardır.

Beier et al, 2006: Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems

Beier ve arkadaşları (2006), 93'ü adli, 78'i obstetrik olmak üzere gizlenen ve inkar edilen gebelikleri karşılaştırmalı olarak incelemişlerdir. Yazılarında reddedilen gebeliklerin 475 doğumdan 1'inde gerçekleştiğini belirten araştırmacılar, sonuçların gerek gizlenen, gerekse inkar edilen gebeliklerde benzerlik gösterdiğine değinmişlerdir. Muhtemel iki farklı üreme disfonksiyonunu temsil eden bu iki olgunun, psikososyal açıdan, “reddedilen gebelik” başlığı altında sınıflandırılabilmesine vurgu yapmışlardır. Gizlenen ve reddedilen gebeliklerin, anne ve bebeğin sağlığını kesin olarak tehdit ettiğini belirtmişler, doğumun yenidoğanın ölümü ile sonuçlanan adli vakaların bu iki olgu ile yakın bağlantısı olduğunu savunmuşlardır. “Gizlenen” ve “reddedilen” gebeliklerin iki farklı olgu olmadığını, bunun yerine, gebeliğin kusurlu psikolojik rasyonalizasyonunun, iki farklı yoğunluk düzeyini temsil eden iki olgu olduğunu savunmuşlardır. Reddedilen gebelik olgusunun ICD-11 ve DSM-V tanı ölçütleri kitaplarında yer alması gerektiğini, böylelikle vakaların pratisyenler tarafından tanınıp uzman tedavisine yönlendirilebileceklerini savunmuşlardır.

Giudice, 2006: The evolutionary biology of cryptic pregnancy: a re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon

Giudice (2006), reddedilen gebelikler üzerine yapılan daha önceki araştırmaların mide bulantısı, amenore ve karnın şişmesi gibi belirtilerin ya olmadığı veya çok az hissedildiği, yenidoğanların kilolarının çok az olduğu ve birçok vakada gebeliğin akrabalar ve doktorlar tarafından da fark edilmediğini rapor ettiklerini belirtmişlerdir. Klinik literatürde hamilelikle ilgili bilinçdişi çatışmalarla ilgili psikiyatrik hipotezler mevcuttur. Guidice bu tür psikodinamik hesapların iki nedenden ötürü yanlış yönlendirildiğini iler sürdüğünü belirtmiş ve açıklamıştır:

1. Gebeliğin seyrini belirlemede fetüsün aktif biyolojik rolünü tanımakta başarısız olurlar,
2. Ebeveyn-çocuk çatışmalarını tanımlayan biyolojik teorileri, anne-fetüs çatışmasının evrelerini açıklarken görmezden gelirler.

Guidice makalesinde bu olguyu “şifreli gebelikler” olarak yeniden tanımlamayı önermiştir. Yazara göre şifreli gebelik, yüksek psikososyal stres tarafından bildirildiği gibi, stresli veya tehdit edici ekolojik şartlarda anne ve fetüs arasında uyumlu bir işbirliği modeli olabilecektir.

Lee et al, 2006: Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy-newborn victimisation associated with unwanted motherhood.

Lee ve arkadaşları (2006) makalelerinde, Hong Kong şehrinde 2’si neonatisid ile sonuçlanan, 2’si de yeni doğanların müdahale ile ölümden kurtarıldıkları 4 vakayı incelemişlerdir. Araştırmacılar, yeni doğan bebeklerini öldüren annelerin, genellikle doğumdan önce gebeliklerini gizleyen ya da inkar eden kadınlar olduğunu iddia etmişlerdir. Lee ve arkadaşlarına göre gebeliklerini reddeden kadınlar hamile olduklarını bilmekte fakat hamile olduklarını hissetmemektedirler. Gebeliklerini reddeden anne adayları gebelikle ilgili duyguları deneyimlememekte ve doğum için kendilerini hazırlamamaktadırlar. Bu anne adayları entelektüel olarak gebe olduklarını bilmemektedirler. Gebelikle ilişkili fiziksel değişiklikleri göstermemektedirler; kilo

almamakta, hasta olmamakta ve hatta düzenli regl olmaktadır. Araştırmacılar doğum esnasında annenin dissosiyasyon yaşadığını ve bir çok neonatisid vakasının kendi doğum süreçlerini dışarıdan izledikleri hissini deneyimlediklerini rapor ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırmacılara göre dissosiyasyondan kurtulma oldukça hızlı gerçekleşmede ve anne günün geri kalanını sanki hiçbir şey olmamış gibi geçirebilmektedir. Neonatisid için kullanılan yöntemler arasında havasız bırakarak boğma, strangülasyon (bir organın etrafına sarılmış bir şey tarafından sıkılarak boğulma), kafa travması, suda boğma, maruz bırakma, bıçaklama, yakma, domuzlara atma, canlı canlı toprağa gömme ve hatta kafatasına iğneler batırma rapor edilmiştir. Yeni doğanların öldürülmesinin ya da terk edilmesinin Hong Kong ve diğer yerlerde çok ciddi tıbbi ve sosyal bir sorun olduğunu belirten araştırmacılar sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve yargı uzmanlarının uyumlu çabası ile sorunun kapsamının tanımlanmasının ve önlemek için yöntemler hazırlanmasının bir gereklilik olduğunu belirtmişlerdir.

Wessel and Endrikat, 2005: Cyclic menstruation- like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause?

Wessel ve Endrikat (2005) gebelik reddi vakalarında herhangi bir hormon döngüsünün, periodik adet kanaması gibi olan kanamaları açıklayıp açıklayamayacağına dair bir araştırma yapmışlardır. Gebeliklerini reddeden 28 vakayı araştırmacılar; gebelikleri süresince periodik herhangi bir adet kanaması olan, periodik adet kanaması olan ve cinsel yaşama girmiş bir kadının adet görmemesi hali olarak tanımlanan amenore yaşayanlar olmak üzere 3 grupta incelemişlerdir. Emzirme dönemi sona erdiğinde hormon değerlendirmeleri yapılmıştır. Araştırmacılar doğumdan hemen sonra yapılan hormon değerlendirmelerinin reddedilen gebelik süresince yaşanan periodik adet kanaması görünümündeki kanamaları açıklayabilecek herhangi bir açıklama sunmadıklarını rapor etmişlerdir. Emzirme sürecinin bitiminin hemen ardından yapılan hormon değerlendirmelerinde ise bazı anormallikler gözlemlenmiş fakat bir neden-sonuç ilişkisi saptanamamıştır.

Wessel et al, 2002: Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin

Gebeliklerini reddeden olguların bildirilmesi artmasına rağmen bu konuda çok sayıda hastayı kapsayan az araştırma olması gerçeğinden yola çıkarak Wessel ve arkadaşları (2002), 1 Temmuz 1995- 30 Haziran 1996 yılları arasında Almanya'nın Berlin kentinde toplam 29,462 doğum vakasını inceleyen bir araştırma yürütmüşlerdir. Bir yıllık araştırmalarının sonucunda her 475 anne adayından 1'inin gebeliğini 20'inci haftasından sonra fark ettiğini, 2455 anne adayından 1'inin ise gebeliğini ancak doğum başladığında ya da doğum anında fark ettiğini rapor etmişlerdir.

Spinelli, 2001: A systematic investigation of 16 cases of neonaticide

Spinelli (2001), yeni doğan bebeğin aynı gün içinde annesi tarafından öldürülmesi olarak tanımlanan neonatisidin genellikle reddedilen gebeliklerin doğumlarda görüldüğünü belirtmiştir. Neonatisid vaka raporları gebelik reddi, dissosiyasyon ve ego dezorganizasyonunu tanımlamaktadır. Araştırmacı Amerika Birleşik Devletlerinde doğumlarının neonatisid ile sonuçlandığı 16 gebelik reddi vakasının klinik özelliklerini incelemiştir. Yeni doğan bebeklerini öldürmekle suçlanan bu 16 kadın psikiyatrik değerlendirmeye tabii tutulmuş ve Dissosiyatif Deneyim Ölçeği uygulanmıştır. Araştırmacının incelediği neredeyse tüm kadınlar benzer sonuçlar vermişlerdir; doğum esnasında duyarsızlaşma, dissosiyatif halüsinasyonlar ve aralıklı amnesi. Spinelli kendi araştırmasında incelediği kadınların karakteristik özelliklerinin neonatisid literatüründe yer alan kadınların özelliklerine benzediğini bildirmiş, bu benzer döngünün, neonatisid riski taşıyan anne adaylarının tedavisinde kullanılabileceğini belirtmiştir.

Neifert and Bourgeois, 2000: Denial of pregnancy: a case study and literature review

Neifert ve Bourgeois (2000), 20 yaşında, Hava Kuvvetlerinde aktif görevde olan bayan T'nin psikotik olmayan tam gebelik reddi sonunda sağlıklı bir doğum yapmasının olgusunu sunmuşlardır. Annenin doğum öncesi bakım almamasına rağmen bebek

sağlıklı ve normal doğmuştur. Bayan T'nin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olmadığını rapor eden araştırmacılar doğumdan sonra evde bebeğine bakabilmesi için gerekli tıbbi ve sosyal hizmet kaynaklarından yararlanabildiğini ve bebek bakımıyla ilgili verilen eğitimi alabildiğini bildirmişlerdir. Araştırmacılar gebelik reddiyle ilgili literatürü taramış ve psikotik olan gebelik reddi ile psikotik olmayan gebelik reddinin klinik farklarını açıklamışlardır. Yazılarının sonunda araştırmacılar, yılsonu balosunda tuvalette doğum yapıp yeni doğan bebeğini torbaya koyarak çöpe atan 18 yaşındaki genç kızın vakasına atıf yapmış, doktorların özellikle genç, bekar ve sosyo-ekonomik kaynakları kısıtlı kadınların psikotik olmayan gebelik reddi açısından bir potansiyel olabileceklerine dikkat etmeleri gerektiğine dikkat çekmişlerdir. Doğum yapma çağına gelmiş, karın şikayetleri ve herhangi bir adet düzensizliği belirten her kadına gebelik testi yapılması gerektiğini savunmuşlardır.

Stotland et al, 1998: Denial of pregnancy

Stotland ve arkadaşları (1998) gebeliğin, özellikle de ilerleyen dönemlerinde, inkarı mümkün olmayan olgulardan biri olarak gözüktüğünü belirtmişlerdir. Buna rağmen gebe olduklarına dair en ufak bir farkındalıkları olmadan doğum yapan kadınlar bulunmaktadır. Önceden herhangi bir belirtisinin anne adayları tarafından fark edilmediği gebeliklerin neticesinde gerçekleşen doğumlar, daha önce farkındalıklı gebelikler yaşamış bir veya daha fazla çocuğu olan annelerin de başına gelebilmektedir. Bu doğumlardan bazılarını annenin beklenmeyen karın ağrısı şikayetleri ile hastaneye başvurup, hiç beklemediği bir şekilde, kucagında bebeğiyle evine döndüğü vakalar oluşturmaktadır. Fakat bazıları ise yeni doğanın tuvalete düşerek ölmesi, çöpe atılması ve hatta kelimenin tam anlamıyla pencereden dışarı fırlatılması gibi trajedilerle sonlanabilmektedir. Psikiyatrik açıklamalar saflıktan psikoza veya sosyopatiye kadar değişiklik göstermektedir. Stotland ve arkadaşları, biri 1 çocuk sahibi bir anne, diğeri 15 yaşında genç bir kızın tam gebelik reddi sonucunda gerçekleştirdikleri iki spontan doğum vakalarını inceledikleri makalelerinde gebelik reddini; zihinsel süreç, psikiyatrik patoloji ve annelerin yaşadıkları suçluluk duygularını konu alarak incelemiştir.

Spielvogel and Hohener, 1995: Denial of pregnancy: a review and case reports

Spielvogel ve Hohener (1995) Sosyodemografik özellikleri farklı olan ve gebeliklerini red etmiş bulunan 4 olguyu incelemişlerdir. Gebeliklerini reddeden anne adaylarının karakteristik özelliklerini, altta yatan sebep ve çatışmaları ve bu olguları saptayabilmek için yapılması gerekli müdahaleleri araştırmışlardır. Gebeliğin fiziksel belirtilerinden bir çoğunun olmaması, deneyimsizlik, vücudunda olan değişimlere genellikle dikkat etmeme, gebelik hakkında yoğun içsel psikolojik çatışma ve dış stres bu anne adaylarının gebeliklerini reddetmelerinde etken olan unsurlar olarak bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, çocukluk çağında ya da yetişkin dönemde yaşanmış olabilecek travmaların, gebeliği reddetmede etkin olabileceğine değinilmiştir. Araştırmacılar gelecekte oluşabilecek gebelik reddetmelerin, çocuk istismarı ya da ihmali önleyebilmek için psikoterapi önermişlerdir.

Pitt and Bale, 1995: Neonaticide, infanticide and filicide: a review of the literature

Pitt ve Bale (1995), literatürde neonatisid, infantisid ve filisid kavramlarını içeren 115 makaleyi incelemiş, kendi yazılarında 51 tanesine değinmişlerdir. Çocuk cinayetleri için kullanılan genel bir terim olan infantisidin tarihin çok eski çağlarına dayandığını fakat ebeveynlerin kendi çocuklarını öldürmelerine neyin sebep olduğu konusunda pek az bilginin bulunduğunu rapor etmişlerdir. Bu sebeple potansiyel failerin belirlenebilmesi ve ebeveynlerin çocuklarını öldürmelerinin önüne geçilebilmesi için bu konuda daha fazla araştırmanın gerekli olduğunun altını çizmişlerdir.

Brezinka et al, 1994: Denial of pregnancy: obstetrical aspects

Brezinka ve arkadaşları (1994), 1987-1990 yılları arasında gebeliklerini reddeden 27 vakayı incelemişlerdir. Bu kadınlardan 11'i doğum başlayana kadar gebe olduklarının farkına varmamışlardır. 9'u gebelikleri 27'inci ve 36'ıncı haftalar arasında, 7'si ise 21'inci ve 26'ıncı haftalar arasında farkına varmışlardır. Bebek öldürme olarak

tanımlanan herhangi bir infantisid olmamıştır fakat bir anne bebeğini tek başına ve gizli doğurmuştur. 27 kadından bir çoğu gebelikleri süresince menstruasyona benzer kanamalar olduğunu rapor etmişler, 3 anne adayını ise farkında olmadıkları gebelikleri boyunca doğum kontrol hapı kullandıklarını bildirmişlerdir. Araştırmacıların incelediği kadınlardan sadece bir kaçı bulantı ve kilo alımı gibi gebelik belirtilerini yaşadıklarını söylemişlerdir. Brezinka ve arkadaşları bu araştırmalarında 27 vakanın gebelik öykülerini ve sonuçlarını ve gebeliğin reddedilmesinde payı olan savunma mekanizmaları ve baş etme stratejilerini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Araştırmalarının sonunca Brezinka ve arkadaşları, gebeliğin belirtilerini ve semptomlarını görmezden gelen tek bir tür kadın olmadığını belirtmişlerdir. Gebeliklerini reddeden anne adaylarının çok değişik sosyal geçmişlerinin ve psikolojik profillerinin olduğunu rapor etmişlerdir. Anne ve bebek için ana riskin infantisid olmadığını söylemiş, fetüs için asıl riskin, gebe olduğunun farkında olmayan anne adayının yaşam stili olduğunu belirtmişlerdir. Gebeliğini reddeden anne adaylarının belirli iş tehlikelerine maruz kalmalarının yanı sıra boş zamanlarında da tehlikeli fiziksel aktiviteler yapabildiklerini rapor etmişlerdir. Bunun yanı sıra gebe olduklarının farkında olmadıklarından fetüste kusurlu organ veya doku oluşmasına sebep olan teratojenik ilaç alabildiklerine ve röntgen çektirdiklerine değinmişlerdir.

Miller, 1990: Psychotic denial of pregnancy: phenomenology and clinical management

Bu yazı fark edilmeyen gebeliklerden ziyade, gebeliğin psikotik inkarından söz etmektedir. Kronik akıl hastası olan kadınlarda gebeliğin psikotik reddi anne adayını ve fetüs için büyük riskler taşımaktadır. Doğum sonrası duygusal rahatsızlık, zor ve yardımsız yapılan doğum, cenin tacizi ve neonatisid bu riskler arasındadır. Miller (1990), Amerika Birleşik Devletlerinde bir üniversite hastanesinin yetişkin psikiyatri bölümünde, akıl hastası hamile kadınlara yönelik programına kabul edilmiş 26 hastayı incelemiştir. Gebeliklerini reddeden anneler kronik şizofreni tanısı almış, daha önceki çocuklarının vesayetini yitirmiş ve hamilelikleri esnasında taşımakta oldukları bebeklerinden ayrılacaklarını tahmin etmişlerdir. Yazar bu tür hastaların tedavilerinde

psikiyatri ve doğum öncesi bakımın birleştirilmesi ve farmakoterapi, destekleyici psikoterapinin birlikte işlemesi ve bebeğin annesiyle kalıp kalamayacağına karar verebilmek adına hastanın ebeveynlik yetilerini ve sosyal destek ağının gözden geçirilmesi gerektiğini savunmuştur. Araştırmacı incelediği hasta grubunda inkarın antipsikotik ilaç tedavisi ile azaldığını fakat ilaç tedavisine rağmen stres altında tekrar nüksettiğini rapor etmiştir. Diğer çocuklarının velayetini kaybetmenin yasını, doğacak olan çocuğundan ayrılacağına öngörüsünü ve inkara zemin hazırlayan diğer stres faktörlerine gereken önem ve ilginin sunulduğu destekleyici bir psikoterapi ve psikososyal müdahalenin şart olduğunu belirtmiştir. Bazı vakalarda hastanın ebeveynlik yetilerinin ve sosyal destek ağının incelenmesinin neticesinde hastanın ebeveynlik sınıflarına katılması, hemşireleri ve topluma sunulan diğer hizmetlerden yararlanması durumunda bebeğini güvenli bir şekilde yanında tutabileceği sonucuna varıldığını rapor etmiştir.

Milden et al, 1985: Denial of pregnancy: an exploratory investigation

Bu yazıda araştırmacılar şu sorulara cevap bulmayı hedeflemişlerdir:

1. Gebelik reddini ve fenomenolojisini nasıl anlayacağız?
2. Gebeliğini reddeden kadın yalan mı söylüyor yoksa psikotik mi?
3. Bu gerçeklikten bir kopma mı yoksa iç ve dış gerçeklikle bağlantıda olamama mı?
4. Gebeliğin fiziksel belirtileri gerçekten bastırılmış mı, bilmemesi gereken güçlü bir psikolojik ihtiyaç ile uyumlu bir fizyoloji mi yoksa fizyolojik belirtiler gözlenmeden ve tanımlanmadan oluşuyor mu?
5. Gebeliklerini reddeden bu kadınların kişisel ve sosyal öyküleri nedir?
6. Gebeliğin reddi, hastanın erken dönem yaşantısında ya da ailesindeki daha önceki bir etkinliğin yürürlüğe girmesi mi?
7. Doğumdan sonra bu kadınlara ne oluyor?
8. Bebeklere ne oluyor?

Milden ve arkadaşları (1985), gebeliğin reddinin araştırması kolay bir alan olmadığı ve literatürde çok sınırlı miktarda klinik veri bulunduğu için bu soruların

cevapları hakkında çok az şey bilindiğini belirtmektedirler. Bu hastaların klinik görüşmeler ve psikolojik testlerle dikkatli bireysel değerlendirmelere tabii tutulmaları gerektiğini savunmuşlardır. Buna ilaveten bu alanda daha fazla daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğunun aşikar olduğunun altını çizmişlerdir. Böylelikle gerekli klinik ayrımın yapılabilmesi için daha somut veriler elde edilebilecektir.

2.2.7. Fark Edilmeyen Gebelik Olgularında Etiyolojik Faktörler

Gebeliğini fark etmeyen anne adayları için bir risk grubu tanımlanamamakta, olgu dünyada her yaş, ırk, kültür ve sosyoekonomik düzeydeki kişilerde gözlenebilmektedir.

Gebeliğini fark etmeyen anne adaylarının bazılarının, gebelik semptomlarının çoğunu yaşamıyor olmaları, adet kanamalarının uzun zamandır düzensiz oluşu, her ay düzenli adet görmeleri, düzenli doğum kontrol hapi kullanıyor oluşları gibi sebeplerden dolayı gebe olduklarını hiçbir zaman düşünmediklerini söyledikleri rapor edilmiştir. Gebeliğini fark etmeyen diğer bazı anne adayları ise yaşadıkları gebelik belirtilerini stresli iş yaşamı, işsiz kalmanın yarattığı depresyon gibi dışsal stres faktörlerinin vücutlarına yansımaları olarak değerlendirdikleri araştırmacılar tarafından gözlenmiştir.

Fark edemedikleri ilerlemiş gebelikleri dışında bu anne adayları normal görülmekte ve günlük hayatlarını işlevsel bir şekilde sürdürebilmektedirler. Fark edilmeyen gebelik tablosu başka bir psikiyatrik hastalığa bağlı görülmemekte, psikoz, duygudurum bozukluğu, zeka geriliği gibi zihinsel işlevleri bozan bir duruma da rastlanmamaktadır. Ancak bu psikiyatrik bozukluklar fark edilmeyen gebelik tanısı konulurken mutlaka dışlanmalıdır.

2.2.7.1. Etiyolojik Faktör Olarak Savunma Mekanizmaları

Gebelik döneminde anne adayları çok büyük fiziksel ve duygusal değişimler yaşar. Bazı anne adayları bu sürece uyum sağlamalarını mümkün kılacak duygusal uyum becerilerine sahipken, bazı anne adayları bu duygusal uyumu gösterememekte ve uyumsuz başa çıkma mekanizmaları geliştirebilmektedirler. Söz konusu uyumsuz

savunma yöntemleri; depresyondan madde kötüye kullanımına ve gebeliklerini fark etmemelerine kadar değişen bir skala çizmektedir (Jenkins ve ark., 2011).

Normalde hayata gayet iyi uyum sağlamış anne adaylarının böyle uyumsuz bir savunma mekanizmasına başvurmalarının nedeni merak konusu olmuş ve pek çok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Jenkins ve arkadaşları gebelik ile ilgili dış stres faktörlerinin ve anne adayının yaşadığı içsel çatışmanın kadını bu savunmaya sürüklediğini düşünmüşlerdir (Jenkins ve ark., 2011).

Gonçalves ve arkadaşları kişinin herhangi bir olgunun varlığını kabul etmeyişi bir savunma mekanizması olduğunu söylemiş ve bunu anne adaylarının vücutlarında meydana gelen değişimleri neden gebelik ile ilişkilendiremediklerine dair bir açıklama olarak sunmuşlardır. Yayınladıkları çalışmada travmatik bir olay yaşayan kadınların cinsel ilişkiye girmek ile gebe kalmayı ilişkilendiremediklerini savunmuşlardır (Gonçalves ve ark., 2014)

Stotland 1998 yılında yayınladığı makalesinde inkarın oldukça sık rastlanan bir olgu olduğunu belirtmiş ve tamamen normal olduğunu söylemiştir. Normal ve patolojik inkarların arasında net bir çizginin çizilebilmesinin neredeyse imkansız olduğuna da değinmiştir. Otobanda arabamızı kullanırken eve tek parça halinde varacağımızı umut ederken, korkunç hastalıkların pençesinde mücadele eden hastalara yardım edip bu tür hastalıkların asla bizim başımıza gelmeyeceğini düşünürken, uykusuz bir halde araba kullanıp eve sağlam varabileceğimizi düşünürken aslında bizim de böyle bir savunma mekanizmasına baş vurduğumuzun altını çizmiştir. Kendi dünyalarımızda aslında bizim için risk teşkil eden şeylerin sadece küçük bir parçasının farkında olabildiğimizi belirtmiş, kendimizin ve sevdiğimizlerin karşı karşıya kaldığı tehlikelerin her birinin farkında olmamız durumunda hayatlarımızı sürdürmemizin mümkün olmayacağına değinmiştir (Stotland ve ark., 1998).

