



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

**GEBELİK KAYBI YAŞAYAN ÇİFTLERİN SOSYAL DESTEK  
SİSTEMLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIM DESTEĞİNİN,  
DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**ÖZLEM CANDAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. HEDİYE ARSLAN**

**İSTANBUL - 2012**



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

**GEBELİK KAYBI YAŞAYAN ÇİFTLERİN SOSYAL DESTEK  
SİSTEMLERİ VE HEMŞİRELİK BAKIM DESTEĞİNİN,  
DEPRESYON DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**ÖZLEM CANDAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELİK**

**DANIŞMAN  
Prof. Dr. HEDİYE ARSLAN**

**İSTANBUL - 2012**

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi ÖZLEM CANDAN tarafından hazırlanan "*Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin Depresyon Düzeylerine Etkisi*" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 31.10.2012

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Hediye ARSLAN  
: Bilim.Üniv.F.N.H. Fak.(Danışman)

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
: Haliç Üniv.SBYO

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ  
: Bilim Üniv.HYO

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## **I. TEŞEKKÜR**

Tüm Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana her konuda rehberlik eden, ilgi ve desteğini her zaman hissettiğim, bilgi, beceri ve deneyimlerinden yararlandığım danışman hocam Prof. Dr. Hediye Arslan' a,

Gösterdikleri destek ve yardımlarından dolayı Beykoz Devlet Hastanesi Başhekimlik ve Başhemşireliği' ne,

Çalışmamı yürüttüğüm kadın doğum poliklinikleri ve servisinde görev yapan tüm ekip arkadaşlarıma,

Sabrını ve desteğini benden hiç esirgemeyen canım ev arkadaşım Nurcan Aldemir' e,

Ve bütün hayatım boyunca her zaman yanımda olan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan canım babama, canım aileme,

**TEŞEKKÜR ETMEYİ BİR BORÇ BİLİRİM.**

Özlem CANDAN

## II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

I.	TEŞEKKÜR.....	I
II.	İÇİNDEKİLER .....	II
III.	KISALTMALAR ve SİMGELER .....	V
IV.	TABLoların LİSTESİ .....	VI
1.	ÖZET.....	1
2.	SUMMARY .....	2
3.	GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
4.	GENEL BİLGİLER.....	7
4.1.	Gebelik Kayıpları.....	7
4.1.1.	Gebelik Kayıplarında Etiyolojik Faktörler.....	8
4.2.	Abortuslar .....	9
4.2.1.	Abortus Tanımı .....	9
4.2.2.	Abortus Sınıflandırması .....	9
4.3.	Perinatal ve Neonatal Bebek Ölümleri .....	12
4.4.	Ölü Doğum.....	13
4.5.	Kayıp Duygusu .....	13
4.5.1.	Kayıbın Oluşacağını Kabullemek .....	14
4.6.	Ebeveynlerin Gebelik Kaybında Yaşadığı Sorunlar ve Gösterdikleri Tepkiler .....	15
4.7.	Gebelik Kaybı ve Depresyon .....	18
4.7.1.	Depresyon .....	18
4.7.1.1.	Depresyonun Tanımı .....	18
4.7.1.2.	Depresyonun Görülme Sıklığı .....	18
4.7.1.3.	Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar .....	19
4.7.1.4.	Depresyonun Klinik Özellikleri.....	19
4.7.2.	Gebelik Kaybında Depresyon .....	20
4.7.2.1.	Gebelik Kaybında Depresyonun Önemi.....	20
4.7.2.2.	Gebelik Kaybında Depresyonun Etkileri ve Sonuçları .....	20
4.7.2.3.	Gebelik Kaybında Ebeveynlerin Depresyon Düzeyini Etkileyen Faktörler.....	22
4.7.3.	Gebelik Kaybında Ebeveynlerin Başa Çıkma Yöntemleri.....	22
4.8.	Gebelik Kaybı ve Sosyal Destek.....	24
4.8.1.	Sosyal Destek Kavramı .....	24
4.8.1.1.	Sosyal Desteğin Bileşenleri .....	24
4.8.1.2.	Sosyal Destek Kaynakları.....	25

4.8.2.	Gebelik Kaybı Sonrası Sosyal Destek .....	25
4.9.	Gebelik Kaybının Hemşirelik Bakımı Açısından Önemi .....	27
4.10.	Gebelik Kaybı Yaşayan Ebeveynlerin Hemşirelik Bakımı .....	29
4.10.1.	Gebelik Kaybı Yaşayan Ebeveynlerde Karşılaşılan ve Bakımda Ele Alınabilecek Hemşirelik Tanıları .....	29
<b>5.</b>	<b>GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>36</b>
5.1.	Araştırmanın Şekli .....	36
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	36
5.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	36
5.4.	Araştırmaya Katılma Kriterleri .....	37
5.5.	Verilerin Toplanması .....	37
5.5.1.	Veri Toplama Araçları .....	37
5.5.1.1.	Gebelik kaybı yaşayan kadınlara ait veri toplama formu .....	37
5.5.1.2.	Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerine ait veri toplama formu.....	37
5.5.1.3.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	38
5.5.1.4.	Beck Depresyon Ölçeği; (BDÖ), (Beck Depression Inventory - BDI) : .....	38
5.5.1.5.	Hemşirelik Bakım Rehberi .....	39
5.6.	Araştırmanın planı .....	40
5.7.	Uygulama .....	40
5.8.	Verilerin Analizi .....	42
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları .....	42
5.10.	Etik İlkeler .....	42
<b>6.</b>	<b>BULGULAR .....</b>	<b>44</b>
6.1.	Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Dağılımı .....	45
6.2.	Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Eşlerine Ait Özelliklerin Dağılımı .....	55
6.3.	Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	61
6.4.	Kadın ve Erkeklerin Algılanan Sosyal Destek Puanları Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması .....	62
6.5.	Kadınların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ile Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması .....	63
6.6.	Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	64
6.7.	Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	67
6.8.	Kadınların Gebelik Kaybı Sürecine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	71
6.9.	Erkeklerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	75
<b>7.</b>	<b>TARTIŞMA .....</b>	<b>80</b>
7.1.	Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Tartışılması .....	80

7.1.1.	Gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp süreci ve kayıpla ilgili tanılama özelliklerine ait verilerin tartışılması .....	80
7.2.	Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Eşlerine Ait Özelliklerin Tartışılması .....	83
7.2.1.	Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin gebelik kaybı süreci ve kayıpla ilgili tanılama özelliklerine ait verilerin tartışılması .....	83
7.3.	Kadınların demografik, obstetrik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının tartışılması .....	84
7.4.	Erkeklerin demografik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının tartışılması .....	88
7.5.	Hemşirelik Bakım Desteğine Ait Verilerin Tartışılması .....	89
<b>8.</b>	<b>SONUÇ ve ÖNERİLER.....</b>	<b>94</b>
<b>9.</b>	<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>96</b>
<b>10.</b>	<b>EKLER.....</b>	<b>105</b>
	Ek 1: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Veri Toplama Formu .....	106
	Ek 2: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadının Eşine Ait Veri Toplama Formu .....	111
	Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.....	114
	Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği .....	115
	Ek 5: Hemşirelik Bakım Rehberi .....	118
	Ek 6: Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	129
	Ek 7: Sağlık Bakanlığı Beykoz Devlet Hastanesi İzin Kağıdı .....	130
<b>11.</b>	<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>131</b>

### **III. KISALTMALAR ve SİMGELER**

<b>ACOG</b>	American College of Obstetrics and Gynecologist
<b>BDÖ</b>	Beck Depresyon Ölçeği
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>MSPSS</b>	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
<b>NANDA</b>	North Amerikan Nursing Diagnosis Association
<b>NIC</b>	Nursing Interventions Classification
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
<b>WHO</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>HBD</b>	Hemşirelik Bakım Desteği



## IV. TABLOLARIN LİSTESİ

### Sayfa No

Tablo 6.1.1. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri .....	45
Tablo 6.1.2. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Evlilik Özelliklerinin Dağılımı .....	46
Tablo 6.1.3. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı .....	47
Tablo 6.1.4. Gebelik Kaybı Süreci Özelliklerinin Dağılımı .....	48
Tablo 6.1.5. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı.....	50
Tablo 6.1.6. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Diğer Tanılama Özelliklerinin Dağılımı .....	52
Tablo 6.1.7. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Destek Sistemlerinin Dağılımı.....	53
Tablo 6.1.8. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Ruhsal Sıkıntı Öyküsü Özelliklerinin Dağılımı.....	54
Tablo 6.1.9. Kaybın Kadınlar Üzerinde Etki Özelliklerinin Dağılımı.....	54
Tablo 6.2.1. Eşlerin Sosyo - demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	55
Tablo 6.2.2. Eşlerin Ruhsal Sıkıntı Öyküsü Özelliklerinin Dağılımı .....	56
Tablo 6.2.3. Eşlerin Gebelik ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı .....	56
Tablo 6.2.4. Eşlerin Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı.....	57
Tablo 6.2.5. Eşlerin Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı.....	58
Tablo 6.2.6. Eşlerin Kayıp Sonrası Destek Sistemlerinin Dağılımı .....	59
Tablo 6.2.7. Kaybın Eşler Üzerinde Etki Özelliklerinin Dağılımı .....	60
Tablo 6.3.1. İlk Görüşmede Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	61
Tablo 6.3.2. Kadınlarda HBD Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması .....	61
Tablo 6.4.1. Kadın ve Erkeklerin Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	62
Tablo 6.5.1. Kadınların HBD öncesi ve sonrası BDÖ puan ortalamaları ile Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki İlişki .....	63
Tablo 6.6.1. Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	64
Tablo 6.6.2. Yerleşim Yerine Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	65
Tablo 6.7.1. Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	67
Tablo 6.7.2. Gebelik Sayısına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	69
Tablo 6.7.3. Daha Önceki Gebelik Kayıplarına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	70
Tablo 6.8.1. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	71
Tablo 6.8.2. Ruhsal Sıkıntı Öyküsüne Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	72
Tablo 6.8.3. Eş ile İletişim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	73
Tablo 6.8.4. Yakınlarıyla Paylaşma Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	74
Tablo 6.9.1. Eğitim Düzeyine Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	75
Tablo 6.9.2. Ruhsal Sıkıntı Öyküsüne Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması.....	76
Tablo 6.9.3. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	76
Tablo 6.9.4. Eş ile İletişim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	77
Tablo 6.9.5. Yakınlarıyla Paylaşma Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması .....	78

## 1. ÖZET

### **Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin depresyon düzeylerine etkisi**

Bu çalışma gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla, ön test - son test kontrollü yarı deneysel araştırma yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Araştırmamızda, Eylül 2011 - Ocak 2012 tarihleri arasında Beykoz Devlet Hastanesi Kadın Doğum Bölümü' ne başvuran ve gebelik kaybı yaşayan tüm çiftlere ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini, gebelik kaybı yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 52 çift oluşturmuştur. Kayıp yaşanan gebelik haftaları ile ilgili herhangi bir sınırlama getirilmemiştir. İlk görüşme, kayıptan 1 hafta sonra görüşme ve kayıptan 2 hafta sonra görüşme olmak üzere 52 çiftle toplam 3 kez görüşülmüştür. İlk görüşmede; çiftlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veriler anket formu ile toplanmış, eğitim öncesi Beck Depresyon Ölçeği ile depresyon düzeyleri belirlenmiş ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. İkinci görüşmede; elde edilen bulgulara göre hemşirelik tanıları belirlenmiş ve buna yönelik çiftlere bakım ve eğitim desteği sağlanmıştır. Son görüşmede; Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak sonuçlar değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U testi, Wilcoxon işaret testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda kadınların hemşirelik bakım desteği sonrası depresyon düzeyi ortalaması, hemşirelik bakım desteği öncesi depresyon düzeyi ortalamasından düşük bulunmuştur. Bu da gebelik kaybında depresif belirti düzeyini azaltmakta hemşirelik bakım desteğinin etkin olduğunu göstermektedir. Erkeklerin depresyon düzeyi ortalaması, kadınların depresyon düzeyi ortalamasından daha düşük bulunmuştur. Erkeklerin çoğunun tepkisiz kaldığı ve yaşadıkları bu olayı kadınlara göre daha kolay kabullendikleri görülmüştür. Ebeveynlere verilen hemşirelik bakım desteğinin depresyon belirti düzeylerini önemli bir şekilde azalttığı ve sosyal destek sistemleri ile depresyon arasında negatif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Depresyon, gebelik kaybı, hemşirelik bakımı, sosyal destek

## 2. SUMMARY

### **Social support systems of couples who experiencing pregnancy loss and the effects of nursing care on depression levels**

This study has been conducted for the purpose of determining the effects of social support systems and nursing care support intended for couples experiencing pregnancy loss on depression levels by employing preliminary test and final test controlled quasi experimental research method. In our study, we have aimed at reaching all the couples experiencing pregnancy loss who have applied to Beykoz State Hospital Gynecology Department during the period between September 2011 and January 2012. The sample of the study consists of 52 couples experiencing pregnancy loss who have accepted to take part in the study. No limitation has been introduced with respect to the gestational weeks when the loss was experienced. 52 couples participating in the study have been interviewed 3 times in total, the first of which was held 1 week after the loss, followed by the other interviews 2 weeks after the loss. In the first interview, the data regarding the identifying details of couples have been gathered by way of a questionnaire, and then their depression levels have been identified prior to training through a Beck Depression Scale, and a Multi Dimensionally Sensed Social Support Scale has been employed. In the second interview; nursing diagnosis based on the findings have been identified and the couples have been provided with care and training support accordingly. In the last interview; the results have been evaluated by using a Beck Depression Scale. Number, frequency, mean and standard deviation, Mann Whitney U test, Wilcoxon sign test and Kruskal Wallis test were employed in the analysis of the data. At the end of the study, the average depression level of women after the training has been found to be lower than what it was before the training. And this fact helps lower the depression indication level in pregnancy loss and demonstrates that nursing care and support are effective. The average depression level of men has been found to be lower than that of the average depression level of women. It has been established that most of the men remained unresponsive and came to acknowledge that experience more easily than the women. It has been established that the nursing care support given to parents significantly reduces the depression indication levels and that there is a negatively strong link between the social support systems and depression. Such findings seem to be in parallel to those in the literature.

**Key Words:** Depression, pregnancy loss, nursing care support, social support

### 3. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına karşın, gebe kadının yakın çevresindeki bireyler de bu olaydan etkilenmektedirler. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama ihtiyacı hissederler.

Kayıp, önemli, değerli bir objenin yitirilmesidir. Kayıp ne olursa olsun, yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Kaybı, bir fonksiyonun kaybindan hayatın kaybına kadar geniş bir kavram olarak düşünürsek yaşantımız boyunca ne kadar sık karşılaştığımız ortaya çıkmış olur.

Fizyolojik olarak değerlendirilen gebeliğin, herhangi bir aşamasında sonlandırılması halinde ciddi bir yaşam krizi oluşur. Bir bebeğin doğumu genellikle mutlulukla karşılanan bir olaydır. Fakat her gebelik bu kadar mutlu bir olayla sonuçlanmayabilir. Önceden tahmin edilen veya edilemeyen problemler bebeğin ölümüne neden olabilir. Bir bebeğin ölümü, ebeveynleri, aile çevresini ve hastane personelinin etkiler (1).

Gebelik kaybı ya da perinatal kayıp, bir embriyo, fetüs veya yenidoğanın dölleme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin birinde ölümünü ifade etmektedir.

Günümüzde perinatolojide teknik ve bilimsel gelişmelere karşın yine de düşükler, yenidoğan ölümü ve ölü doğumlar görülmektedir. Spontan düşük, müdahaleli düşük ve ektopik gebelik ile ilgili kayıp insidansının, tüm gebeliklerin % 15 - 20' si olduğu ve bunların gebeliğin başlarında sonlandığı tahmin edilmektedir. Eğer ölü doğum, yenidoğan ölümü ve ani bebek ölümü sendromu da dahil edilirse bu orana % 15 ilave edilmelidir. Sonuçta yaklaşık tüm gebeliklerin üçte birinin kayıpla sonuçlandığı söylenebilir. Birinci trimester kayıpları en sık karşılaşılan kayıp türüdür.

Çocuğun kaybı, ebeveynler için acı yaşam deneyimlerinden biridir ve baş edilmesi güç bir sorundur. Yapılan araştırmalar kayıpla baş edebilmede ailelerin yeterliliğini, ailelerin gereksinimlerinin karşılanması ile doğru orantılı olduğunu ve bu sorunun krize dönüşüp dönüşmemesinin ebeveynlerin sorunu veya olayı kavramasına, yaşama ilişkin kişisel görüşlerine, sorunla baş etme mekanizmalarına ve var olan destek sistemlerine bağlı olduğunu göstermiştir (2).

Ebeveynler, perinatal kayıp sonrası keder ve yas dönemi yaşarlar. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadığı yas, şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilir ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılık gösterebilir (3). Yas dönemi depresyon ile birlikte öz güven kaybına ve aile ile arkadaşlardan yeterli destek görememe duygusuna yol açabilir (4, 5).

Perinatal kayıpla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde gözlemlenen parenteral yanıtın gebelik anksiyetesini arttırdığı belirtilmektedir (6, 7). Perinatal kayıp öyküsü olmayan kadınlar ile olanların gebelik anksiyetesi karşılaştırıldığında, kayıp öyküsü olanların sonraki gebeliklerinde yaşadığı gebelik anksiyetesinin şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür (8, 9).

Ebeveynler, kayıp karşısında durumu gerçek olarak kavrayabiliyor, durumla ilgili destek görüyor ve yeterli baş etme mekanizmalarını geliştirebiliyorlarsa sorunu çözümlemede başarılı olacaklardır. Her türlü kayıpta tepkiler evrenseldir. Ebeveynlerin kayba karşı yaşadığı süreçler; şok, inkar, kabullenme, pazarlık, düzelme ve çözümdür (10). Kayıp yaşayan ailelerin bu sürece adaptasyonu, kaybın oluşacağını kavramak, kayba ilk reaksiyonun oluşması, karar verme, destek sistemlerinin kullanılması ve eve uyum aşamalarıyla gerçekleşir.

Perinatal kayıp yaşayan ebeveyn çoğu zaman aileden veya arkadaşlardan kaybın hemen sonrasında destek ve bu zor durumlarda yardım beklemektedir. Ancak aile ve arkadaşlar, çoğu zaman matemli aileye nasıl yardım edecekleri konusunda emin değildirler. Aileler ve arkadaşların ebeveynlere destek sağlama yöntemlerinin kalıcı etkileri olabilir. Ebeveyn desteklenmediğini algıladığı takdirde, bu elemleri dönemde dışlanmış ve yanlış anlaşılabilir hissedebilir (11).

Kadının konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilmesi kadının kaybı ile baş etmesini sağlamada önemli bir adımdır. Bu yaklaşım kadınlara gebelik dönemindeki duygularını sorarak ve duygularını tartışmalarına olanak tanıyarak başarılabilir (12, 13). Kadınlardan açısından yaşadıkları kaybı konuşabilmeleri oldukça önemlidir ve hemşireler tarafından mutlaka desteklenmelidir (6).

Tüm sağlık ekibinin kayıp yaşayan aileye bakım vermede önemi büyüktür. Hastayla birlikte en uzun süreci geçiren bireyler olarak hemşirelerin, bakımda aktif rol üstlenerek, aileye desteği, yaklaşımı, bakımı çok daha önemlidir (14).

Kayıp deneyimleyen ailelerin gereksinimi olan bilgilendirme, danışmanlık alma ve annenin bakım gereksinimlerinin karşılanması hemşirelerin öncelikli görevleri olduğunu göz önüne alırsak, hemşirelerin bu ailelere yaklaşımda ne kadar önemli rol oynadıkları ortaya çıkmaktadır (15). Aileler bu dönemde kayıpla ilgili duygularını onları yargılamadan dinleyecek, kendileri ve bebekleri için en doğru kararları vermelerine zaman ve ortam yaratacak, onları hakları konusunda bilgilendirecek önyargısız, pratik ve gerçekçi hemşirelik yaklaşımlarına gereksinim duyarlar. Ayrıca kayıp deneyimleyen ailelerin bu süreç boyunca sağlık bakımı verenlerin yanlarında olmalarının bile destekleyici olduğunu ve bireysel danışmanlığı grup danışmanlığına tercih ettiklerini ifade etmeleri hemşirenin kayıp deneyimleyen ailelerin bakımında üstlendiği aktif rolü göstermektedir (2).

Hemşirelik bakımının amacı; kayıp deneyimleyen ailelere yardımcı olmak, bakım gereksinimlerini karşılamak ve sürecin fiziksel ve psikososyal etkilerini önlemek ve bundan sonra oluşabilecek yaşama ilişkin sorunlarla baş edebilme yeteneği kazandırmaktır. Perinatal kayıp sonrasında destek grupları kadınlara fayda sağlayabilir. Bu destek gruplarına yönlendirilmeleri gerekmektedir (18, 19). Kayıp yaşayan kadınlarda gebelik döneminde yapılan ev ziyaretlerinin sayılarını artırarak veya telefon görüşmeleri yoluyla sağlık personeliyle daha sık irtibat kurulması gerekmektedir (16, 17).

Bu nedenle çalışmamız, gebelik kaybı yaşayan çiftlerde sosyal destek sistemlerinin varlığı ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızın kapsamında irdelenmek istenen hipotez;

“gebelik kaybı yaşıyan çiftlere verilen hemşirelik bakım desteği onların depresyon belirti düzeyini azaltacaktır” şeklindedir.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Gebelik Kayıpları

Gelişimsel kriz ya da kritik bir dönem olarak değerlendirilen gebeliğin kadın yaşamındaki yeri oldukça önemlidir (20). Gebelik, sağlıklı bir insanın yaşayabileceği, tamamıyla fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının yakın çevresindeki bireylerde bu olaydan etkilenmektedirler. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri birtakım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama ihtiyacı hissederler.

Kayıp, önemli, değerli bir objenin yitirilmesidir. Kayıp ne olursa olsun, yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Kaybı, bir fonksiyonun kaybından hayatın kaybına kadar geniş bir kavram olarak düşünürsek yaşantımız boyunca ne kadar sık karşılaştığımız ortaya çıkmış olur.

Fizyolojik olarak değerlendirilen gebeliğin, herhangi bir aşamasında sonlandırılması halinde ciddi bir yaşam krizi oluşur. Bir bebeğin doğumu genellikle mutlulukla karşılanan bir olaydır. Fakat her gebelik bu kadar mutlu bir olayla sonuçlanmayabilir. Önceden tahmin edilen veya edilemeyen problemler bebeğin ölümüne neden olabilir. Bir bebeğin ölümü, ebeveynleri, aile çevresini ve hastane personelinin etkiler (1).

Gebelik kaybı, bir embriyo, fetüs veya yenidoğanın döllenme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin birinde ölümünü ifade etmektedir. Fetal ölüm gebelik süresinden bağımsız olarak, konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce meydana gelen ölüm şeklidir (21).

Fetal ölümler erken, 20 haftadan küçük; orta, 20 - 27. haftalar arasında ve geç, 28 haftadan sonra görülen ölümler olarak ayrılmaktadır (22, 23). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Hastalıklar Sınıflaması'nda ulusal perinatal istatistiklerin sadece 500 gramın üzerinde doğan ölü veya canlı fetüs ve eklerini içermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu kiloya karşılık gelen gebelik haftası 25. haftadır. DSÖ ve ACOG



(American College of Obstetrics and Gynecologists) sadece 500 gramın üzerindeki fetüsün intrauterin ölümünü fetal ölüm olarak tanımlamaktadır. ACOG ayrıca 22. gebelik haftasından sonra görülen fetal ölümlerin bu kategoride değerlendirilmesini önermektedir (22).

Dünya Sağlık Örgütü' ne (WHO) göre perinatal dönem 21. gebelik haftası ile doğumdan sonraki bir aylık dönemi kapsamaktadır. Bununla birlikte, perinatal kayıp konusunda çalışan araştırmacılar erken (gebe kalındıktan sonraki ilk 12 hafta) ve geç fetal kaybı (> 20. gebelik haftası) içeren daha geniş bir tanımlamayı kullanmaktadır. Bilinen tüm gebeliklerin yaklaşık % 12 ile 20' si erken fetal kayıp ile sonlanmaktadır.

Günümüzde halen düşükler, yenidoğan ölümleri ve ölü doğumlar görülmektedir. Spontan düşük, müdahaleli düşük ve ektopik gebelikle ilgili kayıp insidansının, tüm gebeliklerin % 15 - 20' si olduğu ve bunların gebeliğin başlarında sonlandığı tahmin edilmektedir. Eğer ölü doğum, yenidoğan ölümü ve ani bebek ölümü sendromu da dahil edilirse bu orana % 15 ilave edilmelidir. Ülkemizde istemsiz düşük oranı % 10 olarak bildirilmiştir. Sonuçta yaklaşık tüm gebeliklerin üçte birinin kayıpla sonuçlandığı söylenebilir. Birinci trimester kayıpları en sık karşılaşılan kayıp türüdür.