Bu tür rahatsız edici ve dikkatimizi dağıtıcı düşünceleri farkındalığımızdan uzak tutan akli bir sürecin varlığından bahsetmiştir. Söz konusu akli süreç; belirli bir olaya dikkat etmemek, dikkatini olaya veya duruma odaklamamaktan, belirli düşünceleri

şuurlu bir biçimde bastırmaya kadar genişleyen bir spektrumda hareket etmektedir (Stotland ve ark., 1998).

Stotland, inkarın, bilinçli farkındalığımızın dışında meydana gelen bir olgu olduğuna dikkat çekmiştir. Tam gözlerimizin önünde bir şey bulunmakta fakat sözü edilen şeyin bizim zihnimizde kaygı yaratmasını engelleyebilmek için onu görmezden germekteyizdir. Stotland her birimizin gündelik hayatlarımızda bu tür yaşanmışlıkların olduğunu savunmuştur (Stotland ve ark., 1998).

İnkarın, aynı zamanda, insanoğlunun örüntülerini oluşturmak ve onlara sadık kalmak ihtiyacının bir yan etkisi olabileceğini düşünmüştür. Gerek iç dünyamızdan, gerekse dış dünyamızdan geliyor olsunlar, duygularımız; beynimiz onları tecrübelerimizce oluşturulan bir şablona oturtmadığı sürece işlenemez ve kaydedilemezler. Genel dağılım ortalamasından çok uzak değerler veren, şablonumuzun dışına düşen bir olguyu zihnimiz otomatik olarak görmezden gelecektir. Çocuklarımızın güvenli bir şekilde seyahat etmeleri için özellikle seçtiğimiz arabanın aynı modelinde bir başka arkadaşımızın kaza yapıp hayatını kaybettiği gerçeğini ve hangi modeli seçersek seçelim aslında her arabada çocuklarımızın başına istenmeyen bir kaza gelebileceği gerçeğini zihinlerimiz yok sayacak, çocuklarımızın bu arabada güvende oldukları şablonlarına oturtacaktır. Stotland'a göre bu tür inkarlar bizlerin akli dengemizi korumamız için gerekmektedir. Ayrıca yetişkin çocukları olan bir kadının, doğurganlığını içermeyen bir öz-algısının olabileceğinin de altını çizmektedir (Stotland ve ark., 1998).

Stotland (1998) gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarından bazılarının psikotik hastalık tanısı almış olduklarını fakat bunun çok düşük bir oran olduğunu belirtmektedir. Bir çok vakada gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının psikolojik motivasyonlarının anlaşılabilirliğini savunmaktadır. Gebelik sadece anne adayının beklentilerine ve içinde bulunduğu duruma uymamakla kalmamakta, aynı zamanda mevcut durumlarla da bağdaşmamaktadır. Yazar insanoğlunun çoğu zaman düşüncelerinin bir bölümünü diğer bölümünden ayırabilme gibi olağanüstü bir yeteneğe sahip olduğunun da altını çizmiştir (Stotland ve ark., 1998).

Zafiyet geçirmekte olduğunu inkar eden bir anoreksiya nevroza hastası ile gebeliğinin farkında olmayan anne adayının çoğu zaman değişen alışkanlıklarına uygun giyinmekte olduklarını rapor etmiştir. Stotland'e göre bu kadınlar durumlarının hem farkındadırlar hem de farkında değillerdir ve sahtekarlık yapmıyorlardır. Henüz yeterli olgunluğa erişmemiş olmak, yeterli deneyime sahip olmama, çok yönlü bir kişilik yapılanmasına sahip olmama ve katışıksız bir terör bu kadınların böyle bir savunma mekanizmasına baş vurmalarını destekleyen sebepler arasında sayılabilmektedir (Stotland ve ark., 1998).

Sandoz inkarın ilkel bir savunma mekanizması olduğunu söylemiştir. Sadece psikoz hastalarında görünmekle kalmamakta, alışlagelmedik derecede yoğun ve güçlü bir strese maruz kalan sağlıklı bireyler de bu savunma mekanizması kullanılmaktadır. Bu savunma mekanizmasının hedefi gerçeğin belirli yönlerini reddederek hoş gitmeyen etkilerini hafifletmektir (Sandoz, 2011).

2.2.7.2. İçsel Çatışmalar

Spielvogel ve Hohener (1995) bazı durumlarda belirli psikolojik etmenlerin gebeliğin fark edilmemesinde etkin rol oynayabildiğinin altını çizmişlerdir. Cinsellikle ilgili çelişki, fetüsün reddedilmesi, anne adayının bizzat kendisinin bir anneden yoksun olması durumu veya bebeğin babasına beslenen kızgınlık bu etmenlerden bazıları olarak bildirilmiştir. Bir vaka çalışmasında, evlilik öncesi cinselliği men eden katı ebeveynlere ait veya dini kurallarla yetiştirilen genç kadınların kendi içlerinde bir çatışmanın yaşandığı ketlenmiş cinsellik yaşadıklarına dair alıntılar sunulmaktadır. (Spielvogel ve Heidic, 1995). Spielvogel ve Hohener (1995) çalışmalarında gebeliğin fizyolojik belirtilerinin mantığa uyarlanmasının, dışsal stres faktörlerinin anne adayının gebeliğini fark etmemesine neden olabileceğini belirtmişlerdir. Annenin bebeğinin dünyaya gelmesiyle gösterdiği sevinç, kişinin annelik rolünü kabul ettiğinin göstergesi olarak yorumlanmıştır. Birincil bakıcılar ve hemşireler yeni anneye çocuk bakımı hakkında eğitim vererek ve ebeveynlik sınıflarına yönlendirerek asiste edebilmektedirler. Gebeliklerini fark etmeyen annelerin birçoğunun bebeklerini riske attıklarından dolayı utanç içinde oldukları gözlenmiştir. Bu anneler bakıcıları tarafından anlaşılmaya ve

rahatlatılmaya, başka annelerin de benzer deneyimler yaşadıklarını duymaya gereksinim duydukları rapor edilmiştir. Spielvogel ve Hohener (1995) pratisyenleri, gebeliğin normal fiziksel değişimlerine karşı sergilenen bir aldırmaza karşı dikkatli ve hazırlıklı olmaları gerektiği konusunda uyarılmaktadırlar.

Wessel ve arkadaşları (2007) çok katı bir dini kültürde ve evlilik öncesi cinsel ilişkinin bir tabu, bir yasak kabul edildiği bir toplumda yetişmiş genç kız veya bekar genç kadın olmanın, gerek gizlenen gerekse fark edilmeyen gebeliklerin altında yatan çatışma olduğunu savunmuşlardır (Wessel ve ark., 2007).

2.2.7.3. Travmalar ve Dissosiasyon

Gözden geçirme yazıları ve vaka raporları sistematik olarak gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının hayatlarında bir travma ve dissosiyatif bozukluk olduğunu saptamışlardır. Dissosiyatif bozukluklar, kişinin akli içerik ya da bedensel farkındalığının bilinçten ayrılmasına neden olduğu için doğum esnasında gebeliğinin farkına varamamasına sebep olabilmektedirler. Dissosiasyonun kişinin travmatik geçmişle bağlantılı olduğu ve kişiyi acı veren duygu ve anılardan koruduğu rapor edilmiştir (Spielvogel ve Heidic, 1995).

Gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının doğum esnasında verdikleri tepkiler o anda dissosiasyon yaşadıklarına işaret etmektedir. Spielvogel ve Heidic (1995) çalışmalarında inceledikleri üç annenin gösterdiği dissosiasyon tepkilerini şu şekilde bildirmektedirler: Fark etmediği gebeliğinin sonunda hiç beklemediği bir şekilde yaşadığı doğum olayının ardından, anne adayı akrabaları tarafından “uçmuş gitmiş” ya da “sersemlemiş” olarak tarif edilmiştir. Bir başka anne ise yeni doğan bebeği ile doğumdan sonra 36 saat yataktan çıkmamış ve herhangi bir yardım çağırmamıştır. Tüm bu süre boyunca plasentasının anneye bağlı olduğu rapor edilmiştir. Üçüncü bir anne ise yaşadığı doğum olayı süresince gülümsemiş ve anlamsız anlamsız etrafına bakmıştır (Spielvogel ve Heidic, 1995).

Araştırmacılar babasının yanında travmatik olaylar deneyimlemiş olan bir başka anne adayının hamilelik testinin sonucunun pozitif olduğunun kendisine söylenmesinin

ardından şaşkın bir şekilde sanki bir sisin ardından bakıyormuşçasına davrandığı gözlemlenmiştir. (Spielvogel ve Heidic, 1995). Yaşanan bir başka vakada gebeliğini fark etmediği için beklemediği bir anda aniden başlayan doğumu esnasında etrafa “anlamsız, boş gözlerle” baktığı akrabalarından biri tarafından rapor edilmiştir. Çocukluk çağı travması ile gebeliğin fark edilmemesi arasındaki korelasyona değinen makaleler mevcuttur. Bazı araştırmacılar çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın doğum yapma üzerindeki etkisine değinmişler, doğum süresince yaşanan acının, çocukluk çağında yaşanmış cinsel istismarın bilincin derinliklerine bastırılan acılarını nasıl tetiklediğinin üzerinde durmuşlar bu iki olayın bağlantısını kurmuşlardır (Spielvogel ve Heidic, 1995).

Gonçalves ve Macedo 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında bu olgunun temelinde travmatik bir olayın yatmakta olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Araştırmacılara göre anne adayları bu travmatik sebepten ötürü gebe olduklarını bilinçli bir şekilde kabul edememektedirler (Gonçalves, 2014).

Bonnet 1993'te “Düşünülmeyen Gebelik” kavramını ortaya atmış ve olayın altında travmatik bir nedenin var olduğu fikrini desteklemiştir. Bonnet yaşamının bir kaç yılını bu olguyu araştırmaya adanmış ve gebeliklerini fark etmeyen bir çok anne ile görüşmüştür. Yaptığı görüşmeler Bonnet'te şöyle bir izlenim bırakmıştır; bu kadınlar gebeliklerinden sanki cinsel birleşmeden ayrı bir olguymuş gibi söz etmekteydiler. Başka bir deyişle bu kadınlar cinsel birleşmenin gebe bırakabilme potansiyelini azaltıyorlardı. Gebeliğin yok sayılması, cinsel birleşmenin yoğun bir endişeyi provoke edeceği travmatik bir duruma karşı bir kalkan görevi üstlenmekteydi. Gebeliğin düşünülmemesi aynı zamanda dölleme olasılığının ve potansiyelinin de göz ardı edilmesiydi. Bonnet'e göre gebe olduğunun farkına varmaması annenin çocukluk çağı travmasını da gerçekliğine geri getirecekti (Gonçalves, 2014).

Bonnet'e göre bir başka olasılık da mümkündür. Gebeliklerini fark etmeyen annelerin çocukluklarında ebeveynlerinin hem haddinden fazla cinsel teşhircilik yapmış hem de cinsellikle ilgili çok katı ebeveynlik tutumları sergilemiş olmaları da ihtimal dahilindeydi. Söz konusu aile modellerinde yazar, enstest ilişkinin ve aile içi şiddetin

yaşandığı diğer aile modelleri ile bir çok benzerlik bulunduğunu da belirtmiştir. Nitekim Bonnet görüştüğü kadınların %20'sinin çocukluklarında kendi babaları tarafından cinsel istismara uğradıklarını rapor etmiştir (Gonçalves, 2014).

Bu kadınlar kendi cinsel yaşamlarına başladıklarında, üreme organlarına ait, geçmişte yaşanan travmatik deneyim çok büyük bir tahribata sebep olmuş ve cinsel deneyimlerini ve onun gebelik gibi sonuçlarını düşünölmeyecek birer olguya dönüştürmüştür (Gonçalves, 2014).

2.2.7.4. “Reaktif Homeostaz”

Sandoz (2011) gebeliğin fark edilmeyişini “reaktif homeostaz” adını verdiği bir modelle açıklamaktadır. Bu modele göre beyin çelişkili görölen gerçeklerden kaçmak için bilinçdışı mekanizmaları aracılığıyla vücudu kontrol eder ve düzenler. Fark edilmeyen gebeliklerde görölen semptomlar bu anormal fakat uyumlu düzenlemenin neticesidir. Sandoz çalışmasında, gebeliğini fark etmeyen anne adayına gebe olduğunun muayene sırasında doktoru tarafından söylenmesinin çelişkili durumu sona erdirdiğini ve spontan bir iyileşmenin gözlemlendiğini bildirmiştir (Sandoz, 2011).

Gebeliğini fark etmeyen anne adayının karnı neredeyse hiç şişmemiştir fakat gebe olduğunun anne adayına söylenmesi ile birlikte karnın normal gebe silüetini kazandığı ve öne doğru şiştiği doktor tarafından gözlenmiştir. Sandoz gebeliğin söylenmesinin bedeni kontrol eden mekanizmaya bir girdi olduğunu belirtmektedir. Sandoz yaptığı gözlemlere dayanarak beynin fark edilmeyen gebelik olgusundan sorumlu organ olduğunu söyleyen Sandoz'a göre beyin sinir sistemi aracılığıyla vücuda emirler göndermekte ve gebeliğini fark etmeyen anne adaylarında silüeti kontrol etmektedir. Söz konusu (*silhouette effect*) silüet etkisi yazar tarafından işlevsel bir bozukluk olmaktansa güdümsel bir bozukluk olarak yorumlanmaktadır (Sandoz, 2011).

Sandoz (2011) çalışmasında şu üç özelliği gözlemlemiş ve bu olguları çalışmıştır.

1. Gebeliğin reddi boyunca anne adayının karnı büyümemiştir.

2. Gebelik süresince başka bir şikayetle doktora gidildiğinde gebe olduğu anlaşılır

3. Gebe olduğunun anne adayına söylenmesinin hemen ardından spontan bir şekilde karın genişleyip şişer ve normal hamile görünümünü alır.

Sandoz gebeliğin son aylarında bile anne adaylarının karınlarının şişmemesini incelediğinde, normal gebeliklerde fetüsün yatay bir pozisyon alarak karnın öne doğru genişlemesine sebep olduğunu fakat gebeliğin fark edilmediği durumlarda fetüsün bazen kendini dikey konumda genişleterek annesinin silüetinin ince kalmasını sağladığını savunmuştur. Böylece karın kaslarının da düz şekillerini koruyarak gebeliğin fark edilmeyişinde üstlerine düşen görevi yaptıklarını söylemektedir. Doktoru tarafından muayene edildikten sonra anne adayına gebe olduğunun söylenmesi ile birlikte fetüsün yatay pozisyonunu aldığı, karın kaslarının rahatladığı ve anne adayının karnının öne doğru genişlediği gözlenmiştir. Gebe olduğunun anne adayına söylenmesinin hemen ardından gelişen bu spontan beden dönüşümüne Sandoz “gebeliğin reddinin silüet etkisi” adını vermektedir. Söz konusu silüet etkisi birçok farklı hekim tarafından incelenmiş ve gebeliğini fark etmeyen anne adaylarında sık görülen bir olgu olduğu belirtilmiştir. Sandoz çalışmasında 10’dan fazla gebeliğini fark etmemiş anne adayını incelemiştir.

Söz konusu hastalığın küçük bir bilgi girdisi ile tedavi edilmesini Sandoz gerçekten dikkat çekici bulmakta ve bu spontan iyileşmeyi şöyle açıklamaktadır: sözel bir bilginin beyin tarafından özümsemesi vücudun istem dışı dönüşümünü ve olgunun tedavisini mümkün kılmıştır (Sandoz, 2011).

Gebeliklerini reddeden anne adaylarının durumunda, anne adaylarının endişeleri, saplantıları hamile olmalarına izin vermemektedir. İnkâr çelişkili görülen gerçeklerle mücadele edebilmek için baş vurulmuş bir çare olabilir. Çelişkilerin çözümü de, gebelik bilinçaltında varlığını sürdürse bile, gebeliğin fark edilmemesidir. Gebelik belirtilerinin görülüyor oluşu, işlevsel herhangi bir hata oluşundan kaynaklanmamaktadır. Sebep uyumlu bir mekanizmanın gebeliği saklamasıdır. Gebeliğin anne adayına söylenmesi, gebe olmaya karşı konulan psişik yasağı ihlal etmiştir. Yeni durumla yüzleşmek kolay

değildir fakat çelişkili engel artık ortadan kaldırılmış ve kaçma mekanizması uygunluğunu yitirmiştir. Dolayısıyla artık serbestlik mümkündür ki bu da karnın büyümesi anlamına gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında gebeliğin fark edilmemesi, sinir sisteminin çözümü olmayan bir durumu yönetmek için kullandığı uyumlu bir mekanizmadır (Sandoz, 2011).

2.2.7.5. Üreme Kapasitesini İdrak Edememe

Araştırmacılar fark edilmeyen gebelikleri daha iyi anlayabilmek için sorulması gereken sorular olduğunu bildirmiş ve onlardan bazılarını şu şekilde sıralamışlardır.

-Gebeliklerini fark etmeyen anne adayları cinsel ilişkiye girmek ile hamile kalabilme potansiyelinin arasındaki bağlantıyı anlıyorlar mı?

-Gebeliklerini fark edememe konusunda hangi kadınlar daha fazla risk altında?

-Risk altında olan anne adaylarının belirli bir kişilik profili var mı?

Yazarlar geçmişte yapılan araştırmaları incelediklerinde gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının birçoğunun herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadıklarını fark ettiklerini bildirmiş ve şu hipotezi öne sürmüşlerdir: “Bu anne adayları doğurganlıklarının farkında değiller”. Sözü edilen anne adaylarının belirli bir kişilik profilinin saptanabilmesinin çok zor olduğunu, yeterli veri bulunmadığını ve özellikle yaş ve sosyo-ekonomik düzeyleriyle ilgili çok farklı sonuçlar bulunduğunu bildirmişlerdir (Zdanowics ve ark., 2017).

2.2.8. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Riskli Sonuçları

Gebeliğin fark edilememesi, anne adaylarının gebelikleri süresince bebeklerine bağlanmalarını ve anne rolüne hazırlanabilmelerini imkansız kılar. Gebeliklerinin farkında olmadıkları için doğum, genellikle komplikasyonlara daha meyilli bir ortamda oluşur, anne ve yeni doğan gerekli tıbbi yardımı alamazlar. Bu durum hem anne hem de

yeni doğan için önemli riskler taşımaktadır. Bu riskleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkündür:

- Duygusal rahatsızlık,
- Doğum öncesi bakım eksikliği,
- Hazırlıksız, ani, beklenmedik, telaş içinde gerçekleşen bir doğum,
- Doğum esnasında herhangi bir tıbbi destek alamama,
- Olası komplikasyonlara meyilli bir ortamda doğumun yapılması,
- Annenin yeni doğanını kabul etmemesi veya
- Yeni doğanın annesi tarafından 24 saat içinde öldürülmesi yani neonatisid (Jenkins ve ark., 2011).

Gonçalves (2014) gebeliklerinin farkında olmamalarının anne adayları için bir çok psikolojik ve fizyolojik sorun anlamına geldiğine dikkat çekmiştir. Anne adayları gebe olduklarını bilmedikleri için doğum öncesi herhangi bir bakım almamışlardır. Dolayısıyla bebeğin doğum öncesi bu kontroller sırasında saptanabilecek bir sendrom ile doğma olasılığı mevcuttur. Bazı anne adayları, gebeliklerinin farkında olmamaları sebebiyle alkol tüketmek, sigara içmek ve ilaç almak gibi bebeğin sağlığını olumsuz etkileyecek davranışlarına devam edebilmektedirler.

Aydın ve arkadaşları (2017) gebelik takibinin, gebeliğe uygun bir yaşam düzeni ve beslenme şeklinin olmayışının bebeğin anne karnındaki gelişimini olumsuz etkileyerek doğumdan sonra yeni doğanın hayatta kalma şansını azalttığının altını çizmişler, gebeliklerini fark etmeyen annelerin bebeklerinde şiddetli preeklampsi, eklampsi ve gebelik komplikasyonlarının daha sık görüldüğünü rapor etmişlerdir. Doğum öncesi bakımdan yoksun doğan bu bebeklerde fetal ve neonatal mortalite oranının %7 civarında olduğunu da bildirmişlerdir (Aydın ve ark., 2017).

Nüfusun perinatal istatistiği ile kıyaslandığında fark edilmeyen gebeliklerde anlamlı oranda cenin riski ve çok daha sağlıksız gebelik sonuçlarının olduğu bildirilmiştir (Beier ve ark., 2005). Erken teşhis yeni doğanın zarar görme olasılığının

önüne geçebileceği için gereklidir. Fark edilmeyen gebelikler taşıdıkları riskten ötürü erken teşhisi ve zamanında müdahaleyi gerektirmektedir. Dolayısıyla risk altında olan anne adaylarının tespiti önemlidir (Aydın ve ark., 2017).

2.2.8.1. Fark Edilmeyen Gebelik ve Neonatisid

Uzun yıllar boyunca fark edilmeyen gebelikler neticesinde oluşan neonatisid yani yeni doğan bebeğin ölümü, Avrupa basınında yer almıştır. Zdanowics ve arkadaşları (2013) araştırmalarında Belçika'da yaşanan ve basına yansıyan bir neonatisid vakasını incelemiştir. Anne adayı gebe olduğunun ancak doğum anında farkına varmış ve doğumdan bir kaç dakika sonra yeni doğanını boğarak öldürmüştür. Gebelik geçmişi incelendiğinde bundan önce 6 doğum yaptığı ve yeni doğanlarından 3'ünü evlatlık olarak verdiğini bulmuşlardır. Söz konusu annenin yaşadığı tüm gebeliklere rağmen neden herhangi bir doğum kontrol metodunu kullanmıyor oluşunu izah edemediği rapor edilmiştir (Zdanowics ve ark., 2013).

2.2.9. Fark Edilmeyen Gebeliklerin Adli Yönü

Pediatric Acil Servisi her gece yarısı saat 1:00 de kapanyordu ve genç hastalar hastanenin Genel Acil Servisine transfer edilirdi. Kapandıktan sonra her gece Pediatric Acil Servisine temizlik görevlisi gelir ve servisi temizlerdi. Temizlik görevlisi o akşam tuvalette bir bölümün kilitli olduğunu fark etti. Kapının altından sürünerek içeri girdiğinde tuvalette göbek bağı kesilmiş bir bebek olduğunu gördü. Ödü patlamış bir şekilde Genel Acil Servisine koşarak görevli doktoru durum hakkında bilgilendirdi. Acil servis ekibi hasta isim listesine baktıklarında o gün bir kaç saat önce karın ağrısı şikayeti ile acil servise gelen 15 yaşındaki genç kıza hatırladılar. Durum acil servise gelen vakalarla kıyaslandığında çok ciddi gözükmediği için servis hemşiresi anne ve kızı beklemelerini rica etmişti. Genç kız, sırası geldiğinde muayene odasına alınmıştı. Hemşire ve şaşkına dönmüş stajyer hekim genç kızın spontan bir kürtaj geçirip geçirmediğini merak etmişlerdi zira genç kızın döl yatağı anlamlı derecede genişlemişti ve vajinal kanama gözlenmekteydi. Bunlara ilaveten apış arasında da iki küçük yırtılma olmuştu. Temizlik görevlisinin bulduğu ölü yeni doğan tüm gizemi

çözüyordu; genç kız bir kaç saat önce doğum yapmıştı. Daha sonra acil servisinin gece sekreterine ulaşıp o gün vuku bulan sıra dışı bir şey hatırlayıp hatırlamadığı sorulduğunda kendisine ilginç gelen bir olayı hatırladı. O gün hastalardan birinin annesi sekreterden makasını ödünç istemişti. Bu oldukça sıra dışı bir istekti fakat anne kibar bir bayandı ve makası hemen geri getirmişti.

Genç kız doğum sonrası katına alındı ve hem polis hem de psikolojik danışma servisi çağrıldı. Ne genç kız ne de ailesinde herhangi birinin geçmişlerinde psikiyatrik öyküsü vardı. Kız işbirlikçi bir tutum sergiliyordu fakat biraz sersemlemiş gözüküyordu. Geri kalan ruhsal durum muayenesi fevkalade idi. Sadece oldukça sınırlı seviyede bir zekası vardı ve kendisi de dahil ailesindeki herkes, ölen yeni doğanın babası olan erkek arkadaşı da dahil, genç kızın hamile olduğunun farkına varmadıklarını söylüyorlardı. Genç kızın annesi, onlarla beraber yaşayan teyzesi ve erkek arkadaşının da sersemlemiş ve şaşkına dönmüş oldukları gözlemlenmişti. Daha ayrıntılı bir psikiyatrik muayene yapılamadan önce genç kız polis soruşturması için götürülmüştü ve muayenenin devamı için hastaneye dönmedi (Stotland, 1998).

1858 yılında psikiyatrist Louis-Victor Marcé panik atak geçiren bir hastasını rapor etmiştir. Hasta gebe olduğunu bilmediği için yeni doğan bebeğini öldürdüğünü söylemiştir. Louis-Victor Marcé rapor ettiği bu vaka ile gebeliğin fark edilmemesi ile neonatisid arasındaki ilişkiye değinmiştir (Gonçalves ve ark., 2014).

2.2.9.1. İnfantisid, Filisid, Neonatisid

Çocuk cinayetleri söz konusu olduğunda literatürde üç farklı terminoloji ile karşılaşılmaktadır. *İnfantisid (infanticide)* çocuk cinayetleri için kullanılan genel bir terimdir. *Filisid (filicide)* cinayeti işleyen kişinin çocuğun ebeveynlerinden birisi olması durumunda kullanılmaktadır. *Neonatisid (neonaticide)* bebeğin doğumunu takip eden ilk 24 saat içinde ebeveynlerinden biri tarafından öldürülmesini tanımlamak amaçlı kullanılmaktadır (Pitt ve Bale, 1995).

Küçük çocukları öldürmek veya hukuksal olarak 12 aydan küçük bir çocuğu öldürmek olarak tanımlanan *infantisid* tarih öncesi çağlara dayanır ve tarih boyunca her

ulusta uygulandığı gözlenmiştir (Lee ve ark., 2006). Nüfus kontrolü, çocuğun gayri meşru olması durumu, annenin yeni doğana yeterli bakımı veremeyecek konumda olması, güç ve para için duyulan açgözlülük, batıl inançlar, engelli doğan çocuğu kurban etme ritüelleri çocuk cinayetlerinin nedenleri arasında yer almaktaydı. Antik uygarlıklarda çocukların Tanrıların kehaneti olduğuna inanılmakta ve fiziksel anormalliklerle doğan çocuklar ebeveynlerin uygunsuz davranışlarının cezalandırılması olarak yorumlanmaktaydı. Söz konusu çocuklar mevcut batıl inançları hafifletmek için düzenli olarak kurban ediliyor, hasta çocuklar ise zaten az bulunan kaynakları tüketen uygunsuz direnler olarak algılanıyorlardı. Eğer çocuk sağlıklı ya da kuvvetsiz ise ya kasten öldürülüyor ya da ölüme terk ediliyordu (Pitt ve Bale, 1995).

Antik Mısır'da sağlıklı çocuklar merhum ebeveynlerine eşlik etmeleri ve onların konforunu temin etmeleri için ölen anne baba ile birlikte mezara gömülüyorlardı. Antik Yunan ve Roma'da istenmeyen veya sakat doğan bebekler vahşi hayvanlar tarafından yenmeleri için gübre yığınlarının üzerine bırakılıyordu (Pitt ve Bale, 1995).

Yine antik bir inanış, kişinin yarattığı şeyi yok etmeye de hakkı olduğunu savunuyordu. Roma kanunu bu düşünceyi *patria potestas* adı altında resmileştirmişti. Söz konusu kanuna göre babanın kendi çocuğunu öldürme hakkı vardı. Mohave Kızılderilileri melez bebekleri doğumdan hemen sonra öldürüyordu. Acımasız doğa koşulları Eskimoları konjenital anomalili bebekleri, özellikle de ikizleri, öldürmeye zorluyordu (Resnick, 1969).

Kız bebeklerin öldürülmesine bir çok kültürde sıkça rastlanmaktaydı. Bu gelenek 1800'lere kadar Çin kültüründe uygulanmaya devam etti. Kız evlatlar aile isimlerini devam ettiremedikleri ve evlenirken ödemek zorunda oldukları para yüzünde aileleri için birer yük olarak görülmekteydiler. Hindistan'da Madurai Kaleleri arasında kız çocuklarının imha edilmesi psikolojik olarak kürtaj olmak ile eş değer görülmekteydi. Tarihte çocuk cinayetlerinin önüne ilk kez Hristiyanlığın yayılmaya başlamasıyla geçildiği iddia edilmektedir (Resnick, 1969).

Lee ve arkadaşları 2006 yılında yaptıkları çalışmada yeni doğan bir bebeği öldürme yöntemlerini şöyle sıralamışlardır:

- Nefessiz bırakarak boğma
- Strangülasyon (bir organın etrafına sarılmış bir şey tarafından sıkılarak boğulma)
- Kafa travması
- Suda boğma
- Maruz bırakma
- Bıçaklama
- Yakma
- Domuzlara atma
- Canlı canlı toprağa gömme
- Kafatasına iğneler batırma

Yine aynı çalışmada doğumun özellikle hastane dışında bir yerde gerçekleşmesi durumunda yeni doğanın ya havasız kalarak ya da suda boğularak öldüğünün gözlemlendiği rapor edilmiştir (Lee ve ark., 2006).

Hong Kong'da yeni doğanların denize atılarak öldürülmesinin de azımsanamayacak kadar fazla olduğu da bildirilmiştir. Suya atıldığında canlı bile olsa yeni doğan ya koyulduğu plastik torbada havasızlıktan boğularak ya denizde boğularak veya şiddetli bir hipotermiden ötürü ölmektedir (Lee ve ark., 2006).

Toplam 131 çocuk cinayeti vakasını incelediği araştırmasında Resnick (1969) filisid için bir sınıflandırma sistemi önermekte ve ebeveyni cinayete iten güdülerini şöyle ayırmaktadır:

1. *Özgecil Filisid*: İki alt gruba ayrılabilir. İlki, eğer ebeveynler bebek ya da aile için katlanılamaz ve kaçınılamaz bir felaketin gelmekte olduğuna inanıyorlarsa filisid gerçekleşir. İkinci olarak da ebeveynlerin kendileri intihar ederlerken çocuklarını da beraberlerinde öldürüyorlardı. Bu ebeveynler çocuklarının kendileri olmaksızın hayatta kalabileceklerine inanmamaktaydılar.

2. *Akut Psikotik Filisid*: Epilepsi, deliryum veya halüsinasyondan mustarip bir ebeveynin bu sebeplerden ötürü çocuğunu öldürmesini açıklamaktadır. Bu kategoride suç için ayırt edilebilir bir güdü yoksunluğu söz konusudur.

3. *İstenmeyen Çocuk Filisidi*: Bebek ebeveyni tarafından ya hiç istenmemiş ya da artık istenmiyordur. Bu cinayetler genellikle evlilik dışı ilişkiler veya gayri meşruluk söz konusu olduğunda işlenmektedir.

4. *Kazara İşlenen Filisid*: Cinayet yanlışlıkla işlenmiştir zira ebeveynin çocuğunu öldürmeye yönelik hiç bir arzusu yoktur.

5. *Eş İntikamı Filisid*: Ebeveynlerden biri eşine misilleme yapmak için çocuğunu öldürür.

Resnick (1969) kendi çocuklarını öldüren 34 annenin vakasını inceledikten sonra bu anneleri neonatisid ve filisid olarak iki gruba ayırmıştır. Neonatisid grubundaki annelerin filisid grubundakilere kıyasla anlamlı bir şekilde daha genç oldukları gözlemlenmiştir. Filisid grubundaki annelerin % 88'i evli iken, neonatisid grubu annelerinin %81'i evli değildi. Bu annelerin psikolojik muayeneleri yapıldığında başka bir durum ortaya çıktı; filisid grubundaki anneler daha çok depresyondaydı, psikozlardı ve intihara teşebbüs etmişlerdi. Hirschmann ve Schmitz (1958) gayri meşru çocuklarını öldüren genç annelerin cinsel olarak itaatkar, olgunlaşmamış ve ilk kez doğum yapan anneler olduklarını kaydetmişlerdir (Pitt ve Bale, 1995).

Yeni doğanını ilk 24 saat içinde öldüren annelerin genellikle doğum ve çocuk bakımı için hiçbir plan yapmamış oldukları ve genellikle gebeliklerini hamilelikleri süresince hem ailelerinden hem de arkadaşlarından gizlemiş oldukları rapor edilmiştir. Gebeliğin tam inkarı neonatiside yol açan sebeplerden birisidir.

Yeni doğan bebeklerinin ölümüne (neonatisid) sebebiyet veren anneler genellikle ya hapisaneye gönderilmekte veya şartlı tahliye ile salınmaktadırlar. Filisid söz konusu olduğunda annelerin genellikle hastaneye yatışları yapılmaktadır. Bunun sebebi olarak neonatisid grupta psikoza daha az rastlanması olduğu gösterilmiştir. Jüriler, genellikle neonatisidden hüküm giyen annelerin kendi hayal ettikleri cinayet suçlusı profillerine benzemediklerini bildirmişlerdir. Mahkum edilen anneler bile ya şartlı tahliye ile salınmakta ya da en az hapis cezasına çarptırılmaktadırlar (Resnick, 1969).

1922'de İngiltere'de cezayı daha uygun hale getirmek için infantisid kanunu yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla birlikte kasıtsız adam öldürmekten yargılananlar için

cezalar azaltılmıştır. Birçok Avrupa ülkesi neonatiside yetişkin cinayetinden daha hafif cezalar vermektedir. Bu evrensel olarak sadece anne için geçerlidir. Eğer bebeği öldüren baba ise kasten adam öldürmekten yargılanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bir yetişkinin öldürülmesi ile yeni doğanın öldürülmesi arasında hiçbir yasal ayırım bulunmamaktadır. Her neonatisid sadece yeni doğan açısından değil, suçu işleyen anne açısından da etkileri hayatı boyunca sürececek bir trajedi olarak nitelenmektedir (Resnick, 1969). Stotland (1998) da aynı konuya dikkat çekmiş İngiltere ve Kanada'da yeni doğan bebeği öldürmeyi annenin yaşça büyük olan bir çocuğunu öldürmesinden ve yeni doğanın annesi dışında başka birisi tarafından öldürülmesinden kanunlarla ayrıldığına değinmiştir. Benzer bir ayırımın Amerika Birleşik Devletleri kanunlarında yer almadığını bunun da deneyimlenen trajedilerde yaşanan kafa karışıklığının altını çizdiğini söylemiştir (Stotland ve Stotland, 1998).

Stotland (1998) çalışmasında fark edilmeyen gebeliklerin bazen psikiyatristler için olduğu kadar dünyanın geri kalanı için de bir gizem olduğunu belirtmiştir. Araştırmasının kaleme alındığı dakikalarda başka bir genç kadının daha yeni doğan bebeğini öldürme suçundan yargılanmakta olduğunu belirtmektedir. Çalışmasında değindiği bir vaka, erkek arkadaşı ile mezuniyet balosuna giden lise son sınıfı yeni bitirmiş genç bir kıza aittir. Ne genç kızın kendisi erkek arkadaşı ne de ailesinden herhangi birisi hamile olduğunu fark etmiştir. Mezuniyet balosundayken gece doğum başlamış, genç kız tuvalete gitmiş, doğumunu yapmış, ölmüş olan yeni doğanını tuvalette bırakarak eğlenceyi tamamlamak için partiye geri dönmüştür (Stotland ve Stotland, 1998)

Gonçalyes (2014) psikotik olmayan fark edilmeyen gebeliklerin en tehlikeli sonucunun neonatisid yani yeni doğan bebeğin ölümü olduğunu bildirmiştir. 2010 yılında 16 neonatisid vakasıyla yaptığı çalışmasında Spinelli'nin neonatisidenin gebeliğin fark edilmemesiyle ilişkili olduğunu saptadığına dikkat çekmiştir (Gonçalves, 2014).

Neonatisid olguları mental retardasyon, şizofreni, psikotik özellikli depresyon, iki uçlu duygudurum bozukluğu, akut psikoz gibi ruhsal hastalıklardan da kaynaklanabilir.

Fark edilmeyen gebeliklerin neonatisid yani yeni doğanın ölümü ile sonuçlanması durumuna ceza hukukunda farklı üç açıdan bakmak gerekir:

1. Anne adayı işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabiliyor mu ve davranışlarını yönlendirebilme yeteneğine sahip mi?

2. Geçici bir sebepten ötürü anne adayının işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme veya bu fiili ile ilgili olarak davranışlarını yönlendirebilme yeteneği önemli derecede azalmış mıdır?

3. Dikkatsizlik ve tedbirsizlik nedeniyle ölüme sebebiyet vermek söz konusu mudur?

Anne adayının beklemediği doğuma akut dissosiyasyon şeklinde tepki verdiğini dolayısıyla durumun “Kişinin Algılama ve Yorumlaması Muhakemesini Geçici Olarak Etkileyen Ruhsal Bozukluklar” kapsamında ele alınması gerektiğini bildirmişlerdir. Annenin verdiği akut stres tepkisinin kısa süren geçici bir durum olduğunu, olay sırasında genellikle konfüzyon olduğunu ve annenin verdiği tepkilerin uygun olmasının beklenmediğini dolayısıyla bebeğe yönelik eylemlerin bilinçli bir eylem olarak değerlendirilmemesi gerektiğini bildirmişlerdir (Aydın ve ark., 2017)

Vellut ve arkadaşları (2012) kendi eylemleri üzerinde kontrollerini ve muhakemelerini ortadan kaldıran psikiyatrik veya nöropsikiyatrik bir rahatsızlıktan mustarip kişilerin işledikleri suçlardan sorumlu tutulmadıklarını belirtmişlerdir. “Muhakemelerini bozan ya da eylemleri üzerindeki kontrollerini engelleyen bir rahatsızlığı” olan kişilerin, cinayetle yargılanırken bu mahkemenin söz konusu rahatsızlığı göz önünde bulundurması gerektiğine değinmişlerdir. Uzman psikiyatristlerin yaptıkları psikiyatrik muayenede yargılanan kişinin, olay esnasında, muhakeme yeteneğinin olup olmadığının ya da muhakeme yeteneğinin farklı işleyişinin söz konusu olup olmadığının araştırmalarının bir zorunluluk olduğunun altını çizmişlerdir. Aynı zamanda muayene ettikleri kişinin akli veya psikolojik anormalliklerinin olup olmadığını ve eğer varsa bu anormalliklerin iddia edilen suçla ilişkili olup olmadığının araştırılması ve bu doğrultuda karar verilmesi gerektiğinin üzerinde durmuşlardır. Mahkemenin, uzman psikologlardan yargılanan kişinin

- zekasını,
- el becerilerini,
- dikkatini,
- duygulanımını ve
- eğilimlerini

anlamaya yardımcı olacak her türlü muayene, görüşme ve testi mahkemeye sunmalarını ve bu kişilerin davranışlarının ardındaki güdüyü, motivasyonu anlamak için her türlü veriyi kullanarak bir sonuç çıkarmalarını talep etmesi gerektiğini vurgulamışlardır (Vellut ve ark., 2012).

Aydın ve arkadaşları (2017) yeni doğan bebeğini öldürme suçu ile yargılanan bu annelerin her birinin bireysel olarak değerlendirilmesi, olabildiğince çok veri kaynağından bilgi toplanması, detaylı bir inceleme sonucunda kanaat oluşturulmasının esas olduğunu bildirmişlerdir (Aydın ve ark., 2017).

2.2.9.2. Türkiye’de Yaşanan ve Neonatisid İle Sonuçlanan Tam Fark Edilmeyen Gebelik Olgusu

Şar ve arkadaşları (2017), makalelerinde, Maria takma isimli, Doğu Avrupa’dan İstanbul’a öğrenci değişim programı ile gelmiş 21 yaşındaki bir değişim öğrencisinin vakasını incelemişlerdir. Maria gebe olduğunun hiç farkına varmamış ve Türkiye’ye gelişinin üçüncü ayında ani bir doğum yapmıştır. Doğum, hiç beklenmediği bir anda, evde spontane ve tıbbi yardım ve destek olmaksızın yaşanmış, yenidoğan doğum sırasında ölmüştür (Şar ve ark., 2017).

Maria kolej öğrencileri olan arkadaşlarıyla paylaştığı bir apartman dairesinde kalıyordu. Arkadaşları onu neşeli, sıcak, sosyal biri olarak tanımlıyor ve herhangi davranışsal bir sorunu olmadığını söylüyorlardı. Beş yıldır aynı çocukla çıkan Maria erkek arkadaşının bebeğinin babası olduğunu rapor etmişti. Maria’nın son adet kanaması, yaptığı doğumdan 8-9 ay önce olmuştu. Bu süre zarfında iki kere daha regl olmuş fakat bu kanamalar sadece iki gün sürmüştü. Maria Türkiye’ye geldikten sonra doğum kontrol haplarını almayı bırakmış ve adet kanamasındaki bu düzensizliği hapları

almayıyla ilişkilendirmişti. Fark etmediği gebeliğinin erken dönemlerinde yaşadığı mide bulantılarını sık alkol tüketimine, hafif kilo alımını ise sıklıkla katıldığı öğrenci partilerinde yediklerine ve içtiklerine bağlamıştı. Maria'nın gebeliği sırasındaki fotoğrafları, o dönem fotoğraflarıyla karşılaştırıldığında paradoksal olarak gebe kalmadan önce daha kilolu olduğu gözlenmiştir. Ne Maria'nın kendisi, ne arkadaşları ne de ailesi hamile olduğunu fark etmişti (Şar ve ark., 2017).

Araştırmacılar, spontan gelişen ve yeni doğanın ölümüyle sonuçlanan doğumdan günler sonra Maria'nın sürekli ağladığının ve “vücudumda neyin gerçekleştiğini neden fark etmedim?” diye sormakta olduğunu rapor etmişlerdir. Göğüslerinden gelen süte de bir anlam veremiyor, neden böyle bir şeyin olduğunu anlayamıyordu ki bu da gebeliğinin farkında olmayışını ispatlar mahiyetteydi. Avukatlarının raporlarına göre Maria doğum esnasında ve doğumdan hemen sonra neler olduğunu hatırlamamaktaydı. Buna ilaveten, randevularını unutmak gibi, günlük işlevselliğini de sekteye uğratan küçük amneziler yaşamaktaydı. Avukatının talebi üzerine psikiyatrik muayeneden geçen Maria, Van der Hart, Faure, Van Gerven ve Goodwin tarafından 1991'de tanımlanmış, Fark Edilmeyen Gebelik, Akut Dissosiyasyon Reaksiyon ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı aldı. Maria doğum olayına ve kendi tepkilerine yönelik kısmi hafıza kaybı yaşıyordu (Şar ve ark., 2017).

Türk Ceza Kanununa göre ‘akli kapasite’ ile ilgili savunmalar müspet savunma olarak tanınmakta ve sadece duruşma sırasında sunulabilmekteydi. Dolayısıyla Maria'nın duruşması ruhsal durumu göz önüne alınmadan başladı. Maria “zihinsel ve bedensel olarak kendini savunmaktan aciz birini kasten öldürmekten” yargılandı ve yurt dışına çıkışı Türk mahkemesince yasaklandı. Soruşturma sırasında savcılık Maria'yı muayene eden iki psikiyatristin şu dört soruyu yanıtlamalarını istedi:

1. Bir anne adayının gebeliğinin farkına varmamasının tıbben mümkün olup olmadığı,
2. Sanığın bu tanıya uyup uymadığı,
3. Sanığın söz konusu durumda beklenen davranışı gösterip göstermediği,

4. Sanığın yaşadığı “şok”un bilincini etkileyip etkilemediği. Etkilediyse nasıl etkilediği. İçinde bulunduğu durum göz önüne alındığında sanıktan yeni doğan bebeği ile ilgilenebilecek yeterliliğin beklenip beklenemeyeceği (Şar ve ark., 2017).

Psikiyatristler gebeliğin fark edilememesi durumunun tıbben mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Raporlarında ayrıca beklenmeyen doğuma reaksiyon olarak gelişen akut dissosiyatif bozukluktan köken alan fiziksel kapasite eksikliğinin sanığın başarısız doğumundaki tavırlarını açıkladığını belirtmişlerdir. Bu rapor sonucunda mahkeme Maria'nın yurt dışına çıkış yasağını kaldırmış ve suçlamasını “kasıtsız cinayet” olarak değiştirilmiştir (Şar ve ark., 2017).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

AMAÇ, YÖNTEM VE ARAÇLAR

3.1. Amaç

Gebeliğin fark edilmeyişi, neonatisid, doğum sonrası duygusal rahatsızlık, travma veya yeni doğanın reddi gibi olumsuz ve trajik sonuçlar doğurabilmektedir. Bu hastaların birinci aşamada karşılaştıkları kişiler kadın doğum uzmanları, ebeler, psikiyatristler ve hekimlerdir. Bu meslek gurubuna mensup uzmanların konu hakkında farkındalıklarının artması, söz konusu hastalara uygun tıbbi bakım, psikolojik destek ve adli tıbbi yardım sağlayacaktır. Bu çalışmada gebeliğini fark etmeyen hastalarla karşılaşabilecek meslek grubu üyelerinin fark edilmeyen gebelikler konusundaki farkındalık ve tutumlarını araştırma amaçlanmaktadır.

3.2. Problem Cümlesi

Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları nelerdir?

3.2.1. Alt Problemler

1. Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
2. Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
3. Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermekte midir?
4. Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları kendisinin ya da eşinin gebelik ve doğum öyküsü bulunmasına göre anlamlı farklılık göstermekte midir?

5. Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık ve tutumları farklı iki klinik vinyet için anlamlı farklılık göstermekte midir?

3.3. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık düzeylerinin ve tutumlarının saptanması açısından önemlidir.

- Sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili farkındalık düzeylerinin ne olduğu literatürde ilk kez incelenecektir.

- İki klinik vinyet üzerinden sağlık çalışanlarının fark edilmeyen gebeliklerle ilgili tutumları literatürde ilk kez incelenmiş olacaktır.

- İki klinik vinyet üzerinden fark edilmeyen gebelik olgularının sağlık çalışanlarında oluşturduğu duygusal tepki incelenmiş olacaktır.

- Öncelikle araştırmaya katılan sağlık personelinde, sonrasında ise araştırma bulgularının yayımlanması ile fark edilmeyen gebelik tablosuna farkındalık yaratılacaktır.

3.4. Araştırmanın Varsayımları

- Anket uygulamaları, sağlık personeli tarafından samimi ve gönüllü olarak cevaplandırılmıştır.

- Araştırma konusunda uzman görüşleri ve literatür taraması araştırmanın geçerliliği için yeterlidir.

- Araştırmada kullanılan klinik vinyetler ve anket soruları farkındalık ve tutumları değerlendirme amacına hizmet etmektedir.

3.5. Araştırmanın Sınırları

Bu çalışma;

- İstanbul ilinde yaşayan (n= 240) sağlık profesyoneli ile sınırlıdır.

- Araştırma veri toplama aracıyla sınırlıdır.