#### **4.1.1. Gebelik Kayıplarında Etiyolojik Faktörler**

Gebeliğin farklı dönemlerinde etki eden etiyolojik faktörlerin farklı olması nedeniyle, gebelik kayıplarının preembriyonik, embriyonik ve fetal dönem olarak ayrı ayrı sınıflandırılmasını öneren çalışmalar olsa da genel olarak etiyolojik faktörler;

- Genetik Nedenler; Yapısal kromozom bozuklukları, gebelik ürününe ait kromozom bozuklukları
  - Endokrin Nedenler; Luteal faz defekti, hipotiroidi, hipertiroidi, diyabet
  - Enfeksiyona Bağlı Nedenler; Rubella, Herpetik virüsler
  - Anatomik Nedenler; Konjenital uterin anomalileri, servikal yetmezlik
  - İmmunolojik Nedenler; Otoimmün
  - Trombofili; Kalıtsal, edinsel
  - Diğer; Sigara, alkol, kimyasallar, radyasyon başlıkları altında toplanır.

## **4.2. Abortuslar**

### **4.2.1. Abortus Tanımı**

Abortus ile ilgili önceleri “dışarıda yaşayabilme yeteneğini kazanmamış, embriyo veya fetüs ve eklerinin (desidua, korion, amnion zarı ve sıvısı, umbilikal kord ve plasenta) tamamının veya bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olayıdır” şeklinde basit bir tanım yapılmıştır. Zamanla teknolojinin ilerlemesi, yeni ve çok etkin ilaçların bulunması, gebelik fizyolojisindeki bilinen bilgilerin çok genişlemesi fetüs için dışarıda yaşayabilme şansını hem arttırmış, hem de bu şansı gebeliğin daha erken dönemlerine taşımıştır. Bu nedenle de önceleri yapılan bu tanım yetersiz kalmıştır.

Sonuçta 1977 yılında Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gebelik ürününün (embriyo veya fetüs) ağırlığı ve gebelik sürecini kriter olarak yeni bir abortus tanımı getirmiştir. Bu tanım günümüze dek ufak tefek farklılıklarla kabul görerek gelmiştir. Böylece; 20. gebelik haftasından önce, 500 gr.’ dan az embriyo veya fetüs ve eklerinin tamamının veya bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olayına “abortus” denilmektedir (10). Abortus (düşük) çok eskiden beri bilinen, tanımlanmış bir klinik olgudur.

Antenatal dönemin, birinci ve ikinci trimesterinde kanama yapan nedenler arasında ilk sırayı alır. Düşüklerin % 80’ inden fazlası birinci trimester içinde yani ilk 13 haftada meydana gelir (10). Klinik olarak tespit edilmiş gebeliklerin % 12 - 15’ i 4. ve 20. gebelik haftası arasında spontan olarak kaybedilmektedir. Yapılan birçok çalışma spontan gebelik kayıp riskinin geçmişteki obstetrik hikaye ile değiştiğini göstermiştir (25). Mevcut kanıtlar gebelik kaybının sayısı ile birlikte kayıp riskinin derece derece arttığı yönündedir. Bir spontan düşük sonrasında başka bir spontan düşük olma riski % 15 civarındadır. Obstetrik hikayesinden bağımsız olarak, klinik spontan kayıp riski yaşla birlikte artmaktadır (25).

### **4.2.2. Abortus Sınıflandırması**

#### **Abortuslar oluş zamanına göre;**

a) Subklinik Abortus; (Belirlenemeyen Abortus)

b) Erken Abortuslar; 12. gebelik haftasının sonuna kadar oluşan abortuslar.

c) Geç Abortuslar; 13. gebelik haftası ve 20. gebelik haftasının sonuna kadar ki olan sürede oluşan abortuslar.

#### **Abortuslar oluş şekline göre;**

1) Spontan Abortuslar: Hiçbir zorlama veya girişim (cerrahi ya da medikal) olmaksızın oluşan abortuslar.

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

a) Teropatik Abortuslar: Bir gebelik olgusu annenin veya fetüsün sağlığını tehdit ederek veya her ikisine de olumsuz etkiler yaparak seyir gösteriyorsa, bu tür olguların 20. gebelik haftasından önce zorunlu bir şekilde sonlandırılmasıdır.

b) İstemli (Kriminal, Elektif ) Abortuslar: Ortada anne ve fetüsü açısından hiçbir tıbbi sorun yokken, istenmeyen bir gebelik olgusunun 20. gebelik haftasından önce sonlandırılmasıdır.

#### **Abortuslar tamamlanma şekline göre;**

1) Kompleyt abortuslar: Embriyo veya fetüsü ve eklerinin tamamen uterus kavitesi dışına atılmasıdır.

2) İnkompleyt abortuslar: Embriyo veya fetüsü ve eklerinin bir kısmının uterus kavitesi dışına atılıp, bir kısmının ise kavitede kaldığı durumdur.

#### **Klinik seyrine göre abortuslar;**

1) Abortus imminens (Düşük tehdidi)

2) Abortus incipiens (nlenemeyen düşük)

3) Missed abortuslar

4) Habituel abortuslar

5) Septik abortuslar

**Abortus imminens (Düşük tehdidi):** Gebeliklerin % 25' inde görülür. Kanama genellikle azdır ve genellikle kramp veya pelvik ağrı şeklinde görülen hafif bir ağrı ile birlikte (24). Abortus imminens vakalarının % 50' si düşükle sonlanır. Tedavi konservatiftir. Hasta yatak istirahatine alınır. Gerekirse sedatize edilir. Koitus yasaklanır. Kan tablosuna göre kan transfüzyonu yapılır (24).

**Abortus incipiens (Önlenemeyen düşük):** Abortus imminens belirtileri olan, servikal yetmezliği olmayan gebede internal servikal os' un dilate olması ile meydana gelir. Kanama fazladır. Amnion zarı yırtılmıştır ve pelvik ağrı vardır (24).

**Abortus inkompleytus (Tam olmayan düşük):** Embriyo veya fetüs ve eklerinin bir kısmının uterin kavite dışına atılıp bir kısmının kavitede kaldığı durumdur. Doku kaybı ile birlikte vajinal kanama ve ağrılı uterus krampları vardır. Tedavi uterin kavitenin boşaltılmasıdır (24).

**Abortus kompleytus:** Embriyo veya fetüs ve eklerinin tamamının uterus kontraksiyonları ile uterin kavite dışına atılmasıdır. Tedavide uterin kavite keskin kür etle kontrol edilmelidir.

**Missed abortus (Ölü düşük):** İntrauterin fetal viabilite kaybının olduğu ancak diğer abortus tiplerinde görülen kanama, servikal dilatasyon gibi bulguların olmadığı durumdur. Ultrasonografide fetal viabilite saptanmaz ve takiplerde B-HCG artmaz. Tedavi uterin kavitenin keskin kür etle boşaltılmasıdır. Ciddi koagülasyon defekti ve kanama görülebilir (24).

**Habitüel abortuslar (Rekürren abortuslar, tekrarlayan düşükler):** Geleneksel olarak son menstruasyon tarihinden itibaren 20. gebelik haftasından önce klinik olarak fark edilmiş 3 veya daha fazla gebelik kaybı olarak tanımlanır. Tekrarlayan gebelik kayıpları yaklaşık olarak her 300 gebelikte bir görülür. Ancak gebelik kaybından önce fetal kalp aktivitesi saptanmışsa, kadının yaşı 35' ten fazla ise veya çiftin gebelik elde etmede zorluğu varsa iki spontan abortusun sonrasında gebelik kaybı için klinik araştırmaya başlanmalıdır.

**Septik abortus:** Septik abortus, spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumudur. Daha çok provoke abortuslarda nadiren

spontan abortuslarda görülen yüksek ateş, pis kokulu kanlı akıntı, karın ağrısı ve uterin hassasiyetle kendini gösteren bir tablodur. Olay endometrit ile başlar. Tedavi edilmez ise pelvipéritonit ve septisemiye ilerler. Tedavide enfeksiyonu ortadan kaldırmak esastır. Antibiyoterapi başlanır ve enfekte nekroze endometriuma küretaj uygulanır. Gerekirse histerektomi yapılır. Hastanın septik şok tablosuna ilerlemesi engellenir.

#### **4.3. Perinatal ve Neonatal Bebek Ölümleri**

Perinatal dönem ölümler 28. gebelik haftasının üstünde (geç fetal dönem) ve doğumdan sonraki ilk hafta içindeki ölümleri kapsar. Ancak yaşatılabilirlik sınırı kabul edilen 20-24. hafta veya doğum ağırlığı 400-500 gr. olan fetüslerin ölümü de bu kapsama alınmaktadır (21). Neonatal dönem bebek ölümleri ise doğumdan sonraki 28 gün içinde meydana gelen ölümler olup, bunun ilk haftası erken neonatal, sonraki 2 - 4 haftaları ise geç neonatal ölümler olarak tanımlanmaktadır (26). Perinatal ve neonatal ölüm oranları uluslararası kıyaslamalarda ülkelerin sağlık düzeylerinin belirlenmesi açısından kullanılan önemli bir göstergedir. Bu oranlar bir ülkenin eğitim, halk sağlığı sistemlerinin ve sosyo - ekonomik gelişmelerinin bir ölçütüdür (21). Neonatal ölümler ilk 1 yıl içindeki ölümlerin % 67' sini oluştururlar. En sık ölüm nedenleri konjenital malformasyonlar, enfeksiyonlar, perinatal asfiksi ve metabolizma hastalıklarıdır (27). Perinatal ölümler grubuna ölü doğumlar, terk edilmiş bebekler ve infantisit şüphesi olan olgular da girmektedir (28). Ölü doğumlarda ve neonatal ölümlerde ölüm nedeninin belirlenmesi ailelerde psikolojik iyileşmeyi hızlandırdığı gibi, tekrarlayıcı riskin tanınması ve gelecek gebeliğin planlanmasında da önem taşımaktadır (29).

Perinatal ölümler tüm doğumların yaklaşık % 1, 5' inde rastlanmaktadır. İsveç' te yapılan bir çalışmada bu oran 2, 24 / 1000, Danimarka' da yapılan bir çalışmada ise 10, 3 / 1000' dir. Perinatal ve neonatal ölümler ülkemizde kalkınmış ülkelerdekinden çok daha yüksektir. Türkiye' de "Nüfus ve Sağlık" Araştırmalarının (TNSA) ileri analizleri yapılarak perinatal ölüm hızı; 1993 yılında 42, 6 / 1000 ve 1998 yılında 39, 2 / 1000 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlar ülkemizde yenidoğan ve anne sağlığı ile ilgili sorunların halen ön planda olduğunu göstermektedir (30).

Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen yüksek risk kriterleri;

- Sosyal faktörler
- Annenin özgeçmişindeki faktörler
- Geçmişteki gebelik öyküsü
- Şimdiki gebelikteki problemler
- Doğuma ait faktörler
- Yenidoğana ait özellikler

#### **4.4. Ölü Doğum**

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

Ölü doğumun en sık nedenleri:

- Prematürite
- Fetal hipoksi
- Enfeksiyon (çoğu viral)
- Doğum travması
- Konjenital anomaliler

#### **4.5. Kayıp Duygusu**

Kayıp, önemli ve değerli bir objenin yitilmesidir. Kayıp ne olursa olsun yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür. İnsanoğlunun bugünkü algı sınırları içinde bilebildiği tek mutlak gerçek ve en büyük bilinmeyen olan ölüm karşısında birey değişik savunmalar geliştirir (31).

Kayıplar karşısında bireyin yaşadığı yas tutma sürecinde şu temel öğeleri her zaman göz önünde tutmak gerekir;

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

Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiğinin, onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediğinin, harekete geçirdiğinin ve hangi eski acıları tazelediğinin her zaman göz önünde tutulması gerekir (31).

Bir bebeğin ölümü, ebeveynler için en acı yaşam deneyimlerinden birisidir ve baş edilmesi güç bir sorundur (2). Anne ister düşük yapmış olsun, ister neonatal bir ölümle karşılaşmış olsun, ölüm geleceğin yitimi, bebekle ilgili ümitlerin kaybı demektir. Ebeveynler ani bir boşluk ve yas yasarlar (1). Ebeveynlerin hayal kırıklığı ve acısı, özellikle ailenin gerçekleşmesini çok istediği planları aniden yok olunca çok keskin olabilir. Sadece beklenen çocuk değil, ebeveynin bu çocukla ilgili hayalleri, rol beklentileri ve aile hayatı için vizyonları ve belli tarihlerdeki dönüm noktaları da yok olmuştur. Schwartz' ın (1994) belirttiği gibi, “ölüm onların hayat takvimlerini yok eder.” (32).

#### **4.5.1. Kaybın Oluşacağını Kabullenmek**

Tüm kadınların dörtte birinden fazlası yaşamları boyunca düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlemiştir. Bir bebeğin düşük, ölü doğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına ailelerin uyumu esnasında büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bebek bekleyen veya yeni ebeveyn olmuş bireyler bebeklerinin yaşamı ile ilgili pek çok plan yapar ve hayal kurarlar. Bu bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar. Böylesi bir durumda ilk kez ana - baba olacak bireylerin ebeveynlik rolüne hazırlıklarına son verilmelidir. Perinatal kayıp yaşayan ebeveynler sıklıkla bu durumu inkar ederler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünürler. Böyle bir musibetin niye kendilerini ve çocuklarını bulduğunu uzun uzun düşünme eğilimindedirler. Kayıp yaşayan ebeveynler bu sorun yumağı ile uğraşırken ailelerinden ve arkadaşlarından gereken desteği alamamaktadırlar.

Yapılan çalışmalar hemen hemen bütün ebeveynlerin gebeliğin sonlanma olasılığı ve bebeğin yaşama şansı konusunda bilgi sahibi olmak istediklerini göstermiştir.

Perinatal kaybın oluşacağının ebeveynler tarafından bilinmesinin ötesinde kabul edilmesi için belli bir zamana ihtiyaçları vardır.

#### **4.6. Ebeveynlerin Gebelik Kaybında Yaşadığı Sorunlar ve Gösterdikleri Tepkiler**

İnsanların yaşamında çocuk sahibi olmak özel bir duygudur. Ailenin, çocuk sahibi olmadan önce, ebeveynlik rolünü benimsemesi gerekir. Gebelik süreciyle birlikte ebeveynlerin çocuk sahibi olma arzuları daha da güçlenir.

Ebeveynlerin kayba duydukları tepki;

- Kültür
- Dini inanç durumu
- Irk
- Mevcut sağlık durumu
- Destek mekanizmaları
- Önceki deneyimler gibi faktörlerden etkilenebilmektedir.

Kayba ilk reaksiyon bireysel farklılıklar göstermesine rağmen ebeveynlerde ağlama, uyku bozukluğu, huzursuzluk ve ağrı gibi şikayetlere yol açabilmektedir.

Babaların kayba ilk reaksiyonu; anne ile ilgili endişe duydukları ve kontrollerini kaybettikleri, annelerin ise, ilk olarak ağladıkları, kaybın babalar üzerindeki etkisi hakkında endişe duydukları ve babanın psikolojisine nasıl yardımcı olacaklarını bilemedikleri şeklinde olduğu saptanmıştır. Kadınların kayba verdiği tepki kabullenmeden, başarısızlığa ve derin kayıp hissine kadar geniş bir aralıkta kendini göstermektedir (10). Anneler; üstüne düşen görevi yerine getiremedikleri veya alkol tüketmek, sigara kullanmak gibi herhangi bir davranışları ile ihmale sebep oldukları, doktorlarına bebekleri ile ilgili yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu hissettiklerinde haber vermedikleri veya doktorun “kendini yorma”, “beslenmene dikkat et” gibi önerilerini yerine getirmedikleri için suçluluk hissetmektedirler.



Umut ettikleri gibi bir sağlıklı bebeğe sahip olamayan aile, keder süreci içinde yer alan inkar, öfke, depresyon ve kabul etme aşamalarından geçer. Ebeveynler bu üzücü sonla karşı karşıya kaldıklarında korku ve anksiyete yaşarlar. Şok ve inanamama başlangıçta yaşanan ortak tepkidir. Şok ebeveynlerin verilen bilgileri algılamalarını olumsuz şekilde etkiler. Daha sonraları ebeveynler, bu istenmeyen durumun yaşamları üzerinde etkisini öğrendiklerinde şokun ardından çeşitli düzeylerde inkar yaşarlar (33). Savunma mekanizması olarak inkarın kullanılması, bebeğin sağlığı hakkında konulan tanının neden olduğu akut anksiyete ve korkunun bir süre için ertelenmesini sağlar. Bu dönemde ebeveynler tanının doğru olup olmadığını anlamak için tekrar doktorla görüşmeyi isteyebilir. Eğer tanı yeniden doğrulanırsa ebeveynler öfke, suçluluk, depresyon ve kabul etme duygularını yaşarlar. Tüm bunlara rağmen, kaybı kabul etmez ve kendi sağlığı için gerekli olan tedaviyi reddederlerse inkarın bu şekli zararlıdır ve aktif hemşirelik müdahalesini gerektirir (33).

Bu dönemde ebeveynlerde görülen evrensel tepkilerden biride, suçluluktur. Eğer fetüsle ilgili bu durum genetikse ya da kazaya bağlı olarak gelişmişse ebeveynlerin suçluluk ve kişisel sorumluluk duyguları güçlü olabilir. Ebeveynler, bu durumu kendi başarısızlıkları olarak yorumlayabilirler ve bu durum çevresindeki diğer kişiler (büyük anne, baba ) tarafından da desteklenebilir. Bu dönemde, ebeveynler sıklıkla suçluluk ve yetersizlik duygularını hissederler. Ebeveynlerin duygularını ifade etmelerine izin verilmeli, yanlış anlamaları düzeltilmeli ve anlaşılabilir, doğru bilgiler verilmelidir (33).

Ebeveynlerin yaşadıkları çaresizlik ve kontrol kaybına ilişkin normal tepkilerden biri de öfkedir. Bu duygu, yenidoğana, eşe, hemşireye, doktora ya da tanrıya yöneltilebilir. Öfkenin olumlu yönü, baş etme için gerekli olan enerjiyi mobilize etmesidir. Ancak öfkenin uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, ebeveynlerin destek sisteminde çok önemli olan kişilerin kendilerinden uzaklaşmasına neden olabilir.

Depresyon ve anksiyete gebelik kaybını takiben ilk hafta ya da ayda görülen en yaygın tepkilerdir. Yas tutmak, değişimlerin sindirilmesi, yeni duyguların yorumlanması ya da gerçeğin tanımlanması sürecidir.

Bu tepkilerin oluşmasındaki risk faktörleri;

- Ebeveynlerin stres yaratan önemli yaşam deneyimleri
- Baş etme stratejilerinin uygunluğu ve uyum yapma becerileri
- Kendilerine saygı, güven düzeyleri
- Dini inançlar
- Aile yapısı
- Ekonomik durum
- Geçmişteki psikiyatrik öyküler
- Yetersiz sosyal destek
- Yaşayan çocuğu olmaması
- Gebelik ve kayıp hakkındaki yetersiz bilgiler
- Yeterli sağlık hizmeti aldığına inanmama
- Aile yakınları ve sağlık personeli ile olumsuz iletişimidir (14, 34, 35).

Sonuç olarak gebelik kaybı yaşayan ebeveynler;

- Yaşanan kaybın oluşturduğu belirsizlik ve korku
  - Birden fazla anlam atfedilen kayıp
  - Hissedilen boşluk, suçluluk duyguları, keder ve kontrol eksikliği
  - Bilgi, destek, farkındalık ihtiyaçları
  - Özellikle sağlık personelinin, kadınların deneyimlerini tanımak ve doğrulamak için yetersizliği
- Gelecekte çocuk doğurmaya yönelik korku ve güven açığı gibi sorunlarla baş başa kalabilir.

Düşük, ölü doğum veya ani bebek ölümü sendromu yoluyla bebeğini kaybeden ailelerin çözülme dönemleri yaklaşık ölümden sonra üç yıl içerisinde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte çözülme dönemi ebeveynler için hiçbir zaman tam olarak atlatılmış ve tamamlanmış bir süreç değildir.

Ebeveynler yaşadıkları bu olay karşısında durumu gerçek olarak kavrayabiliyor, durumla ilgili destek görüyor ve yeterli baş etme mekanizmalarını geliştirebiliyorsa sorunu çözümlenmede başarılı olacaklardır (2).

## **4.7. Gebelik Kaybı ve Depresyon**

### **4.7.1. Depresyon**

#### **4.7.1.1. Depresyonun Tanımı**

Depresyon, kişinin kendini yetersiz hissettiği, iştah artması ya da azalması, uyku düzeninin bozulması, kronik bir yorgunluk, ağlama, üzüntülü bir mizaç, yalnızlık, olumsuz kendilik kavramı, intihar ve gelecekte umutsuz olma gibi belirtilerle seyreden bir bozukluktur. Klinik olarak depresyon tanısının konulabilmesi için bu belirtilerin en az birkaçının iki haftadan daha uzun süre devam etmesi gerekir. Bu bozukluklar çoğu kez kişilerarası, toplumsal ve mesleki işlevlerde bozulmalara neden olur (36, 37). Beklenmeyen yaşam olayları ve ani gelişen travmalar karşısında bireylerin duygu durumunda dalgalanmalar ortaya çıkar. Depresyon yaşlı, çocuk, erişkin, genç ayrımı yapmaksızın her yaş grubundan bireylerin yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmekte, uygun tedavi edilmemesi durumunda ise tekrarlayabilmektedir (38).

#### **4.7.1.2. Depresyonun Görülme Sıklığı**

Son yıllarda ruhsal problemler içinde depresyonun görülme sıklığı geçmişe oranla daha fazla artmıştır. Depresyon oranındaki bu artış sadece depresyon yaşayan bireylerin kendilerini ve yakın aile çevresini etkilemekle kalmayıp, ekonomik ve sosyal kayıplara bağlı maliyet artışına da neden olabilmektedir (39).

Ülkemizde depresyon, % 5 - 10 arasında değişen oranlarla görülmektedir. Sıklığı, kadınlarda, erkeklere oranla iki kat daha fazladır (40). Kadınlarda hayat boyu duygu durum bozukluğu prevalansı erkeklere kıyasla yaklaşık iki kattır. Kadınlarda depresyonun bu yüksek insidansı ilk olarak ergenlikten itibaren görülmeye başlar ve menopoz sonrası yıllarda daha az belirgindir (41).

Dünya Sağlık Örgütü' ne göre, depresyon, 1990 yılında dünyadaki 4. hastalık olduğu saptanmasına rağmen, bu oranın 2020 yılında iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıraya yükseleceği tahmin edilmiştir (42).

#### 4.7.1.3. Depresyona Kuramsal Yaklaşımlar

- Psikanalitik Kurama Göre; Depresyon kayıp sonrası görülür ve kayıp sonrası kişi öfkeyi kendine yöneltir. İçeride atım yoluyla egosuna attığı nesnelere yok etmek için intihar eylemleri görülür (36).

- Bilişsel Görüşe Göre; Erken yaşam deneyimlerinden gelişen olumsuz bir benlik şeması, deneyimlerin olumsuz yorumlanması sonucu bireylerin kendileri ve dünya hakkında katı ve uygun olmayan inanç ve tutumlar geliştirmesine neden olur (43).

- Davranışçı Görüşe Göre; Depresyon, bireyin olumsuz yaşam olayları yaşaması sonucu, gerçek ya da hayali olarak kontrolü yitirmesi sonucu oluşmaktadır. Kişi yeterli destek almazsa ya da destekten yararlanamazsa ümitsizlik ve izolasyon görülür (43).

#### 4.7.1.4. Depresyonun Klinik Özellikleri

Duygulanım Bozukluğu; sabah kalktığında kişi kendini asla dinlenmiş hissetmez. Sabahları bulgular daha barizdir gün içinde yavaş yavaş açılma olsa da asla tam bir rahatlık olmaz. Çökkünlük, karamsarlık, kederli ve elemli hissetme, yaşamdan zevk alamama, umutsuzluk, mutsuzluk, hüznün ve kendini boşlukta hissetme duygusu, kendini değersiz ve işe yaramaz hissetme, sürekli kötümser düşünceler ve kötü bir şeylerin olacağını hissetme, çevresine ve kendi kişisel bakımına karşı ilgi azlığı gibi bulguların varlığı ve sürekliliği ile karakterizedir. Nedensiz iç sıkıntısı olarak tanımlanan, anksiyete duygusu, depresyonun temel özelliği olmamasına rağmen depresif duygu durumu ve ilgi azlığından sonra üçüncü sırada gelir. Hastalar kendilerini gergin hissederler ve asla hiçbir şekilde rahatlayamazlar (44).

Bilişsel Bozukluklar; sözel anlatımda zorlanma, yavaşlama ya da hiç konuşmama gibi düşünce sürecinde ve akışında bozukluklar görülür. Suçluluk ve değersizlik düşünceleri, pişmanlık duyguları, kendini eleştirme şeklinde düşünce içeriğinde bozulmalar olabilir. Konsantrasyon güçlüğü, istemli ya da istemsiz dikkat azlığı ve unutkanlık en sık görülen belirtilerdir (45).

Bedensel Belirtiler; enerji azalmasına bağlı; yorgunluk, bitkinlik, iştah azalması ve kilo kaybı veya iştahta artış ve kilo alımı, cinsel ilgide azalma görülebilir. Depresyon

tanısı alan hastaların % 90' nında uyku sorunu vardır. Çoğunlukla uykuya dalma bozulmuştur (45).