Online anket ortamında yürütülen araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Sosyal medya aracılığı ile ulaşılan sağlık çalışanları anketi doldurmaya davet edilmiştir. Örneklemin demografik verilerine ilişkin istatistikler Tablo 1 ve Tablo 2’de yer almaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik form ile farkındalık ve tutum anketi kullanılmıştır. Anket formuna ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

3.6.1. Sosyodemografik Form

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form aracılığıyla ankete katılanların yaş, cinsiyet, medeni durum, kendilerinin ya da erkek katılımcılar için eşlerinin gebelik yaşayıp yaşamadığı, çocuk sahibi olup olmadıkları ve meslekleri sorulmuştur.

3.6.2. Farkındalık ve Tutum Tarama Anketi

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu ankette iki klinik vinyet verilmiş ve her klinik vinyetin peşinden aynı sorular sorulmuştur. Katılımcıların her bir soru için “katılıyorum, fikrim yok-kararsızım, katılmıyorum” seçeneklerinden birisini tercih etmeleri istenmiştir.

Vinyet 1:

Ayşegül Hanım 24 yaşında, bir yıldır nişanlı, lise mezunu, çalışmayan, daha öncesinde bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış, normal gündelik hayatını sürdürebilen bir genç kadındır. Karın ağrısı yakınması ile gittiği hastanenin tuvaletinde doğum yapar ve bebeği naylon torbaya koyarak tuvalet çöpüne terk edip hastaneden ayrılır. Bebek saatler sonra hastane personeli tarafından bulunur, yeni doğan yoğun bakım ünitesinde tedaviye alınır. Güvenlik kamerası kayıtlarından Ayşegül Hanım’ın kimliği tespit edilir ve adli süreç başlatılır. İfadesinde karın ağrısı ile hastaneye gittiğini, gebe olduğunu

bilmediğini, tuvalette bir anda bebeğin başını görmesi ile paniğe kapıldığını, ne yapacağını bilemediğini, şok halinde bebekten kurtulmak istediğini ve çöpe atıp hemen eve döndüğünü, ailesine herhangi bir şey söylemediğini bildirir. İfadesi boyunca defalarca “ben gebe değildim” demesi dikkat çeker. Ancak detaylı öykü alındığında 6-7 aydır adet görmediğini bildirir. Ayşegül Hanım’ın aynı evde yaşadığı anne-babası olaya inanamazlar, kızlarının hamile olmadığını belirtirler. Nişanlısı ise Ayşegül Hanım ile aralarında bir sorun bulunmadığını, 2 ay sonra evleneceklerini, son 3 aya kadar cinsel ilişkileri olduğunu, herhangi bir gebelik durumu fark etmediğini, ancak 3 aydır iş için başka şehirde yaşaması nedeniyle gebelikten haberdar olmadığını belirtir.

Vinyet 2

Zehra Hanım 36 yaşında, kıdemli hemşire, onkoloji hastanesinde çalışıyor. 10 yıldır evli, 8 ve 5 yaşlarında iki çocuğu var. Bilinen bir psikiyatrik hastalığı ya da psikososyal stres faktörü yok. Karın ağrısı, karında şişkinlik yakınması ile başvurduğu dâhiliye polikliniğinde doktorun gebelikten şüphelenmesi üzerine yapılan değerlendirmede 32 haftalık (8 aylık) gebelik saptanır. Zehra Hanım’ın gebe olduğunun farkında olmadığını söylemesi tüm çevresini şaşırır. 8 aydır adet görmemektedir, 6 ay kadar önce bulantı- kusma-halsizlik yakınmaları ile bir kaç defa doktora gitmiştir. Zehra Hanım’ın eşi de şaşkındır. Eşinin daha önce iki gebelik yaşadığını, gebelik belirtilerini iyi bildiğini, sağlık personeli olması nedeni ile de bu ilerlemiş evredeki gebeliği gözden kaçırmamasına inanmadığını belirtir. Cinsel yaşamları sorgulandığında, düzenli bir cinsel hayatları olduğunu ancak korunmadıklarını söyler. Gecikmeli olarak gebelik takibine başlanan Zehra Hanım miadında doğum yapar

Bu klinik vinyetleri, vinyete ilişkin 14’er soru izlemektedir. Sorular “tamamen katılıyorum, kısmen katılıyorum, kararsızım-bilmiyorum, kısmen katılmıyorum, tamamen katılmıyorum” şeklinde beş şekilde cevaplanabilmektedir. Veri analizi yapılırken cevaplar katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum şeklinde 3 grupta değerlendirilmiştir. Sorular Ek-2’de verilmiştir.

3.7. Verilerin Çözümü

İki ilişkisiz örneklem ortalamaları arasındaki farkın manidar olup olmadığını test etmek için “t testi” kullanılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırıldığında ilişkisiz örneklerde tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmış, anlamlı farkın bulunduğu durumlarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu anlamak için çoklu karşılaştırma testlerinde (post hoc test) testi kullanılmıştır.

Araştırmanın anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular, araştırma sorularına uygun olarak tablolara dönüştürülerek yorumlanmıştır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SONUÇLAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması 31.3, standart sapması 8.3 olarak bulunmuştur. Sonuç Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1.Araştırma grubunun yaş ortalaması

	N	Ortalama	SS
Yaş	240	31.3	8.3

Katılımcıların %21.2’si doktora mezunudur. Katılımcılar mesleklerine göre incelendiğinde %71.2’sinin psikolog, % 16.2’sinin psikiyatrist, %12.5’ünün diğer mesleklere mensup olduğu izlenmiştir. Katılımcıların %30.4’ü kendisinin, erkek katılımcılar için eşinin gebelik yaşadığını, %26.2’si ise kendisinin ya da erkek katılımcılar için eşinin doğum öyküsü olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde %82.1’inin kadın, %17.9’unun erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 33.3’ü evli, % 66.7’si bekar, %23.8’i lisans mezunu, %53.8’i yüksek lisans mezunu olup, Sonuç Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	197	82,1%
	Erkek	43	17,9%
Medeni durum	Evli	80	33,3%
	Bekar	160	66,7%
	Diğer	0	0,0%
Eğitim	Okur - yazar	0	0,0%
	İlköğretim	0	0,0%
	Lise	2	0,8%
	Önlisans	1	0,4%
	Lisans	57	23,8%
Meslek	Yüksek lisans	129	53,8%
	Doktora	51	21,2%
	Psikolog	171	71,2%
	Psikiyatrist	39	16,2%
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Diğer	30	12,5%
	Hayır	167	69,6%
	Evet	73	30,4%
Eşi veya kendisine ait doğum öyküsü	Hayır	177	73,8%
	Evet	63	26,2%

Araştırmaya katılanlara 2 farklı klinik vinyet sunulmuştur. Her ne kadar 2 olgu da fark edilmeyen gebelik durumu olsa da ilk olguda ikinci olgudan farklı olarak yaşı daha genç, doğuma kadar gebeliği fark etmemiş ve suç sayılacak neonatiside kalkışmış bir kadın örneği verilmektedir. İkinci olguda ise toplumdaki statüsü daha iyi olan ve doğuma 1 ay kala gebeliği tesadüfi biçimde fark edilen bir hemşire sunulmuştur. Araştırmada 2 klinik vinyetle ilgili aynı sorular yöneltilmiş ve bu konuda yorumları sorulmuştur. Buna ait bulgular Tablo 3'te verilmiştir. Bu sonuçlara göre tablonun bir gizlenen gebelik olduğu yani kişinin gebe olduğunu bildiği ancak bunu çevreden sakladığına dair inanç birinci olgu için %40.4 iken ikinci olgu için %18.3'te kalmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tablonun psikoz, psikotik özellik, duygudurum bozukluğu veya zeka geriliği gibi bir mental hastalıkla ilişkili olduğuna dair inanç birinci olgu için %42.9 iken ikinci olguda bu oran %30.4'te kalmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Gebelik işaretlerini bilmeme veya deneyimsizlikle ilgili olduğuna dair inançla arasında her 2 olgu için istatistiksel olarak anlamlı bir fark bildirilmemiştir. Klinik vinyette verilen olgunun başka konularda da muhakemesine güvenilmeyeceğine dair inanç arasında da 2 vinyet için istatistiksel

anlamli fark saptanmifstir. Buna g6re olgu 1'e g6venememe oranı %42.3 iken, olgu 2'ye g6venememe oranı %20.8'de kalmifstir. Gebeliğin daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilmesi durumunda kişinin gebe olduğunu kabul edeceğine dair inanç ilk olgu için %36.1 iken, ikinci olgu için bu inanç %63.3 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. T6m katılımcıların, kişinin "gebe olduğumu bilmiyordum" s6yleminde samimi olmadığını ve bu durumun gerçeği ifade etmediğine dair inancı ilk olgu için %44.2 iken ikinci olgu için bu oran %28.8'dir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişinin gebeliğini fark etmemesine, kişinin ihmalkarlığına ve sorumsuzluğuna bağlama oranı arasında da 2 klinik vinyet için istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmiştir. Buna g6re vinyet 1 için gebeliği fark etmemeyi ihmalkarlığa ve sorumsuzluğa bağlama oranı %23.3 iken vinyet 2 için bu oran %27.5'tir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kişinin durumunu istenmeyen bir gebelik ve bunun bilinç dışı inkarı olarak yorumlama oranı ilk klinik vinyet için %66.2 iken ikinci klinik vinyet için bu oran %51.2'de kalmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tabloyu, beynin v6cuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilgili fizyolojik bir bozukluk olarak algılama oranı ilk klinik vinyet için %34.2 iken ikinci klinik vinyet için %30 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Tabloyu kişinin kendi 6reme kapasitesinin farkında olmaması olarak değerlendirenlerin oranı ilk olgu için %36.7 iken, ikinci olgu için %22.9 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu araştırmada sunulan vinyetlerin katılımcılarda yarattığı duygular da soruşturulmuştur. Buna g6re ilk vakaya kızgınlık ve 6fke hissetme %29.2 olarak bildirilmiş iken ikinci vaka için bu durum %8.3't6r. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. İlk vakaya acıma duygusu %33.8 iken ikinci vakaya acıma duygusu %19.2 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu olguların anneliğe adapte olamayacağına dair d6ř6nce ilk olgu için %65.8 iken ikinci olgu için %15.8 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Son olarak katılımcılara bu klinik vinyetteki olguların psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isteyip istemedikleri sorulmuştur. İlk olgunun takibinde yer almak isteyenlerin oranı %69.2 iken ikinci olgunun takibinde yer almak isteyenlerin oranı %65.4 olarak saptanmifstir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar Tablo 3'te g6sterilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların iki vinyete getirdikleri yorumlar arasındaki farklılıklar

			n	%	
Gizlenen gebelik, gebe olduğunu bilmesi ancak çevresinden saklaması	Vaka 1	Katılmıyorum	75	31,2%	0,003
		Kararsızım	68	28,3%	
		Katılıyorum	97	40,4%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	143	59,6%	
		Kararsızım	53	22,1%	
		Katılıyorum	44	18,3%	
Psikoz, psikotik özellikli duygu durum bozukluğu, zeka geriliği	Vaka 1	Katılmıyorum	91	37,9%	<0,001
		Kararsızım	46	19,2%	
		Katılıyorum	103	42,9%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	112	46,7%	
		Kararsızım	55	22,9%	
		Katılıyorum	73	30,4%	
Gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik	Vaka 1	Katılmıyorum	121	50,4%	0,117
		Kararsızım	42	17,5%	
		Katılıyorum	77	32,1%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	224	93,3%	
		Kararsızım	10	4,2%	
		Katılıyorum	6	2,5%	
Başka konularda da muhakemesine güvenilemez	Vaka 1	Katılmıyorum	88	36,8%	<0,001
		Kararsızım	50	20,9%	
		Katılıyorum	101	42,3%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	130	54,2%	
		Kararsızım	60	25,0%	
		Katılıyorum	50	20,8%	
Daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi.	Vaka 1	Katılmıyorum	70	29,4%	0,003
		Kararsızım	82	34,5%	
		Katılıyorum	86	36,1%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	40	16,7%	
		Kararsızım	48	20,0%	
		Katılıyorum	152	63,3%	
Gebe olduğumu bilmiyordum söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir.	Vaka 1	Katılmıyorum	65	27,1%	<0,001
		Kararsızım	69	28,8%	
		Katılıyorum	106	44,2%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	94	39,2%	
		Kararsızım	77	32,1%	
		Katılıyorum	69	28,8%	
İhmalkârlığına ve sorumsuzluğuna bağlıdır	Vaka 1	Katılmıyorum	123	51,2%	<0,001
		Kararsızım	61	25,4%	
		Katılıyorum	56	23,3%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	116	48,3%	
		Kararsızım	58	24,2%	
		Katılıyorum	66	27,5%	
İstenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar	Vaka 1	Katılmıyorum	38	15,8%	<0,001
		Kararsızım	43	17,9%	
		Katılıyorum	159	66,2%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	64	26,7%	
		Kararsızım	53	22,1%	
		Katılıyorum	123	51,2%	

Tablo 3'ün devamı					
Beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur	Vaka 1	Katılmıyorum	81	33,8%	<0,001
		Kararsızım	77	32,1%	
		Katılıyorum	82	34,2%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	86	35,8%	
		Kararsızım	82	34,2%	
		Katılıyorum	72	30,0%	
Kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması	Vaka 1	Katılmıyorum	79	32,9%	<0,001
		Kararsızım	73	30,4%	
		Katılıyorum	88	36,7%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	127	52,9%	
		Kararsızım	58	24,2%	
		Katılıyorum	55	22,9%	
Kızgınlık ve öfke	Vaka 1	Katılmıyorum	113	47,1%	<0,001
		Kararsızım	57	23,8%	
		Katılıyorum	70	29,2%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	176	73,3%	
		Kararsızım	44	18,3%	
		Katılıyorum	20	8,3%	
Acıma	Vaka 1	Katılmıyorum	97	40,4%	0,001
		Kararsızım	62	25,8%	
		Katılıyorum	81	33,8%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	141	58,8%	
		Kararsızım	53	22,1%	
		Katılıyorum	46	19,2%	
Anneliğe adapte olamaz	Vaka 1	Katılmıyorum	41	17,1%	<0,001
		Kararsızım	41	17,1%	
		Katılıyorum	158	65,8%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	142	59,2%	
		Kararsızım	60	25,0%	
		Katılıyorum	38	15,8%	
Psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.	Vaka 1	Katılmıyorum	22	9,2%	<0,001
		Kararsızım	52	21,7%	
		Katılıyorum	166	69,2%	
	Vaka 2	Katılmıyorum	25	10,4%	
		Kararsızım	58	24,2%	
		Katılıyorum	157	65,4%	

Araştırmaya katılanların her bir klinik vinyet için yaptıkları yorumların, bildirdikleri durumların katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre incelemesine bakılacak olursa Tablo 4'te şu sonuca ulaşılmıştır: Klinik vinyet 1'in ve klinik vinyet 2'nin gizlenen gebelik, kişinin gebe olduğunu bilmesi ancak çevreden saklamasına inanma yada inanmama oranları katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, kişinin kendisinde yada eşinde gebelik öyküsü olması kişinin kendisinde yada eşinde doğum öyküsü olmasından etkilenmemektedir. Bu durum hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için geçerlidir. Örneğin kadın katılımcıların %

40.6'sı, erkek katılımcıların %39.5'i klinik vinyet 1'in gizlenen gebelik, kişinin gebe olduğunu bilip çevresinden saklaması olduğunu düşünürken, klinik vinyet 2 için kadınlarda bu oran %19.8, erkeklerde ise bu oran %11.6 olarak saptanmıştır. Tablolara bu yorumu getirme oranı cinsiyetten bağımsızdır. Klinik vinyetlerin gizlenen gebelik; kişinin gebe olduğunu bilip çevresinden saklaması olarak açıklanmasına dair katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim, meslek, gebelik ve doğum öykülerine ait karşılaştırmalı tablo, Tablo 4'te sunulmuştur. Araştırmaya katılanların klinik vinyetleri psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ya da zeka geriliği gibi muhakemeyi bozan bir mental hastalıkla açıklama oranlarına bakıldığı zaman klinik vinyet 1 ve klinik vinyet 2 için katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eşinde veya kendisinde gebelik yaşantısı yada doğum öyküsüne göre bir farklılaşma izlenmemiştir. Ancak tabloyu bu gibi bir mental hastalıkla açıklama durumunda katılımcının mesleğine göre bir farklılık saptanmıştır. Buna göre klinik vinyet 1 için tabloyu mental bir hastalık olarak açıklama oranı psikiyatristlerde %33.3, psikologlarda %42.7 ve diğer katılımcılarda %56.7 iken, klinik vinyet 2 için bu oran psikiyatristlerde %12.8, psikologlarda %32.2 ve diğer meslek grubunda %43.3'tür. Tabloya mental bir hastalık olduğuna dair yorum getirme oranı her iki olgu için de psikiyatristlerde en düşük, psikiyatrist yada psikolog dışında meslek gruplarında en yüksek olarak saptanmıştır. Her 3 grubun arasındaki fark hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Vinyetlere “Gizlenen Gebelik, Gebe Olduğunu Bilmesi Ancak Çevresinden Saklaması” Açıklaması Getirme Durumları

		Gizlenen gebelik, gebe olduğunu bilmesi, ancak çevresinden saklaması											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	61	31,0%	56	28,4%	80	40,6%	119	60,4%	39	19,8%	39	19,8%
	Erkek	14	32,6%	12	27,9%	17	39,5%	24	55,8%	14	32,6%	5	11,6%
		P=0,200						P=0,134					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	33	25,8%	40	31,3%	55	43,0%	75	58,6%	29	22,7%	24	18,8%
	30-39 yaş	26	36,1%	22	30,6%	24	33,3%	45	62,5%	14	19,4%	13	18,1%
	40 yaş ve üstü	16	40,0%	6	15,0%	18	45,0%	23	57,5%	10	25,0%	7	17,5%
		P=0,801						P=0,674					
Medeni Durum	Evli	31	38,8%	21	26,3%	28	35,0%	45	56,3%	18	22,5%	17	21,3%
	Bekar	44	27,5%	47	29,4%	69	43,1%	98	61,3%	35	21,9%	27	16,9%
		P=0,612						P=0,554					
Eğitim	Lisans	14	24,6%	17	29,8%	26	45,6%	38	66,7%	9	15,8%	10	17,5%
	Yüksek lisans	40	31,0%	38	29,5%	51	39,5%	73	56,6%	30	23,3%	26	20,2%
	Doktora	20	39,2%	12	23,5%	19	37,3%	31	60,8%	12	23,5%	8	15,7%
		P=0,173						P=0,305					
Meslek	Psikolog	54	31,6%	48	28,1%	69	40,4%	104	60,8%	36	21,1%	31	18,1%
	Psikiyatrist	15	38,5%	10	25,6%	14	35,9%	24	61,5%	9	23,1%	6	15,4%
	Diğer	6	20,0%	10	33,3%	14	46,7%	15	50,0%	8	26,7%	7	23,3%
		P=0,605						P=0,824					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	50	29,9%	48	28,7%	69	41,3%	102	61,1%	34	20,4%	31	18,6%
	Evet	25	34,2%	20	27,4%	28	38,4%	41	56,2%	19	26,0%	13	17,8%
		P=0,802						P=0,619					
Eşi veya kendisine ait doğum öyküsü	Hayır	52	29,4%	51	28,8%	74	41,8%	108	61,0%	38	21,5%	31	17,5%
	Evet	23	36,5%	17	27,0%	23	36,5%	35	55,6%	15	23,8%	13	20,6%
		P=0,567						P=0,743					

Araştırmaya katılanların sunulan vinyetlerin gebeliklerini fark etmemelerinin ancak psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ve zeka geriliği gibi zihinsel işlevleri bozan bir duruma bağlı olduğu yorumunu getirme durumları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, eşinde veya kendisinde gebelik yaşantısı ya da doğum öyküsüne göre bir farklılaşma gözlenmemiştir. Ancak meslek gruplarına göre bir karşılaştırma yapıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Klinik vinyet 1'in gebeliğini fark

etmeme durumunun psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ve zeka geriliği gibi zihinsel işlevi bozan bir duruma bağlı olduğunu düşünme oranı psikologlarda %42.7, psikiyatristlerde %33.3, diğer meslek gruplarında %56.7 olarak ölçülürken klinik vinyet 2'nin durumunun psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ve zeka geriliği gibi zihinsel işlevi bozan bir duruma bağlı olduğunu düşünme oranı psikologlarda %32.2, psikiyatristlerde %12.8, diğer meslek gruplarında %43.4 olarak ölçülmüştür. Sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Psikoz, psikotik özellikli duygu durum bozukluğu, zeka geriliği” açıklaması getirme durumları

		Psikoz, psikotik özellikli duygu durum bozukluğu, zeka geriliği											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	76	38,6%	36	18,3%	85	43,1%	91	46,2%	45	22,8%	61	31,0%
	Erkek	15	34,9%	10	23,3%	18	41,9%	21	48,8%	10	23,3%	12	27,9%
P=0,742						P=0,921							
Yaş (yıl)	30 yaş altı	47	36,7%	31	24,2%	50	39,1%	55	43,0%	29	22,7%	44	34,4%
	30-39 yaş	28	38,9%	9	12,5%	35	48,6%	37	51,4%	20	27,8%	15	20,8%
	40 yaş ve üstü	16	40,0%	6	15,0%	18	45,0%	20	50,0%	6	15,0%	14	35,0%
P=0,300						P=0,217							
Medeni Durum	Evli	32	40,0%	10	12,5%	38	47,5%	37	46,3%	22	27,5%	21	26,3%
	Bekar	59	36,9%	36	22,5%	65	40,6%	75	46,9%	33	20,6%	52	32,5%
P=0,173						P=0,409							
Eğitim	Lisans	21	36,8%	14	24,6%	22	38,6%	26	45,6%	11	19,3%	20	35,1%
	Yüksek lisans	45	34,9%	25	19,4%	59	45,7%	58	45,0%	30	23,3%	41	31,8%
	Doktora	23	45,1%	6	11,8%	22	43,1%	27	52,9%	12	23,5%	12	23,5%
P=0,429						P=0,719							
Meslek	Psikolog	61	35,7%	37	21,6%	73	42,7%	77	45,0%	39	22,8%	55	32,2%
	Psikiyatrist	23	59,0%	3	7,7%	13	33,3%	27	69,2%	7	17,9%	5	12,8%
	Diğer	7	23,3%	6	20,0%	17	56,7%	8	26,7%	9	30,0%	13	43,3%
P=0,018						P=0,008							
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	67	40,1%	33	19,8%	67	40,1%	81	48,5%	35	21,0%	51	30,5%
	Evet	24	32,9%	13	17,8%	36	49,3%	31	42,5%	20	27,4%	22	30,1%
P=0,406						P=0,517							
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	69	39,0%	38	21,5%	70	39,5%	85	48,0%	37	20,9%	55	31,1%
	Evet	22	34,9%	8	12,7%	33	52,4%	27	42,9%	18	28,6%	18	28,6%
P=0,146						P=0,460							

Araştırmaya katılanların sunulan vinyetleri gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak açıklamaları durumu incelendiğinde birinci klinik vinyet için katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisine ait gebelik ya da doğum öyküsüne göre herhangi bir fark izlenmemiştir. Buna göre klinik

vinyet 1’i gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak değerlendirme oranı kadınlarda %32.5, erkeklerde %30.2 olarak saptanmıştır. Psikologların %29.8’i, psikiyatristlerin %38.5’i, diğer meslek gruplarının %36.7’si klinik vinyet 1’in durumunu gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak değerlendirmişlerdir. Klinik vinyet 2’ye getirilen yorumlara bakıldığı zaman durumu gebeliğin işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak açıklama oranı katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitimi, mesleği, kendilerinin ya da eşlerinin gebelik ve doğum öykülerine göre bir farklılık göstermemiştir. Ancak cinsiyete göre bir farklılık izlenmiştir. Buna göre kadın katılımcıların %1.5’i, erkek katılımcıların ise %7’si durumu gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak değerlendirmişlerdir. Sonuçlar Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik” açıklaması getirme durumları

		Gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	99	50,3%	34	17,3%	64	32,5%	188	95,4%	6	3,0%	3	1,5%
	Erkek	22	51,2%	8	18,6%	13	30,2%	36	83,7%	4	9,3%	3	7,0%
		P=0,952						P=0,018					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	61	47,7%	24	18,8%	43	33,6%	120	93,8%	6	4,7%	2	1,6%
	30-39 yaş	37	51,4%	12	16,7%	23	31,9%	66	91,7%	3	4,2%	3	4,2%
	40 ve üstü	23	57,5%	6	15,0%	11	27,5%	38	95,0%	1	2,5%	1	2,5%
		P=0,871						P=0,802					
Medeni Durum	Evli	44	55,0%	10	12,5%	26	32,5%	73	91,3%	4	5,0%	3	3,8%
	Bekar	77	48,1%	32	20,0%	51	31,9%	151	94,4%	6	3,8%	3	1,9%
		P=0,329						P=0,605					
Eğitim	Lisans	29	50,9%	8	14,0%	20	35,1%	55	96,5%	1	1,8%	1	1,8%
	Y. lisans	60	46,5%	26	20,2%	43	33,3%	117	90,7%	7	5,4%	5	3,9%
	Doktora	31	60,8%	8	15,7%	12	23,5%	49	96,1%	2	3,9%	0	0,0%
		P=0,427						P=0,430					
Meslek	Psikolog	86	50,3%	34	19,9%	51	29,8%	161	94,2%	6	3,5%	4	2,3%
	Psikiyatrist	21	53,8%	3	7,7%	15	38,5%	37	94,9%	2	5,1%	0	0,0%
	Diğer	14	46,7%	5	16,7%	11	36,7%	26	86,7%	2	6,7%	2	6,7%
		P=0,359						P=0,412					
Eş / kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	78	46,7%	32	19,2%	57	34,1%	158	94,6%	6	3,6%	3	1,8%
	Evet	43	58,9%	10	13,7%	20	27,4%	66	90,4%	4	5,5%	3	4,1%
		P=0,214						P=0,445					
Eş/ kendisinde doğum öyküsü	Hayır	83	46,9%	35	19,8%	59	33,3%	167	94,4%	7	4,0%	3	1,7%
	Evet	38	60,3%	7	11,1%	18	28,6%	57	90,5%	3	4,8%	3	4,8%
		P=0,137						P=0,388					

Araştırmaya katılanların vinyetlere “bu kişinin başka konularda da muhakemesine güvenilemez” yorumu getirme durumları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında hem klinik vinyet 1, hem klinik vinyet 2 için cinsiyet, yaş, medeni durum ve doğum öyküsüne göre bir fark gözlenmemiştir. Ancak meslek gruplarına göre karşılaştırma yapıldığında psikiyatristlerin hem klinik vinyet 1 hem de klinik vinyet 2 için psikolog ve diğer meslek gruplarına göre anlamlı şekilde daha az olarak bu kişilerin muhakemelerine güvenilmeyeceği yargısına vardıkları görülmüştür. Ayrıca eşi veya kendisi daha önce gebelik geçirmiş olan kişiler, gebelik öyküsü olmayan kişilere göre daha fazla oranda vinyet 1’in muhakemesine güvenilmeyeceği kanaati sunmuşlardır. Sonuçlar Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Başka konularda da muhakemesine güvenilemez” yorumu getirme durumları

		Başka konularda da muhakemesine güvenilemez											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	68	34,7%	42	21,4%	86	43,9%	104	52,8%	48	24,4%	45	22,8%
	Erkek	20	46,5%	8	18,6%	15	34,9%	26	60,5%	12	27,9%	5	11,6%
		P=0,342						P=0,260					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	44	34,4%	31	24,2%	53	41,4%	73	57,0%	30	23,4%	25	19,5%
	30-39 yaş	30	42,3%	14	19,7%	27	38,0%	35	48,6%	22	30,6%	15	20,8%
	40 yaş ve üstü	14	35,0%	5	12,5%	21	52,5%	22	55,0%	8	20,0%	10	25,0%
		P=0,380						P=0,652					
Medeni Durum	Evli	32	40,0%	13	16,3%	35	43,8%	35	43,8%	24	30,0%	21	26,3%
	Bekar	56	35,2%	37	23,3%	66	41,5%	95	59,4%	36	22,5%	29	18,1%
		P=0,439						P=0,071					
Eğitim	Lisans	22	38,6%	11	19,3%	24	42,1%	35	61,4%	17	29,8%	5	8,8%
	Yüksek lisans	35	27,3%	30	23,4%	63	49,2%	64	49,6%	31	24,0%	34	26,4%
	Doktora	30	58,8%	9	17,6%	12	23,5%	30	58,8%	11	21,6%	10	19,6%
		P=0,003						P=0,091					
Meslek	Psikolog	49	28,8%	41	24,1%	80	47,1%	89	52,0%	46	26,9%	36	21,1%
	Psikiyatrist	27	69,2%	5	12,8%	7	17,9%	26	66,7%	10	25,6%	3	7,7%
	Diğer	12	40,0%	4	13,3%	14	46,7%	15	50,0%	4	13,3%	11	36,7%
		P<0,001						P=0,039					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	62	37,3%	41	24,7%	63	38,0%	99	59,3%	38	22,8%	30	18,0%
	Evet	26	35,6%	9	12,3%	38	52,1%	31	42,5%	22	30,1%	20	27,4%
		P=0,047						P=0,052					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	64	36,4%	43	24,4%	69	39,2%	102	57,6%	42	23,7%	33	18,6%
	Evet	24	38,1%	7	11,1%	32	50,8%	28	44,4%	18	28,6%	17	27,0%
		P=0,066						P=0,176					

Araştırmaya katılanların klinik vinyetlerle ilgili “daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilmiş olsaydı bu olgu gebe olduğunu kabul ederdi” yorumu getirme durumu incelendiğinde katılımcıların katılmıyorum, kararsızım yada katılıyorum cevapları arasında cinsiyete, yaşa, medeni duruma, eğitim düzeyine, mesleğe, kendisinde ya da eşinde gebelik öyküsü olmasına göre bir fark izlenmemiştir. Araştırmaya katılanların klinik vinyetlerle ilgili olarak daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilmiş olsaydı olgunun gebe olduğunu kabul edeceğine dair yorumlarda olgu 1 ve olgu 2 arasında farklılık izlenmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslekten bağımsız olarak katılımcılar ilk olgunun gebelik kendisine bildirilseydi kabul edeceğine dair inançları ikinci olguya göre belirgin olarak düşük bulunmuştur. Her ne kadar vinyetlerde her iki durum da fark edilmeyen gebelik olsa da ve olgunun kendisine bildirildiğinde gebe olduğunu reddedeceğine dair bir nüans bulunmasa da olgu 1’in bebeğe karşı suç işlemiş olması, olgu 2’nin ise doğum gerçekleşmeden fark edilmiş olması nedeniyle bebeği kabullenmiş olması iki olguya karşı farklı algı yaratmaktadır. Bu durum toplumun ve sağlık personellerinin fark edilmeyen gebeliklerle ilgili bilinçlenmesinin ve erken dönemde saptanıp gebe kadına bildirilmesinin ne denli önem taşıyabileceğini göstermektedir. Sonuçlar Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi” yorumu getirme durumları

		Daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	56	28,6%	70	35,7%	70	35,7%	28	14,2%	40	20,3%	129	65,5%
	Erkek	14	33,3%	12	28,6%	16	38,1%	12	27,9%	8	18,6%	23	53,5%
		P=0,659						P=0,090					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	35	27,6%	45	35,4%	47	37,0%	20	15,6%	24	18,8%	84	65,6%
	30-39 yaş	25	35,2%	22	31,0%	24	33,8%	11	15,3%	15	20,8%	46	63,9%
	40 yaş ve üstü	10	25,0%	15	37,5%	15	37,5%	9	22,5%	9	22,5%	22	55,0%
		P=0,778						P=0,776					
Medeni Durum	Evli	27	34,6%	27	34,6%	24	30,8%	17	21,3%	17	21,3%	46	57,5%
	Bekar	43	26,9%	55	34,4%	62	38,8%	23	14,4%	31	19,4%	106	66,3%
		P=0,369						P=0,324					
Eğitim	Lisans	17	30,4%	17	30,4%	22	39,3%	6	10,5%	15	26,3%	36	63,2%
	Yüksek lisans	38	29,5%	48	37,2%	43	33,3%	24	18,6%	20	15,5%	85	65,9%
	Doktora	14	28,0%	16	32,0%	20	40,0%	9	17,6%	13	25,5%	29	56,9%
		P=0,855						P=0,262					
Meslek	Psikolog	48	28,1%	59	34,5%	64	37,4%	28	16,4%	32	18,7%	111	64,9%
	Psikiyatrist	13	35,1%	11	29,7%	13	35,1%	7	17,9%	8	20,5%	24	61,5%
	Diğer	9	30,0%	12	40,0%	9	30,0%	5	16,7%	8	26,7%	17	56,7%
		P=0,839						P=0,885					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	45	26,9%	58	34,7%	64	38,3%	28	16,8%	32	19,2%	107	64,1%
	Evet	25	35,2%	24	33,8%	22	31,0%	12	16,4%	16	21,9%	45	61,6%
		P=0,384						P=0,885					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	48	27,1%	62	35,0%	67	37,9%	30	16,9%	33	18,6%	114	64,4%
	Evet	22	36,1%	20	32,8%	19	31,1%	10	15,9%	15	23,8%	38	60,3%
		P=0,394						P=0,679					

Araştırmaya katılanların vinyetlere “gebe olduğumu bilmiyordum” söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir yorumu getirme durumları hem vinyet 1 hem vinyet 2 için cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, eşinde veya kendisinde gebelik yaşantısı ya da doğum öyküsü bulunmasına göre farklılık göstermemiştir. Grubun geneli sosyodemografik özelliklerden bağımsız olarak birinci olgu için daha yüksek oranda gebe olduğunu düşünürken, vinyet 2 için olgunun “gebe olduğumu bilmiyordum” söyleminde samimi olmadığına katılma, katılmama ya da kararsız kalma oranları birbirine yakın bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Gebe olduğumu bilmiyordum söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir” yorumu getirme durumları

		Gebe olduğumu bilmiyordum söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir.											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	56	28,4%	56	28,4%	85	43,1%	78	39,6%	65	33,0%	54	27,4%
	Erkek	9	20,9%	13	30,2%	21	48,8%	16	37,2%	12	27,9%	15	34,9%
		P=0,597						P=0,600					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	30	23,4%	36	28,1%	62	48,4%	44	34,4%	44	34,4%	40	31,3%
	30-39 yaş	25	34,7%	20	27,8%	27	37,5%	36	50,0%	23	31,9%	13	18,1%
	40 yaş ve üstü	10	25,0%	13	32,5%	17	42,5%	14	35,0%	10	25,0%	16	40,0%
		P=0,440						P=0,066					
Medeni Durum	Evli	23	28,8%	22	27,5%	35	43,8%	33	41,3%	27	33,8%	20	25,0%
	Bekar	42	26,3%	47	29,4%	71	44,4%	61	38,1%	50	31,3%	49	30,6%
		P=0,908						P=0,662					
Eğitim	Lisans	14	24,6%	12	21,1%	31	54,4%	22	38,6%	18	31,6%	17	29,8%
	Yüksek lisans	29	22,5%	45	34,9%	55	42,6%	46	35,7%	44	34,1%	39	30,2%
	Doktora	21	41,2%	11	21,6%	19	37,3%	25	49,0%	14	27,5%	12	23,5%
		P=0,071						P=0,594					
Meslek	Psikolog	44	25,7%	52	30,4%	75	43,9%	65	38,0%	54	31,6%	52	30,4%
	Psikiyatrist	16	41,0%	11	28,2%	12	30,8%	17	43,6%	14	35,9%	8	20,5%
	Diğer	5	16,7%	6	20,0%	19	63,3%	12	40,0%	9	30,0%	9	30,0%
		0,057						0,811					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	43	25,7%	51	30,5%	73	43,7%	63	37,7%	55	32,9%	49	29,3%
	Evvet	22	30,1%	18	24,7%	33	45,2%	31	42,5%	22	30,1%	20	27,4%
		P=0,607						P=0,786					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	45	25,4%	54	30,5%	78	44,1%	66	37,3%	59	33,3%	52	29,4%
	Evvet	20	31,7%	15	23,8%	28	44,4%	28	44,4%	18	28,6%	17	27,0%
		P=0,494						P=0,598					

Araştırmaya katılanların vinyetlerin gebeliklerini fark etmeme durumlarının ihmalkârlıklarına ve sorumsuzluklarına bağlıdır yorumu getirme durumları hem vinyet 1 hem vinyet 2 için cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşinde veya kendisinde gebelik yaşantısı ya da doğum öyküsü bulunmasına göre farklılık göstermemiştir. Sonuçlar Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Araştırmaya katılanların vinyetlere “İhmalkârlığına ve sorumsuzluğuna bağlıdır” açıklaması getirme durumları

		İhmalkârlığına ve sorumsuzluğuna bağlıdır											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	105	53,3%	47	23,9%	45	22,8%	94	47,7%	50	25,4%	53	26,9%
	Erkek	18	41,9%	14	32,6%	11	25,6%	22	51,2%	8	18,6%	13	30,2%
		P=0,356						P=0,638					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	61	47,7%	31	24,2%	36	28,1%	57	44,5%	35	27,3%	36	28,1%
	30-39 yaş	42	58,3%	16	22,2%	14	19,4%	38	52,8%	13	18,1%	21	29,2%
	40 yaş ve üstü	20	50,0%	14	35,0%	6	15,0%	21	52,5%	10	25,0%	9	22,5%
		P=0,218						P=0,569					
Medeni Durum	Evli	44	55,0%	20	25,0%	16	20,0%	38	47,5%	17	21,3%	25	31,3%
	Bekar	79	49,4%	41	25,6%	40	25,0%	78	48,8%	41	25,6%	41	25,6%
		P=0,635						P=0,591					
Eğitim	Lisans	34	59,6%	12	21,1%	11	19,3%	27	47,4%	11	19,3%	19	33,3%
	Yüksek lisans	58	45,0%	40	31,0%	31	24,0%	60	46,5%	37	28,7%	32	24,8%
	Doktora	29	56,9%	9	17,6%	13	25,5%	28	54,9%	8	15,7%	15	29,4%
		P=0,214						P=0,303					
Meslek	Psikolog	89	52,0%	44	25,7%	38	22,2%	82	48,0%	43	25,1%	46	26,9%
	Psikiyatrist	23	59,0%	7	17,9%	9	23,1%	21	53,8%	6	15,4%	12	30,8%
	Diğer	11	36,7%	10	33,3%	9	30,0%	13	43,3%	9	30,0%	8	26,7%
		P=0,840						P=0,656					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	88	52,7%	39	23,4%	40	24,0%	79	47,3%	42	25,1%	46	27,5%
	Evet	35	47,9%	22	30,1%	16	21,9%	37	50,7%	16	21,9%	20	27,4%
		P=0,540						P=0,844					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	93	52,5%	42	23,7%	42	23,7%	85	48,0%	45	25,4%	47	26,6%
	Evet	30	47,6%	19	30,2%	14	22,2%	31	49,2%	13	20,6%	19	30,2%
		P=0,600						P=0,714					

Araştırmaya katılanların sunulan vinyetleri istenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar olarak açıklama durumu incelendiğinde klinik vinyet 2 için katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisine ait gebelik ya da doğum öyküsüne göre herhangi bir fark izlenmemiştir. Buna göre klinik vinyet 2 için durumun istenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar olarak açıklanma oranı evli katılımcılarda %60.0, bekar katılımcılarda %46.9 olarak saptanmıştır. Lisans mezunlarının %54.4’ü, yüksek lisans mezunlarının %49.6’sı, doktora mezunlarının %52.9’su klinik vinyet 2 için durumu istenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar olarak değerlendirmişlerdir. Klinik vinyet 1’e getirilen yorumlara bakıldığında durumu istenmeyen gebelik ve bilinçdışı

inkar olarak açıklama oranı katılımcıların cinsiyeti, yaşı, mesleği, kendilerinin ya da eşlerinin gebelik yaşantısı ve doğum öykülerine göre bir farklılık göstermemiştir. Ancak medeni durum ve eğitim durumuna göre farklılık izlenmiştir. Buna göre; evli katılımcıların %67.5'i, bekar katılımcıların %65.6'sı durumu istenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar olarak açıklamıştır. Lisans mezunu katılımcıların %63.2'si, yüksek lisans mezunu katılımcıların %72.1'i, doktora mezunu katılımcıların %56.9'u klinik vinyet 1 için durumu istenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkar olarak değerlendirmiştir. Sonuçlar Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Araştırmaya katılanların vinyetlere “İstenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkara bağlıdır” açıklaması getirme durumları

		İstenmeyen gebelik ve bilinçdışı inkara bağlıdır											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	30	15,2%	35	17,8%	132	67,0%	51	25,9%	41	20,8%	105	53,3%
	Erkek	8	18,6%	8	18,6%	27	62,8%	13	30,2%	12	27,9%	18	41,9%
		P=0,834						P=0,376					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	13	10,2%	23	18,0%	92	71,9%	34	26,6%	28	21,9%	66	51,6%
	30-39 yaş	16	22,2%	10	13,9%	46	63,9%	21	29,2%	15	20,8%	36	50,0%
	40 yaş ve üstü	9	22,5%	10	25,0%	21	52,5%	9	22,5%	10	25,0%	21	52,5%
		P=0,057						P=0,955					
Medeni Durum	Evli	18	22,5%	8	10,0%	54	67,5%	19	23,8%	13	16,3%	48	60,0%
	Bekar	20	12,5%	35	21,9%	105	65,6%	45	28,1%	40	25,0%	75	46,9%
		P=0,022						P=0,134					
Eğitim	Lisans	13	22,8%	8	14,0%	36	63,2%	15	26,3%	11	19,3%	31	54,4%
	Yüksek lisans	9	7,0%	27	20,9%	93	72,1%	34	26,4%	31	24,0%	64	49,6%
	Doktora	14	27,5%	8	15,7%	29	56,9%	15	29,4%	9	17,6%	27	52,9%
		P=0,004						P=0,877					
Meslek	Psikolog	23	13,5%	31	18,1%	117	68,4%	50	29,2%	38	22,2%	83	48,5%
	Psikiyatrist	11	28,2%	6	15,4%	22	56,4%	8	20,5%	6	15,4%	25	64,1%
	Diğer	4	13,3%	6	20,0%	20	66,7%	6	20,0%	9	30,0%	15	50,0%
		0,248						0,327					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	22	13,2%	31	18,6%	114	68,3%	46	27,5%	35	21,0%	86	51,5%
	Evet	16	21,9%	12	16,4%	45	61,6%	18	24,7%	18	24,7%	37	50,7%
		P=0,233						P=0,787					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	23	13,0%	34	19,2%	120	67,8%	48	27,1%	38	21,5%	91	51,4%
	Evet	15	23,8%	9	14,3%	39	61,9%	16	25,4%	15	23,8%	32	50,8%
		P=0,116						P=0,918					

Araştırmaya katılanların vinyetlere “beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur” yorumu getirme durumları klinik

vinyet 1 için cinsiyet, medeni durum, kendisinde ya da eşinde gebelik yaşantısı ya da doğum öykülerine göre farklılık göstermemiştir. Ancak klinik vinyet 1 için durumun beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olduğu yorumunu getirme durumu yaş, eğitim ve mesleğe göre yorumlanmasında anlamlı bir fark izlenmiştir. Buna göre 30 yaş altı katılımcıların %40.6'sı, 30-39 yaş arası katılımcıların %26.4'ü, 40 yaş ve üstü katılımcıların %27.5'i klinik vinyet 1 için durumun beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olduğu yorumunu getirmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Katılımcılardan lisans mezunlarının %33.3'ü, yüksek lisans mezunlarının %40.3'ü, doktora mezunlarının %17.6'sı klinik vinyet 1 için durumun beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olduğu yorumunu getirmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Klinik vinyet 1 için psikologların %36.8'i, psikiyatristlerin %15.4'ü, diğer meslek grubu mensuplarının %43.3'ü durumun beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olduğu yorumunu getirmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Klinik vinyet 2 için durumun beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olduğu yorumları incelendiğinde cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı veya doğum öyküsüne göre herhangi bir fark izlenmemiştir. Ancak medeni duruma göre bir farklılık izlenmiştir. Buna göre evli katılımcıların %42.5'i, bekar katılımcıların %23.8'i durumu beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluk olarak değerlendirmişlerdir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur” açıklaması getirme durumları

		Beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	62	31,5%	67	34,0%	68	34,5%	71	36,0%	67	34,0%	59	29,9%
	Erkek	19	44,2%	10	23,3%	14	32,6%	15	34,9%	15	34,9%	13	30,2%
		P=0,223						P=0,989					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	32	25,0%	44	34,4%	52	40,6%	43	33,6%	51	39,8%	34	26,6%
	30-39 yaş	32	44,4%	21	29,2%	19	26,4%	26	36,1%	21	29,2%	25	34,7%
	40 yaş ve üstü	17	42,5%	12	30,0%	11	27,5%	17	42,5%	10	25,0%	13	32,5%
		P=0,039						P=0,340					
Medeni Durum	Evli	32	40,0%	20	25,0%	28	35,0%	22	27,5%	24	30,0%	34	42,5%
	Bekar	49	30,6%	57	35,6%	54	33,8%	64	40,0%	58	36,3%	38	23,8%
		P=0,193						P=0,010					
Eğitim	Lisans	22	38,6%	16	28,1%	19	33,3%	21	36,8%	25	43,9%	11	19,3%
	Yüksek lisans	32	24,8%	45	34,9%	52	40,3%	42	32,6%	42	32,6%	45	34,9%
	Doktora	27	52,9%	15	29,4%	9	17,6%	23	45,1%	13	25,5%	15	29,4%
		P=0,004						P=0,107					
Meslek	Psikolog	48	28,1%	60	35,1%	63	36,8%	58	33,9%	62	36,3%	51	29,8%
	Psikiyatrist	24	61,5%	9	23,1%	6	15,4%	16	41,0%	10	25,6%	13	33,3%
	Diğer	9	30,0%	8	26,7%	13	43,3%	12	40,0%	10	33,3%	8	26,7%
		P=0,002						P=0,749					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	51	30,5%	54	32,3%	62	37,1%	64	38,3%	61	36,5%	42	25,1%
	Evet	30	41,1%	23	31,5%	20	27,4%	22	30,1%	21	28,8%	30	41,1%
		P=0,213						P=0,046					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	55	31,1%	57	32,2%	65	36,7%	66	37,3%	65	36,7%	46	26,0%
	Evet	26	41,3%	20	31,7%	17	27,0%	20	31,7%	17	27,0%	26	41,3%
		P=0,256						P=0,070					

Araştırmaya katılanların vinyetlerin kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması açıklaması getirme durumu sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı ya da doğum öyküsü olmasına göre bir fark gözlenmemiştir. Ancak “kendi üreme kapasitelerinin farkında olmaması” yorumu klinik

vinyet 2 için yaş değişkeninde anlamlı bir farkın olduğu gözlenmiştir. Yaşları 40 yaş ve üstü olan katılımcıların %72.5'i klinik vinyet 2 için durumun kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması olarak açıklanabileceğine katılmadıklarını bildirirken bu oran 30-39 yaş arası katılımcılar için %55.6, 30 yaş altı katılımcılar için %45.3 olarak bildirilmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması” açıklaması getirme durumları

		Kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	64	32,5%	60	30,5%	73	37,1%	108	54,8%	43	21,8%	46	23,4%
	Erkek	15	34,9%	13	30,2%	15	34,9%	19	44,2%	15	34,9%	9	20,9%
P=0,948						P=0,189							
Yaş (yıl)	30 yaş altı	40	31,3%	38	29,7%	50	39,1%	58	45,3%	35	27,3%	35	27,3%
	30-39 yaş	23	31,9%	22	30,6%	27	37,5%	40	55,6%	16	22,2%	16	22,2%
	40 yaş ve üstü	16	40,0%	13	32,5%	11	27,5%	29	72,5%	7	17,5%	4	10,0%
P=0,745						P=0,044							
Medeni Durum	Evli	28	35,0%	21	26,3%	31	38,8%	45	56,3%	17	21,3%	18	22,5%
	Bekar	51	31,9%	52	32,5%	57	35,6%	82	51,3%	41	25,6%	37	23,1%
P=0,611						P=0,711							
Eğitim	Lisans	21	36,8%	14	24,6%	22	38,6%	23	40,4%	16	28,1%	18	31,6%
	Yüksek lisans	36	27,9%	44	34,1%	49	38,0%	68	52,7%	31	24,0%	30	23,3%
	Doktora	22	43,1%	13	25,5%	16	31,4%	35	68,6%	9	17,6%	7	13,7%
P=0,291						P=0,061							
Meslek	Psikolog	59	34,5%	54	31,6%	58	33,9%	85	49,7%	44	25,7%	42	24,6%
	Psikiyatrist	12	30,8%	11	28,2%	16	41,0%	26	66,7%	5	12,8%	8	20,5%
	Diğer	8	26,7%	8	26,7%	14	46,7%	16	53,3%	9	30,0%	5	16,7%
P=0,701						P=0,266							
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	57	34,1%	48	28,7%	62	37,1%	83	49,7%	42	25,1%	42	25,1%
	Evet	22	30,1%	25	34,2%	26	35,6%	44	60,3%	16	21,9%	13	17,8%
P=0,676						P=0,288							
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	59	33,3%	53	29,9%	65	36,7%	89	50,3%	44	24,9%	44	24,9%
	Evet	20	31,7%	20	31,7%	23	36,5%	38	60,3%	14	22,2%	11	17,5%
P=0,958						P=0,345							

Araştırmaya katılanların hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için kızgınlık ve öfke hissettiklerini bildirme oranları cinsiyet, yaş, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı, eşi veya kendisinde doğum öyküsü değişkenleri arasında herhangi bir fark olmadığı gözlenmiştir. Medeni durum değişkenleri incelendiğinde, klinik vinyet 1 için, evli olanların bekar olanlara göre daha yüksek kızgınlık ve öfke bildirdikleri tespit edilmiştir. Bekar katılımcılar %24.4, evli katılımcılar %38.8 oranında kızgınlık ve öfke bildirmişler, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 14’te sunulmuştur.