Davranış Bozukluğu; genellikle psikomotor hareketlilik ya da yavaşlama görülür. Ajitasyon hastanın yaşadığı sıkıntı ve bunaltı duygusunun (anksiyetenin) motor davranışlarla dışa vurumudur (45).

#### **4.7.2. Gebelik Kaybında Depresyon**

##### **4.7.2.1. Gebelik Kaybında Depresyonun Önemi**

Tüm dünyada sık görülen önemli bir ruh sağlığı sorunu olan depresyon, insanın işlevselliğini, yaratıcılığını, mutluluğunu ve doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve işgücü kayıplarına yol açmaktadır (46). Uluslararası çalışmalar depresyonun büyük çoğunluğunun gebelik, doğum, lohusalık gibi doğurganlık süreçlerini içine alan 18 - 44 yaş aralığındaki kadınlarda görüldüğünü belirtmektedir (47). Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (48).

Türkiye' de yılda iki milyara yakın gebeliğin olduğu ve bunlardan yaklaşık üç yüz binin isteyerek olmak üzere 454, 373' ünün düşük ile sonlandığı, 29, 378' inin ölü doğum olduğu, 436, 526 kadının tek, 156, 324 kadının ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması' nda tespit edilmiştir (49). TNSA 2003 verilerine göre ise; ülkemizdeki gebeliklerin % 1,3' ü ölü doğum, % 21, 3' ü ise düşük ile sonuçlanmaktadır.

##### **4.7.2.2. Gebelik Kaybında Depresyonun Etkileri ve Sonuçları**

Ebeveynler gebelik kaybı sonrası keder ve yas dönemi yaşarlar. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadığı yas şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilir ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilir (50). Yas dönemi depresyon ile birlikte öz güven kaybına ve aile ile arkadaşlardan yeterli destek görememe duygusuna yol açabilir (51). Ebeveynlerin kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilir ve bu sonraki gebeliği de etkileyebilir. Ebeveynler, gebeliği sürdürme becerilerini ve kayıp sonrasında çocuklarına başarılı bir şekilde

bakabilme yeteneklerini sorgulamaya başlayabilirler (51). Gebelik kaybıyla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde, ebeveynler tarafından kayba verilen yanıtın bir sonraki gebelik anksiyetesini arttırdığı belirtilmektedir (6). Genel nüfusla kıyaslandığında gebelik kaybı yaşayan kadınlarda daha çok depresif semptomlar olmaktadır. Neugebauer ve arkadaşları, gebeliğin ilk haftalarında düşük yapan kadınlarda % 36, 2 oranında depresif semptomlar saptarlarken gebe kontrol grubunda bu oranı % 12, 4 ve toplum örnekleminde % 12, 1 oranında bulmuşlardır. Aynı çalışmada bebeğini kaybeden kadınlarda 6 ay sonraki yeniden değerlendirmede % 12, 8' inin depresif semptomlarının devam ettiği saptanmıştır (52). Gebelik kaybını takiben fobik anksiyete veya obsesif kompulsif davranış gibi anksiyete bozukluklarının geliştiği de bildirilmiştir (52). Gebelik kaybı kesin olarak travmatik bir olaydır. Kayıptan kısa süre sonra obsesif kompulsif davranış, kayıptan sonraki 6 ay sürede ise daha çok depresyon, anksiyete ve somatizasyon ortaya çıkmaktadır (52). Geçmişte geç gebelik kaybı olan annelerin 4 yıllık izleminde, sonraki çocuğa karşı emosyonel yanıtsızlıkla karakterize olan dışa vurumlar şeklinde zıt hislerin olduğu saptanmıştır (52). Geçmişte geç gebelik kaybı olan annelerde, kayıp öyküsü olmayan kontrol grubu annelerine nazaran sonraki çocuğun doğumundan 16 ay sonra bile, çocuklarının fiziksel sağlığı hakkında endişelenme ve onları psikolojik olarak yakın koruma şeklinde tepkilerin daha çok olduğu belirtilmiştir (52). Düşük yapanlarda bir sonraki gebelikte de depresyon görülme riskinin arttığı gözlenmiştir. Geçmişte kayıp öyküsü olan gebelerde prenatal bağlanma da azalmıştır. Bir kantitatif çalışmada Turton ve arkadaşları ölü doğumu takip eden gebelikte annenin posttravmatik stres bozukluğu yaşama riskinin arttığını göstermiştir (53).

Perinatal kayıp, sonraki gebeliğin sonucuyla ilgili belirsizlik, hassasiyet, kaygı ve korku duygusunun eşlik ettiği yaşam gücünü azaltan bir olay şeklinde betimlenmiştir. Öne çıkan temalar; belirsizlikle mücadele, bebeğin sağlığı konusunda yaşanan kaygılar, bebeği kaybetme endişesi, kendini geri çekme, bir kaybın gerçekleştiğini ve bunun yeniden gerçekleşeceğini kabul etme ve kendini değiştirmedir (54).

#### 4.7.2.3. Gebelik Kaybında Ebeveynlerin Depresyon Düzeyini Etkileyen Faktörler

- Yaş (özellikle genç ebeveynleri olumsuz etkilemektedir.)
- Cinsiyet (kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı erkeklerin yaklaşık 1,7 ile 2,7 katıdır.)
  - Eğitim durumu (eğitim durumu yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip oldukları bildirilmiştir.) (48)
  - Sosyo - ekonomik durum (yapılan bir çalışmada düşük gelir düzeyine sahip gebelerde depresyon prevalansı % 51 olarak bulunmuştur.) (55)
  - Yerleşim yeri
  - Daha önceki gebelik kayıpları (kayıp öyküsü olanların özellikle sonraki gebeliklerinde yaşadığı gebelik anksiyetesi şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.) (8, 9)
  - Daha önceden geçirilmiş depresyon öyküsü
  - Gebeliğin planlanması
  - Sosyal destek (sosyal bir çevre ile ilişkilerin nitelik ve miktarının perinatal kayıptan etkilendiği kanıtlanmıştır.) (11)
  - Evlilik uyumu

#### 4.7.3. Gebelik Kaybında Ebeveynlerin Başa Çıkma Yöntemleri

Gebelik kaybı yaşayan anne ve babaların üzüntüyü yaşama şekilleri farklı olabilir. Yapılan çalışmalarda genel olarak babaların üzüntü sürecinin annelerden daha hızlı olduğu ve bu yüzden yas fazından daha çabuk çıktıkları görülmektedir. Bu durum ilişkilerdeki zorlukların başta gelen nedeni olabilir. Baba araştırma, ortaya çıkarma fazından kabullenme ve çözüm fazına geçerken anne, bu aşamada içten içe yoğun bir acı hissedebilir. Eğer anne babanın iletişimleri iyi değilse, anne babanın davranışlarını anlamayabilir. Kadın erkeği soğuk ve ilgisiz olarak algılayabilir, kişisel hislerini onunla paylaşmayabilir, yalnızlık hissi artar ve acısını tanımaya izin vermede başarısız olur. Erkek eşini stresli görmekten rahatsızlık duyar ve onu duygu bozukluğu olan biri olarak görebilir. Birbirine uymayan yas tutma şekilleri evlilikte anlaşmazlığa neden olur. Bu şekildeki bir çatışma ayrılık ya da boşanmaya kadar gidebilir (10).

Yetişkinler için geliştirilen başa çıkma skalası;

- Sosyal destek aramak,
- Problemi çözmeye odaklanmak,
- Çok çalışmak,
- Kaygı (üzüntü),
- İlişkileri geliştirmek,
- Umutlu düşünmek,
- Gerginliği azaltmak,
- Sosyal faaliyet,
- Problemi görmezden gelme,
- Kendini suçlama,
- Kendini koruma,
- Tinsel (manevi, dini) destek arama,
- Olumluluğa odaklanmak,
- Profesyonel yardım aramak,
- Rahatlatıcı hobiler aramak,
- Fiziksel eğlence
- Kendini içeren parçaları korumak,
- Mizah

Düşük ya da ölü doğumu takiben, ebeveynlerin söylemediği, ancak kayıp ve üzüntü sürecini paylaşırken, seçilen başa çıkma stratejileri arasındaki farklılıkların belirlenmesi için yapılan bir çalışmada erkeklerin problemi görmezden gelmeye çalıştığı fakat üzüntüye eğilimlerinin kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır (10).

Erkeklerin en sık kullandığı başa çıkma yöntemleri; problemi görmezlikten gelmek, sosyal destek, çalışmak, problemin çözümüne odaklanmak, arkadaşlık ve kendini korumadır.

Kadınların seçtiği başa çıkma yöntemleri; gerilimi azaltmak, dinsel (manevi) destek aramak, umutla düşünmek, ait olmayı hissetmek, kendini suçlamak, rahatlamak, fiziksel eğlence, probleme odaklanmak ve baş etmemektir (10).



## 4.8. Gebelik Kaybı ve Sosyal Destek

### 4.8.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek, genellikle stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan yardım (maddi, manevi) olarak kabul edilir (56).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (56).

#### 4.8.1.1. Sosyal Desteğin Bileşenleri

Sosyal kaynağın kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bunlar içinde üzerinde en fazla durulanlar, maddi, duygusal ve kognitif (zihinsel) destek olmuştur.

**Maddi Destek (Material support):** Günlük sorumlulukların gerçekleştirilmesi için başkaları tarafından sağlanan eylem ya da araçlardır. Örneğin; annenin sabrı ya da gücü tükendiğinde başka birisi geçici olarak bebeğin bakımını üstlenebilir.

**Duygusal Destek (Emotional support):** Kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Örneğin; eşle anlaşmazlığa düşen ve güç durumda kalan kişi, kendisini anlayışla dinleyen, seven ve hak veren bir insana ihtiyaç duyar.

**Zihinsel Destek (Cognitive support):** Öğüt ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir. Örneğin; babanın haksız yere çocuklara bağırduğunda, anne babanın işten çok yorgun ve sinirli döndüğünü açıklayarak durumun stres verici özelliğini kısmen azaltabilir (56).

Sosyal destek işlevlerinin birbiriyle iç içe olduğu görülmektedir. Bu nedenle duygusal açıdan destekleyici bir ilişkide aynı zamanda maddi ve zihinsel destekte bulunur. Sosyal bir ağın içinde olma, kişiye kendisinden beklenenler konusunda bilgi ve davranışlarının uygun olup olmadığını gösteren geri bildirimler sağlar (56).

Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik dönemi içinde geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde pozitif bir etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir (1).

#### **4.8.1.2. Sosyal Destek Kaynakları**

Sosyal destek, birey anne karnında iken hissedilmeye başlar, bebek dünyaya geldiğinde devam eder ve ona hayat boyunca yardım eden destek biçimidir. Yaşam süresi boyunca destek; aile üyelerinden, arkadaşlardan, komşulardan, çalışma arkadaşlarından, akrabalarından alınarak gelişmektedir. İhtiyaç olduğunda; hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından da destek alınabilmektedir. Destek türünün yanı sıra desteğin kim tarafından verildiği de önemlidir. Yapılan bir çalışmada kişisel iyilik durumunu etkileyen sosyal destek kaynaklarının, birinci dereceden aileden algılanan destek olduğu görülmüştür (57). Sosyal desteği ikinci derecede etkileyen kaynak ise arkadaşlardır. Türk toplumunda aile ve arkadaşlar arası ilişkilerin son derece güçlü olduğu, en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığı belirtilmiştir. Ayrıca bir arkadaş ağı oluşturmak, kendiliğinden var olan aile ağına kıyasla daha fazla sosyal beceri gerektirmektedir. Yine yapılan bir çalışmada yetişkinlerin genellikle duygusal desteği aile ve arkadaşlarından aldıkları, sağlık bakım çalışanlarının ise onlara bilgi desteği için kaynak oluşturduğu saptanmıştır (58).

#### **4.8.2. Gebelik Kaybı Sonrası Sosyal Destek**

Sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Hastalık ilerledikçe sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal destek kaynağından uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Sosyal destek, bireyin bağımlılık gereksinimini doyurmada, kimlik duygusunun

korunmasına ve güçlendirilmesine yardımcı olmakta, kendine güvenin artmasını sağlamaktadır (59).

Gebelik kaybı yaşayan ebeveyn çoğu zaman aileden veya arkadaşlardan kaybın hemen sonrasındaki aylarda destek ve bu zor durumlarda yardım beklemektedir. Ancak aile ve arkadaşlar, çoğu zaman matemli aileye nasıl yardım edecekleri konusunda emin değildirler. Aileler ve arkadaşların ebeveynlere destek sağlama yöntemlerinin kalıcı etkileri olabilir. Ebeveyn desteklenmediğini algıladığı takdirde, bu önemli dönemde dışlanmış ve yalnız anlaşılmış hissedebilir. Birçok araştırmacı, perinatal ölümün ardından ebeveynin yaşadığı sosyal dışlanmayı belgelemiştir. Araştırmaların sonuçları ebeveynin çoğu zaman aileleri ve arkadaşları tarafından terk edildiklerini hissettiklerini göstermektedir. Ebeveynler ayrıca, aile veya arkadaşların kayıp durumu anlamadıkları veya kabul etmedikleri ve çocuklarını kaybetmelerini önemsiz olarak göstermelerinin de kendileri için zor bir durum olduğunu belirtmişlerdir.

Birçok vakada ailelerin desteği yetersiz bulunmuştur. Ebeveynlere çoğu durumda, aileleri tarafından nasıl davranmaları gerektiği söylenmektedir. Kadınlara hayatta olan çocukları için minnettar olmaları gerektiği veya yeni çocuklar doğurmaya çalışabilecekleri söylenmektedir. Erkeklerin duyguları çoğu zaman görmezlikten gelmekte ve güçlü bir şekilde eşlerine destek olmaları söylenmektedir. Bu mesaj türleri, ebeveynlerin hislerinin çok az takdir edildiğini ve kayıplarının önemsizleştirildiğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalar sonucu ebeveynlerin kayıplarının ardından kendilerini son derece dışlanmış hissettikleri ve bu tür bir kaybın bir yetişkin veya bir çocuğun kaybından farklı muamele gördüğü saptanmıştır. Birçok çift, kayıplarını başkalarının tavırları karşısında hayal kırıklığı, içleme ve öfke duyguları ile ifade etmişlerdir (11).

Kadınlar, benzer deneyimler yaşayan arkadaşları ve aileleri ile deneyimlerini paylaşabilmeyi yararlı bulmaktadırlar. Araştırmalar dinlemek, sempati göstermek, empati kurmak ve pratik yardım gibi davranışların çok yararlı olduğunu kanıtlamıştır. Aileler, özellikle ailelerinin ilgi ve yaslarını ifade etmeleri ve kayıplarının önemini takdir etmelerini değerli bulmaktadırlar.

#### 4.9. Gebelik Kaybının Hemşirelik Bakımı Açısından Önemi

Hangi dönemde olursa olsun bebeğin kaybı ebeveynler için acı yaşam deneyimlerinden biridir ve baş edilmesi güç bir sorundur. Aile üyelerinin anlamlı bir ilişkiyi, çocukla ilgili umutlarını, hayallerini kaybetmeleridir. Ebeveynler olası bir kayıp durumunda kaygıya düşme ve umutlarını sürdürme arasında bir denge kurmaya çalışmaktadır. Gebe ve ailesinin uyum sağlamaya çalıştıkları bu fizyolojik yaşam krizinde, beden imajı değişikliği, bilgi yetersizliği, yüksek teknolojiye ürkme, bazıları için söz konusu olan kayıp ve yoksunluk gibi nedenlerle uyumsuzluk, korku, stres, kriz hatta depresyon yaşayabilirler. Bu nedenle kendilerine hizmet sunan sağlık ekibinden empatik yaklaşım, emosyonel destek ve kendi bebeğinin bakımı, tedavi, bakım uygulamaları, hakları ve hizmetlerin maliyeti hakkında bilgilendirme ve danışmanlık gereksinimi duyarlar (60). Bu gereksinimlerin başında birey olarak insan yaşamına ve onuruna, kültürel, etik ve yasal değerler ile inançlara saygı gösterme gelmektedir.

Kayıp döneminde sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin ızdırıp sürecini etkileyebilir (6, 61). Sağlık çalışanları perinatal kaybın sonraki gebelik üzerindeki etkisini anlamak ve böylece yeterli sağlık bakımını sağlamak zorundadırlar (6, 62). Aileler, bu dönemde kayıpla ilgili duygularını onları yargılamadan dinleyecek, kendileri ve bebekleri için en doğru kararları vermelerine zaman ve ortam yaratacak, onları hakları konusunda bilgilendirecek önyargısız, pratik ve gerçekçi hemşirelik yaklaşımlarına gereksinim duyarlar (2).

- Değerlendirme;

Araştırmacılar hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli bakımı sağlamaları için obstetrik öykünün ayrıntılı şekilde değerlendirilmesini önermişlerdir (63). Obstetrik öykünün değerlendirmesi gereklidir; çünkü mevcut gebelik kaybı takip eden gebeliklerde anksiyete oluşmasını beklemeleri ve kabul etmeleri açısından hemşireleri uyarmaktadır (64, 13). Uygun hizmetlere başvurulması (sevk edilmesi) önemlidir ve bu tür bir öyküye rastlandığı anda gebeler destekleyici bakım ve tedaviyi almaları konusunda yönlendirilmelidir (65, 53). Ebeveynlere sağlanan destek sisteminin değerlendirilmesi diğer bir önemli özelliktir. Yapılacak uygun bir değerlendirme, sağlık çalışanlarına kayıp sonrası yaşanan gebelikte uygulanacak bakım ve tedaviyi seçmelerini desteklemek için ebeveynler ile birlikte çalışmalarına olanak tanımaktadır

(63). Ebeveynlerin tercihini destekleyecek yollardan biri, gebelik dönemi süresince kendilerine faydalı olacak konuların ebeveynlere sorulması olmalıdır.

- Kabullenme;

Kayıbı yaşamış olan kadınlar açısından bu kaybın doğrulanması ve kabul edilmesi önemlidir (65, 66, 55, 67). Perinatal kayıp yaşayan kadınlar, sonraki gebeliklerinde sağlık personelinin kayıp sonrası yaşadığı kaygılarına ışık tutmalarını isterken, aynı zamanda yaşadıkları duyguları empatik bir bakış açısıyla anlamalarını beklerler (13). Kadınların artmış kaygıları konusunda uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi gerekmektedir. Gebe, yaşanan kayıp ile ilgili sürekli kendini eleştiriyor ve suçluyor ise mutlaka bir psikiyatriste yönlendirilmelidir (17).

- Cesaretlendirme;

Kadının konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilmesi kadının kaybı ile baş etmesini sağlamada önemli bir adımdır. Bu yaklaşım kadınlara gebelik dönemindeki duygularını sorarak ve duygularını tartışmalarına olanak tanıyarak başarılabılır (12, 13). Kadınlar açısından yaşadıkları kaybı konuşabilmeleri zorunludur ve hemşireler tarafından mutlaka desteklenmelidir (66).

- Eğitim;

Kayıbı deneyimleyen ailelere yardımcı olmak, bakım gereksinimlerini karşılamak ve sürecin fiziksel ve psikososyal bir sekel bırakmasını önlemek ve bundan sonra oluşabilecek yaşama ilişkin sorunlarla baş edebilme yeteneğini kazandırmak, hemşirelik eğitiminin genel amacıdır (2). Aileye verilecek hemşirelik bakımı hastanede yaşanan kayıp sürecini ve eve uyum aşamalarını kapsamalı, plan aile üyelerinin katılımıyla gerçekleştirilmelidir. Geçmişte kayıp yaşamış olan ebeveynlere verilecek bakımın en önemli yönü her anne ve her ebeveynin farklı olduğunun unutulmamasıdır. Bunun anlamı hemşirenin her ebeveynin ihtiyaçlarını bağımsız şekilde değerlendirmesi gerektiğidir (6). Ebeveynlere gereksinim duyduğu sıklıkta sağlık ekibiyle iletişime geçme fırsatının sunulması zorunludur. Bazılarına, kaygılarını bir destek grup ortamında tartışmak ek destek sağlayacaktır (67, 68).

#### 4.10. Gebelik Kaybı Yaşayan Ebeveynlerin Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, kayıp yaşayan ebeveynlere terapatik yaklaşımda; çiftleri, ailesi ve arkadaşlarını bilişsel, duygusal ve kültürel açıdan dikkatle değerlendirmelidirler (68).

Bireylerin değerlendirilmesinde ışık tutacak bilgiler;

- Bireylerin sosyo - demografik özellikleri
- Yaşam biçimleri
- Kişisel alışkanlıkları
- Günlük yaşam aktiviteleri
- Sağlık öyküleri
- Kendi problemlerini nasıl algıladıkları
- Aile içi gerginlikleri
- Sorunlarla baş etme ve destek sistemleri
- Sözel ve sözel olmayan davranışları
- Depresyon belirtilerinin değerlendirilmesini içermelidir (70).

Bu doğrultuda toplanan veriler değerlendirilmeli ve hemşirelik tanıları belirlenmelidir.

##### 4.10.1. Gebelik Kaybı Yaşayan Ebeveynlerde Karşılaşılan ve Bakımda Ele Alınabilecek Hemşirelik Tanıları

**Bilgi eksikliği;** Tedavi planı ya da durumla ilgili bilişsel bilgi veya psikomotor beceri eksikliği olan bir birey ya da gruptaki durumdur (71).

Bilgi eksikliğini tanımlamak için; gebeliğin sonlandırılması, fetal kayıp ya da sonrasında yaşanan yas süreciyle ilgili olarak ebeveynlerin verdiği sözel ya da sözel olmayan tepkiler, karar verme yetenekleri, öz bakım yetersizlikleri ve destek sistemleri değerlendirilir (71, 72). Değerlendirme sonucunda;

- İnkâr, öfke, suçluluk gibi emosyonel durumları
- Kayba adaptasyonları
- Bakım gereksinimleri
- Kayıp yaşayan ailelerin haklarını kullanmaları gibi özellikler araştırılır.  
( Bilgi eksikliği tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; ailenin kaybı ve kaybın nedenlerini kabullenmesi, endişe ve korkularının hafiflediğini sözel olarak ifade etmesi, verdiği kararlarda yapıcı olduğunu hissettirmesi, duygularını açıkça ifade etmeleri, annenin tedavi ve bakımlarına aktif olarak katılması beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Acı çekme;** Mevcut ya da algılanan bir kayba (kişi, obje, statü, ilişki, fonksiyon kayıpları) karşı fizyolojik ve psikolojik tepkileri içeren doğal bir insani tepki gösteren bir bireydeki ya da ailedeki durumdur (71).

Acı çekmeyi tanımlamak için;

- Algılanan bir kayıp
- Kaybı yaşayan ailede inkar, suçluluk, öfke, değersizlik duygusu, tepkisizlik gibi savunma mekanizmaları

- Keder, ağlama, intihar düşüncesi gibi motivasyon eksikliği, ümitsiz ifadeler
- Ailenin kayba adaptasyonu
- Annenin temel gereksinimlerini karşılayamaması
- Ailenin sosyal örüntülerindeki değişiklikler
- Aile içi süreçlerde değişiklikler
- Ailenin kayıptan sonraki yaşam hakkında planları araştırılır (71, 72).

(Acı çekme tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; ebeveynlerin ölüm ve kaybın anlamını tanımlaması, acılarını diğer önemli kişilerle paylaşmaları, gelecek hakkında karar verme sürecine katılmaları, destek sistemlerini etkin bir şekilde kullanmaları beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Ümitsizlik;** Problemleri çözmek ya da istenen amaca ulaşmak için hiçbir alternatifi ya da kişisel tercihi olmadığını düşünen, amaçlar oluşturmak için enerjisini kendi kendine harekete geçiremeyen bireydeki duygusal durumdur (71).

Ümitsizliği tanımlamak için; gebelik kaybı yaşayan bireylerin sözel ve sözel olmayan iletişim şekli, motivasyon seviyesi, aile içi rolü, algıladığı stresörlerin sayısı ve tipi, baş etme mekanizmaları ve karar verme yeteneği, destek sistemleri, inançları değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda;

- Kişiler arası ilişkilerde yetersizlik
- Göz temasından kaçınma
- Motivasyon eksikliği
- İnanç kaybı
- Düşük özsaygı
- Ümitsiz olduğunu belirten sözel ifadeler kullanma
- Uyarılara tepkilerin azalması
- Kendi yaşamı ve kararlarında sorumluluk almama
- Ümit kaynaklarının farkında olmama
- Hayal ve arzu etme yetersizliği gibi tanımlayıcı özellikler araştırılır (71, 72).

(Ümitsizlik tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; ailenin ümitsizlik duygularını açıklaması, sınırlılıklarını kabul etmesi ve tanınması, baş etme mekanizmalarını geliştirmesi, ümitle ilgili iyimser duygularını ifade etmesi, yaşama pozitif gözle bakması ve gerçekçi amaçlar belirlemesi beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Korku;** Tehlikeli olarak algılanan, tanımlanabilen belirli bir kaynağa ilişkin olarak fizyolojik ya da emosyonel olarak bir rahatsızlık duygusu yaşayan bir birey ya da bir gruptaki durumdur (71).

Korkuyu tanımlamak için; kaybı deneyimleyen ebeveynlerin ağlama, soru sorma ve sözellikte artma gibi davranışsal eylemleri, yorgunluk, anoreksiya, unutkanlık, kabuslar gibi somatik aktiviteleri, kaybın nedenlerine ilişkin belirsizlikleri, gelecekle ilgili endişeleri, annenin şu anki sağlık durumuyla ilgili endişesi değerlendirilir (71, 72).