Tablo 14. Araştırmaya katılanların vinyetlere karşı kızgınlık ve öfke hissettiklerini bildirme oranları

		Kızgınlık ve öfke											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	94	47,7%	44	22,3%	59	29,9%	146	74,1%	34	17,3%	17	8,6%
	Erkek	19	44,2%	13	30,2%	11	25,6%	30	69,8%	10	23,3%	3	7,0%
		P=0,535						P=0,638					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	58	45,3%	33	25,8%	37	28,9%	93	72,7%	24	18,8%	11	8,6%
	30-39 yaş	37	51,4%	17	23,6%	18	25,0%	56	77,8%	11	15,3%	5	6,9%
	40 yaş ve üstü	18	45,0%	7	17,5%	15	37,5%	27	67,5%	9	22,5%	4	10,0%
		P=0,614						P=0,834					
Medeni Durum	Evli	28	35,0%	21	26,3%	31	38,8%	56	70,0%	17	21,3%	7	8,8%
	Bekar	85	53,1%	36	22,5%	39	24,4%	120	75,0%	27	16,9%	13	8,1%
		P=0,020						P=0,684					
Eğitim	Lisans	30	52,6%	12	21,1%	15	26,3%	42	73,7%	10	17,5%	5	8,8%
	Yüksek lisans	61	47,3%	33	25,6%	35	27,1%	98	76,0%	21	16,3%	10	7,8%
	Doktora	21	41,2%	11	21,6%	19	37,3%	35	68,6%	12	23,5%	4	7,8%
		P=0,610						P=0,845					
Meslek	Psikolog	85	49,7%	43	25,1%	43	25,1%	127	74,3%	30	17,5%	14	8,2%
	Psikiyatrist	15	38,5%	9	23,1%	15	38,5%	27	69,2%	10	25,6%	2	5,1%
	Diğer	13	43,3%	5	16,7%	12	40,0%	22	73,3%	4	13,3%	4	13,3%
		P=0,283						P=0,543					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	84	50,3%	41	24,6%	42	25,1%	124	74,3%	28	16,8%	15	9,0%
	Evet	29	39,7%	16	21,9%	28	38,4%	52	71,2%	16	21,9%	5	6,8%
		P=0,111						P=0,584					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	90	50,8%	42	23,7%	45	25,4%	131	74,0%	30	16,9%	16	9,0%
	Evet	23	36,5%	15	23,8%	25	39,7%	45	71,4%	14	22,2%	4	6,3%
		P=0,072						P=0,563					

Araştırmaya katılanların klinik vinyet 1 ve klinik vinyet 2 için acıma hissettiklerini bildirme oranları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı, eşi veya kendisine ait doğum öyküsüne göre bir fark gözlenmemiştir. Ancak klinik vinyet 1 için 40 yaş ve üstü katılımcılar anlamlı oranda acıma hissettiklerini bildirmişlerdir. Klinik vinyet 1 için 30 yaş altı katılımcıların %28.1'i, 30-39 yaş arası katılımcıların %30.6'sı, 40 yaş ve üzeri katılımcıların %57.5'i acıma hissettiklerini bildirmişlerdir. Bu fark anlamlı bulunmuştur. Klinik vinyet 2 için acıma hissettiklerini bildiren katılımcıların %14.8'i 30 yaş altı, %25.0'i 30-39 yaş arası, %22.5'i 40 yaş ve üstü olarak saptanmıştır. Arada anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sonuçlar Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. Araştırmaya katılanların vinyetlere karşı acıma hissettiklerini bildirme oranları

		Acıma											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	79	40,1%	51	25,9%	67	34,0%	117	59,4%	43	21,8%	37	18,8%
	Erkek	18	41,9%	11	25,6%	14	32,6%	24	55,8%	10	23,3%	9	20,9%
		P=0,978						P=0,907					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	52	40,6%	40	31,3%	36	28,1%	79	61,7%	30	23,4%	19	14,8%
	30-39 yaş	34	47,2%	16	22,2%	22	30,6%	39	54,2%	15	20,8%	18	25,0%
	40 yaş ve üstü	11	27,5%	6	15,0%	23	57,5%	23	57,5%	8	20,0%	9	22,5%
		P=0,007						P=0,485					
Medeni Durum	Evli	30	37,5%	19	23,8%	31	38,8%	39	48,8%	20	25,0%	21	26,3%
	Bekar	67	41,9%	43	26,9%	50	31,3%	102	63,8%	33	20,6%	25	15,6%
		0,511						0,059					
Eğitim	Lisans	26	45,6%	16	28,1%	15	26,3%	33	57,9%	13	22,8%	11	19,3%
	Yüksek lisans	51	39,5%	32	24,8%	46	35,7%	83	64,3%	27	20,9%	19	14,7%
	Doktora	18	35,3%	13	25,5%	20	39,2%	25	49,0%	10	19,6%	16	31,4%
		P=0,664						P=0,145					
Meslek	Psikolog	75	43,9%	47	27,5%	49	28,7%	103	60,2%	40	23,4%	28	16,4%
	Psikiyatrist	12	30,8%	9	23,1%	18	46,2%	19	48,7%	9	23,1%	11	28,2%
	Diğer	10	33,3%	6	20,0%	14	46,7%	19	63,3%	4	13,3%	7	23,3%
		P=0,134						P=0,324					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	68	40,7%	49	29,3%	50	29,9%	102	61,1%	37	22,2%	28	16,8%
	Evet	29	39,7%	13	17,8%	31	42,5%	39	53,4%	16	21,9%	18	24,7%
		P=0,083						P=0,340					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	74	41,8%	49	27,7%	54	30,5%	109	61,6%	39	22,0%	29	16,4%
	Evet	23	36,5%	13	20,6%	27	42,9%	32	50,8%	14	22,2%	17	27,0%
		P=0,191						P=0,162					

Araştırmaya katılanların hem klinik vinyet 1 hem klinik vinyet 2 için anneliğe adapte olamaz yorumu getirme durumları sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı ya da doğum öyküsü olmasına göre bir fark gözlenmemiştir. İlk klinik vinyetin anneliğe adapte olamayacağını düşünme oranı kadın katılımcılarda %66.0 , erkek katılımcılarda % 65.1 olarak ölçülürken ikinci klinik vinyetin anneliğe adapte olamayacağını düşünme oranı kadın katılımcılarda %17.8, erkek katılımcılarda %7.0 olarak ölçülmüştür. Klinik vinyet 1'in anneliğe adapte olamayacağı yargısına varan katılımcıların %67.2'sinin 30 yaş altı, %69.4'ünün 30-39 yaş arası, %55.0'inin 40 yaş ve üstü olduğu ölçülmüştür. Aynı yargı klinik vinyet 2 için 30 yaş ve altı katılımcılarda %14.1, 30-39 yaş arası katılımcılarda %22.2, 40 yaş ve üstü katılımcılarda %10 olarak bildirilmiştir. Psikologların %66.7'si, psikiyatristlerin %59.0'u, diğer meslek gruplarının %70.0'i klinik vinyet 1'in anneliğe adapte olamayacağını düşünürken, klinik vinyet 2'nin anneliğe adapte olamayacağını düşünen psikologlar %15.8, psikiyatristler %10.3, diğer meslek grubu mensupları %23.3 olarak ölçülmüştür. Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı olan katılımcıların %60.3'ü klinik vinyet 1'in anneliğe adapte olamayacağı yorumunu yaparken aynı katılımcıların sadece %19.2'si klinik vinyet 2'nin anneliğe adapte olamayacağını düşündüklerini bildirmişlerdir. Eşi veya kendisine ait doğum öyküsü olan katılımcıların % 60.3'ü klinik vinyet 1'in anneliğe adapte olamayacağını düşünürken, klinik vinyet 2'nin anneliğe adapte olamayacağını düşünme oranı eşi veya kendisine ait doğum öyküsü olan katılımcılar için %19.0 olarak ölçülmüştür. Sonuçlar Tablo 16'da sunulmuştur.

Tablo 16. Araştırmaya katılanların vinyetlere “anneliğe adapte olamaz” yorumu getirme durumları

		Anneliğe adapte olamaz											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	33	16,8%	34	17,3%	130	66,0%	116	58,9%	46	23,4%	35	17,8%
	Erkek	8	18,6%	7	16,3%	28	65,1%	26	60,5%	14	32,6%	3	7,0%
		P=0,954						P=0,149					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	18	14,1%	24	18,8%	86	67,2%	79	61,7%	31	24,2%	18	14,1%
	30-39 yaş	13	18,1%	9	12,5%	50	69,4%	38	52,8%	18	25,0%	16	22,2%
	40 yaş ve üstü	10	25,0%	8	20,0%	22	55,0%	25	62,5%	11	27,5%	4	10,0%
		P=0,350						P=0,432					
Medeni Durum	Evli	17	21,3%	12	15,0%	51	63,8%	45	56,3%	18	22,5%	17	21,3%
	Bekar	24	15,0%	29	18,1%	107	66,9%	97	60,6%	42	26,3%	21	13,1%
		P=0,449						P=0,260					
Eğitim	Lisans	9	15,8%	11	19,3%	37	64,9%	31	54,4%	16	28,1%	10	17,5%
	Yüksek lisans	18	14,0%	24	18,6%	87	67,4%	77	59,7%	31	24,0%	21	16,3%
	Doktora	13	25,5%	5	9,8%	33	64,7%	32	62,7%	12	23,5%	7	13,7%
		P=0,294						P=0,925					
Meslek	Psikolog	26	15,2%	31	18,1%	114	66,7%	102	59,6%	42	24,6%	27	15,8%
	Psikiyatrist	11	28,2%	5	12,8%	23	59,0%	23	59,0%	12	30,8%	4	10,3%
	Diğer	4	13,3%	5	16,7%	21	70,0%	17	56,7%	6	20,0%	7	23,3%
		P=0,364						P=0,609					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	26	15,6%	27	16,2%	114	68,3%	103	61,7%	40	24,0%	24	14,4%
	Evet	15	20,5%	14	19,2%	44	60,3%	39	53,4%	20	27,4%	14	19,2%
		P=0,473						P=0,457					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	27	15,3%	30	16,9%	120	67,8%	107	60,5%	44	24,9%	26	14,7%
	Evet	14	22,2%	11	17,5%	38	60,3%	35	55,6%	16	25,4%	12	19,0%
		P=0,423						P=0,687					

Araştırmaya katılanların klinik vinyet 1 olgusunun psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim yorumu getirme durumu sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, eğitim, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı ve eşi veya kendisine ait doğum öyküsüne göre bir fark gözlenmemiştir. Klinik vinyet 1 olgusu için evli katılımcıların %57.5'i, bekar katılımcıların %75.0'i psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak istediğini belirtmiş, bu fark anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılan psikologların %58.8'i, psikiyatristlerin %74.9'u, diğer meslek

grubu mensuplarının % 51.3'ü klinik vinyet 1 olgusunun psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isteyeceklerini bildirmiş, aradaki bu fark anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılanların klinik vinyet 2 olgusunun psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim yorumu getirme durumu sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı ve eşi veya kendisine ait doğum öyküsüne göre bir fark gözlenmemiştir. Araştırmaya katılan evli katılımcıların %58.8'i, bekar katılımcıların %68.8'i klinik vinyet 2 olgusunun psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak istediklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan psikologların %62.7'si, psikiyatristlerin %69.9'u, diğer meslek grubu mensuplarının %53.8'i klinik vinyet 2 olgusunun psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak istediklerini bildirmişlerdir. Aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Sonuçlar Tablo 17'de sunulmuştur.

Tablo 17. Araştırmaya katılanların vinyetlere “Psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.” yorumu getirme durumları

		Psikososyal tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.											
		Vaka 1						Vaka 2					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	16	8,1%	40	20,3%	141	71,6%	21	10,7%	46	23,4%	130	66,0%
	Erkek	6	14,0%	12	27,9%	25	58,1%	4	9,3%	12	27,9%	27	62,8%
		P=0,205						P=0,810					
Yaş (yıl)	30 yaş altı	13	10,2%	21	16,4%	94	73,4%	12	9,4%	27	21,1%	89	69,5%
	30-39 yaş	7	9,7%	19	26,4%	46	63,9%	8	11,1%	23	31,9%	41	56,9%
	40 yaş ve üstü	2	5,0%	12	30,0%	26	65,0%	5	12,5%	8	20,0%	27	67,5%
		P=0,257						P=0,396					
Medeni Durum	Evli	10	12,5%	24	30,0%	46	57,5%	10	12,5%	23	28,8%	47	58,8%
	Bekar	12	7,5%	28	17,5%	120	75,0%	15	9,4%	35	21,9%	110	68,8%
		P=0,022						P=0,308					
Eğitim	Lisans	5	8,8%	8	14,0%	44	77,2%	9	15,8%	12	21,1%	36	63,2%
	Yüksek lisans	13	10,1%	24	18,6%	92	71,3%	10	7,8%	31	24,0%	88	68,2%
	Doktora	4	7,8%	17	33,3%	30	58,8%	5	9,8%	14	27,5%	32	62,7%
		P=0,135						P=0,519					
Meslek	Psikolog	4	7,8%	17	33,3%	30	58,8%	5	9,8%	14	27,5%	32	62,7%
	Psikiyatrist	14	8,2%	29	17,0%	128	74,9%	14	8,2%	38	22,2%	119	69,6%
	Diğer	4	10,3%	15	38,5%	20	51,3%	5	12,8%	13	33,3%	21	53,8%
		P=0,027						P=0,140					
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	15	9,0%	31	18,6%	121	72,5%	17	10,2%	39	23,4%	111	66,5%
	Evet	7	9,6%	21	28,8%	45	61,6%	8	11,0%	19	26,0%	46	63,0%
		P=0,190						P=0,873					
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	16	9,0%	34	19,2%	127	71,8%	18	10,2%	41	23,2%	118	66,7%
	Evet	6	9,5%	18	28,6%	39	61,9%	7	11,1%	17	27,0%	39	61,9%
		P=0,280						P=0,786					

Araştırmaya katılanların kendi başlarına ya da erkek katılımcılar için eşlerinin başlarına vinyetlerde anlatılanlara benzer bir durum gelip gelmeyeceği hakkındaki düşünceleri sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim, meslek, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı, eşi veya kendisine ait doğum öyküsüne göre bir fark gözlenmemiştir. Sonuçlar Tablo 18’de sunulmuştur.

Tablo 18. Araştırmaya katılanların kendi başlarına ya da erkek katılımcılar için eşlerinin başlarına vinyetlerde anlatılanlara benzer bir durum gelip gelmeyeceği hakkındaki düşünceleri

		Benim başıma asla gelmez					
		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	60	30,5%	38	19,3%	99	50,3%
	Erkek	13	30,2%	12	27,9%	18	41,9%
P=0,413							
Yaş (yıl)	30 yaş altı	41	32,0%	27	21,1%	60	46,9%
	30-39 yaş	18	25,0%	17	23,6%	37	51,4%
	40 yaş ve üstü	14	35,0%	6	15,0%	20	50,0%
P=0,697							
Medeni Durum	Evli	16	20,0%	21	26,3%	43	53,8%
	Bekar	57	35,6%	29	18,1%	74	46,3%
P=0,037							
Eğitim	Lisans	19	33,3%	15	26,3%	23	40,4%
	Yüksek lisans	41	31,8%	23	17,8%	65	50,4%
	Doktora	13	25,5%	11	21,6%	27	52,9%
P=0,540							
Meslek	Psikolog	54	31,6%	32	18,7%	85	49,7%
	Psikiyatrist	11	28,2%	10	25,6%	18	46,2%
	Diğer	8	26,7%	8	26,7%	14	46,7%
P=0,794							
Eş/ kendi gebelik öyküsü	Hayır	53	31,7%	30	18,0%	84	50,3%
	Evet	20	27,4%	20	27,4%	33	45,2%
P=0,252							
Eş/kendi doğum öyküsü	Hayır	57	32,2%	34	19,2%	86	48,6%
	Evet	16	25,4%	16	25,4%	31	49,2%
P=0,457							

Araştırmaya katılan katılımcıların gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıklarının olup olmadığını soruşturan soruya verdikleri cevaplar sosyodemografik verilerle karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, eğitim, eşi veya kendisinde gebelik yaşantısına göre bir fark gözlenmemiştir. Ancak medeni durum, meslek grupları ve eşi veya kendisine ait doğum öyküsüne göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmüştür. Evli katılımcıların %73.8'i, bekar katılımcıların %89.4'ü gebeliğini 20. haftasından sonra fark etmiş bir tanıdığı olmadığını belirtirken, evli katılımcıların %26.3'ü, bekar katılımcıların %10.6'sı gebeliğini 20. haftasından sonra fark etmiş bir tanıdıkları olduğunu belirtmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcılara gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıkları olup olmadığını sorulduğunda psikologların %89.5'i, psikiyatristlerin %74.4'ü, diğer meslek grubu mensuplarının %66.7'si tanıdıklarının olmadığını bildirmiştir. Araştırmaya katılan psikologların %10.5'i, psikiyatristlerin 25.6'sı, diğer meslek grubu mensuplarının %33.3'ü gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş olan bir tanıdıkları olduğunu bildirmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Aynı soru eşi veya kendisine ait doğum öyküsü olan katılımcılara sorulduğunda eşi veya kendisinde doğum öyküsü olan katılımcıların %74.6'sı gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıkları olmadığını, %25.4'ü gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıkları olduğunu bildirmiştir. Kendisine veya eşine ait doğum öyküsü olmayan katılımcıların %87.6'sı gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdığı olmadığını bildirirken kendisine veya eşine ait doğum öyküsü olmayan katılımcıların %12.4'ü gebeliğini 20 haftadan sonra fark etmiş bir tanıdığı olduğunu bildirmiştir. Aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Araştırmaya katılanların gebeliğini 20. haftadan sonra fark etmiş bir tanıdıklarını soruşturan soruya cevapları

		Tanıdığınız bir kişi gebeliğini 20. haftadan sonra fark etti mi?			
		Hayır		Evet	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	164	83,2%	33	16,8%
	Erkek	38	88,4%	5	11,6%
		P=0,281			
Yaş (yıl)	30 yaş altı	113	88,3%	15	11,7%
	30-39 yaş	60	83,3%	12	16,7%
	40 yaş ve üstü	29	72,5%	11	27,5%
		P=0,056			
Medeni Durum	Evli	59	73,8%	21	26,3%
	Bekar	143	89,4%	17	10,6%
		P=0,003			
Eğitim	Lisans	48	84,2%	9	15,8%
	Yüksek lisans	110	85,3%	19	14,7%
	Doktora	42	82,4%	9	17,6%
		P=0,888			
Meslek	Psikolog	153	89,5%	18	10,5%
	Psikiyatrist	29	74,4%	10	25,6%
	Diğer	20	66,7%	10	33,3%
		P=0,001			
Eşi veya kendisinde gebelik yaşantısı	Hayır	146	87,4%	21	12,6%
	Evet	56	76,7%	17	23,3%
		P=0,053			
Eşi veya kendisine ait doğum	Hayır	155	87,6%	22	12,4%
	Evet	47	74,6%	16	25,4%
		P=0,026			

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Gebeliğin anne adayları tarafından ancak 20'inci haftasından sonra veya doğum anında fark edilmesi durumu olarak tanımladığımız fark edilmeyen gebelik olgusu toplumumuzda görülmesine rağmen tanınmayan ve gözden kaçan bir tıbbi durum olarak dikkat çekmektedir. Bu konuda yapılan tek kapsamlı çalışma 1995 – 1996 yılları arasında Almanya'nın Berlin kentinde gerçekleştirilen bir toplum tarama çalışmasıdır. Çalışmanın sonunda her 450 gebelikten 1'inde 'kısmi fark edilmeyen gebelik', her 2500 gebelikten 1'inde 'tam fark edilmeyen gebelik' olgusuna rastlanmıştır. Bildirilen bu oranlar gebeliğin fark edilmeyişin üçüz doğuma göre üç kat, kan uyuşmazlığına göre iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir.

Yapılan diğer çalışmalarda fark edilmeyen gebelik olgusu için bir risk grubunun belirlenemediğine dikkat çekilmiştir. Her yaştan, her eğitim düzeyinden, her meslekten, her ırktan, her sosyal sınıftan kadınlar bu durumu yaşayabilmektedirler.

Daha önce gebelik yaşamış ve doğum yapmış olan annelerin de yaşayabilecekleri fark edilmeyen gebelik olgusu herhangi bir psikoz, duygudurum bozukluğu, zeka geriliği gibi zihinsel işlevleri bozan bir duruma bağlı değildir. Fark etmedikleri ilerlemiş gebelikleri dışında bu kadınlar normal görünmekte ve günlük hayatlarını sorunsuz bir şekilde sürdürebilmektedirler.

Gebeliklerini fark etmeyen pek çok kadının gebelikleri süresince kilo almadıkları hatta bazı kadınların gebelik öncesi dönemlerine kıyasla kilo verdikleri, adet kanaması olarak algılanan kanamalar yaşadıkları, bikinili fotoğraflarında bile bedenlerinde gebeliği düşündürecek bariz bir değişikliğin görülmemesi bir o kadar şaşırtıcı bir durumdur. Eşlerinin ve yakın çevrelerinin de gebeliği fark etmedikleri çalışmalarda belirtilmiştir.

“Kısmi fark etmeme” olarak tanımladığımız anne adayının gebe olduğunun ancak gebeliğinin 20’inci haftasından sonra farkına varması, ya da “Tam fark etmeme” olarak tanımladığımız, anne adayının ancak doğum başladığında gebe olduğundan haberdar olması olgusu ile ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu anne adayları gebeliğin fizyolojik belirtilerini fark etmemekte, karınlarındaki bebeğin varlığını bilmemekte ve ne duygusal ne de sosyal olarak doğuma ve annelik rolüne hazırlanamamaktadırlar.

Söz konusu anne adaylarının, gebe olduklarının farkında olmadıkları; için sigara içmek, alkol tüketmek, fetüste kusurlu organ veya doku oluşmasına sebep olan teratojenik ilaç almak, ağır egzersiz yapmak ve boş zamanlarında tehlikeli fiziksel aktiviteler yapmak gibi annenin ve bebeğin sağlığına zarar verebilecek bir yaşam stilini sürdürdükleri bildirilmiştir. Gebeliğe uygun yaşam biçimi, gebeliğe özgü beslenme stili, doğum öncesi bakım gerçekleştiremeyen bu kadınlar hiç beklemedikleri bir anda ve herhangi bir tıbbi yardım almaksızın doğum yapabilmektedirler. Uygun olmayan bu koşullarda yapılan doğumlar neticesinde yenidoğan suda boğulma, kan kaybı veya travma gibi nedenlerden dolayı doğumdan hemen sonra ölebilmekte ve anne adayı kanun önünde yeni doğan bebeğini öldürme suçundan yargılanabilmektedir. Gebeliğin fark edilmeyişi, neonatisidin, doğum sonrası duygusal rahatsızlık, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon veya yeni doğanın reddi gibi olumsuz ve trajik sonuçlar doğurabilmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre ilk klinik vinyetteki kalkışılmış neonatisid olgusunda sağlık personelinin önemli bir kısmı tabloyu psikotik belirti ya da gizlenen gebelik olarak değerlendirebilmektedir. Beklemediği bir doğum ile karşı kaşıya kalan anne adayının yaşadığı şaşkınlık, şok ve bazı durumlarda da panik belirtileri ile tepki verdiği bu akut disosiyatif durumun anne adayının yeni doğana gereken müdahaleleri yapamamasını açıklayabilir. Bu tabloda planlı bir eylem olmadığını daha ziyade koruma ve bakıma ihtiyacı olan yeni doğan bebeğe gereken desteği sağlayabilmenin mümkün olmadığı bir durum söz konusudur.

Gebelik süresince gerekli tıbbi takibin yapılamaması, gebeliğinin farkında olmayan anne adayının alkol, sigara, uyuşturucu madde kullanması, doğumun hazırlıksız ve aniden başlaması, uygun olmayacak koşullarda ve yardımsız gerçekleşmesi hem anne hem de bebeğin sağlığı ve yaşamı için büyük riskler içermektedir. Bunun yanı sıra beklenmedik doğum ile şaşkına dönen annenin ya da çevresindekilerin verdikleri tepkiler de tehlikeli olabilmektedir. Bazı doğumlar ise neonatisid ile sonuçlanmaktadır.

Jenkins ve arkadaşları (2011), gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının %38'inin gebelikleri esnasında çeşitli sebeplerle doktorlarını ziyaret ettiklerini fakat gebelik tanısı almadıklarını bildirmişlerdir. Fark edilmeyen gebelik olgusu hakkında farkındalık arttıkça bu anne adayları ile ilk etapta temas eden kadın doğum uzmanları, ebeler, hekimler ve psikiyatristlerin semptomları teşhis etmeleri ve erken müdahale ile anne ve yeni doğanın sağlığına ve hayatına yönelik riskin önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmacılar, kadın doğum uzmanları ve hekimlerin, adet görüyor olsun ya da olmasın, mide bulantısı, kilo alımı, mide semptomları ya da gebelik belirtisi sayılabilecek herhangi bir şikayet ile başvuran, doğum yapabilecek yaşa gelmiş kadınlarda gebeliğin fark edilmiyor olma olasılığını göz önünde bulundurmalarının ve gebelik testi isteme oranlarını arttırmalarının olası bir riskin önüne geçeceğini bildirmektedirler (Jenkins ve ark., 2011).

Schauberger, Friedman ve arkadaşlarının (2007), özellikle bebek annesinin bakımına bırakılacaksa annenin doğumdan sonra psikiyatrik konsültasyon almasının kritik bir öneme sahip olduğunu belirttiklerini rapor etmiştir. Psikiyatrik konsültasyona ek olarak Çocuk Koruma Servisinin ve sosyal servislerin hastayı ve bebeği takip etmeleri gerektiğini söylemiştir. Araştırmacılar gebelik belirtilerini reddeden hastaların annelik rollerini reddetmediklerini, bilakis yeni doğanlarını kabul ettiklerini belirtmişlerdir. Schauberger uzmanların bu hastalara merhamet ve empati ile yaklaşmaları gerektiğini belirtmiş, gebelik reddinin özenli bir dikkat gerektiren derin psikososyal ve psikiyatrik yaraların ikincili olabileceğinin üzerinde durmuştur.

Hekimlerin, ebelerin ve hemşirelerin bu hastalara kısa dönem ve uzun dönem sağlık durumlarına yönelik bakım vermeleri gerektiğini savunmuştur.

Tablo 3'te gösterildiği üzere araştırmaya katılanlar iki klinik vinyete istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklı yorumlar getirmişlerdir. Sunulan olguların ilki daha genç, daha tecrübesiz ve bir suç işler biçimde doğum eylemi gerçekleştirip bebeği ölüme terk etmiş iken, ikinci olgu toplum içinde statüye sahip, daha olgun, tecrübeli bir hemşiredir. Dikkat çeken nokta her iki olgu için de durumu açıklama ya da duygularla ilgili araştırmaya katılanların baskın bir cevap vermemiş olmalarıdır. Araştırmada sorulan, duruma açıklama getiren yorumlar ya da klinik vinyetlerin yarattığı duygularla ilgili hiçbir oran %70'leri bulmamıştır. Herhangi bir madde için katılımcıların verdiği cevaplar %5'in altına düşmemiştir. “Büyük oranda katılmıyorum”, “kararsızım” ve “katılıyorum” seçenekleri birbirine yakın aralıklarla seyretmiştir. Bu durum kişilerin yaşından, cinsiyetinden, daha önce doğum yapmış olmasından ya da olmamasından, meslek grubundan bağımsız olarak birbirinden farklı biçimde sunulan iki fark edilmeyen gebelik olgusunun katılımcılar için kafa karıştırıcı olabildiğini ve bu durumla ilgili farkındalıklarının düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 3'te sunulan, iki vinyete getirilen yorumlar arasındaki farklılıklar ele alındığında ilk olgunun gizlenen gebelik; kişinin gebe olduğunu bilmesi ama çevresinden saklamasına %40 oranda katılan katılımcılar aynı olguda kişini psikotik, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ya da zeka geriliği gibi gizlenen gebelik, kişinin gebe olduğunu bilip çevresinden saklamasından tamamen farklı bir duruma da %40 oranda, katılan katılımcıların yine aynı durumu psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ya da zeka geriliği ya da kişinin gebe olduğunu bilip çevresinden saklaması durumunun dışında kişinin ihmalkarlığına, sorumsuzluğuna bağlama oranlarının %23.3 olduğunu ya da bu durumu istenmeyen gebelik ve kişinin bilinç dışı inkarı olarak açıklamalarının da %66.2 olduğunu, aynı grubun, kişinin yaşadığı tabloyu kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması olarak açıklama oranının da %36.7 olduğu görülmektedir.

Birbirinden tamamen farklı açıklamalara bu denli yüksek oranda katılım olması araştırmaya katılanların bu tabloyu yorumlamakta oldukça zorlandıklarını göstermektedir. Bu durumu destekler biçimde birinci olguyla ilgili sunulan seçeneklere “kararsızım” cevabı %17.5 ile %34.5 arasında seyretmektedir. Tablo 3’te dikkat çeken bir diğerk bulgu araştırmaya katılanların yaş, cinsiyet, meslek, kendi doğum öyküleri gibi özelliklerinden bağımsız olarak ikinci klinik vinyetle ilgili net bir karara varamamış olmalarıdır. İkinci klinik vinyette anlatılan gebeliğin sekizinci ayında doktorun uyarısıyla fark eden hemşireyle ilgili durumun gizlenen gebelik, gebe olduğunu bilmesi ama çevresinden saklaması olduğuna katılanlar %18, durumun psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu ya da zeka geriliği gibi psikiyatrik bir tablo olduğuna katılanların oranı %30, durumun kişinin “gebe olduğumu bilmiyordum” söyleminde samimi olmaması ve kişinin basitçe yalan söylediğini ifade ettiğine katılma oranı %28.8, durumun kişinin istenmeyen gebelik ve bilinç dışı inkar yaşadığına katılma oranı %51.2, durumun beynin vücuttaki gelişimi algılaması ve yorumlamasıyla ilgili fizyolojik bir bozukluk olduğuna katılma oranı %30, kendi üreme kapasitesinin farkında olmamasıyla açıklama oranı %22.9 olarak saptanmıştır.

Bu grupta en düşük oran kişinin hemşire olması sebebiyle durumu gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlik olarak açıklama oranıdır. Olguların sadece %2.5’i tabloyu deneyimsizlikle açıklamışlardır. Bu oran ilk klinik vinyet için %32.1 olarak bulunmuştur. Oysa araştırma hazırlanırken verilen klinik vinyetlerde durumun sadece farklı sosyodemografik özelliklere ve farklı sonuçlara sebep olması dışında fark edilmeyen gebelik olarak adlandırılabilcek biçimde benzer özelliklere sahip olmasına zen gösterilmiştir. Getirilen yorumların iki klinik vinyet için neredeyse bütün maddelerde istatistiksel olarak anlamlı fark göstermesi aslında özünde benzer durumun kişinin yaş, statü ve eylemin sonuçlarına göre karşı tarafta nasıl farklı biçimde yorumlara sebep olabileceğine iyi bir örnektir. Ancak bebeğin ölümüyle sonuçlanabilecek bir durumda bu olgu adli sistemimize göre ciddi ceza alabilecekken, ikinci olgudaki durumda kişinin hali bir hastalık olarak grlebilip hoş görülebilecektir ya da tedavi yoluna gidilebilecektir. Yine ikinci klinik vinyette de birçok yorum ve açıklama için katılımcıların kararsızım, katılıyorum ve katılmıyorum seçenekleri

arasında tercih yapmakta zorlandıkları ve 3 şık arasında birbirine yakın oranlarda ayrıştıkları görülmüştür.

Araştırmaya katılanların klinik vinyetleri gebelik işaretlerini bilememe ve deneyimsizlik olarak değerlendirmeleri her ne kadar iki olguda fark edilmeyen gebelik özelliklerini taşısa da ilk olgu için kadınlarda %32.5, erkeklerde %30.2 iken bu oran ikinci olgu için kadınlarda %1.5, erkeklerde %7 düzeyine inmiştir. Her ne kadar gebelik işaretlerini bilememe ve deneyimsizlik olarak tabloyu değerlendirenlerin sayısı ikinci olgu için oldukça az olsa da cinsiyete göre bir farklılık göstermiştir. Bu durum kadın cinsiyetin ve erkek cinsiyetin gebelik işaretlerini algılaması ve bunu deneyim ile ilişkilendirmesine bakıştaki bir farklılığı yansıtabilmektedir.

Araştırmaya katılanların klinik vinyetlerle ilgili olarak “bu kişinin başka konularda da muhakemesine güvenilemez” yorumu yapma oranları incelendiğinde yaş, cinsiyet, medeni durumdan bağımsız olarak psikiyatristler diğer meslek gruplarına oranla anlamlı şekilde daha az muhakemeye güvenilemeyeceği yargısı bildirmişlerdir. Örneğin klinik vinyet 1 için muhakemesine güvenilemeyeceği düşüncesi psikiyatristlerde %17.9 iken bu durum psikologlarda %47.1’dir. aynı şekilde klinik vinyet 2 içinde olgunun başka konularda da muhakemesine güvenilemeyeceği hissi psikiyatristler için %7.7 iken, psikologlar için bu oran %21.1 olarak saptanmıştır. Bu durum psikiyatristlerin, ruhsal hastalıkları daha yakından tanımları ve obsesyon, sanrılı bozukluk ya da psikotik başka hastalıklarda mental fonksiyonların ya da düşüncenin sadece bir alanında bozulma varken diğer alanlarının tamamen korunabileceğine aşına olduğunu gösterir.

Spinelli (2010) araştırmasında görüştüğü anne adaylarından birinin beklemediği ani doğum sırasında yaşadıklarını annenin kendi ağzından aktarmaktadır: “... O anda nasıl hissettiğimi hatırlamakta zorlanıyorum. Bir şeylerin yanlış olduğunun farkına vardığımı hatırlıyorum. Tüm bunları yaşayan kişi sanki siz değilsiniz. Hiç bir efor olmadan her şeyi uzağa, öteye itiyorsunuz. İçeride ise umutsuzca şunu diliyorsunuz, başka birisi bir şeylerin yanlış olduğunun farkına varacak” (Spinelli, 2010).

Böylesine bir şaşkınlık, neonatasid ile sonuçlanacak denli şiddetli şok tepkisine yol açabilmektedir. Burada annenin muhakemesinin ne denli korunduğu, bu durumun bir “suç” olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği tartışmalı bir konudur. Türk Ceza Hukuku’nda suç genel olarak üçe ya da dörde ayrılarak incelenmektedir. Bunlar:

- 1- Suçun kanunilik unsuru (tipiklik),
- 2- Hareket (fiil) unsuru,
- 3- Suçun hukuka aykırılık unsuru ve,
- 4- Suçun manevi unsuru (kast ve taksir).

Bunlar bir fiilin suç sayılabilmesi için üzerinde yükselmesi gereken dört sütundur. Buna göre: bir eylemin suç sayılabilmesi için o eylemin, kanunda suç olarak sayılan bir tanıma uygun, hukuka aykırı ve iradi olması gerekir.

1- *Suçun kanunilik unsuru (tipiklik):* Bununla kastedilen, ceza hukuku yaptırımına tabii tutulmak istenen bir olayın, olay gerçekleşmeden önce soyut olarak bir normla belirlenmesi gereğinin ifadesidir. Çünkü Anayasa’nın 38 ile Türk Ceza Kanunu’nun 2 maddesinde belirtildiği gibi yasalarla suç sayılmayan bir fiil suç sayılamaz ve bu şekilde suç sayılan bir fiile de yasalarda gösterilmeyen bir ceza verilemez.

2- *Hareket (fiil) unsuru:* Yukarıda belirttiğimiz üzere bir kanun maddesi ile (örneğin Türk Ceza Kanununda) suç olarak gösterilen bir fiilin (bu fiil yapma şeklinde de olabilir, yapmama şeklinde de) yasada tanımlanan sonucu ortaya çıkaracak şekilde icra edilmesidir.

3- *Suçun hukuka aykırılık unsuru:* Bir fiilin yukarıda belirttiğimiz gibi bir fiilin suç tanımına uyuyor olması, her zaman o fiilin suç olduğu anlamına gelmez. Yasada öngörülen bazı durumların varlığı halinde, suç olarak düzenlenen fiilin hukuka aykırılığı son bulur. Örneğin, TCK’ya göre suç olan adam öldürme fiili, gene TCK’da düzenlenen nefsi müdafaanın koşullarının varlığı halinde suç olmaktan çıkmaktadır.

4- *Suçun manevi unsuru (kast ve taksir):* Ceza Hukukuna göre bir fiilin işlenmesi tek başına o fiilin failini suçlu kılmaya yetmemekte, ayrıca o fiil ile faili

arasında psikolojik bir bağında mevcudiyetini gerektirmektedir. Buna göre TCK-21 maddesinde belirtildiği üzere bir fiilin suç sayılabilmesi için failin, o fiili bilerek ve isteyerek yapması gerekmektedir. Bilmeden kastedilen failin yaptığı fiilin sonuçlarını, nelere neden olabileceğini öngörebilecek olmasıdır. Yoksa failin yüzde yüz sonuçtan emin olması aranmaz. Failin fiilinin belirli bir neticeyi meydana getireceğini düşünmesi yeterlidir. Bu hususa ek olarak Ceza Hukuku, belli suçlar bakımından fiilin sonuçlarının sadece bilinmesini yeterli saymaktadır. Bilip, istenmesi gereken netice, ilgili kanun maddesinde suç tanımında yer verilmiş olan netice, yani zarar veya zarar tehlikesidir. Failin bu neticeye ulaşmak için harekete geçmiş olması gerekmektedir. Yalnız bazı suçlar bakımından sonucun gerçekleşmesi şart olmayıp, sadece fiilin gerçekleşmesi de yetmektedir.

Gerek Birleşmiş Milletler nezdinde gerekse Türk Ceza Kanunu mevzuatına göre 18 yaşın altındaki herkes çocuktur. Eğer bir çocuk annesi veya babası tarafından kasten ya da kastı aşan bir nedenle taksirle öldürülürse bu ağırlaştırıcı bir sebep olarak görülmektedir. Taksirde ise şu husus aranmaktadır: sonucu istemese bile kişinin öngörebilecek olması. Hiçbir şekilde öngörülemeyeceğinin ispatı suçu ortadan kaldırmaktadır.

Ölen çocuğun yeni doğan olması ile 18 yaşın altında herhangi bir yaşta olması arasında yaş bakımından Türk Ceza kanunları nezdinde bir fark Maddesine göre bulunmamaktadır. Fark; kastın olup olmayışına, kast varsa öldürme gerekçesine, kasıt yoksa da ihmalin derecesine göre farklı hükümler alır.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Fark edilmeyen gebelik olgusu henüz uluslararası tanı ölçütlerinde yer almamasına rağmen tıbbi bir durumdur. Gebeliklerini fark etmeyen anne adaylarının haberi aldıktan sonra uyum bozuklukları ve / veya depresyon gibi hastalıklar yaşayabilecekleri araştırmacılar tarafından bildirilmiştir. Hiç beklemedikleri bir anda aniden başlayan doğum esnasında anne psikolojik bir şok yaşamakta, doğum esnasında dissosiyasyon, doğum sonrasında travma sonrası stres bozukluğu yaşayabilmektedir. Bu hastalara merhamet ve empati ile yaklaşılması ve mutlaka bir ruh sağlığı birimine yönlendirilmeleri gerekmektedir. Ruh sağlığı çalışanlarının fark edilmeyen gebelik olgusunun farkında olup uygun desteği vererek annenin özellikle yeni duruma uyum sağlaması ve varsa eşlik eden patolojilerinin giderilmesi için uygun tedaviyi sunmaları ve anneye uygun desteği vermeleri gerekmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları araştırmaya katılan psikolog, psikiyatrist ve diğer meslek gruplarından katılımcıların fark edilmeyen gebelik olgularını tanımlayan vinyetler karşısında kararsızlık yaşadıklarını ve tabloyu tanımakta ve anlamlandırmakta zorlandıklarını düşündürmektedir. Tablonun gizlenen bir gebelik olabileceği, psikoz ya da zeka geriliği bir klinik mental bozukluğa bağlı olabileceği, gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizlikle açıklanabileceği, ihmalkarlığa ve sorumsuzluğa bağlı olabileceği, istenmeyen bir gebeliğin bilinçdışı inkarı olabileceği, ya da kadının kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması ile ilişkili olabileceği görüşlerinin hepsi birbirine yakın oranda benimsenmiştir. Her bir soru için katılımcıların yaklaşık ¼-1/3 lük bir kısmının kararsız kalması da tablonun yarattığı kafa karışıklığını göstermektedir.

Yapılan bir araştırmada anne adaylarının %38'inin çeşitli sebeplerle doktorlarını ziyaret ettikleri, buna rağmen gebelik tanısı almadıkları rapor edilmiştir. Gebeliklerinin farkında olmayan kadınlarla ilk temas edecek olan kadın doğum uzmanları, hekimler,

ebeler ve psikiyatristlerdir. Bu uzmanların fark edilmeyen gebelik olgusunun bilincinde olup, semptomları teşhis etmeleri olguya erken tanı ve müdahale imkanı sağlayacak bu şekilde anne ve bebeğin sağlığı ve hayatına yönelik riskin önüne geçebileceklerdir.

Araştırmamızın sonucunda, katılımcılara sunulan iki farklı fark edilmeyen gebelik olgusunun katılımcılar için kafa karıştırıcı olabildiği ve psikiyatrist, psikolog ve diğer meslek gruplarına mensup sağlık çalışanlarından oluşan katılımcıların bu olguya ilgili farkındalıklarının düşük olduğu gözlenmiştir.

Fark edilmeyen gebelik olgusunu katılımcıların gizlenen gebelik, kişinin gebe olduğunu bilmesi ama çevresinden saklaması, olarak algıladığı, durumun gebe kadının psikotik, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, zeka geriliği, ihmalkarlık ve sorumsuzluk, kadının kendi üreme kapasitesinin farkında olmamasıyla ilişkilendirdikleri gözlenmiştir.

Katılımcılar, bu kişilerin başka konularda da muhakemelerine daha az güvenebileceğini düşündüklerini bildirmişlerdir. Katılımcılar, doğumun neonatisid ile sonuçlanma olasılığının daha yüksek olduğu klinik vinyet 1 olgusu için, gebeliğini sekizinci ayında fark eden klinik vinyet 2 olgusuna kıyasla daha fazla öfke hissettiklerini rapor etmişlerdir.

Halbuki gebeliklerini fark etmeyen annelerle ilk temas edecek olana, tanı koyacak, tıbbi ve psikolojik yardım sağlayacak olanlar kadın doğum uzmanları, hekimler, ebeler ve psikiyatristlerdir. Fark edilmeyen gebelik olgusu üzerinde daha fazla çalışma yapılmasının sağlık çalışanlarının ve sosyal destek uzmanlarının olgu hakkında bilgilenmelerini ve farkındalıklarının arttıracacağı düşünülmektedir.

Hekimler, doğurabilme yaşına ulaşmış ve bulantı, karın ağrısı, kilo alma, karında şişkinlik, adet görmeme gibi yakınmalarla kendilerine başvuran kadınlarda, aksi yönde bildirimleri olsa dahi, gebeliğin fark edilmemesi olasılığı göz önünde bulundurularak gebelik testi isteyerek olası bir tehlikenin önüne geçebileceklerdir.

Hiç beklemedikleri bir anda, aniden, durumun ne olduğuna her hangi bir anlam vermeden ve tıbbi destekten yoksun gerçekleştirdikleri doğumlarının neonatisid ile

sonuçlanması durumunda bu anneler “kasten adam öldürme” suçu ile kanun önüne çıkabilmektedirler. Zorlu etik ve yasal sorunlar oluşturan bu durum, olgu hakkında bilgili uzman bir kadro tarafından değerlendirilmelidir.

Fark edilmeyen gebeliklerin doğasının içeriği pek çok farklı şekillerde açıklanmakta ve olgu genellikle altta yatan sorunlara dayandırılmaktadır. Fakat araştırma sonuçları risk altındaki anne adaylarının teşhis edilebilmesi için gerekli bilgiyi bulmakta yetersiz kalmaktadır. Bir çok değişkeni bünyesinde barındıran bu olgunun risk faktörlerini belirlemek şu anda imkansız görülmektedir. Bu konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılmasıyla bu sorunun giderileceği savunulmaktadır ancak her bir fark edilmeyen gebelik olgusu anne adayı ve yeni doğan için birçok risk taşımaktadır. Olguların büyük çoğunluğunda anneye gebe olduğu bildirildiğinde şaşkınlık tepkisinin ardından bunu kabul etmekte ve anneliğe adapte olabilmektedir. Ancak yine bildirilen birçok olgu fark edilmeyen gebelik esnasında farklı yakınmalarla başvurdukları sağlık profesyonellerinin de gebeliği gözden kaçırdıklarını göstermektedir.