(Korku tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)



Girişimler sonucunda; ebeveynlerin korkularını tartışması, visseral tepkilerde ve davranışsal eylemlerde azalma görülmesi, gelecekle ilgili kararlara ebeveynlerin katılması, bir sonraki gebelikle ilgili endişelerin hafiflediğinin ifade edilmesi beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Etkisiz baş etme;** Fiziksel, psikolojik, davranışsal veya bilişsel kaynakların yetersizliğinden dolayı içsel ya da çevresel stresörleri yönetemeyen ya da bu riski taşıyan bireylerdeki durumdur (71).

Etkisiz bireysel baş etmeyi tanımlamak için; kaybı yaşayan ailelerin destek sistemleri, baş etme mekanizmaları ve etkisiz baş etme semptomları değerlendirilir (71,72). Bu semptomlar;

- Baş etme yetersizliğini sözel olarak ifade etme ve yardım isteme
- Uygun savunma mekanizmalarını kullanamama
- Rol beklentilerini yerine getirmede yetersizlik
- Kronik endişe
- Yaşamdaki stresörlerle ilgili güçlük yaşandığını bildirme
- Kendine ve başkalarına yönelik yıkıcı davranışlar
- Temel gereksinimleri karşılamada yetersizlik
- Atılğan olmayan tepki
- Madde kullanımı
- Her zamanki iletişim şeklinde değişimin olması

(Etkisiz bireysel baş etme tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; bireyin / ailenin kendi bakımını planlamaya katılması, davranışlarının sorumluluğunu alması, etkili ve etkisiz baş etme tekniklerini belirleyebilmesi, aile, arkadaş, psikoterapist gibi destek sistemlerini kullanabilmesi ve etkili baş etme becerilerini geliştirebilmesi beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Sosyal izolasyon / Sosyal etkileşimde bozulma;** Başkalarıyla daha fazla birlikte olma gereksinimi, isteği olan ya da böyle algılayan, ancak ilişki kuramayan birey ya da gruptaki durumdur. Sosyal etkileşimde bozulma ise; etkileşimlerde olumsuz, yetersiz ya da doyumsuz tepkiler yaşayan bireydeki durumdur (71).

Sosyal izolasyon / Sosyal etkileşimde bozulmayı tanımlamak için bireylerde;

- Başarısız sosyal etkileşim davranışı sergileme
- Sürekli kendi düşünceleri ile meşgul olma
- Üzgün, donuk durum
- Göz temasından kaçınma
- Yalnız kalmayı isteme
- Reddedilmiş duygularını ifade etme
- Etrafındaki kişilerle etkileşimde başarısızlık gibi tanımlayıcı özellikler araştırılır (71, 72).

(Sosyal izolasyon / Sosyal etkileşimde bozulma tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; bireyin aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerini değerlendirmesi, sosyal izolasyon / sosyal etkileşimde bozulma ile ilgili problemleri kabul etmesi beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Düşünce sürecinde değişim;** Baş etme, kişilik bozuklukları veya mental bozukluklara bağlı olarak bilinçli düşünme, gerçeğe oryantasyonda bozulma, problem çözme, karar verme, anlama, kavrama gibi mental aktivitelerde bozukluğu olan bireylerdeki durumdur (71).

Düşünme sürecindeki değişimi tanımlamak için; bireyin yaşı, problemleri algılaması, problem çözme yeteneği, iletişim şekli, uyku alışkanlığı değerlendirilir. Bu değerlendirmede;

- Çevreyi yanlış yorumlama

- Dikkat azlığı
- Sanrısız düşünceler
- Karar verme, sorun çözme ve neden sonuç ilişkisini kurma yeteneklerinde bozulma

- Olumsuz düşüncelerde tekrarlama
- Öz bakım yetersizliği gibi tanımlayıcı özelliklere dikkat edilir (71, 72).

(Düşünce sürecinde değişim tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; bireyin öz bakım aktivitelerinde artış göstermesi, olumlu duygularını ifade etmesi, sanrısız düşünce belirtisi göstermemesi ve kendisiyle ilgili karar verme süresine katılması beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Aile içi süreçlerde değişim;** Aile yapısındaki değişim ve ya aile üyelerinin rollerindeki değişimi tanımlayan bir durumdur (71).

Aile içi süreçleri tanımlamak için; bireyin yaşı, aile yapısı, ailedeki rol dağılımı, aile içi iletişim biçimi, destek sistemleri, inançları, finansal kaynakları ve yaşam şartları değerlendirilir (71, 72).

(Aile içi süreçlerde değişim tanısına yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; aile üyelerinin beklentilerini ifade etmesi, destek sistemlerini kullanması ve iş bölümü yapmayı öğrenmeleri beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

**Fonksiyonel örüntülerde bozulma (uyku alışkanlığı, beslenmede değişim cinsellik);** Uyku alışkanlığında bozulma, bireyin dinlenme örüntüsünün nitelik ve niceliğini etkileyen veya engelleyen bir durumdur. Beslenmede değişim, metabolik gereksinimlere göre besin metabolizmasının ya da besin alımının yetersiz olmasına bağlı vücut ağırlığı azalan ya da bu riski taşıyan bireylerdeki durumu tanımlar. Seksüel

disfonksiyon, cinsel sağlığında değişimi olan ya da bu riski taşıyan bireylerdeki durumdur.

Uyku alışkanlığında bozulma, beslenmede değişim ve seksüel disfonksiyonu tanımlamak için;

- Arzu edilenden daha geç ya da erken uyuma
- Dinlenmemiş olarak uyanma
- Yemeği reddetme
- İştahsızlık
- Kilo kaybetme
- Cinsel isteksizlik
- Kayıp sonrası cinsel hayat konusunda yanlış bilgi gibi konular belirlenir

(71,72).

(Bu tanılara yönelik hemşirelik girişimleri Ek 5' de verilmiştir.)

Girişimler sonucunda; aile üyelerinin uykuya dalmasını zorlaştıran faktörleri tanımlayabilmesi, vücut gereksinimi kadar besin alması, cinsel işleve ilişkin ailenin kaygılarını paylaşması beklenir (71, 73).

(Beklenen sonuçların değerlendirilmesi Ek 5' de verilmiştir.)

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Şekli**

Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisini belirlemeyi amaçlayan bu araştırma, ön test-son test kontrollü yarı deneysel bir araştırmadır.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma; Sağlık Bakanlığı' na bağlı Beykoz Devlet Hastanesi' nde; Kadın Doğum Poliklinikleri, Doğumhane ve Kadın Doğum Servisi' ni kapsayan ve gebelik kaybı yaşamış çiftlerin evlerinde de yürütülen bir çalışmadır. Araştırma; Eylül 2011 tarihinde başlamış ve Ocak 2012 tarihine kadar devam etmiştir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü yer ve zamanda çalışma kapsamına alınan ve gebelik kaybı yaşayan tüm kadınlar ve eşleri oluşturmuştur. Beykoz Devlet Hastanesi' ne gebelik kaybı tanısıyla ayda ortalama 15 hasta başvurmakta iken, 2010 - 2011 yılı içerisinde toplam 186 hasta başvurmuştur. Araştırma kapsamına alınan gebelik kayıplarında, gebelik haftaları ile ilgili herhangi bir sınırlama getirilmemiştir.

Söz konusu ana kitleyi temsil edecek örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde

$$n = N \frac{t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n : Örnekleme alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

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

d : Olayın görölüş sıklığına göre kabul edilen örnekleme hatasıdır.

Bu formül kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında % 10 örnekleme hatası ile örnekleme sayısı 43 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın örneklemini, evreni oluşturan çiftler arasından gebelik kaybı yaşayan ve araştırmayı kabul eden 52 çift oluşturmuştur.

#### **5.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri**

- Gebelik kaybı tanısı alan kadın ve eşi
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Türkçe konuşup soruları yanıtlayabilecek yeterlilikte olmak

#### **5.5. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanmasında; gebelik kaybı yaşayan kadınlar ve eşlerinin tanımlayıcı özelliklerine ve verilecek hemşirelik bakımı için fonksiyonel sağlık örüntülerine göre veri toplama formu (erkek ve kadın için ayrı ayrı), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Hemşirelik bakım desteğinin oluşturulmasında; Nursing Classification (NIC) ve Nursing Outcomes Classification (NOC) ‘ dan yararlanılarak Hemşirelik Bakım Rehberi oluşturulmuş ve uygulamada kullanılmıştır. (Ek 5) (71, 73).

##### **5.5.1. Veri Toplama Araçları**

###### **5.5.1.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınlara ait veri toplama formu**

Kadınların sosyo - demografik, evlilik ve obstetrik özellikleri, gebelik kaybı süreci, kayıpla ilgili tanılama, destek sistemleri, ruhsal sıkıntı öyküsü ve kaybın kadınlar üzerindeki etki özellikleri olmak üzere toplam 44 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

###### **5.5.1.2. Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerine ait veri toplama formu**

Erkeklerin sosyo - demografik özellikleri, ruhsal sıkıntı öyküsü, eşlerinin gebeliği ile ilgili özellikler, kayıpla ilgili tanılama, destek sistemleri ve kaybın eşler üzerinde etki özellikleri olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Ek 2).

### **5.5.1.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS), 1988’ de Zimet ve arkadaşları tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Ülkemizde, MSPSS’ nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Eker ve Arkar tarafından 1995’ te yapılmıştır. MSPSS ölçeğinin Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile korelasyonları yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3, 4, 8. ve 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9.ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1–7 arasında puanlanmıştır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’ dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun olduğunu belirtmektedir (74, 75) (Ek 3).

### **5.5.1.4. Beck Depresyon Ölçeği; (BDÖ), (Beck Depression Inventory - BDI) :**

Beck Depresyon Ölçeği, Beck tarafından 1961’ de geliştirilmiştir. Ölçek depresyonda görülen belirtileri içerecek biçimde düzenlenmiştir. Beck Depresyon Ölçeği’ nin maddeleri herhangi bir kuramsal görüş temel alınarak değil, klinik gözlem ve verilere dayanarak hazırlanmıştır (76) (Ek 4).

Ölçek yirmi bir belirti kategorisinden oluşmuştur. Bunlar; duygu - durum, karamsarlık, başarısızlık durumu, doyumsuzluk, suçluluk duygusu, kendinden hoşnutsuzluk, kendini suçlama, intihar istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal geri çekilme, kararsızlık, beden imgesinin çarpıtılması, çalışmanın kitlenmesi, uyku bozukluğu, yorgunluk, iştah değişiklikleri, kilo kaybı, bedensel yakınmalar, cinsel dürtü kaybı, cezalandırılma duygusudur. Her belirti kategorisi dört ‘kendini değerlendirme’ maddesinden oluşmuştur. Bu maddeler 0, 1, 2, 3 olmak üzere 0 - 3 arası puan almaktadır. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63’ tür.

Beck, depresyon için ölçek puanlarına göre şu dağılımı yapmıştır:

0–9 puan: Depresyon yok

10–16 puan: Hafif düzeyde depresyon

17–24 puan: Orta düzeyde depresyon

25 ve üzeri puan: Şiddetli düzeyde depresyon.

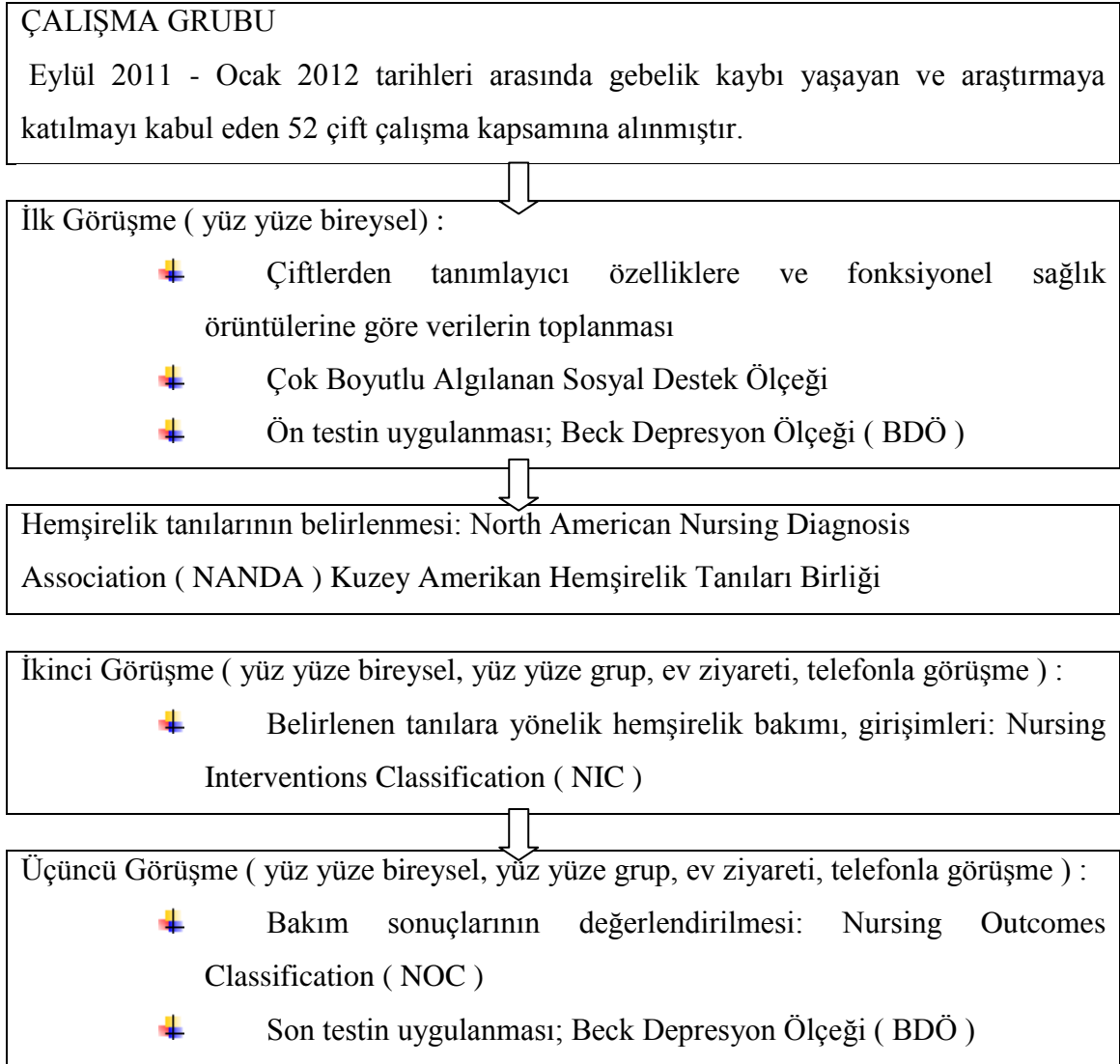
Beck Depresyon Ölçeği Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1980 Teğin ve 1988 Hisli tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda kesme puanı 17 olarak belirtilmiştir.

#### **5.5.1.5. Hemşirelik Bakım Rehberi**

Araştırmacı tarafından; verilerden elde edilen sonuçlara göre 9 tane hemşirelik tanısı belirlenmiş ve bu tanılara yönelik hemşirelik bakım rehberi oluşturulmuştur (Ek 5). Belirlenen tanılar içinde kadınların en fazla mevcut sağlık durumlarından korktukları ve gelecekte planlayacakları gebeliklerle ilgili endişe duydukları, tekrar aynı şeyleri yaşamaktan korktukları tespit edildi. Genel olarak hastalar klinik serviste tedavileri süresince özel odalarda ya da aynı durumu paylaşan diğer hastalarla beraber takip edildi. Tedavi süreci hakkında çiftlere bireysel olarak bilgiler sunuldu grup paylaşımları yapıldı. Ailelere olumlu ve güven duyacakları bir ilişki ortamı sağlandı. Ailelerin acı çekme tepkilerini ifade etmelerine izin verildi, duygularının ve davranışlarının kayba normal reaksiyonlar olduğu açıklandı, öz bakımlarına katılmaları sağlandı. Destek olacak kişilerin ziyaretine izin verildi ve onlarla da bireysel olarak görüşmeler yapıldı. İkinci ve üçüncü görüşmelerde patolojik incelemelerin sonuçları tartışıldı. Danışmanlık alabilecekleri merkezler konusunda ebeveynlere bilgi verildi. Sadece iki çift profesyonel yardım ve psikolojik danışmanlık için sevk edildi. Sonuç olarak ebeveynlerin kayıpla ilgili duygularını sözel olarak ifade ederek cesaretlendikleri, negatif duyguların hafiflemesi için zamana ve desteğe ihtiyaç duydukları, hemşirelik bakım desteği sonrasında gelecek hakkında karar verme sürecine aktif olarak katıldıkları ve ailelerin destek sistemlerini daha iyi kullandıkları saptandı.



## 5.6. Araştırmanın planı



## 5.7. Uygulama

Eylül 2011 - Ocak 2012 tarihleri arasında Beykoz Devlet Hastanesi' nde gebelik kaybı yaşayan 52 kadın ve eşleri çalışma kapsamına alındı. Kadınların tanıları kadın doğum polikliniklerinde ya da doğumhanede saptandı. Tedavileri kadın doğum servisinde devam etti. Araştırmayı kabul eden çiftlerle; gerekli açıklamalar yapıldıktan ve onayları alındıktan sonra kadın doğum servisinde ilk görüşme yüz yüze bireysel olarak gerçekleşti.

İlk aşamada; gebelik kaybı yaşayan kadınlardan ve eşlerinden ayrı ayrı olarak tanımlayıcı özelliklere ve fonksiyonel sağlık örüntülerine göre veriler toplandı. Ailelerin ev adresleri ve telefon numaraları kayıt edildi. Araştırmacının telefon numarası bireylerin danışmanlık ve rehberlik gereksinimleri olabileceği düşünülerek ailelere verildi. Kadın ve eşlere Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve ön test olarak Beck Depresyon Ölçeği uygulandı.

İkinci aşamada; çiftlere verilecek hemşirelik bakımı için, verilerden elde edilen hemşirelik tanıları belirlendi. Tanılamada Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği / North American Nursing Diagnosis Association ( NANDA ) ‘ nın sınıflaması kullanılmıştır (71). Hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde, uluslararası standartlardaki Nursing Interventions Classification ( NIC- Hemşirelik girişimlerinin sınıflandırılması ) ‘ da önerilen aktivitelerden bireylere uygun olanlar kullanılmıştır ( Ek V). Hemşirelik girişimlerinin sonuçlarını değerlendirmede Nursing Outcomes Classification ( NOC- Hemşirelik sonuçlarının değerlendirilmesi ) ‘ dan yararlanıldı (71, 73).

İlk görüşme gebelik kaybı yaşayan çiftlerle Beykoz Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi’ nde özel odalarda yüz yüze bireysel olarak gerçekleşti. Bu görüşmede; Tanımlayıcı Özelliklere ve Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Veri Toplama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve ön test olarak BDÖ kullanıldı. Görüşmeler yaklaşık olarak 30 - 45 dakika sürdü.

Görüşmeler sonrasında toplanan verilerle hemşirelik tanıları oluşturuldu.

İkinci görüşme gebelik kaybından bir hafta sonra çiftlerin ve araştırmacının durumu göz önünde bulundurularak yüz yüze bireysel, yüz yüze grup, telefonla ve ev ziyaretleri şeklinde gerçekleşti. Görüşmeler ortalama bir saat karşılıklı soru cevap, dinleme, tartışma şeklinde sürdü ve NIC’ e göre hemşirelik girişimleri uygulandı (Ek V).

Son görüşme gebelik kaybından iki hafta sonra çiftlerin ve araştırmacının durumu göz önünde bulundurularak yüz yüze bireysel, yüz yüze grup, telefonla ve ev

ziyaretleri şeklinde gerçekleşti. Görüşmeler ortalama 45 dakika sürdü. Görüşmelerde bakım sonuçları NOC' a göre değerlendirildi (Ek V) ve son test olarak BD uygulandı.

### **5.8. Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için İstatistik Paket Programı, alışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır. Parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi kullanılmıştır.

Sonuçlar; % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu alışma sadece Beykoz Devlet Hastanesi Kadın Doğum Bölümü' ne başvuran ve gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşleri ile yapıldığı için tüm kayıp yaşayanlara genellenemez.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin büyük bir kısmının çalışıyor olması ve tepkisiz kalmalarından dolayı ulaşma zorluğu çekilmiş ve erkek katılımcılara son test Beck Depresyon leği uygulanamamıştır.

### **5.10. Etik İlkeler**

- Çalışma grubuna alınan bireylerin gönüllü ve istekli olmalarına zen gösterilerek katılımları sağlanmıştır.
- Araştırmaya katılan her hastaya gönüllü bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır (Ek 6).

- Araştırmanın yürütüldüğü Beykoz Devlet Hastanesi' nden yazılı izin alınmıştır (Ek 7).

## 6. BULGULAR

Gebelik kaybı yaşıyan çiftlerin; sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular;

- Gebelik kaybı yaşıyan kadınlara ait özelliklerin dağılımı; sosyo - demografik, evlilik, obstetrik, gebelik kaybı süreci, kayıpla ilgili tanılama, destek sistemleri, ruhsal sıkıntı öyküsü ve kaybın kadınlar üzerindeki etki özellikleri
- Gebelik kaybı yaşıyan kadınların eşlerine ait özelliklerin dağılımı; sosyo - demografik, ruhsal sıkıntı öyküsü, gebelik ile ilgili özellikler, kayıpla ilgili tanılama, destek sistemleri ve kaybın eşler üzerinde etki özellikleri
- Kadınların demografik, obstetrik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının dağılımı
- Erkeklerin demografik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının dağılımı şeklinde bulgular gruplandırılmıştır.

## 6.1. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Dağılımı

**Tablo 6.1.1. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri**

Yaş	n	%
19 - 25 yaş	11	21,2
26 - 30 yaş	15	28,8
31 - 35 yaş	13	25,0
36 yaş ve üstü	13	25,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur - yazar değil	2	3,8
Okur - yazar	1	1,9
İlkokul mezunu	28	53,8
Lise mezunu	14	26,9
Üniversite mezunu	7	13,5
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	37	71,2
İşçi	2	3,8
Memur	10	19,2
Serbest meslek	3	5,8
<b>Bağlı olduğu Sosyal Güvenlik Kuruluşu</b>		
Bağ - kur	3	6,1
Emekli Sandığı	8	16,3
Genel Sağlık Sigortası	1	2,0
İsteğe Bağlı SSK	1	2,0
SSK	35	71,4
Yeşil Kart	1	2,0
Yok	3	5,8
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Geliri giderinden fazla	4	7,7
Geliri gideriyle eşit	28	53,8
Geliri giderinden az	20	38,5
<b>Yerleşim Yeri</b>		
Şehir merkezi	15	28,8
Kırsal kesim	37	71,2
<b>Ev Durumu</b>		
Kendinizin	25	48,1
Kira	27	51,9
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	37	71,2
Geniş aile	15	28,8

Gebelik kaybı yaşayan kadınların, % 28,8' i 26 - 30 yaş arasında, % 25 ' i 31 - 35 yaş arasında, % 25' i 36 yaş ve üstü ve % 21,2' si de 19 - 25 yaş arasındadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 3,8' i okur - yazar değil, % 1,9' u okur - yazar, % 53,8' i ilkokul mezunu, % 26,9' u lise mezunu ve % 13,5' i üniversite mezunudur.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 71,2' si ev hanımı iken, % 3,8' i işçi, % 19,2' si memur ve % 5,8' i de serbest meslek sahibidir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 5,8' inin herhangi bir sağlık güvencesi yok iken, % 6,1' i Bağ - Kur' lu, % 16,3' ü Emekli Sandığı' na bağlı, % 71,4' ü Ssk' lı, % 2' si Genel Sağlık Sigortası, İsteğe bağlı Ssk ve Yeşil Kartlı' dır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların 4' ünün (% 7,7) geliri giderinden fazla, 28' inin (% 53,8) geliri gideriyle eşit, 20' sinin (% 38,5) geliri giderinden azdır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 71,2' i kırsal kesimde, % 28,8' i de şehir merkezinde yaşamaktadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların, % 51,9' u kirada, % 48,1' i de kendi evlerinde yaşamaktadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 71,2' sinin aile tipi çekirdek aile iken, % 28,8' inin aile tipi geniş ailedir.

**Tablo 6.1.2. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Evlilik Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Evlilik Süresi</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1 yıl	10	19,2
2 - 5 yıl	13	25,0
6 - 10 yıl	14	26,9
11 yıl ve üstü	15	28,8
<b>Evlenme Yaşı</b>		
18 ve altı	10	19,2
19 - 24	23	44,2
25 ve üstü	19	36,5
<b>Evlilik Usulü</b>		
Görücü usulü	15	28,8
Anlaşarak	37	71,2

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 19,2' si 1 yıl, % 25' i 2 - 5 yıl arası, % 26,9' u 6 - 10 yıl arası, % 28,8' i 11 yıl ve üstünde evliliklerini devam ettirmektedirler.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 44,2' si 19 - 24 yaşları arasında, % 36,5' i 25 yaş ve üstünde ve % 19,2' si de 18 yaş ve altında evlenmişlerdir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 71,2' si anlaşarak, % 28,8' i görücü usulü ile evlenmişlerdir.

**Tablo 6.1.3. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı**

<b>İlk Gebelik Yaşı</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 ve altı	10	19,2
21 - 25	23	44,2
26 ve üstü	19	36,5
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>		
0	18	34,6
1	17	32,7
2	11	21,2
3 ve üstü	6	11,5
<b>Gebelik Sayısı</b>		
1	16	30,8
2	11	21,2
3	12	23,1
4 ve üstü	13	25,0
<b>Daha Önceki Gebelik Kayıpları</b>		
Yok	34	65,4
1	11	21,2
2 ve üstü	7	13,5
<b>Daha Önceki Kayıpta Düşük Yapma Durumu</b>		
1	11	64,7
2	4	23,5
3	2	11,8

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 19,2' si 20 yaş ve altında, % 44,2' si 21 - 25 yaşları arasında ve % 36,5' i 26 yaş ve üstünde, ilk gebelik deneyimlerini yaşamışlardır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 34,6' sının hiç yaşayan çocuğu yok iken, % 32,7' sinin 1 tane, % 21,2' sinin 2 tane, % 11,5' inin 3 ve daha fazla yaşayan çocuğu vardır.

Bu gebelik; gebelik kaybı yaşayan kadınların % 30,8' inin ilk gebeliği iken, % 21,2' sinin 2. , % 23,1' inin 3. ve % 25' inin de 4. gebeliği ve üstüdür.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 65,4' ü daha önce gebelik kaybı yaşamazken, % 21,2' si daha önce 1 tane ve % 13,5' inin de 2 ve daha üstü gebelik kaybı deneyimi mevcuttur.

Daha önce gebelik kaybı deneyimleyen 18 kadının, 11' inin (% 64,7) 1 tane, 4' ünün (% 23,5) 2 tane ve 2' sinin de (% 11,8) 3 tane düşükle sonuçlanan gebeliği vardır.



**Tablo 6.1.4. Gebelik Kaybı Süreci Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Kaybın Gerçekleştiği Hafta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
0	1	1,9	
5	3	5,8	
6	1	1,9	
7	3	5,8	
8	15	28,8	
9	10	19,2	
10	10	19,2	
11	2	3,8	
12	1	1,9	
13	3	5,8	
14	1	1,9	
32	2	3,8	
<b>Gebeliğin Sonlanma Nedeni</b>			
Fetal nedenler	17	32,7	
Maternal nedenler	35	67,3	
<b>Bu Gebelikte Karşılaşılan Sorunlar</b>			
Bir sorun yaşamadım	Evet	18	34,6
	Hayır	34	65,4
İlaç kullandım	Evet	9	17,3
	Hayır	43	82,7
Enfeksiyon geçirdim	Evet	15	28,8
	Hayır	37	71,2
Röntgen ışınına maruz kaldım	Evet	0	0
	Hayır	52	100
Psikolojimi bozan bir olay yaşadım	Evet	15	28,8
	Hayır	37	71,2
Maddi durumumu olumsuz etkileyen bir olay yaşadım	Evet	6	11,5
	Hayır	46	88,5
<b>Bu Gebeliği İsteme Durumu</b>			
Bu gebeliği isteme durumu	Evet	35	67,3
	Hayır	17	32,7
Maddi açıdan hazır değildim	Evet	8	15,4
	Hayır	44	84,6
Diğer çocuğun küçük olması / yeterli çocuk	Evet	13	25,0
	Hayır	39	75,0
Ailevi sıkıntılarım vardı	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Eşim istemediği için	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1

Araştırmaya katılan kadınların; % 3,8' i 32. haftada, % 19,2' si 9. haftada ve 10. haftada ve % 28,8' i de 8. haftada gebelik kaybı yaşamıştır. Bir tanesinin de daha tam haftası belli değilken gebeliği sonlanmıştır. Gebelik sonlanma haftasının ortalaması 9,6' dır.

Araştırmaya katılan kadınların % 32,7' sinin gebeliği fetal nedenlerden dolayı % 67,3' ünün ise maternal nedenlerden dolayı sonlanmıştı.

Gebelik kaybı yaşıyan kadınların 18' i (% 34,6) kayıpla sonuçlanan bu gebelik sürecinde bir sorun yaşarken, 34' ü (% 65,4) herhangi bir sorunla karşılaşmamıştır.

Gebelik kaybı yaşıyan kadınların % 17,3' ü kayıpla sonuçlanan bu gebelikte ilaç kullanırken, % 28,8' i enfeksiyon geçirmiş ve psikolojilerini bozan bir olay yaşamıştır.

Gebelik kaybı yaşıyan kadınların hiçbirini kayıpla sonuçlanan bu gebelikte röntgen ışınına maruz kalmamıştır.

Gebelik kaybı yaşıyan kadınların % 67,3' ü bu gebeliği isterken, % 32,7' si bu gebeliği istememiştir.

Bu gebeliği istemeyen kadınların gebeliği istememe nedenleri araştırıldığında;

13' ü (% 25,0) “Diğer çocuğun küçük olması, yeterli çocuk” ,

8' i (% 15,4) “Maddi açıdan hazır değildim”,

7' si (% 13,5) “Ailevi sıkıntılarım vardı”,

1' i de (% 1,9) “Eşim istemediği için” yanıtını vermişlerdir.

**Tablo 6.1.5. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Kayıba Karşı Yaşanılan Tepkiler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
İnkâr	Evet	11	21,2
	Hayır	41	78,8
Öfke	Evet	12	23,1
	Hayır	40	76,9
Ağlama	Evet	44	84,6
	Hayır	8	15,4
Şok	Evet	14	26,9
	Hayır	38	73,1
İçe kapanıklık	Evet	23	44,2
	Hayır	29	55,8
Üzüntü	Evet	45	86,5
	Hayır	7	13,5
Tepkisizlik	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Kabullenme	Evet	22	42,3
	Hayır	30	57,7
Suçluluk	Evet	30	57,7
	Hayır	22	42,3
Değersizlik	Evet	6	11,5
	Hayır	46	88,5
Korku	Evet	30	57,7
	Hayır	22	42,3
Düşünmeme	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4
<b>Baş Etme Yöntemleri</b>			
Kendi ailemin yanında kalacağım	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Eşimin ailesinin yanında kalacağım	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
Çocuklarımla, eşimle vakit geçireceğim	Evet	28	53,8
	Hayır	24	46,2
Kendimi işe vereceğim	Evet	9	17,3
	Hayır	43	82,7
Hiçbir şey düşünmüyorum, bilmiyorum	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Psikolojik desteğe ihtiyacım var	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4
Dinsel / Manevi desteğe yöneleceğim	Evet	29	55,8
	Hayır	23	44,2
Diğer	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1
<b>Kayıp Sonrası Yaşanılan Endişeler</b>			
Bir sonraki gebeliğimde aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum	Evet	17	32,7
	Hayır	35	67,3
Şu anki kendi sağlığımdan endişeliyim	Evet	48	92,3
	Hayır	4	7,7

Sanki hamileliğim devam ediyormuş gibi, kötü bir duygu	Evet	9	17,3
	Hayır	43	82,7
Patoloji sonucuna göre bu kaybın nedenlerini merak ediyorum	Evet	12	23,1
	Hayır	40	76,9
Bir endişem, korkum yok	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
Diğer	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2

Gebelik kaybı yaşayan kadınların; % 86,5' i üzüntü duygusunu, % 84,6' sı ağlama duygusunu, % 57,7' si suçluluk ve korku duygusunu yaşarken; % 5,8' i tepkisiz kalmıştır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların verdikleri tepkilerle baş etmek için neler planladıkları sorulduğunda; % 55,8' i 'Dinsel / Manevi desteğe yöneleceğim', % 53,8' i 'Çocuklarımla, eşimle vakit geçireceğim' cevabını verirken; % 9,6' sı 'Psikolojik desteğe ihtiyacım var' yanıtını vermiştir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların; % 92,3' ü kayıp sonrasında en çok şuan ki sağlıklarından endişe duymaktayken, % 32,7' si de bir sonraki gebeliklerinde aynı şeyleri yaşamaktan korkmaktadır.

**Tablo 6.1.6. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Diğer Tanılama Özelliklerinin Dağılımı**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Öz bakım yeterliliği</b>	Evet	12	23,1
	Kısmen	33	63,5
	Hayır	7	13,5
<b>Tükenmişlik Hissi</b>	Evet	21	40,4
	Kısmen	20	38,5
	Hayır	11	21,2
<b>Gebelik Planlama Durumu</b>	Evet, kısa sürede istiyorum	20	38,5
	Evet ama uzun süre geçmeli	12	23,1
	Hayır	20	38,5
<b>Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu</b>	Evet	30	57,7
	Hayır	22	42,3
<b>Danışman</b>	Doktor	8	27,6
	Hastane	20	69,0
	Hemşire	1	3,4
<b>Eş ile İletişim Durumu</b>	İyi	40	76,9
	Orta	8	15,4
	Kötü	4	7,7

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 23,1' i kendi bakım ve gereksinimlerini karşılarken; % 63,5' i kısmen karşılamakta, % 13,5' i ise karşılayamamaktadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 40,4' ü kendini tükenmiş hissederken; % 21,2' si kendini tükenmiş hissetmemektedir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 38,5' i kısa süre sonra tekrar gebe kalmak isterken; yine % 38,5' i tekrar gebe kalmayı düşünmemektedir. % 23,1' i ise uzun bir sonra gebe kalmayı planlamaktadır.

Kayıp sonrası kadınların % 57,7' si danışmanlık hizmeti alırken; % 42,3' ü danışmanlık için nereye başvuracağını bilmemektedir. Danışmanlık hizmetini alanlar % 69 oranla hastaneye başvurmuştur. Hemşireden alınan danışmanlık hizmeti % 3,4' tür.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 76,9' u eşiyile iyi bir iletişim halindeyken; % 15,4' ünün eşiyile iletişimi orta; % 7,7' sinin eşiyile iletişimi kötüdür.

**Tablo 6.1.7. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıpla İlgili Destek Sistemlerinin Dağılımı**

<b>Destek Alma Durumu</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Annemden	Evet	29	55,8
	Hayır	23	44,2
Babamdan	Evet	15	28,8
	Hayır	37	71,2
Eşimden	Evet	35	67,3
	Hayır	17	32,7
Arkadaşımdan	Evet	14	26,9
	Hayır	38	73,1
Kardeşimden	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4
Sağlık çalışanından	Evet	8	15,4
	Hayır	44	84,6
Tek başıyım	Evet	9	17,3
	Hayır	43	82,7
Eşimin ailesinden	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Diğer	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1
<b>Yakınlarla / Arkadaşlarla Paylaşma Durumu</b>	Evet	39	75,0
	Hayır	13	25,0
<b>Paylaşmama Nedenleri</b>			
Utandım	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4
Suçluluk duydum	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Tepkilerinden korktum	Evet	4	7,7
	Hayır	48	92,3
Kimseyle paylaşmak, konuşmak istemiyorum	Evet	8	15,4
	Hayır	44	84,6

Gebelik kaybı yaşayan kadınlar en çok eşlerinden (% 67,3) destek alırken; bunu anne (% 55,8) ve baba (% 28,8) desteği takip etmektedir. Kadınların % 17,3' ü ise tek başına mücadele etmiştir. Sağlık çalışanlarından alınan destek ise % 15,4' tür.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 75' i bu durumu yakınlarıyla paylaşmışlardır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 25' i bu durumu yakınlarıyla paylaşmamıştır. Paylaşmama nedeni olarak; kadınların % 15,4' ü kimseyle konuşmak istemezken; % 13,5' i suçluluk duymuştur.

**Tablo 6.1.8. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Ruhsal Sıkıntı Öyküsü Özelliklerinin Dağılımı**

Geçmişte Ruhsal Sıkıntı Yaşama		n	%
	Evet	13	25,0
Hayır	39	75,0	
Tedavi Olma Durumu			
	Evet	9	69,2
Hayır	4	30,8	

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 25' i daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamışken; % 75' i de yaşamamıştır. Geçmişte ruhsal bir sıkıntı yaşayan kadınların da % 69,2' si tedavi görmüştür.

**Tablo 6.1.9. Kaybın Kadınlar Üzerinde Etki Özelliklerinin Dağılımı**

İş Hayatını Etkileme Durumu	n	%
Etkilemedi	3	21,4
Olumsuz etkiledi	11	78,6
Özel Hayatı Etkileme Durumu		
Etkilemedi	18	34,6
Olumsuz etkiledi	32	61,5
Diğer	2	3,8
Cinsel Hayatı Etkileme Durumu		
Etkilemedi	5	9,6
Olumsuz etkiledi	46	88,5
Diğer	1	1,9
Sosyal Hayatı Etkileme Durumu		
Etkilemedi	6	11,5
Olumsuz etkiledi	46	88,5
Düşünülen Duygular		
Ayrılık	1	1,9
Boşanma	1	1,9
Yalnız kalma	38	73,1
Hiçbiri	12	23,1

Gebelik kaybı yaşayan ve çalışan kadınların % 78,6' sının iş hayatı yaşadıkları bu durumdan dolayı olumsuz yönde etkilenmiştir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 61,5' inin özel hayatı olumsuz yönde etkilenirken; % 34,6' sının özel hayatını bu durum etkilememiştir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 88,5' inin cinsel hayatı olumsuz yönde etkilenmiştir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 73,1' i kayıp sonrası yalnız kalmayı isterken; % 1,9' u ayrılık ya da boşanma duygularını yaşamışlardır.

## 6.2. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Eşlerine Ait Özelliklerin Dağılımı

**Tablo 6.2.1. Eşlerin Sosyo - demografik Özelliklerinin Dağılımı**

Yaş	n	%
30 ve altı	13	25,0
31 - 40 yaş	31	59,6
41 ve üstü	8	15,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur - yazar değil	1	1,9
Okur - yazar	1	1,9
İlkokul mezunu	17	32,7
Lise mezunu	24	46,2
Üniversite mezunu	9	17,3
<b>Meslek</b>		
Çalışmıyor	4	7,7
İşçi	16	30,8
Memur	12	23,1
Serbest meslek	19	36,5
Diğer	1	1,9
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	48	92,3
Yok	4	7,7
<b>Bağlı Olduğu Sosyal Güvenlik Kuruluşu</b>		
Bağ - Kur	3	6,3
Emekli Sandığı	6	12,5
Genel Sağlık Sigortası	1	2,1
Ssk	37	77,1
Yeşil Kart	1	2,1
<b>Gelir Düzeyi</b>		
Geliri giderinden fazla	4	7,7
Geliri gideriyle eşit	28	53,8
Geliri giderinden az	20	38,5

Eşlerin % 25' i 30 yaş ve altında iken; % 59,6' sı 31 - 40 yaş arasında ve % 15,4' ü de 41 yaş ve üstündedir.

Eşlerin % 46,2' si lise mezunuyken, % 32,7' si ilkokul mezunu ve % 17,3' ü üniversite mezunudur. % 1,9' u okur - yazar değildir.

Eşlerin % 36,5' i serbest meslek, % 30,8' i işçi ve % 23,1' i memur iken; % 7,7' si çalışmamaktadır.



Eşlerin % 92,3' ünün sosyal güvencesi vardır. % 77,1' i Ssk' lı iken; % 12,5' i Emekli Sandığına bağlıdır.

Eşlerin % 53,8' inin geliri giderine eşit iken; % 38,5' inin geliri giderinden az ve % 7,7' sinin geliri giderinden fazladır.

**Tablo 6.2.2. Eşlerin Ruhsal Sıkıntı Öyküsü Özelliklerinin Dağılımı**

Geçmişte Ruhsal Sıkıntı Yaşama	n		%	
	Evet	6	11,8	
Hayır	45	88,2		
Tedavi Olma Durumu	Evet	4	57,1	
	Hayır	3	42,9	

Eşlerin % 11,8' i daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşarken; bunlardan % 57,1' i tedavi olmuştur.

Eşlerin % 88,2' si daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamamışlardır.

**Tablo 6.2.3. Eşlerin Gebelik ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı**

Gebeliği İsteme Durumu	n		%	
	Evet	34	66,7	
Hayır	17	33,3		
İstememe Nedeni				
Maddi açıdan hazır değildim	Evet	9	17,3	
	Hayır	43	82,7	
Diğer çocuğun küçük olması/yeterli çocuk	Evet	11	21,2	
	Hayır	41	78,8	
Ailevi sıkıntılarım vardı	Evet	2	3,8	
	Hayır	50	96,2	
Eşim istemediği için	Evet	1	1,9	
	Hayır	51	98,1	

Erkeklerin % 66,7' si eşinin bu gebeliğini isterken; % 33,3' ü bu gebeliği istememiştir. İstememe nedeni olarak; % 21,2' si diğer çocuğun küçük / yeterli olmasını sebep olarak gösterirken; % 17,3' ü de maddi açıdan hazır olmadıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6.2.4. Eşlerin Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Kayıba Karşı Yaşanılan Tepkiler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
İnkâr	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
Öfke	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1
Ağlama	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
Şok	Evet	5	9,6
	Hayır	47	90,4
İçe kapanıklık	Evet	10	19,2
	Hayır	42	80,8
Üzüntü	Evet	33	63,5
	Hayır	19	36,5
Tepkisizlik	Evet	13	25,0
	Hayır	39	75,0
Kabullenme	Evet	39	75,0
	Hayır	13	25,0
Suçluluk	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
Değersizlik	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1
Korku	Evet	11	21,2
	Hayır	41	78,8
Düşünmeme	Evet	21	40,4
	Hayır	31	59,6
<b>Baş Etme Yöntemleri</b>			
Çocuklarımla, eşimle vakit geçireceğim	Evet	32	61,5
	Hayır	20	38,5
Kendimi işe vereceğim	Evet	15	28,8
	Hayır	37	71,2
Hiçbir şey düşünemiyorum, bilmiyorum	Evet	4	7,7
	Hayır	48	92,3
Dinsel / Manevi desteğe yöneleceğim	Evet	18	34,6
	Hayır	34	65,4
Diğer	Evet	4	7,7
	Hayır	48	92,3
<b>Gebelik Planlama Durumu</b>	Evet, kısa sürede	19	36,5
	Evet ama uzun süre geçmeli	11	21,2
	Hayır	22	42,3
<b>Eş ile İletişim Durumu</b>	İyi	40	76,9
	Orta	11	21,2
	Kötü	1	1,9

Eşlerinin yaşadığı kayıp sonrası erkeklerin % 75' i bu durumu kabullenirken; % 63,5' i üzüntü, % 40,4' ü düşünmeme duygularını yaşamış ve % 25' i de bu durum sonrasında tepkisiz kalmıştır.

Bu duygularla baş etmek için erkeklerin % 61,5' inin çocukları ve eşleriyle vakit geçireceği, % 34,6' sının dinsel maneviyata yöneleceği ve % 28,8' inin de kendini işe vereceği saptanmıştır.

Erkeklerin % 36,5' i kısa süre sonra tekrar eşlerinin gebe kalmasını isterken; % 42,3' ü istememektedir.

Erkeklerin % 76,9' unun eşleriyle iletişimi iyi iken; % 21,2' sinin orta ve % 1,9' unun da eşleriyle iletişimi kötüdür.

**Tablo 6.2.5. Eşlerin Kayıpla İlgili Tanılama Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Kayıp Sonrası Yaşanılan Endişeler</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Eşimin bir sonraki gebeliğinde tekrar aynı şeyleri yaşamasından korkuyorum	Evet	11	21,2
	Hayır	41	78,8
Eşimin şu anki sağlığından endişeliyim	Evet	48	92,3
	Hayır	4	7,7
Patoloji sonucuna göre bu kaybın nedenlerini merak ediyorum	Evet	7	13,5
	Hayır	45	86,5
Bir endişem korkum yok	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Diğer	Evet	1	1,9
	Hayır	51	98,1
<b>Danışmanlık Hizmeti Alma Durumu</b>	Evet	31	59,6
	Hayır	21	40,4
<b>Danışman</b>	Aile Hekimi	1	3,2
	Doktor	11	35,5
	Hastane	19	61,3

Erkeklerin % 92,3' ü kayıp sonrasında eşlerinin sağlıklarından endişe duyarken; % 21,2' si bir sonraki gebelikte eşlerinin aynı şeyleri yaşamasından korkmaktadır.

Erkeklerin % 59,6' sını kayıp sonrası danışmanlık hizmeti alırken; % 40,4' ü danışmanlık hizmeti almamaktadır.

**Tablo 6.2.6. Eşlerin Kayıp Sonrası Destek Sistemlerinin Dağılımı**

<b>Destek Alma Durumu</b>		<b>n</b>	<b>%</b>
Annemden	Evet	31	59,6
	Hayır	21	40,4
Babamdan	Evet	20	38,5
	Hayır	32	61,5
Eşimden	Evet	32	61,5
	Hayır	20	38,5
Arkadaşımdan	Evet	20	38,5
	Hayır	32	61,5
Kardeşimden	Evet	3	5,8
	Hayır	49	94,2
Sağlık çalışanından	Evet	9	17,3
	Hayır	43	82,7
Tek başıyım	Evet	10	19,2
	Hayır	42	80,8
Eşimin ailesinden	Evet	2	3,8
	Hayır	50	96,2
<b>Yakınlarla / Arkadaşlarla Paylaşma Durumu</b>	Evet	37	71,2
	Hayır	15	28,8

Eşlerinin gebelik kaybı yaşaması sonucunda erkeklerin % 61,5' i eşlerinden destek alırken; % 59,6' sı annesinden destek almıştır. Sağlık çalışanından destek alma oranı % 17,3' tür.

Erkeklerin % 28,8' i bu durumu yakınlarıyla paylaşmamıştır.

**Tablo 6.2.7. Kaybın Eşler Üzerinde Etki Özelliklerinin Dağılımı**

<b>İş Hayatını Etkileme Durumu</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Etkilemedi	4	8,3
Olumsuz etkiledi	44	91,7
<b>Özel Hayatını Etkileme Durumu</b>		
Etkilemedi	14	26,9
Olumsuz etkiledi	38	73,1
<b>Sosyal Hayatını Etkileme Durumu</b>		
Etkilemedi	40	76,9
Olumsuz etkiledi	12	23,1
<b>Cinsel Hayatını Etkileme Durumu</b>		
Etkilemedi	5	9,6
Olumsuz etkiledi	47	90,4
<b>Düşünülen Duygular</b>		
Boşanma	1	1,9
Yalnız kalma	12	23,1
Hiçbiri	39	75,0

Gebelik kaybı; erkeklerin % 91,7' sinin iş hayatını, % 73,1' inin özel hayatını ve % 90,4' ünün de cinsel hayatını olumsuz etkilerken; % 76,9' unun ise sosyal hayatını olumsuz etkilememiştir.

### 6.3. Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması

**Tablo 6.3.1. İlk Görüşmede Kadın ve Erkeklerin Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Ölçümler	Kadın		Erkek		Wilcoxon Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
İlk Görüşmede Beck Depresyon Düzeyleri	17,077	7,425	6,923	5,179	-5,727	<b>0,000**</b>

\*\*p<0,01

\*Wilcoxon Z testi

Gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerle yapılan ilk görüşmede kadın ve erkeklerin Beck depresyon düzeyi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-5,727;p=0,000<0,05$ ). Erkeklerin depresyon düzeyi ortalaması, kadınların depresyon düzeyi ortalamasından düşük bulunmuştur. Erkeklerin BDÖ puan ortalaması 6,9 iken kadınların BDÖ ortalaması 17,07 olarak saptanmıştır.

**Tablo 6.3.2. Kadınlarda HBD Öncesi ve Sonrası Beck Depresyon Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Ölçümler	HBD öncesi		HBD sonrası		Wilcoxon Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Kadınlarda HBD öncesi ve sonrası Beck Depresyon Düzeyleri	17,077	7,425	6,308	3,461	-6,280	<b>0,000**</b>

\*\*p<0,01

\*Wilcoxon Z testi

Gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z=-6,280;p=0,000<0,05$ ). Gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi ortalaması, HBD öncesi depresyon düzeyi ortalamasından düşük bulunmuştur. HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 17,07' den, HBD sonrası son testte 6,3' e düşmüştür.