Bizim araştırmamızda da psikiyatrist, psikolog, hemşire ve diğer bazı sağlık profesyonel gruplarının fark edilmeyen gebelik kavramına yabancı olduklarını ve tabloyu gizlenen gebelik, psikotik inkar, mental beceri eksikliği, suç olarak nitelendirmeye yatkın olabilecekleri kurma klinik vinyetler üzerinde gözlenmiştir.

6.2. Öneriler

6.2.1. Uygulamaya Yönelik Öneriler

Fark edilmeyen gebeliklerin erken saptanmasını, anne adayının uygun gebelik takibine ve psikolojik desteğe kavuşmasını, yenidoğanın bedensel ve psikolojik sağlamlık içinde doğma ve büyümesini, fark edilmeyen gebeliklerin yaratacağı adli sorunları ve ailevi krizleri önlemek için atılması gereken en önemli adım öncelikle sağlık personeli ve sonrasında da toplumun fark edilmeyen gebelikler konusunda bilinçlendirilmesi olacaktır.

Kadın doğum uzmanları, psikiyatristler ve psikologların ortak çalışması ile gebeliğini fark etmemiş bu annelere tıbbi ve psikolojik destek verilmeli, destekleyici psikoterapiler ile annenin ebeveynlik vasıflarının artırılması sağlanmalıdır. Eğer durum Tam Fark Edilmeyen Gebelik ise, anneye olguyla ilgili detaylı bir psikoeğitim verilip yaşadığı olayı daha sağlıklı bir şekilde değerlendirip anlamlandırabilmesine destek olunmalıdır.

Sosyal servislerin, özellikle yenidoğanın annenin bakımına bırakıldığı durumlarda bebeği ve anneyi takip etmeleri ve sosyal destek sunmaları anne ve bebeğin sağlıklı gelişimi için bir gereklilik olarak düşünülmektedir.

6.2.2.Araştırmaya Yönelik Öneriler

Fark edilmeyen gebelikler üzerinde oldukça az çalışılmış bir olgu grubudur. Bu konuda olgu bildirimleri arttıkça tablonun klinik özellikleri daha net belirlenebilecektir. Bu nedenle klinik uygulamada karşılaşılan olguların hasta mahremiyeti korunarak bilim dünyasına sunulması önem taşımaktadır.

Kadın Hastalıkları ve Doğum birimleri tarafından yapılacak ve fark edilmeyen gebelik insidansını verecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Halk sağlığı ile ilgilenen birimlerce fark edilmeyen gebeliklerin toplumdaki yaygınlığına dair çalışmalar yapılmalıdır.

Konunun yakından ilgili olduğu Adli Bilimler alanında da neonatasidlerin ne kadarlık bir kısmının fark edilmeyen gebelik sonucu oluştuğu incelenmelidir.

7. KAYNAKLAR

Aydın, N., vd, 2017, “Fark Edilmeyen Gebelikler: Bir Gözden Geçirme”, Klinik Psikiyatri, 20: ss. 318-331.

Barros, A.J.S., et al., 2015, “Attempted Serial Neonaticides: Case Report and A Brief Review of Literatures”, Journal of Forensic Sciences, Volume 61, (1): pp. 280-283.

Beier, K.M., Wille, R., and Wessel, J., 2006, “Denial of Pregnancy as a Reproductive Dysfunction: A Proposal for International Classification Systems”, Journal of Psychosomatic Research, Volume 61, (5): pp. 723-730.

Brezinka, C., et al., 1994, “Denial of Pregnancy: Obstetrical Aspects”, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, Volume 15, (1): pp. 1-8.

Bülbül, G., *Doğal Doğum*, Hayy Kitap, I. Baskı, İstanbul, 2016.

Chalet, S., et al., 2013, “Le Déni de Grossesse: étude Réalisée Sur 75 Dossiers de Découverte Tardive de Grossesse (The Denial of Pregnancy: Study of 75 Cases of Late Discovery of Pregnancy)”, Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Volume 171, (10): pp. 705-709.

Di Giacomo, E., et al., 2016, “Pregnancy Denial of Concealment: A Case Report Highlighting Risks and Forensic Aspects”, The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Volume 50, (9): pp. 924-925.

Di Giacomo, E., et al., 2017, “A Case Report Highlights the Neglect Problem of Pregnancy Denial”, European Psychiatry, Volume 41: pp. S901.

Finlay, F., Marcer, H., and Baverstock, A., 2016, “Concealed or Denied Pregnancy”, bathnes.gov.uk

Friedman, S.H., Heneghan, A., and Rosenthal, M., 2007, "Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy", *Psychosomatics The Journal of Consultation-Liaison Psychiatry*, Volume 48, (2): pp. 117-122.

Friedman, S.H., and Resnich, P.J, 2009, "Neonaticide: Phenomenology and Considerations for Prevention", *International Journal of Law and Psychiatry*, Volume 32, (1): pp. 43-47.

Giudice M.D., 2007, "The Evolutionary Biology of Cryptic Pregnancy: A Re-appraisal of the "Denied Pregnancy" Phenomenon", *Medical Hypotheses*, Volume 68, (2): pp. 250-258.

Gonçalves, T.G, Macedo, M.M.K., and Conz, J., 2014, "Non-Psychotic Denial of Pregnancy a Psychoanalytic Comprehension", *Interamerican Journal of Psychology*, Volume 48, (1): pp. 23-29.

Huizink, A.C., et al., 2004, "is Pregnancy Anxiety a Distinctive Syndrome?", *Early Human Development*, Volume 79, (2): pp. 81-91.

Jenkins, A., Millar, S., and Robins, J., 2011, "Denial of Pregnancy- A Literature Review and Discussion of Ethical and Legal Issues", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volume 104, (7): pp. 286-291.

Jimenez, X.F., Salerno, K.E., and Funk, M.C., 2015, "Trichlillomania and Trauma Dissociation and Alexithymia in a Case of Pregnancy Denial", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Volume 203, (12): pp. 971-974.

Jolissaint, J.F.Z., et al., 2015, "Seizures and Metrorrhagia: A Case of Denied Pregnancy", *The Lancet*, Volume 385: pp. 828.

Kaplan, R., and Grotowski, T., 1996, "Denied Pregnancy", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Volume 30, (6): pp. 861-863. (Published online: 11 May 2010)

Kenner, W.D., and Nicolson, S.E., 2015, "Psychosomatic Disorder of Gravida Status: False and Denied Pregnancies", *The Journal of Consultation – Liaison Psychiatry*, Volume 56, (2): pp. 119-128.

Kuppili, P.P., et al., 2017, "Delusional Denial of Pregnancy: Unique Presentation of Cotard's Syndrome in a Patient with Schizophrenia", *Asian Journal of Psychiatry*, 30: pp. 7-26.

Lee, A., et al., 2006, "Neonaticide, Newborn Abandonment, and Denial of Pregnancy-Newborn Victimization Associated with Unwanted Motherhood", *Hong Kong Med J.*, Volume 12: pp. 61-64.

Milden, R., et al., 1985, "Denial of Pregnancy: An Exploratory Investigation", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Volume 4, (4): pp. 255-261.

Miller, L.J., 1990, "Psychotic Denial of Pregnancy: Phenomenology and Clinical Management", *Psychiatric Service*, Volume 41, (11): pp. 1233-1237.

Neifert, P.L., and Bourgeois, J.A., 2000, "Denial of Pregnancy: A Case Study and Literature Review", *Military Medicine*, Volume 165, (7): pp. 566-568.

Nirman, D., et al., 2006, "The Incidence and Outcome of Concealed Pregnancies Among Hospital Deliveries: An 11-year Population-Based Study in South Glamorgan", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Volume 26, (2): pp. 118-121.

Oro, S., et al., 2015, "Pemphigoid Gestationis Revealing a Denial of Pregnancy", *JEADV: Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, Volume 30, (8): pp. 1411-1413.

Pitt, S.E., and Bale, E.M., 1995, "Neonaticide, Infanticide and Filicide: A Review of the Literature", *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Volume 23, (3): pp. 375-386.

Porter, T., and Gavin, H., 2010, "Infanticide and Neonaticide: A Review of 40 Years of Research Literature on Incidence and Causes", SAGE Journals, Volume 11, (3): pp. 99-112.

Razali, S., Kirkman, M., and Fisher, J., 2016, "Overlaps and Gaps in Understanding Filicide in Malaysia: Framework Analysis of the Perspectives of Service Providers and Convicted Women", International Conference on Women and Children Legal and Social Issues, ISBN No: 978-967-0171-65-4, pp:31-39.

Sandoz, P., 2011, "Reactive-Homeostasis as a Cybernetic Model of the Silhouette Effect of Denial of Pregnancy", Medical Hypotheses, Volume 77, (5): pp. 782-785.

Schauberger, C.W., 2014, "Denial of Pregnancy", The Gundersen Medical Journal, Volume 8, (2): pp. 124-127.

Schults, M.J., and Bushati, T., 2015, "Maternal Physical Morbidity Associated with Denial of Pregnancy", ANZJOG: The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, Volume 55, (6): pp. 559-564.

Spielvogel, A.M., and Hohener, H.C., 1995, "Denial of Pregnancy: A Review and Case Reports", Birth Issues in Perinatal Care, Volume 22, (4): pp. 220-226.

Spinelli, M.G., 2010, "Denial of Pregnancy: A Psychodynamic Paradigm", The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Volume 38: pp. 117-131.

Spinelli, M.G., 2011, "A Systematic Investigation of 16 Cases of Neonaticide", The American Journal of Psychiatry, Volume 158, (5): pp. 811-813.

Stotland, N.E, and Stotland, N.L., 1998, "Denial of Pregnancy", Primary Care Update for OB/GYNS, volume 5, (5): pp. 247-250.

Şar, V., et al., 2016, "Acute Dissociative Reaction to Spontaneous Delivery in a Case of Total Denial of Pregnancy: Diagnostic and Forensic Aspects", Journal of

Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation, Volume 18, (5): pp. 1-10.

Tallack, P., *Anne Karnında*, NTV Yayınları, I. Baskı, ISBN: 9756690604, 2007.

Tighe, S.M, and Lolor, J.G., 2016, “Concealed Pregnancy: A Concept Analysis”, JAN: Journal of Advanced Nursing, Volume 72, (1): pp. 50-61.

Toker, H., *Gebelik, Doğum ve Bebek Bakımı*, Dharma Yayınları, İstanbul, 2006.

Vellut, N., Cook, J.M., and Tursz, A., 2012, “Analysis of the Relationship Between Neonaticide and Denial of Pregnancy Using Data From Judicial Files”, Child Abuse & Neglect: The International Journal, Volume 36, (7-8): pp. 553-563.

Walloch, J.E., et al., 2007, “Delusional Denial of Pregnancy as a Special Form of Cotard’s Syndrome”, Psychopathology, Volume 40: pp. 61-64.

Wessel, J.B., 2002, “Denial of Pregnancy: Population Based Study”, BMJ (Clinical Research ed), Volume 324, (7335): pp. 458.

Wessel, J., Endrikat, J., and Buscher, U., 2002, “Frequency of Denial of Pregnancy: Results and Epidemiological Significance of a 1-year Prospective Study in Berlin”, AOGS: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Volume 81, (11): pp. 1021-1027.

Wessel, J., and Endrikat, J., 2005, “Cyclic Menstruation-Like Bleeding During Denied Pregnancy. Is There a Particular Hormonal Cause?”, Gynecological Endocrinology, Volume 21, (6): pp. 353-359.

Wessel, J., Burmester, A.G., and Gerlinger, C., 2010, “Denial of Pregnancy-Characteristics of Women at Risk”, AOGS: Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Volume 86, (5): pp. 542-546.

Yavuzer, H., *Anne Olmak*, Remzi Kitabevi, Beşinci Basım, İstanbul, 2015.

Yuce, H., et al., 2015, “Prevalence of Denial of Pregnancy and Associated Factors in Turkey”, The International Marcé Society For Perinatal Mental Health Biennial Scientific Conference; Swansea University, Swansea, Wales, UK: Archives of Women’s Mental Health: pp. 343.

Zafer, H., *Ceza Hukuku Genel Hükümler Ders Kitabı*, Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş., İkinci Basım, İstanbul, 2016.



EKLER

Sorunlu Gebelik Tutum Anketi

Bu araştırma Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans tez çalışması olarak, farklı görevlerdeki sağlık personelinin az tanınan bir klinik tablo ile ilgili algı ve görüşlerini öğrenmek için yapılmaktadır. Ankete katılmayı kabul etmeniz halinde size çoktan seçmeli 40 soru yöneltilecektir. Tamamlamanız yaklaşık 8-10 dakika sürecektir. Araştırma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmada kimlik bilgileriniz gizlidir, adınızı yazmanız istenmemektedir. Tüm veriler bir grup olarak analiz edilecektir, bireysel bir değerlendirme yapılmayacaktır. Elde edilen sonuçlar az tanındığı varsayılan tıbbi durumlarla ilgili farkındalık geliştirilmesi konusunda yol gösterici olacaktır. Detaylı bilgi için b.a.bostanci@hotmail.com e-posta adresinden araştırmacıya başvurabilirsiniz. Teşekkür ederiz.

Olgu 1:

Ayşegül Hanım 24 yaşında, bir yıldır nişanlı, lise mezunu, çalışmayan, daha öncesinde bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış, normal gündelik hayatını sürdürebilen bir genç kadındır.

Karın ağrısı yakınması ile gittiği hastanenin tuvaletinde doğum yapar ve bebeği naylon torbaya koyarak tuvalet çöpüne terk edip hastaneden ayrılır. Bebek saatler sonra hastane personeli tarafından bulunur, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde tedaviye alınır. Güvenlik kamerası kayıtlarından Ayşegül Hanım'ın kimliği tespit edilir ve adli süreç başlatılır.

İfadesinde karın ağrısı ile hastaneye gittiğini, gebe olduğunu bilmediğini, tuvalette bir anda bebeğin başını görmesi ile paniğe kapıldığını, ne yapacağını bilemediğini, şok halinde bebekten kurtulmak istediğini ve çöpe atıp hemen eve döndüğünü, ailesine herhangi bir şey söylemediğini bildirir. İfadesi boyunca defalarca “ben gebe değilim” demesi dikkat çeker. Ancak detaylı öykü alındığında 6-7 aydır adet görmediğini bildirir.

Ayşegül Hanım'ın aynı evde yaşadığı anne-babası olaya inanamazlar, kızlarının hamile olmadığını belirtirler. Nişanlısı ise Ayşegül Hanım ile aralarında bir sorun bulunmadığını, 2 ay sonra evleneceklerini, son 3 aya kadar cinsel ilişkileri olduğunu, herhangi bir gebelik durumu fark etmediğini, ancak 3 aydır iş için başka şehirde yaşaması nedeniyle gebelikten haberdar olmadığını belirtir.

9. Ayşegül Hanım'ın durumu “gizlenen gebelik” olarak tanımlayabileceğimiz kadının gebe olduğunu bilmesi ancak çevresinden saklaması durumundan ibarettir.

10. Ayşegül Hanım'ın doğum gerçekleşene kadar gebeliği fark etmemesi ancak psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, zeka geriliği gibi zihinsel işlevleri bozan bir duruma bağlıdır.

11. Ayşegül Hanım'ın ilerlemiş gebeliği fark etmemesinin temel sebebi gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizliktir.

12. Ayşegül Hanım'ın kendi ilerlemiş gebeliğini fark etmemiş olması nedeni ile başka konularda da muhakemesine güvenilemez (ev idaresi, çocuk bakımı).

13. Ayşegül Hanım'ın gebeliği doktorlar ya da çevresi tarafından daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi.

14. Ayşegül Hanım'ın “doğurana kadar gebe olduğumu bilmiyordum” söyleminde samimi değildir, gerçeği ifade etmemektedir.

15. Ayşegül Hanım'ın gebeliğini fark etmemesi ihmalkarlığı ve sorumsuzluğuna bağlıdır.

16. Ayşegül Hanım'ın yaşadığı durum “istenmeyen gebelik” ve bu gebeliği fark etmeye rağmen bilinçdışı bir savunma mekanizması ile inkardır.

17. Ayşegül Hanım'ın yaşadığı durum beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur.

18. Ayşegül Hanım'ın yaşadığı durum kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması ve yaşadığı cinsel ilişki ile gebelik ihtimali arasında zihninde bir bağ kurmamasına bağlıdır.

19. Ayşegül Hanım'a karşı içimde kızgınlık ve öfke uyandı.

20. Ayşegül Hanım'a karşı içimde acıma hissi uyandı.

21. Ayşegül Hanım'ın anneliğe adapte olması ve bu çocuğunu sağlıklı biçimde büyütmesi çok düşük ihtimaldir.

22. Seçme şansım olsaydı, bu olaydan sonra Ayşegül Hanım'a verilecek psikosoyal-tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.

Olgu 2:

Zehra Hanım 36 yaşında, kıdemli hemşire, onkoloji hastanesinde çalışıyor. 10 yıldır evli, 8 ve 5 yaşlarında iki çocuğu var. Bilinen bir psikiyatrik hastalığı ya da psikosoyal stres faktörü yok. Karın ağrısı, karında şişkinlik yakınması ile başvurduğu dahiliye polikliniğinde doktorun gebelikten şüphelenmesi üzerine yapılan değerlendirmede 32 haftalık (8 aylık) gebelik saptanır. Zehra Hanım'ın gebe olduğunun farkında olmadığını söylemesi tüm çevresini şaşırtır. 8 aydır adet görmemektedir, 6 ay kadar önce bulantı-kusma-halsizlik yakınmaları ile bir kaç defa doktora gitmiştir.

Zehra Hanım'ın eşi de şaşkındır. Eşinin daha önce iki gebelik yaşadığını, gebelik belirtilerini iyi bildiğini, sağlık personeli olması nedeni ile de bu ilerlemiş evredeki gebeliği gözden kaçırmamasına inanmadığını belirtir. Cinsel yaşamları sorgulandığında, düzenli bir cinsel hayatları olduğu ancak korunmadıklarını söyler. Gecikmeli olarak gebelik takibine başlanan Zehra Hanım Miadında doğum yapar.

24. Zehra Hanım'ın durumu "gizlenen gebelik" olarak tanımlayabileceğimiz kadının gebe olduğunu bilmesi ancak çevresinden saklaması durumundan ibarettir.

25. Zehra Hanım'ın gebeliğin 8. ayına kadar gebeliği fark etmemesi ancak psikoz, psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, zeka geriliği gibi zihinsel işlevleri bozan bir duruma bağlıdır.

26. Zehra Hanım'ın ilerlemiş gebeliği fark etmemesinin temel sebebi gebelik işaretlerini bilmeme ve deneyimsizliktir.

27. Zehra Hanım'ın kendi ilerlemiş gebeliğini fark etmemiş olması nedeni ile başka konularda da muhakemesine güvenilemez (çalışma hayatı, çocuk bakımı).

28. Zehra Hanım'ın gebeliği doktorlar ya da çevresi tarafından daha erken fark edilmiş olup kendisine bildirilseydi, gebe olduğunu kabul ederdi.

29. Zehra Hanım'ın "gebe olduğumu bilmiyordum" söylemi samimi değildir.

30. Hemşire Zehra Hanım'ın gebeliğini fark etmemesi ihmalkarlığı ve sorumsuzluğuna bağlıdır.

31. Zehra Hanım'ın yaşadığı durum istenmeyen gebelik ve bu gebeliği fark etmeye rağmen bilinçdışı bir savunma mekanizması ile inkardır.

32. Zehra Hanım'ın yaşadığı durum beynin vücuttaki değişimi algılama ve yorumlamasıyla ilişkili fizyolojik bir bozukluktur.

33. Zehra Hanım'ın yaşadığı durum kendi üreme kapasitesinin farkında olmaması ve yaşadığı cinsel ilişki ile gebelik ihtimali arasında zihninde bir bağ kuramamasına bağlıdır.

34. Zehra Hanım'a karşı içimde kızgınlık ve öfke uyandı.

35. Zehra Hanım'a karşı içimde acıma hissi uyandı.

36. Hemşire Zehra Hanım'ın anneliğe adapte olması ve bu çocuğunu sağlıklı biçimde büyütmesi çok düşük ihtimaldir.

37. Seçme şansım olsaydı, bu olaydan sonra hemşire Zehra Hanım'a verilecek psikososyal-tıbbi destek ekibinde yer almak isterdim.

38. İlerlemiş evresine rağmen gebe olduğumu fark etmeme durumu benim başıma asla gelmez. (Erkekler için: İlerlemiş evresine rağmen karımın gebe olduğunu fark etmeme durumu benim başıma asla gelmez).

39. Daha önce siz, yakınınız, hastanız ya da şahsen tanıdığınız bir kişi gebeliğini 20. haftadan sonra fark etti mi?

40. Cevabınız “evet” ise tam olarak ne olduğunu kısaca yazmak ister misiniz? (yakınlık derecesi, kaçınıcı hafta-ayda fark etti, nasıl fark etti, sonra neler oldu?) Önceki soruya cevabınız hayır ise, bu soruya da hayır yazınız.



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Banu Bostancı

Doğum Tarihi: 1972

Eğitim Durumu:

İzmir Özel Amerikan Koleji 1990

Wichita East High School 1991

Boğaziçi Üniversitesi,
Fen Edebiyat Fakültesi,
Psikoloji Bölümü 1997

Marmara Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Organizational Behavior Master Program 1999

Üsküdar Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Klinik Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisansı Devam etmekte

Yabancı Diller:

İyi seviyede İngilizce

İş Deneyimleri:

2018: Üsküdar Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Biriminde Asistan Psikolog

2018: Prof. Dr. İlkay Kasatura Psikoterapi Merkezinde Psikolog

Bilimsel Yayın ve Çalışmalar:

Sayar, G. H., Bostancı, B., and Omay, O., 2018, “Denial of Pregnancy”, 26th European Congress of Psychiatry / European Psychiatry , Vol.48, s. 758.

Dinleyici Olarak Katıldığı Kongreler:

II. Avrasya Pozitif Psikoloji Kongresi

III. Ulusal Cinsel Sağlık Kongresi

Aldığı Eğitimler:

Psikoterapi Enstitüsü Derneği

“Terapistin Danışanılla İlk Görüşmesi” konulu seminer (3 saat)

“Sözsüz İletişim” konulu seminer (3 saat)

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği ve POEM

Çocuk ve Ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi Eğitim Programı (50 saat)

Üsküdar Üniversitesi Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi

Bilişsel Davranışçı Terapide Otomatik Düşünce Saptanması ve Sokratik Sorgulama (7 saat)

Bilişsel Davranışçı Terapide Formülasyon (7 saat)

Kişiler Arası İlişkiler Psikoterapisi Giriş Eğitimi (64 saat)

An’daki Beyin Nörobilim Temelli Farkındalık Eğitimi (10 saat)

Açık Beyin Eğitim ve Danışmanlık

Nörojenik Stres Yönetimi Eğitimi (3 saat)

Rorschach ve Projektif Testler Derneği

Çocuk, Ergen ve Yetişkin Yeme Bozukluklarının Projektif Testlerle Değerlendirilmesi Etkinliği (7 saat)

Ergen Psikopatolojileri ve Rorschach ve TAT Testi Eğitimi (Devam etmekte)

Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği

Evlilik Terapisi Eğitimi (108 saat)

Cinsel Terapi Eğitimi (Devam etmekte)