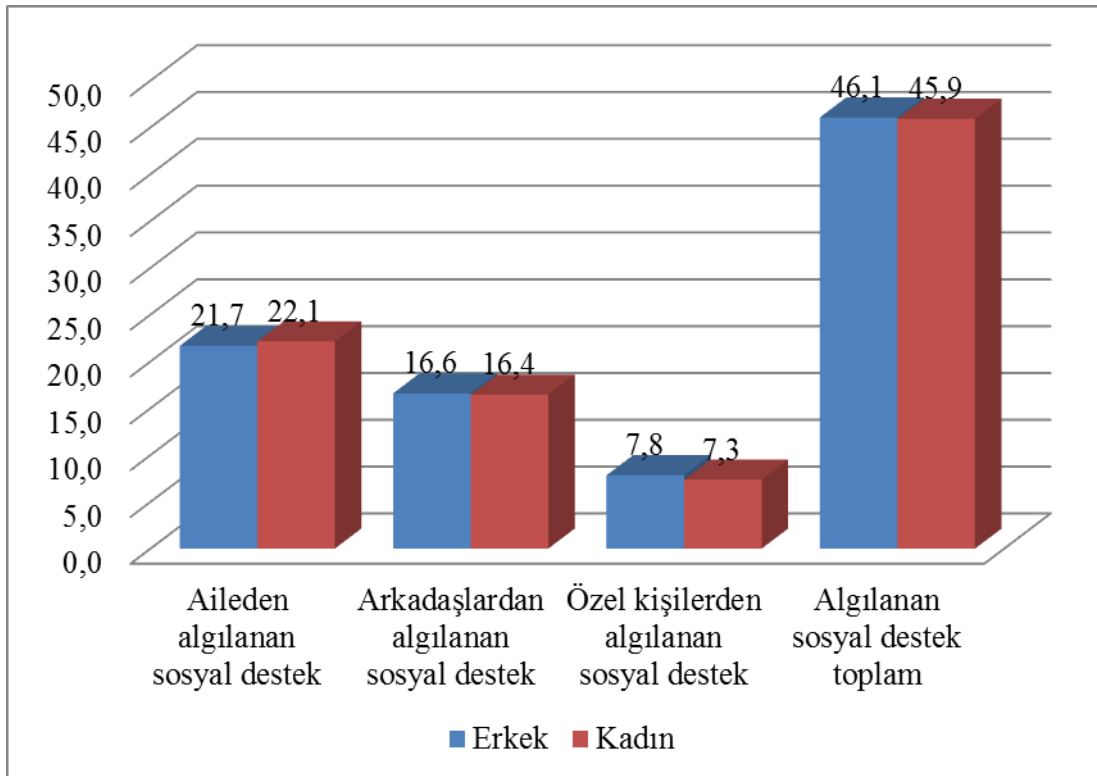
#### 6.4. Kadın ve Erkeklerin Algılanan Sosyal Destek Puanları Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Tablo 6.4.1. Kadın ve Erkeklerin Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Algılanan Sosyal Destek	Kadın		Erkek		Z	p
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.		
Aile	22,135	7,906	21,654	8,051	-0,451	0,652
Arkadaş	16,423	7,069	16,577	7,182	-0,214	0,831
Özel Kişi	7,346	7,156	7,827	7,863	-0,406	0,685
Sosyal Destek Toplam	45,904	14,689	46,058	15,898	-0,559	0,576

\*Wilcoxon Z testi

Gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşlerinin; aileden, arkadaşlardan ve özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları ile sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



## 6.5. Kadınların Beck Depresyon Ölçeğinden aldıkları puan ile Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

**Tablo 6.5.1. Kadınların HBD öncesi ve sonrası BDÖ puan ortalamaları ile Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki İlişki**

Boyutlar	Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	N	r	p
Kadınlarda HBD Öncesi Depresyon Düzeyleri	Aile	52	-0,207	0,142
	Arkadaş	52	-0,191	0,175
	Özel Kişi	52	0,141	0,319
	Sosyal Destek Toplam	52	-0,135	0,341
Kadınlarda HBD Sonrası Depresyon Düzeyleri	Aile	52	-0,300	<b>0,031</b>
	Arkadaş	52	-0,121	0,394
	Özel Kişi	52	0,145	0,304
	Sosyal Destek Toplam	52	-0,149	0,293

\*r=Korelasyon Analizi

Kadınlarda aile, arkadaş, özel kişi ve sosyal destek toplam puanları ile HBD öncesi depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kadınlarda aileden algılanan sosyal destek alt boyutu ile kadınlarda HBD sonrası depresyon düzeyi alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında % 30,0 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,300$ ;  $p=0,031<0,05$ ). Buna göre kadınlarda aileden algılanan sosyal destek alt boyutu puanı arttıkça kadınlarda HBD sonrası depresyon düzeyi azalmaktadır.

Kadınlarda arkadaş, özel kişi ve sosyal destek toplam puanları ortalamaları ile kadınlarda HBD sonrası depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).



## 6.6. Kadınların Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.6.1. Eğitim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	İlkokul mezunu	31	19,516	6,990	13,861	<b>0,001</b>
		Lise mezunu	14	15,571	7,079		
		Üniversite mezunu	7	9,286	2,984		
	HBD Sonrası	İlkokul mezunu	31	7,194	3,692	7,153	<b>0,028</b>
		Lise mezunu	14	5,429	3,056		
		Üniversite mezunu	7	4,143	1,464		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	İlkokul mezunu	31	21,742	6,899	3,293	0,193
		Lise mezunu	14	21,000	9,576		
		Üniversite mezunu	7	26,143	8,494		
	Arkadaş	İlkokul mezunu	31	15,000	6,512	4,096	0,129
		Lise mezunu	14	17,429	6,688		
		Üniversite mezunu	7	20,714	9,032		
	Özel Kişi	İlkokul mezunu	31	6,226	6,032	1,435	0,488
		Lise mezunu	14	9,929	8,862		
		Üniversite mezunu	7	7,143	7,819		
	Sosyal Destek Toplam	İlkokul mezunu	31	42,968	14,829	6,150	<b>0,046</b>
		Lise mezunu	14	48,357	11,392		
		Üniversite mezunu	7	54,000	17,842		

\*KW=Kruskal Wallis H-Testi

\*Mann Whitney U testi

Eğitim durumuna göre gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve HBD sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=13,861; p=0,001<0,05)(KW=7,153; p=0,028<0,05). Buna göre;

İlkokul mezunu olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanı, Üniversite mezunu olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=16,000; p=0,000<0,05).

Lise mezunu olanların kadınların eğitim öncesi depresyon düzeyi puanı, Üniversite mezunu olan kadınların eğitim öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=21,000; p=0,035<0,05).

İlkokul mezunu olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanı, Üniversite mezunu olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=46,500; p=0,019<0,05).

Eğitim durumuna göre gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden, arkadaşlardan ve özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

İlkokul mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 19,5' den eğitim sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 7,1' e düşmüştür.

Lise mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 15,5' den HBD sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 5,4' e düşmüştür.

Üniversite mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 9,2' den HBD sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 4,1' e düşmüştür.

Eğitim durumuna göre gebelik kaybı yaşayan kadınların algılanan sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $KW=6,150$ ;  $p=0,046<0,05$ ). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; Üniversite mezunu olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı, İlkokul mezunu olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney  $U=49,500$ ;  $p=0,026<0,05$ ).

**Tablo 6.6.2. Yerleşim Yerine Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	Şehir merkezi	15	11,800	5,375	107,000	<b>0,001</b>
		Kırsal kesim	37	19,216	7,111		
	HBD Sonrası	Şehir merkezi	15	4,800	2,426	164,500	<b>0,021</b>
		Kırsal kesim	37	6,919	3,654		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	Şehir merkezi	15	23,533	9,265	218,000	0,225
		Kırsal kesim	37	21,568	7,351		
	Arkadaş	Şehir merkezi	15	17,400	8,331	259,000	0,707
		Kırsal kesim	37	16,027	6,576		
	Özel Kişi	Şehir merkezi	15	6,533	7,347	244,000	0,489
		Kırsal kesim	37	7,676	7,153		
	Sosyal Destek Toplam	Şehir merkezi	15	47,467	13,892	237,500	0,419
		Kırsal kesim	37	45,270	15,139		

\*Mann Whitney U testi

Yerleşim yerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=107,00$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Kırsal kesimde yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanları ( $x=19,216$ ), şehir merkezinde yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanlarından ( $x=11,800$ ) yüksek bulunmuştur.

Yerleşim yerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=164,50$ ;  $p=0,021<0,05$ ). Kırsal kesimde yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanları ( $x=6,919$ ), şehir merkezinde yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanlarından ( $x=4,800$ ) yüksek bulunmuştur.

Yerleşim yerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 6.7. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.7.1. Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	0	18	14,722	7,880	2,625	0,269
		1	17	18,353	7,834		
		2	11	16,727	6,813		
		3 ve üstü	6	21,167	4,021		
	HBD Sonrası	0	18	4,833	3,034	2,632	0,268
		1	17	7,706	4,239		
		2	11	5,727	2,240		
		3 ve üstü	6	7,833	2,317		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	0	18	22,833	7,771	6,110	<b>0,047</b>
		1	17	22,588	9,118		
		2	11	24,182	6,161		
		3 ve üstü	6	15,000	4,195		
	Arkadaş	0	18	17,389	4,913	7,754	<b>0,021</b>
		1	17	19,000	7,961		
		2	11	14,273	7,913		
		3 ve üstü	6	10,167	4,070		
	Özel Kişi	0	18	8,167	6,862	2,559	0,278
		1	17	6,588	8,330		
		2	11	9,364	7,243		
		3 ve üstü	6	3,333	1,633		
	Sosyal Destek Toplam	0	18	48,389	11,152	8,436	<b>0,015</b>
		1	17	48,176	16,471		
		2	11	47,818	14,365		
		3 ve üstü	6	28,500	9,268		

\*KW=Kruskal Wallis H-Testi

\*Mann Whitney U testi

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve HBD sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=6,110;  $p=0,047<0,05$ ).

Buna göre; yaşayan çocuk sayısı 2 olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=5,500;  $p=0,005<0,05$ ).

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=7,754;  $p=0,021<0,05$ ). Buna göre; yaşayan çocuk sayısı 1 olan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanı, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=12,500;  $p=0,007<0,05$ ).

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik kaybı yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=2,559;  $p=0,278>0,05$ ).

Yaşayan çocuk sayısına göre gebelik kaybı yaşayan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=8,436;  $p=0,015<0,05$ ). Buna göre; yaşayan çocuk sayısı 1 olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=14,000;  $p=0,009<0,05$ ). Yaşayan çocuk sayısı 2 olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=6,000;  $p=0,007<0,05$ ).

**Tablo 6.7.2. Gebelik Sayısına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	1	16	13,063	6,371	10,122	<b>0,018</b>
		2	11	16,000	6,870		
		3	12	19,500	9,803		
		4 ve üstü	13	20,692	3,683		
	HBD Sonrası	1	16	4,063	2,144	12,192	<b>0,007</b>
		2	11	6,909	3,177		
		3	12	7,333	4,638		
		4 ve üstü	13	7,615	2,663		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	1	16	23,563	6,387	4,469	0,215
		2	11	18,000	11,045		
		3	12	25,333	6,110		
		4 ve üstü	13	20,923	6,970		
	Arkadaş	1	16	17,250	4,640	4,133	0,247
		2	11	16,818	8,600		
		3	12	17,833	8,505		
		4 ve üstü	13	13,769	6,845		
	Özel Kişi	1	16	7,188	6,483	0,851	0,837
		2	11	7,455	10,280		
		3	12	7,167	5,491		
		4 ve üstü	13	7,615	7,018		
	Sosyal Destek Toplam	1	16	48,000	10,367	2,694	0,441
		2	11	42,273	16,829		
		3	12	50,333	13,720		
		4 ve üstü	13	42,308	17,960		

\*KW=Kruskal Wallis H-Testi

\*Mann Whitney U testi

Gebelik sayısına göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=10,122; p=0,018<0,05). Buna göre; bu gebelik 3. gebeliği olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=50,500; p=0,034<0,05). Bu gebeliği 4. ve üstü gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=35,000; p=0,002<0,05).

Gebelik sayısına göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=12,192; p=0,007<0,05). Buna göre; bu gebeliği 2. gebelik olan kadınların, bu gebeliği 3. gebelik olan kadınların ve bu gebeliği 4. ve üstü olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi

puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Gebelik sayısına göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.7.3. Daha Önceki Gebelik Kayıplarına Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	Yok	34	14,471	6,779	119,500	0,000
		Var	18	22,000	6,078		
	HBD Sonrası	Yok	34	5,118	2,591	141,000	0,001
		Var	18	8,556	3,838		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	Yok	34	22,206	7,881	303,000	0,954
		Var	18	22,000	8,182		
	Arkadaş	Yok	34	16,647	7,092	278,500	0,594
		Var	18	16,000	7,211		
	Özel Kişi	Yok	34	6,971	7,238	273,500	0,523
		Var	18	8,056	7,149		
	Sosyal Destek Toplam	Yok	34	45,824	13,710	302,500	0,946
		Var	18	46,056	16,805		

\*Mann Whitney U testi

Daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=119,50$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanları ( $x=22,000$ ), daha önce gebelik kaybı yaşamayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanlarından ( $x=14,471$ ) yüksek bulunmuştur.

Daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=141,00$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanları ( $x=8,556$ ), daha önce gebelik kaybı yaşamayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanlarından ( $x=5,118$ ) yüksek bulunmuştur.

Daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 6.8. Kadınların Gebelik Kaybı Sürecine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.8.1. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	Evet, istiyordum	35	17,286	8,075	294,000	0,945
		Hayır, istemiyordum	17	16,647	6,072		
	HBD Sonrası	Evet, istiyordum	35	6,171	3,877	244,000	0,293
		Hayır, istemiyordum	17	6,588	2,476		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	Evet, istiyordum	35	24,371	7,071	143,000	<b>0,002</b>
		Hayır, istemiyordum	17	17,529	7,715		
	Arkadaş	Evet, istiyordum	35	18,229	6,376	143,500	<b>0,002</b>
		Hayır, istemiyordum	17	12,706	7,148		
	Özel Kişi	Evet, istiyordum	35	7,971	6,382	216,000	0,104
		Hayır, istemiyordum	17	6,059	8,606		
	Sosyal Destek Toplam	Evet, istiyordum	35	50,571	12,020	137,500	<b>0,002</b>
		Hayır, istemiyordum	17	36,294	15,329		

\*Mann Whitney U testi

Bu gebeliği isteme durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney  $U=294,000$ ;  $p=0,945>0,05$ ).

Bu gebeliği isteme durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=143,00$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Bu gebeliği isteyen kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ( $x=24,371$ ), istemeyen kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=17,529$ ) yüksek bulunmuştur.

Bu gebeliği isteme durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=143,50$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Bu gebeliği isteyen kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları ( $x=18,229$ ), istemeyen kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=12,706$ ) yüksek bulunmuştur.



Bu gebeliği isteme durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=216,000; p=0,104>0,05).

Bu gebeliği isteme durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=137,50; p=0,002<0,05). Bu gebeliği isteyen kadınların algılanan sosyal destek toplam puanları (x=50,571), istemeyen kadınların algılanan sosyal destek toplam puanlarından (x=36,294) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.8.2. Ruhsal Sıkıntı Öyküsüne Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	Evete	13	15,000	6,952	206,000	0,315
		Hayır	39	17,769	7,534		
	HBD Sonrası	Evete	13	6,000	2,769	250,000	0,941
		Hayır	39	6,410	3,690		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	Evete	13	21,692	7,878	242,000	0,806
		Hayır	39	22,282	8,013		
	Arkadaş	Evete	13	15,692	6,613	216,000	0,425
		Hayır	39	16,667	7,281		
	Özel Kişi	Evete	13	4,000	5,416	157,500	<b>0,038</b>
		Hayır	39	8,462	7,373		
	Sosyal Destek Toplam	Evete	13	41,385	13,562	196,500	0,228
		Hayır	39	47,410	14,906		

\*Mann Whitney U testi

Daha önce yaşanan ruhsal sıkıntı öyküsüne göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Daha önce yaşanan ruhsal sıkıntı öyküsüne göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puan arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Daha önce yaşanan ruhsal sıkıntı öyküsüne göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=157,50; p=0,038<0,05). Daha önce ruhsal bir sıkıntı yaşamayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal

destek puanları ( $x=8,462$ ), yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=4,000$ ) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.8.3. Eş ile İletişim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	İyi	40	16,950	8,016	219,000	0,648
		Orta veya kötü	12	17,500	5,248		
	HBD Sonrası	İyi	40	6,000	3,566	177,500	0,171
		Orta veya kötü	12	7,333	2,995		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	İyi	40	24,075	6,662	103,000	<b>0,003</b>
		Orta veya kötü	12	15,667	8,553		
	Arkadaş	İyi	40	17,300	7,115	150,000	<b>0,049</b>
		Orta veya kötü	12	13,500	6,332		
	Özel Kişi	İyi	40	7,150	6,431	228,500	0,798
		Orta veya kötü	12	8,000	9,496		
	Sosyal Destek Toplam	İyi	40	48,525	14,331	124,000	<b>0,012</b>
		Orta veya kötü	12	37,167	12,805		

\*Mann Whitney U testi

Eş ile iletişim durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eş ile iletişim durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=103,00$ ;  $p=0,003<0,05$ ). Eşi ile iletişimi iyi olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları ( $x=24,075$ ), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=15,667$ ) yüksek bulunmuştur.

Eş ile iletişim durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=150,00$ ;  $p=0,049<0,05$ ). Eşi ile iletişimi iyi olan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları ( $x=17,300$ ), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=13,500$ ) yüksek bulunmuştur.

Eş ile iletişim durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=228,500; p=0,798>0,05).

Eş ile iletişim durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=124,00; p=0,012<0,05). Eşi ile iletişimi iyi olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanları (x=48,525), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanlarından (x=37,167) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.8.4. Yakınlarıyla Paylaşma Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Kadınlarda Depresyon Düzeyi	HBD Öncesi	Evet, paylaştım	39	17,103	7,650	236,000	0,711
		Hayır, daha paylaşmadım	13	17,000	7,000		
	HBD Sonrası	Evet, paylaştım	39	6,256	3,661	223,000	0,516
		Hayır, daha paylaşmadım	13	6,462	2,904		
Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek	Aile	Evet, paylaştım	39	25,128	6,040	39,500	<b>0,000</b>
		Hayır, daha paylaşmadım	13	13,154	5,800		
	Arkadaş	Evet, paylaştım	39	17,872	6,814	135,500	<b>0,012</b>
		Hayır, daha paylaşmadım	13	12,077	6,171		
	Özel Kişi	Evet, paylaştım	39	7,846	7,386	213,500	0,388
		Hayır, daha paylaşmadım	13	5,846	6,453		
	Sosyal Destek Toplam	Evet, paylaştım	39	50,846	11,979	58,000	<b>0,000</b>
		Hayır, daha paylaşmadım	13	31,077	12,045		

\*Mann Whitney U testi

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=39,50; p=0,000<0,05). Kayıp durumunu yakınları ve arkadaşları ile paylaşan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanları (x=25,128), paylaşmayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanlarından (x=13,154) yüksek bulunmuştur.

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=135,50; p=0,012<0,05). Kayıp durumunu yakınları ve arkadaşları ile paylaşan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları (x=17,872), paylaşmayan kadınların arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından (x=12,077) yüksek bulunmuştur.

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=213,500; p=0,388>0,05).

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=58,00; p=0,000<0,05). Kayıp durumunu yakınları ve arkadaşları ile paylaşan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanları (x=50,846), paylaşmayan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanlarından (x=31,077) yüksek bulunmuştur.

## 6.9. Erkeklerin Demografik Özelliklerine Göre Beck Depresyon ve Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

**Tablo 6.9.1. Eğitim Düzeyine Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	KW	p
Erkeklerde depresyon düzeyi		İlkokul mezunu	19	8,158	5,145	4,676	0,097
		Lise mezunu	24	6,875	5,743		
		Üniversite mezunu	9	4,444	2,455		
Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek	Aile	İlkokul mezunu	19	20,211	7,800	2,362	0,307
		Lise mezunu	24	22,417	8,113		
		Üniversite mezunu	9	22,667	8,902		
	Arkadaş	İlkokul mezunu	19	14,789	6,161	2,673	0,263
		Lise mezunu	24	17,292	7,749		
		Üniversite mezunu	9	18,444	7,601		
	Özel Kişi	İlkokul mezunu	19	9,158	8,971	1,675	0,433
		Lise mezunu	24	6,542	7,022		
		Üniversite mezunu	9	8,444	7,860		
	Sosyal Destek Toplam	İlkokul mezunu	19	44,158	15,872	1,814	0,404
		Lise mezunu	24	46,250	15,470		
		Üniversite mezunu	9	49,556	18,276		

\*KW=Kruskal Wallis H-Testi

Eğitim düzeyine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=4,676; p=0,097>0,05).

Eğitim düzeyine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek leği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 6.9.2. Ruhsal Sıkıntı yksne Göre leklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Erkeklerde depresyon düzeyi		Evet	6	6,167	4,446	133,000	0,953
		Hayır	45	7,067	5,353		
Erkeklerde Alđılanan Sosyal Destek	Aile	Evet	6	24,000	6,603	110,000	0,461
		Hayır	45	21,289	8,317		
	Arkadaş	Evet	6	15,333	6,743	115,000	0,557
		Hayır	45	16,889	7,303		
	zel Kişi	Evet	6	14,667	12,044	83,500	0,121
		Hayır	45	7,000	6,912		
	Sosyal Destek toplam	Evet	6	54,000	15,323	102,000	0,334
		Hayır	45	45,178	15,982		

\*Mann Whitney U testi

Daha önce yaşanılan ruhsal bir sıkıntı öyküsüne göre; erkeklerin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=133,000; p=0,953>0,05).

Daha önce yaşanılan ruhsal bir sıkıntı öyküsüne göre; erkeklerin aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek leği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 6.9.3. Gebeliği İsteme Durumuna Göre leklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Erkeklerde depresyon düzeyi		Evet, istiyordum	34	6,824	5,340	275,500	0,785
		Hayır, istemiyordum	17	7,235	5,130		
Erkeklerde Alđılanan Sosyal Destek	Aile	Evet, istiyordum	34	22,971	8,681	152,000	0,006
		Hayır, istemiyordum	17	18,882	6,244		
	Arkadaş	Evet, istiyordum	34	17,941	7,164	198,500	0,070
		Hayır, istemiyordum	17	14,235	6,787		
	zel Kişi	Evet, istiyordum	34	8,912	8,568	233,500	0,253
		Hayır, istemiyordum	17	5,882	6,183		
	Sosyal Destek Toplam	Evet, istiyordum	34	49,824	16,342	162,000	0,011
		Hayır, istemiyordum	17	39,000	12,952		

\*Mann Whitney U testi

Bu gebeliği isteme durumuna göre; erkeklerin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=275,500; p=0,785>0,05).

Bu gebeliği isteme durumuna göre; erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=152,00; p=0,006<0,05). Bu gebeliği isteyen erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanları (x=22,971), istemeyen erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanlarından (x=18,882) yüksek bulunmuştur.

Bu gebeliği isteme durumuna göre; erkeklerin arkadaş ve özel bir kişiden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

Bu gebeliği isteme durumuna göre; erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=162,00; p=0,011<0,05). Bu gebeliği isteyen erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanları (x=49,824), istemeyen erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanlarından (x=39,000) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.9.4. Eş ile İletişim Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Erkeklerde depresyon düzeyi		İyi	40	5,850	4,441	123,000	<b>0,010</b>
		Orta veya kötü	12	10,500	6,023		
Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek	Aile	İyi	40	23,275	7,487	100,000	<b>0,002</b>
		Orta veya kötü	12	16,250	7,771		
	Arkadaş	İyi	40	18,400	6,875	70,500	<b>0,000</b>
		Orta veya kötü	12	10,500	4,380		
	Özel Kişi	İyi	40	8,075	7,474	199,500	0,364
		Orta veya kötü	12	7,000	9,361		
	Sosyal Destek Toplam	İyi	40	49,750	14,080	85,000	<b>0,001</b>
		Orta veya kötü	12	33,750	15,944		

\*Mann Whitney U testi

Eş ile iletişim durumuna göre; erkeklerin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=123,00; p=0,010<0,05). Eşi ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin depresyon düzeyi puanları (x=10,500), eşi ile iletişimi iyi olan erkeklerin depresyon düzeyi puanlarından (x=5,850) yüksek bulunmuştur.

Eş ile iletişim durumuna göre; erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=100,00; p=0,002<0,05). Eşi ile iletişimi iyi olan erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanları (x=23,275), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanlarından (x=16,250) yüksek bulunmuştur.

Eş ile iletişim durumuna göre; erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=70,50; p=0,000<0,05). Eşi ile iletişimi iyi olan erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları (x=18,400), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından (x=10,500) yüksek bulunmuştur.

Eş ile iletişim durumuna göre; erkeklerin özel kişilerden algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=199,500; p=0,364>0,05).

Eş ile iletişim durumuna göre; erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=85,00; p=0,001<0,05). Eşi ile iletişimi iyi olan erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanları (x=49,750), eşi ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanlarından (x=33,750) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.9.5. Yakınlarıyla Paylaşma Durumuna Göre Ölçeklerin Karşılaştırılması**

		Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Erkeklerde depresyon düzeyi		Evet, paylaştım	37	6,568	5,378	204,000	0,134
		Hayır, daha paylaştım	15	7,800	4,709		
Erkeklerde Algılanan Sosyal Destek	Aile	Evet, paylaştım	37	24,162	7,104	73,000	<b>0,000</b>
		Hayır, daha paylaştım	15	15,467	6,978		
	Arkadaş	Evet, paylaştım	37	18,676	6,613	108,000	<b>0,001</b>
		Hayır, daha paylaştım	15	11,400	5,926		
	Özel Kişi	Evet, paylaştım	37	7,622	8,294	247,000	0,525
		Hayır, daha paylaştım	15	8,333	6,925		
	Sosyal Destek Toplam	Evet, paylaştım	37	50,459	14,559	109,500	<b>0,001</b>
		Hayır, daha paylaştım	15	35,200	14,077		

\*Mann Whitney U testi

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; erkeklerin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney  $U=204,000$ ;  $p=0,134>0,05$ ).

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=73,00$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Yakınları veya arkadaşları ile paylaşan erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanları ( $x=24,162$ ), paylaşmayan erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=15,467$ ) yüksek bulunmuştur.

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=108,00$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Yakınları veya arkadaşları ile paylaşan erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanları ( $x=18,676$ ), paylaşmayan erkeklerin arkadaşlardan algılanan sosyal destek puanlarından ( $x=11,400$ ) yüksek bulunmuştur.

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; erkeklerin özel kişilerden algılanan sosyal destek puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney  $U=247,000$ ;  $p=0,525>0,05$ ).

Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre; erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=109,50$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Yakınları veya arkadaşları ile paylaşan erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanları ( $x=50,459$ ), paylaşmayan erkeklerin algılanan sosyal destek toplam puanlarından ( $x=35,200$ ) yüksek bulunmuştur.



## 7. TARTIŞMA

Tüm dünyada gebeliklerin % 20 - 25' i istemsiz düşük, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmektedir. Gebelik kaybı kadının ve eşinin ruh sağlığı üzerinde yıkıcı etkilere sahip olabilir. Kayıp döneminde sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin ızdırap sürecini etkileyebilir. Gebelik kaybı süresince hastayla birlikte en uzun süreci geçiren bireyler olarak hemşirelerin, bakımda aktif rol üstlenerek, aileye desteği, yaklaşımı ve bakımı çok daha önemli olduğuna göre; gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular tartışılmıştır;

- Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Tartışılması
- Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Eşlerine Ait Özelliklerin Tartışılması
- Kadınların demografik, evlilik, obstetrik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının Tartışılması
- Erkeklerin demografik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının Tartışılması
- Hemşirelik Bakım Desteğine Ait Verilerin Tartışılması

### 7.1. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Özelliklerin Tartışılması

#### 7.1.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp süreci ve kayıpla ilgili tanımlama özelliklerine ait verilerin tartışılması

**Kaybın gerçekleştiği haftaya göre;** kadınların % 28, 8' i 8. haftada, % 19, 2' si de 9. ve 10. haftalarda gebelik kaybını yaşamışlardır. Kaybın gerçekleştiği haftaların ortalaması ise 9, 6 haftadır. Literatürde de yaklaşık tüm gebeliklerin üçte birinin kayıpla sonuçlandığı saptanmış ve birinci trimester kayıplarının en sık karşılaşılan kayıp türü olduğu görülmüştür. Düşüklerin % 90' ı 12 - 14. haftadan önce gerçekleşmektedir (25). Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

**Kayba karşı yaşanan tepkilere göre;** çalışmamızda kadınların kayıp sonrası % 86, 5' i üzüntü duygusunu, % 84, 6' sını ağlama duygusunu, % 57, 7' si suçluluk ve korku duygusunu yaşarken; % 5, 8' i tepkisiz kalmıştır. Bergner ve arkadaşlarının

(2008) yaptığı çalışmada kayıp sonrası kadınların başa çıkma tarzları incelenmiş ve depresif başa çıkma tarzını daha çok kullanan kadınların gebelikleri esnasında stres yaşadıkları ve kaderlerine karşı belirli düzeyde suçluluk hissettikleri bildirilmiştir. Tüm bunlara ilaveten düşünceli olmak, sinirlilik, değersizlik duyguları ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi depresif belirtiler gösterdikleri tespit edilmiştir (77). Bu çalışmaların sonuçlarıyla bizim bulgularımız oldukça uyumludur.

Yaşanan düşüğe yönelik 'evrensel' bir yanıtta bahsetmek mümkün değildir. Başka bir deyişle düşük sonrası verilen tepkiler her zaman oldukça farklılık göstermektedir. Çalışmamızın sonuçları da gösterdiği üzere kayıp süreci genelde fırtınalı bir deneyim olarak tanımlanan ve negatif duygular içeren bir durumdur (78). Bu açıdan çalışmamız anketi kapsamında ele aldığımız tüm duygusal tepkilerin belirli sıklık oranlarının olması ve bu tepkilerin bazı kadınlar için geçici, bazıları için uzun süreli olması benzer çalışma sonuçları ile ilişkilidir (79).

**Baş etme yöntemlerine göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların % 55, 8' inin dinsel manevi desteğe yöneleceği, % 53, 8' inin çocukları ve eşiyile vakit geçireceği ve % 17, 3' ünün de kendini işe vereceği saptanmıştır. % 9, 6' sının da psikolojik desteğe ihtiyacı olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda da kadınların, çoğu zaman henüz hazır olmasalar dahi harekete geçmek ve kederli, yas tutan hallerini sona erdirmek adına baskı hissettikleri tespit edilmiştir. Gerçek veya potansiyel olması fark etmeksizin başa çıkmada diğerlerinden ve aile üyelerinden gebeliğin kaybına yönelik geri bildirim ve yorum almanın oldukça önemli bir etken olduğu saptanmıştır (80).

**Kayıp sonrası yaşanan endişelere göre;** çalışmamızda kadınların kayıp sonrası % 92, 3' ünün şu anki kendi sağlıklarından endişe duydukları ve % 32, 7' sinin de bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamasından korktuğu saptanmıştır. Perinatal kayıpla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde gözlemlenen de; parenteral yanıtın gebelik anksiyetesini arttırdığı şeklindedir (6, 7).

**Danışmanlık bilgisine göre;** kadınların kayıp sonrası % 57, 7' si danışmanlık hizmeti alırken % 42, 3' ü almamaktadır. Hemşireden alınan danışmanlık hizmeti sadece % 3, 4' tür. Aile üyelerinin gebelik kaybında kadının üzüntüsünü desteklemek ve kabul etmek adına sadece başlangıçta istekli oldukları, bu desteğin çoğu kez geçici

olduğu bilinmektedir. Bu sebeple çalışmamızda eğitimle desteklediğimiz hemşirelik bakım hizmetleri başta olmak üzere oldukça düşük düzeylerde olan sağlık ekibi hizmetleri arttırılmalıdır. Çalışmamızın sonuçları sağlık personellerinin gerek iş yoğunluğu gerekse kişisel özellikleri nedeni ile gebelere yardım ve destek olmada yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir.

**Destek alma durumuna göre;** Gebelik kaybı yaşayan kadınlar en çok eşlerinden (% 67, 3) destek alırken; bunu anne ( % 55, 8) ve baba ( % 28, 8) desteği takip etmektedir. Kadınların aileden aldığı sosyal destek puan ortalaması 22' dir. Kadınların % 17, 3' ü tek başına mücadele etmiştir. Sağlık çalışanlarından alınan destek ise % 15, 4' tür. Sorias çalışmalarında eş desteğinin ilk sırada olduğunu belirtmiştir (56). Yapılan diğer çalışmalarda kadınların aileden algıladıkları desteklerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Toplumun kadından beklentisi, aile ile ilgili her şeyden sorumlu olmalarıdır. Kadın hem ailesini kendine bağlamakta hem de kendisi aileye daha fazla bağlanmaktadır (81). Bizim çalışmamızın sonuçları da literatürle benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarından alınan desteğin düşük olması, sağlık çalışanlarının iş yoğunluğu ve hastanın taburcu olduktan sonra desteğin kesilmesiyle açıklanabilir.

**Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların % 75' i bu durumu yakınlarıyla paylaşmışlardır ve yakınlarının % 71, 2' si çok üzülüp destek olurken, % 21, 2' si destek olmamıştır. Yapılan çalışmalar kadınların benzer deneyimler yaşayan arkadaşları ve aileleri ile deneyimlerini paylaşabilmeyi yararlı bulmaktadır (11). Çalışmamızda kadınların % 25' i bu durumu yakınlarıyla paylaşmamıştır. Paylaşmama nedeni olarak; kadınların % 15, 4' ü kimseyle konuşmak istemezken; % 13, 5' i suçluluk duymuştur. Literatürde de kadınların kayıp sonrası kendi içlerinde hesaplaştıkları ve suçluluk duygusunu yoğun olarak yaşadıkları saptanmıştır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 88, 5' inin cinsel hayatı, % 78, 6' sının iş hayatı ve % 61, 5' inin özel hayatı olumsuz yönde etkilenmiştir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların % 73, 1' i kayıp sonrası yalnız kalmayı isterken; % 1, 9' u ayrılık ya da boşanma duygularını yaşamışlardır. Yapılan çalışmalarda depresif belirtilerin varlığının,

ruhsal ve fiziksel enerji kaybına neden olarak ve bireyin aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür (70).

## **7.2. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Eşlerine Ait Özelliklerin Tartışılması**

### **7.2.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin gebelik kaybı süreci ve kayıpla ilgili tanılama özelliklerine ait verilerin tartışılması**

**Kayba karşı yaşanan tepkilere göre;** çalışmamızda erkeklerin kayıp sonrası % 75' i kabullenme, % 63, 5' i üzüntü, % 40, 4' ü düşünmeme ve % 25' i tepkisizlik duygularını yaşamışlardır. Yapılan çalışmalarda erkeklerin kadınlara göre daha az duygu yoğunluğu yaşamasında, toplumsal öğretilerin rol oynadığı saptanmıştır. Aileler çocuklarını yetiştirirken erkek çocuklarını, üzüntülerini paylaşmaya teşvik etmemekte, ağladığında ayıplamaktadır. Erkeklerin yardım arama çabaları toplumumuzda güçsüzlük olarak değerlendirilebilmektedir. Genellikle erkekler, duygularını paylaşmadan, kendi iç dünyalarında gizli bir şekilde yaşamaktadırlar (81).

**Baş etme yöntemlerine göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin % 61, 5' inin eş ve çocuklarla vakit geçireceği, % 34, 6' sının dinsel manevi desteğe yöneleceği ve % 28, 8' inin kendini işe vereceği saptanmıştır. Literatürde erkeklerin kayıpla başa çıkmada en sık kullandıkları yöntemler; sosyal destek, problemin çözümüne odaklanmak ve kendini işe vermek olarak sıralanmaktadır (10). Çalışmamızda elde edilen bulgular da literatürle benzerlik göstermektedir.

**Kayıp sonrası yaşanan endişelere göre;** çalışmamızda erkeklerin kayıp sonrası % 92, 3' ünün eşlerinin şu anki kendi sağlıklarından endişe duydukları ve % 21, 2' sinin de eşlerinin bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamasından korktuğu saptanmıştır.

**Danışmanlık bilgisine göre;** erkeklerin kayıp sonrası % 59, 6' sı danışmanlık hizmeti alırken % 40, 4' ü almamaktadır.

**Destek alma durumuna göre;** erkeklerin % 61, 5' i eşlerinden, % 59, 6' sı annesinden ve % 38, 5' i de arkadaşından destek almaktadır. Sağlık çalışanından alınan destek ise % 17, 3' tür. Erkeklerin % 71, 2' si yaşadıkları bu durumu yakınlarıyla paylaşmışken, % 28, 8' i paylaşmamıştır.

Erkeklerin % 90, 4' ünün cinsel hayatı, % 91, 7' sinin iş hayatı ve % 73, 1' inin de özel hayatı olumsuz yönde etkilenmiştir. % 76, 9' unun da sosyal hayatı bu durumdan olumsuz etkilenmemiştir.

### **7.3. Kadınların demografik, obstetrik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının tartışılması**

Genel olarak; gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi ortalaması, HBBD öncesi depresyon düzeyi ortalamasından düşük bulunmuştur ( $Z=-6,280;p=0,000<0,05$ ) (Tablo6.3). HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 17, 07' den, HBD sonrası son testte 6, 3' e düşmüştür. Bakımın amacını değerlendirmek amacıyla HBD öncesi ve sonrası ölçülen depresyon belirti düzeyleri arasındaki fark önemli olup **“gebelik kaybı yaşayan çiftlere verilen hemşirelik bakım desteği onların depresyon belirti düzeyini azaltacaktır”** hipotezi kabul edilmiştir (Tablo 6,3). Napholz, hemşirelerin risk faktörlerini tanımlayıp bakım sağlamada anahtar rolde olduklarına dikkat çekerken, hemşirelerin bağımsız bakım işlevlerini kullanmalarının hasta memnuniyeti ve toplum sağlığına olumlu etkileri çok sayıda çalışmada belirtilmiştir (82, 83). Kadınlarda aileden algılanan sosyal destek alt boyutu puanı arttıkça kadınlarda HBD sonrası depresyon düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Orr (2004) gebeler üzerinde yaptığı çalışmada; sosyal desteği olan gebelerin gebelik esnasındaki olumsuz değişikliklerden fazla etkilenmediğini saptamıştır (84). Aktaş ve arkadaşları da gebenin sosyal destek sistemleri ile depresyonu arasında negatif yönde güçlü bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (85). Bizim çalışmamızın sonuçları da bu çalışmalarla oldukça uyumludur.

**Eğitim durumuna göre;** ilkokul mezunu ve lise mezunu olan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puanları, üniversite mezunu olan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puanlarından yüksek bulunmuştur. ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.5.2). Akbaş ve arkadaşları (2008) eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduklarını bildirmiştir (48). Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir (87). Bizim sonuçlarımız Akbaş ve arkadaşları (2008) ve Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. İllkokul mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan

ortalaması 19, 5' den HBD sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 7, 1' e düşmüştür. Lise mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 15, 5' den HBD sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 5, 4' e düşmüştür. Üniversite mezunu kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 9, 2' den HBD sonrası son testte BDÖ puan ortalaması 4, 1' e düşmüştür.

Üniversite mezunu olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı, İlkokul mezunu olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=49,500; p=0,026<0,05). Sema Yılmaz' ın (2010) yaptığı çalışmada da sosyal destek arama boyutunda ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının hem lise hem de üniversite mezunu olan kadınlarinkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (81). Eğitim düzeyi arttıkça kadının yaşam üzerinde etkinliği artmakta ve algılanan sosyal destek düzeyi de yükselmektedir.

**Yerleşim yerine göre;** Kırsal kesimde yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanları (x=19,216), şehir merkezinde yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanlarından (x=11,800) yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimde yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanları (x=6,919), şehir merkezinde yaşayan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanlarından (x=4,800) yüksek bulunmuştur. Literatürde kırsal kesim ve şehir yaşamında gebelik sürecinde algılanan sosyal destek ve depresyon açısından herhangi bir fark olup olmadığı araştırılmış ve kırsal kesimde muhtemel kaygıların daha yüksek olduğu saptanmıştır (88). Aynı şekilde bizim çalışmamızda da özellikle eğitime bağlı olarak şehir merkezinde daha düşük hissedilen bir depresyon düzeyi mevcuttur. Bunu imkanların fazlalığı ve ihtiyaçların giderilebiliyor olmasına bağlı süreç ile açıklamak mümkündür.

**Yaşayan çocuk sayısına göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Akbaşı ve arkadaşları (2008) ve Şahin ve Kılıçaslan (2010) da bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin depresif belirti göstermesi arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir (86). Armstrong (2004) daha önce kayıp yaşamış gebelerle yaptığı çalışmasında yaşayan çocuğa sahip olmanın depresif semptom düzeyinde bir fark oluşturmadığını ileri sürmüştür (12).

Yaşayan çocuk sayısı 1 olan ve 2 olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanı, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üstü olan kadınların algılanan sosyal destek toplam puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu durum; yaşayan çocuk sayısının artmasıyla annenin sorumluluklarının daha da artması, sosyal yaşamına zaman ayıramaması ve dolayısıyla sosyal ilişkilerin zayıflamasıyla açıklanabilir.

**Gebelik sayısına göre;** bu gebelik 3. gebeliği olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney  $U=50,500$ ;  $p=0,034<0,05$ ). Bu gebeliği 4. ve üstü gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney  $U=35,000$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Bu gebeliği 2. gebelik olan kadınların, bu gebeliği 3. gebelik olan kadınların ve bu gebeliği 4. ve üstü olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanı, bu gebeliği ilk gebelik olan kadınların HBD sonrası depresyon düzeyi puanından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Çalışmamızın bu sonuçlarına göre gebelik sayısı ile depresyon düzeyi arasında paralel bir ilişki olduğu görülmüştür. Gebelik sayısı arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Akbaş ve arkadaşları (2008) ilk gebeliği olan kadınların depresif belirtilerinin daha az olduğunu ileri sürmüşlerdir (89). Akbaş ve arkadaşlarının sonuçları ile bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Gebelik sayısına göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre;** daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puanları, daha önce gebelik kaybı yaşamayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.7.3). Armstrong' un (2002) bir çalışmasında daha önce kayıp öyküsü olan çiftlerin, hiç kayıp yaşamamış ve ilk kez gebe kalmış kadınlardan daha yüksek seviyede depresif semptom gösterdikleri bildirilmiştir (9). Neugebauer ve ark, gebeliğin ilk haftalarında düşük yapan kadınlarda % 36, 2 oranında depresif semptomlar saptarlarken gebe kontrol grubunda bu oranı % 12, 4 ve toplum örneğinde % 12, 1 oranında bulmuşlardır. Aynı çalışmada bebeğini

kaybeden kadınlarda 6 ay sonraki yeniden değerlendirmede % 12, 8' inin depresif semptomlarının devam ettiği saptanmıştır (52).

Daha önceki gebelik kaybı deneyimlerine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Bu gebeliği isteme durumuna göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (Mann Whitney  $U=294,000$ ;  $p=0,945>0,05$ ). Akbaş ve arkadaşların (2008) yaptığı çalışmalarda da gebeliğin istenmesinin depresyon puanları üzerine etkisi olmadığı bulunmuş ve bizim çalışmamızla paralellik göstermiştir (89).

**Daha önce yaşanılan ruhsal sıkıntı öyküsüne göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Fakat bazı çalışmalarda geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü olan gebelerde anksiyete ve depresyon riskinin yükseldiği gözlemlenmiştir (90). Bu durumun bizim çalışmamızla benzerlik göstermemesi örneklem grubunun vaka sayısının az olmasıyla açıklanabilir.

Daha önce yaşanılan ruhsal sıkıntı öyküsüne göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puan arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Eş ile iletişim durumuna göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Gözüyeşil' in çalışmasında ise depresyon puan ortalamaları ile eş ile uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eşle uyumlu olmayan gebelerin depresyon puan ortalamaları yüksek olarak saptanmıştır (87). Bu durumun bizim çalışmamızla benzerlik göstermemesi örneklem grubunun vaka sayısının az olması ile açıklanabilir.

Eşi ile iletişimi iyi olan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanları, eşi ile iletişimi orta veya kötü olan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.8.4). Sequin ve arkadaşlarının



çalışmalarında gebe kadının eş, aile, arkadaş ve çevre desteği yüksek ise gebe bunu yeterli algılıyorsa fiziksel, psikolojik sorunları daha az yaşayacağı belirtilmiştir (56). Herrera ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eş ve aile üyelerinin desteğinden yoksun kadınların gebeliklerinin daha sorunlu olduğu saptanmıştır. Çalışmamız literatürle duyarlılık göstermektedir.

**Yakınlarıyla paylaşma durumuna göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kayıp durumunu yakınları ve arkadaşları ile paylaşan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanları, paylaşmayan kadınların aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanlarından yüksek bulunmuştur (Tablo 6.8.5). Neff ve Karney (2005) yaptıkları çalışmada kadınların kocalarından daha kolay sosyal destek sağladıklarını, hem kadınların hem de erkeklerin destekleyici davranışlar sergilediklerini, ancak kadınların daha çok stres faktörleriyle karşılaştıklarını saptamışlardır (91).

#### **7.4. Erkeklerin demografik ve gebelik kaybı süreci özelliklerine göre Beck Depresyon ve Sosyal Destek Puanlarının tartışılması**

Araştırmanın sınırlılıkları gereği kadınların eşleri HBD sonrası son test uygulamasına katılamamıştır. Fakat genel olarak; gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin depresyon düzeyi ortalaması, gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi depresyon düzeyi ortalamasından düşük bulunmuştur ( $Z=-5,727;p=0,000<0,05$ ). Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin BDÖ puan ortalaması 6,9 iken kadınların HBD öncesi BDÖ ön test puan ortalaması 17, 07 bulunmuştur. Bu durum kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığının erkeklere oranla 1, 7 ile 2, 7 kat daha fazla oluşu ile açıklanabilir. Ayrıca erkeklerde depresyon düzey ve belirtilerinin kadınlardan oldukça düşük olmasının sebepleri arasında çalışıyor olmaları, kadınlardan daha çok sosyal hayata uyum sağlamaları ya da depresyon belirtilerini gizliyor olmaları ile açıklanabilir.

**Eğitim düzeyine göre;** gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. ( $KW=4,676;p=0,097>0,05$ ). Gözüyeşil' in çalışmasında da eşlerin eğitim düzeyleri ile depresyon

puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunmamış olup bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (87).

Eğitim düzeyine göre; gebelik kaybı yaşayan kadınların eşlerinin aile, arkadaş, özel bir kişi ve sosyal destek ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.9.2).

**Daha önce yaşanan ruhsal bir sıkıntı öyküsü, yakınlarıyla paylaşma ve bu gebeliği isteme durumuna göre;** erkeklerin depresyon düzeyi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. ( $p>0,05$ ).

Bu gebeliği isteyen erkeklerin aile ve sosyal destek toplam puanları istemeyen erkeklerin aile ve sosyal destek toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.9.5). Bu durum baba olmak isteyen erkeklerin sosyal destek arama ihtiyaçları hissetmeleriyle açıklanabilir.

**Eş ile iletişim durumuna göre;** eş ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin depresyon düzeyi puanları ( $x=10,500$ ), eş ile iletişimi iyi olan erkeklerin depresyon düzeyi puanlarından ( $x=5,850$ ) yüksek bulunmuştur. Gözüyeşil' in çalışmasında da depresyon puan ortalamaları ile eş ile uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eşle uyumlu olmayan gebelerin depresyon puan ortalamaları yüksektir (87). Bu bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Eşi ile iletişimi iyi olan erkeklerin aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanları, eşi ile iletişimi orta veya kötü olan erkeklerin aile, arkadaş ve sosyal destek toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.9.6). Evlilik ilişkisinin zayıflaması yetersiz sosyal desteğe yol açmaktadır. Eşle uyumu iyi olmayan erkeklerin algılanan sosyal destek sistemlerinin azaldığı gözlemlenmiştir (56).

#### **7.5. Hemşirelik Bakım Desteğine Ait Verilerin Tartışılması**

Gebelik kaybı yaşayan çiftlerde, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre yapılan değerlendirme sonrasında, her çift için farklı sayıda olmakla beraber toplam 9 hemşirelik tanısı belirlenmiş olup bireysel gereksinimler ve olanakları doğrultusunda her çift için 2 haftalık hemşirelik bakım desteği sağlanmış ve sonuçlar tekrar değerlendirilmiştir. (Araştırmanın sınırlılıkları gereği erkeklerin büyük bir kısmının

çalışıyor olmasından ve tepkisiz kalmalarından kaynaklı ulaşma zorluğu çekilmiş ve erkek katılımcılara son test Beck Depresyon Ölçeği uygulanamamıştır.)

**Bilgi eksikliği tanısına göre;** kadınların kayıp sonrası % 57,7' sinin danışmanlık hizmeti alırken % 42, 3' ünün almadığı, hemşireden alınan danışmanlık hizmetinin sadece % 3, 4 olduğu, erkeklerde ise kayıp sonrası % 59, 6' sının danışmanlık hizmeti alırken % 40, 4' ünün almadığı saptanmıştır. Bu bulgulardan yola çıkarak çiftlerin gebeliğin sonlandırılması, kayıp, yas süreci ve hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmalarını sağlamak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirme sonucunda ailenin kayıpla ilgili belirsizliklerinin sonlandığı, negatif duyguların hafiflediği görülmüştür.

**Acı çekme tanısına göre;** kadınların kayıp sonrası % 86, 5' inin üzüntü duygusunu, % 84, 6' sının ağlama duygusunu ve % 26, 9' unun şok duygusunu yaşadığı, erkeklerin ise % 63, 5' inin üzüntü duygusunu yoğun olarak yaşadıkları saptanmıştır. Gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerin acılarını ifade etmelerine olanak sağlamak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirme sonucunda aile bireylerinin acılarını sözel ve davranışsal olarak ifade ettikleri gözlenmiştir.

**Ümitsizlik tanısına göre;** kadınların kayıp sonrası % 32, 7' sinin erkeklerin ise % 21, 2' sinin bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamaktan korktukları saptanmıştır. Fetal kayıp sonrasında uygun şartlarda ailenin pozitif sonuçlar geliştirmesini sağlamak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirme sonucunda aile bireylerinin bu korku ve ümitsizlik ifadelerinin hafifletilmesinde zamana ihtiyaçları olduğu görülmüştür.

**Korku tanısına göre;** kadınların kayıp sonrası % 92, 3' ünün şu anki kendi sağlıklarından endişe duyduğu, % 38, 5' inin gelecekte gebelik planlamadığı, erkeklerin ise % 21, 2' sinin eşlerinin bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamasından korktuğu ve % 42, 3' ünün eşlerinin daha sonra tekrar gebe kalmasını düşünmedikleri saptanmıştır. Anneyi mevcut sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmek ve ailenin bundan sonraki gebelik planlarında karşılaşılabilecekleri olası sorunlarla baş etmesini sağlamak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirme sonucunda gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerde psikolojik ve fizyolojik rahatlamanın olduğu hissedilmiştir.

**Baş etmede yetersizlik tanısına göre;** çalışmamızda kadınların % 57, 7' sinin suçluluk duyduğu, % 21, 2' sinin bu durumu inkar ettiği, % 63, 5' inin öz bakımında kısmen yeterli olduğu, % 40, 4' ünün kendini tükenmiş hissettiği ve % 25' inin bu durumu yakınlarıyla paylaşmadığı bulguları saptanmıştır. Erkeklerin ise % 25' inin tepkisiz kaldığı ve % 28, 8' inin bu durumu yakınlarıyla paylaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Fetal kayıp yaşayan aileye kayıpla başa çıkma davranışlarını kazandırmak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirmeler sonucunda kayıp yaşayan ailelerde bireysel kaynakları zorlayan stresörler kontrol altına alınmaya çalışılmıştır.

**Sosyal etkileşimde bozulma tanısına yönelik;** çalışmamızda kadınların % 17, 3' ünün tek başına mücadele ettiği, % 73, 1' inin yalnız kalmak istediği ve % 25' inin bu durumu yakınlarıyla paylaşmadığı, erkeklerin ise % 28, 8' inin bu durumu yakınlarıyla paylaşmadığı saptanmıştır. Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin diğer insanlarla ilişki kurmasını kolaylaştırmak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirmeler sonucunda ailenin diğer kişilerle iletişim halinde olduğu ve sosyal destek sistemlerini kullandığı gözlenmiştir.

**Düşünce sürecinde değişim tanısına yönelik;** verilen HBD sonrasında uygulanan Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının kadınlarda belirgin düzeyde azaldığı saptanmıştır.

**Aile içi süreçlerde değişim tanısına yönelik;** kadınların % 61, 5' inin özel hayatını, % 78, 6' sının iş hayatını olumsuz etkilediği, erkeklerin ise % 73, 1' inin özel hayatını, % 91, 7' sinin iş hayatını olumsuz etkilediği saptanmıştır. Kayıp yaşayan ailenin aile sürecinin bozulma etkilerini en aza indirmek amacıyla verilen HBD sonucunda aile üyelerinin birbirini karşılıklı olarak desteklediği gözlenmiştir.

**Uyku alışkanlığında bozulma, beslenmede değişim, seksüel disfonksiyon tanılarına yönelik;** çalışmamızda kadınların % 40, 4' ünün kendini tükenmiş hissettiği, % 88, 5' inin cinsel hayatının olumsuz etkilendiği, erkeklerin ise % 90, 4' ünün cinsel hayatının olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Kayıp sonrası ebeveynlerin uyku, dinlenme, cinsellik ve öz bakım gereksinimleri gibi ihtiyaçlarının bütünlüğünü sağlamak amacıyla HBD sağlanmış ve değerlendirmeler sonucunda ebeveynlerin dinlenme ve aktivite,

beslenme, cinsellik gibi gereksinimleri arasında optimal dengenin sağlanması için zamana ihtiyaçları olduğu gözlenmiştir.

Araştırmalar perinatal kayıptan sonra ebeveynlerin depresif belirtiler, suçluluk, uzun süreli üzüntü ve kontrol kaybı hissi sıklığında bir artış olduğunu göstermektedir (92). Gebelik kaybı yaşamış kadınlar ile bebeğini sağlıklı bir şekilde doğurmuş anneler kıyaslandığında depresyondan mustarip olma sıklığının 7 - 9 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir. Perinatal kaybın yaratabileceği depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, intihar düşüncesi, evlilik çatışması ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ilişkili durumlar sağlık çalışanlarını tedavi sürecinde doğrudan ilgilendirmektedir (93). Bu konuda, hemşirelerden; öğretim, rol modelleme, cesaret verme, danışmanlık, sorun çözme stratejileri ve diğer müdahaleler yoluyla profesyonel destek sağlamaları beklenebilir. Hemşireler, ayrıca aileleri, yaşlı dönemlerinde olumlu cevap üretmelerini; istekli, iyi niyetli hareket etmelerini sağlayabilecek önemli kişilerden daha etkili sosyal destek almaları açısından teşvik edebilirler. Bu açıdan hemşirelerin perinatal kayıp sonrası sosyal desteğin artırılması ve depresif belirtilerin hafifletilmesi için, hemşirelik bakım desteğinin önemine yönelik çalışmamızın bulgularının oldukça önemli olduğu kanısındayız.

Gebelik kaybı sonrasında yaşanan duygulardan “suçluluk” duygusunun kadınlarda % 57, 7 oranındayken erkeklerde sadece % 3, 8 olması ilgi çekicidir. Bu durum hamilelik sürecinin anne tarafından yaşanıyor olması, yaşanan olumsuzluklarda da sorumluluğun anne tarafından daha yoğun hissedilmesi şeklinde kendini gösteriyor olabilir. Bunun yanı sıra kadınlar sosyal yaşamlarının gebelik kaybından etkilendiği durumunu % 88, 5 oranıyla kabul ederken, erkeklerin bu sayıya yaklaşık % 76, 9 etkilenmediğini söylemiştir. Oranlar arasındaki ciddi fark erkek ve kadınların gebelik kaybı karşısındaki farklı tavır ve yaklaşımlarının bir göstergesidir. Çalışmamızda karşılaştırma imkanı tanınması açısından erkeklere de yer verilmiş olması anlamlı farklılıkları gözler önüne sermiştir. Erkeklerde kadınlarda olduğu kadar farklı değişimler gözlemlenmemiştir.

Sağlık bakım profesyonellerinin gebelik kaybıyla ilgili süreçte hem kadınlara hem de eşlerine yeterli destek sunmaları oldukça önemlidir. Bu, kaybın hemen sonrasında, genellikle gebe kalma isteği ve tekrarlanabilecek her türlü problemin

önlenmesi açısından da ayrı bir önem taşımaktadır. Birincil bakım sağlayıcıları, gebelik kaybı yaşayan kadınların psikolojik yönlerini ve durumlarını yönetmede sorumluluğu paylaşımı adına öncelik taşırlar. Bakım için iyi bir sevk sisteminin mevcut olması da bu açıdan önemlidir (94).

## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin, depresyon düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar;

- Kadınların kayıp sonrası % 86, 5' i üzüntü, % 84, 6' sı ağlama, % 57, 7' si suçluluk ve korku duygusunu yaşarken; % 5, 8' inin tepkisiz kaldığı, erkeklerin ise kayıp sonrası % 75' inin kabullenme, % 63, 5' inin üzüntü, % 40, 4' ünün düşünmeme ve % 25' inin tepkisizlik duygularını yaşadıklarını,
- Kadınların kayıp sonrası % 92, 3' ünün şu anki kendi sağlıklarından endişe duydukları ve % 32, 7' sinin de bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamasından korktuğu,
- Erkeklerin ise kayıp sonrası % 92, 3' ünün eşlerinin şu anki kendi sağlıklarından endişe duydukları ve % 21, 2' sinin de eşlerinin bir sonraki gebelikte aynı şeyleri yaşamasından korktuğu,
- Kadınların kayıp sonrası % 57, 7' sinin danışmanlık hizmeti alırken % 42, 3' ünün almadığı, hemşirelerden alınan danışmanlık hizmetinin sadece % 3, 4 olduğu, erkeklerin ise kayıp sonrası % 59, 6' sının danışmanlık hizmeti alırken % 40, 4' ünün almadığı,
- Kadınların en çok eşlerinden (% 67, 3), annelerinden (% 55, 8) ve babalarından (% 28, 8) destek alırken, erkeklerin ise % 61, 5' inin eşlerinden, % 59, 6' sının annesinden ve % 38, 5' inin de arkadaşından destek aldığı, sağlık çalışanından alınan desteğin ise sadece % 17, 3 olduğu,
- Gebelik kaybı yaşayan çiftlere verilen hemşirelik bakım desteğinin ebeveynlerin depresyon belirti düzeyini önemli bir şekilde azalttığı,
- Sosyal destek sistemleri ile depresyon arasında negatif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu,
- Eğitim düzeyi arttıkça kadının yaşam üzerinde etkinliğinin arttığı ve algılanan sosyal destek düzeyinin de yükseldiği,
- Eğitime bağlı olarak şehir merkezinde daha düşük hissedilen bir depresyon düzeyinin mevcut olduğu,

- Yaşayan çocuk sayısının artmasıyla algılanan sosyal desteğin azaldığı,
- Gebelik sayısı ile depresyon düzeyi arasında paralel bir ilişki olduğu,
- Daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların HBD öncesi ve sonrası depresyon düzeylerinin, daha önce gebelik kaybı yaşamayan kadınlara göre daha yüksek olduğu,

- Erkeklerin depresyon düzeylerinin, gebelik kaybı yaşayan kadınların depresyon belirtilerine göre belirgin bir düzeyde düşük olduğu,

- Eşle uyumu iyi olmayan erkeklerin algılanan sosyal destek sistemlerinin azaldığı,

- Sağlık bakım profesyonellerinin gebelik kaybıyla ilgili süreçte hem kadınlara hem de eşlerine yeterli destek ve bakımı sunmalarının oldukça önemli olduğu sonuçları bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre önerilerimiz;

- Gebelik kaybının ebeveynlerde travmatik etkiler oluşturabileceği göz önünde bulundurularak, bakım hizmeti veren sağlık ekibi üyelerinin kaybı deneyimleyen kadınları ve eşlerini hassas bir biçimde değerlendirmesi

- Gebelik kaybında depresyon taramalarının rutin sağlık bakımı hizmetleri içine alınması

- Bakım sırasında ebeveynlerin emosyonel gereksinimlerinin, depresyon belirti düzeylerinin, baş etme mekanizmalarının, sosyal destek sistemleri ve gelecekle ilgili korku ve endişelerinin tespit edilmesi ve sorun saptandığında, ailelerin gereksinimleri doğrultusunda destekleyici hemşirelik yaklaşımının sağlanması ve bakım stratejilerinin geliştirilmesi

- Ev ziyaretleri, telefon görüşmeleri ya da kendileri gibi kayıp yaşayanlarla görüşebilecekleri, deneyimlerini paylaşabilecekleri destek gruplarının oluşturulması ve bu desteğin sürekliliğinin sağlanması

- Gerektiğinde sevk zincirinin oluşturulması önerilmektedir.



## **9. KAYNAKLAR**

1. Taşkın L. (2007) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
2. Yavan T, Akın N, Dikencik B, Coşkun A. (1999). Perinatal dönemde çocuk kaybı olan ebeveynlerin duygusal tepkileri ve bunlara yönelik hemşirelik yaklaşımı. Perinatoloji Dergisi, 7(1): 9-14.
3. Cordell AS, Thomas N. (1997) Perinatal loss, Intensity and duration of emotional recovery. Omega: J Death Dying, 35: 297-308.
4. De Montigny F, Beaudet L, Dumas L. (1999) A baby has died: the impact of perinatal loss on family social networks. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 28: 151-6.
5. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. (2005) Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 34: 473-81.
6. Gold KJ. (2007) Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol, 27: 230-7.
7. Hunceld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiro JW, Passchier J. (1997) Trait anxiety, negative emotions, and the mother' s adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: a case controlled study. Prenat Diagn, 17: 843-51.
8. Mathews TJ, MacDorman MF. (2007) Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth / infant death data set. National Vital Statistics Reports, 55: 1-32.
9. Armstrong DS. (2002) Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholarsh, 34: 393-405.
10. Akan S. (2006) Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko – Sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).

11. Kavanaugh K, Trier D, Korzec M, (2004) Social Support Following Perinatal Loss, *Journal of Family Nursing*, 10(1): 70-92.
12. Armstrong DS. (2004) Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33: 73-765.
13. Cote Arsenault D, Dombeck MB. (2001) Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care Women Int*, 22: 649-65.
14. Yenal K, Şirin A. Ocak-Şubat ( 2004) Perinatal kayıp yaşayan aileye yaklaşım. *Hemşirelik Forumu*, 7(1): 7-11.
15. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. (1995) *Çocuk Hastalıkları Hemşireliği*, Alemdar Ofset, İstanbul.
16. Hughes PM, Turton P, Evans CD. (1999) Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *BMJ*, 318:1721-4.
17. Franche RL. (2001) Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after a miscarriage or perinatal death. *Obstet Gynecol*, 97: 597-602
18. Armstrong D, Hutti M. (1998) Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 27: 183-9.
19. Cote Arsenault D, Bidlack D, Humm A. (2001) Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *Maternal Child Nurs*, 26: 128-34.
20. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. (1999) Variations in stress levels over the course of pregnancy: factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy- specific stress. *J Psychosom Res*, 47: 609-21
21. Pakiş I, Koç S. (2009) Klinik Gelişim. Perinatal ve neonatal dönem bebek ölümleri. *Klinik Gelişim* 60-63. Ulaşılabileceği adres:  
[http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik\\_2009\\_22/09.pdf](http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/09.pdf)

- 22.** Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Habreal A. (2006) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1.baskı. Güneş Kitabevi, İstanbul, s: 351-358.
- 23.** Froen JF, Arnestad M, Frey K. (2001) Risk factors for sudden intrauterin unexplained death. Am J Obstet Gynecol, 184: 694-702.
- 24.** Kılıççı Ç. (2004) Erken Gebelik Kayıplarında Homosistein Düzeyinin Rolü. Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr. Sadiye Eren).
- 25.** Demirel F. (2007) Tekrarlayan Gebelik Kayıpları Sonrası Oluşan Gebeliklerin Seyri. Süleymaniye Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Kadir Savan).
- 26.** Pınar H. (2004) Postmortem findings in term neonates. Semin Neonatol, 9(4): 289-302.
- 27.** Kumar P, Angst DB, Taxy J, Mangurten HH. (2000) Neonatal autopsies. A 10-year experience. Arch Pediatr Adolesc Med, 154: 38-42.
- 28.** Keeling JW. (2009) Fetal and perinatal death in Busitill A, Keeling JW; (ed) Pediatric forensic medicine and pathology. Chapter 10. 1st ed. London Edward Arnold (Publishers); 180-197.
- 29.** Horn LC, Langner A, Stiehl P. (2004) Identification of the causes of intrauterine death during 310 consecutive autopsies. Eur J of Obstet Gynecol Reprod Biol, 15; 113(2): 134-8.
- 30.** Hancıoğlu A, Türkyılmaz AS. Doğum Tarihçelerinden ve Demografik Takvimlerden Perinatal Ölümlülüğün Tahmini: 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Nüfusbilim Yazıları No:1, Ankara, 2001.
- 31.** Öz F. (2004) Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret, Ankara, s: 276-318.

- 32.** Ujda RM, Bendiksen R. (2000) Health care provider support and grief after perinatal loss: a qualitative study. *Illness, Crisis & Loss*, 8(3): 265-285.
- 33.** Eisenberk A, Murkoff H. (1998) Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler. Çeviren: M, Sercan, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 326-332.
- 34.** Athey J, Spieluogel MA. (March 2000) Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for Obstetrics and Gynecology*, 7(2): 64-69.
- 35.** Can G. (1999) Anne Yenidoğan Bağının Önemi. Editör: A Ekşi. Ben Hasta Değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. Tay Ofset, Ankara, 17-22.
- 36.** Ebert HM, Loosen PT, Nurcombe B. (2003) (ed) Current Psikiyatri Tanı ve Tedavi. Birsöz S, Karaman T. Güneş Kitabevi, Ankara, 290-295.
- 37.** Poslusny SM (2000) Street Music or The Blues? The Lived Experience and Social Environment of Depression. *Public Health Nursing*, 17(4): 292-299.
- 38.** Özyüksel B, Uluğ B. (2007) Depresyon tanısı alan hastalarda kalıntı belirtilerin yeti yitimi ile ilişkisi: 3 aylık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4): 323-332.
- 39.** Bilgel N. (2003) Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri*, (2): 1.
- 40.** Altınay S. (1999) Gebelikte Depresyon Prevelansı, Sosyo-demografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. Ankara Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, ( Danışman: Doç. Dr. Haluk Özbay)
- 41.** Steiner M, Dunn E, Born L. (2003) Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *J Aff Disorders*, 74: 67-83.
- 42.** Akalın Sİ, Cimili C, Kuzhan E. (2002) Depresyon, Pratisyen Hekimler ve Depresyon Eğitimi. *Sted*. 11(2): 8-62.
- 43.** Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Takudome S, Furukauva T. (2003) Alexitymia, Depression and Social Support Among Japanese Workers. *Psychosom* 72: 307-314.

- 44.** Kocabaşoğlu N. (2008) Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış Açısı. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eđitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No: 62 Mart s:175-184.
- 45.** Annagür BB. (2008) Depresyon Hastalarında Dürtü Kontrol Bozuklukları Sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. Lut Tamam).
- 46.** Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratav C. (2000) Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. Türk Psikiyatri Dergisi, 11: 3-16.
- 47.** Stewart D. Depression during pregnancy . (2005) Can Fam Physician 51: 1061-1063.
- 48.** Vırıt 0, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. (2008) Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. Noropsikiyatri Arşivi, 45: 9-13.
- 49.** Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi. (2002) T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,
- 50.** Swanson KM. (1999) Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women’s well-being. Nurs Res, 48: 288-298.
- 51.** Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. (2005) Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 34: 473-81.
- 52.** Kuđu N, Akyüz G. (2001) Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi, 23(1): 61-64
- 53.** Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. (2001) Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. B J Psychiatry, 178: 556-600.
- 54.** Cote-Arsenault D, Morrison-Beedy D. (2001) Women’s voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholarsh, 33: 293-304.

- 55.** Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KRB, Zayas L. (2001) Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obst & Gynecol*, 97: 988–93.
- 56.** Akbaş E. (2006) Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Y. Doç. Dr. Gülümser Sertbaş).
- 57.** Aladağ B. (2000) Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Selim Hovardaoğlu)
- 58.** Taljoma M, Hentinen M. (2001) Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10: 618–627.
- 59.** Khorshid L, Arslan GG. (2006) Hemşirelik ve Sosyal Desteğin Önemi. *Dirim*, 81(1): 182–188.
- 60.** Coşkun A. (2000) Perinatoloji Olgularına Yaklaşımında Sağlık Hizmetlerinin Yönlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 8(3–4): 73-78.
- 61.** Uren TH, Wastell CA. (2002) Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Stud*, 26: 279-308.
- 62.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye; 2009. Ulaşılabileceği adres: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TN-SA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TN-SA-2008_ana_Rapor-tr.pdf).
- 63.** Cote-Arsenault D. (2007) Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nurs Res*, 56: 108-16.
- 64.** Cote-Arsenault D, Freije MM. (2004) Support groups helping women through pregnancies after loss. *West J Nurs Res*, 26: 650-70.

- 65.** Armstrong DS. (2002) Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh*, 34: 393-405.
- 66.** Cote-Arsenault D, Marshall R. (2000) One foot in- one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Res Nurs Health*, 23: 473-85.
- 67.** Cote-Arsenault D, Donato KL, Earl SS. (2006) Watching and worry-ing: early pregnancy after loss experiences. *MCN: Am J Matern Child Nurs*, 31: 356-63.
- 68.** Tsartsara E, Johnson MP. (2006) The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of Prenatal maternal fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: an exploratory follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 27: 173-82.
- 69.** Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Lüdorff K., Wesselmann U, Ohrmann P. ve ark. (2007) Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 437-43.
- 70.** Townsend MC. (2001) *Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing: Care Planes And Psychotropic Medications*. 5th.Edition. Philadelphia, FA Davis Comp.
- 71.** Carpenito LJ. (1999) *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 7.Baskı. (Çeviren F, Erdemir) Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- 72.** Mc Closkey JC, Bulechek GM. (2000) *Nursing Interventions Classification (NIC)* 3th Edition. Missouri: Mosby Inc.
- 73.** Moorhood S, Johnson M, Maas M. (2004) (ed) *Nursing Outcomes Classifications (NOC)* (3end.). St Louis MO: Mosby.
- 74.** Eker D, Arkar H. (1995) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34(10): 45-55.
- 75.** Eker D, Arkar H, Yıldız H. (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25.

- 76.** Beck AT. ve ark. (1961) An Inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, (4): 561–571.
- 77.** Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. (2008) Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology, 29(2): 105-13.
- 78.** Ogden J, Maker C (2004) Expectant or surgical management: a qualitative study of miscarriage. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 111, 463-7.
- 79.** Magee P, MacLeod AK, Tata P, & Regan L. (2003) Psychological distress in recurrent miscarriage: the role of prospective thinking and role and goal investment. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 21: 35-47.
- 80.** Corbet - Owen C, Kruger L. (2001) The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. Families, Systems & Health, 19(4): 411-426.
- 81.** Yılmaz S. (2010) Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji).
- 82.** Napholz J. (2002) Stress-reduction psychoeducational interventions for black working women. Nurs Clin N Am, (37): 263-272.
- 83.** Rivera JC, Parris KM. (2002) Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice. Nursing Diagnosis, 13(1): 15-23.
- 84.** Orr ST (2004). Social support and pregnancy outcome: a review of the literature. Clinical Obstetrics and Gynecology 47: 842-855.
- 85.** Aktaş S, Yeşilçiçek Çalık K, Dinçkol M, Kara H, Budak S, Güney S. (15-18 Ocak 2009) Gebelikte depresyon, depresyona etki eden faktörler ve gebelik depresyonu ile sosyal destek arasında ilişki. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa: 459-460.



- 86.** Şahin EM, Kılıçaslan S. (2010) Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 27(1): 51-8.
- 87.** Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9): 39-66.
- 88.** Sevindik F. (2005) Elazığ İlinde Gebelikte Depresyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Y. Doç. Dr. Ferdane Oğuzöncül).
- 89.** Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. (2008) Gebelikte sosyo demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, (45): 85-91.
- 90.** Ögel K, Sağduyu A, Özmen E, Boratav C. (1999) Kadın Hastalıkları ve Doğumda Ruhsal Bozukluklar, Roche Müstahzarları San. Aş. İstanbul, s: 55-58.
- 91.** Neff LA, Karney BR (2005). Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? *Journal of personality and social psychology*, 88(1): 79-90.
- 92.** Fottrell E, Kanhonou L, Goufodji S, Behague DP, Marshall T, Patel V, Filippi V (2010) Risk of psychological distress following severe obstetric complications in Benin: the role of economics, physical health and spousal abuse. *Br J Psychiatry*, 196(1): 18-25.
- 93.** Hutti MH. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5): 630-638.
- 94.** Serrano F, Lima ML. (2006) Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (79): 585-594.

## 10. EKLER

	<u>Sayfa No</u>
Ek 1: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Veri Toplama Formu.....	106
Ek 2: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadının Eşine Ait Veri Toplama Formu.....	111
Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği .....	114
Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği.....	115
Ek 5: Hemşirelik Bakım Rehberi.....	118
Ek 6: Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	129
Ek 7: Sağlık Bakanlığı Beykoz Devlet Hastanesi İzin Kağıdı.....	130

## Ek 1: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlara Ait Veri Toplama Formu

Adı-Soyadı:

Telefon:

Adres:

1- Yaşınız? ...

2- Eğitim Durumunuz?

Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul mezunu

Lise mezunu  Üniversite mezunu  Yüksek lisans mezunu

3- Mesleğiniz?

Ev Hanımı  İşçi  Memur  Serbest Meslek  Diğer....

4- Sosyal Güvenceniz?

Var: ... Belirtiniz: ...

Yok

5- Ailenin gelir-gider durumu?

Geliri giderinden fazla  Geliri gideriyle eşit  Geliri giderinden az

### MESKEN BİLGİLERİ

6- Yerleşim yeri?

Şehir merkezi  Kırsal Kesim

7- Oturduğunuz ev?

Kendinizin  Kira

8- Aile tipiniz?

Çekirdek aile  Geniş aile

### EVLİLİK İLE İLGİLİ BİLGİLER

9- Evlenme Yaşınız: ...

10- Evliliği nasıl kararlaştırdınız?

Görücü usulü  Anlaşarak

11- Evlilik süreniz: ...

### OBSTETRİK BİLGİLER

- 12- İlk gebelik yaşıınız: ...
- 13- Yaşayan çocuk sayısı: ...
- 14- Bu kaçınıcı gebeliğinzidi? ...
- 15- Daha önceki gebelik kayıpları:
- ( ) Düşük: ...zamanı: ...../...../.....
- ( ) Ölü doğum: ... zamanı: ...../...../.....
- ( ) Neonatal ölüm (canlı doğan bebeğın yaşamın ilk 4 haftasında ölümü): ... zamanı:
- 16- Gebelik kaçınıcı haftada sonlandı? ...
- 17- Gebelik sonlandırma nedeni ?
- ( ) Fetal nedenler (bebeğeye ait) ( ) Maternal nedenler (anneye ait)
- 18- Bu gebeliğınız süresince hangi sorunlarla karşılaştınız?
- a) Bir sorun yaşamadım
- b) İlaç kullandım
- c) Enfeksiyon geçirdim
- d) Röntgen ışınına maruz kaldım
- e) Psikolojimi bozan bir olay yaşadım
- f) Maddi durumumu olumsuz etkileyen bir olay yaşadım
- 19- Bu gebeliği isteme durumunuz?
- ( ) Evet, istiyordum ( ) Hayır, istemiyordum
- 20- Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?
- a) Maddi açıdan hazır değildim
- b) Diğer çocuğın küçük olması/yeterli çocuk
- c) Ailevi sıkıntılarım vardı
- d) Eşim istemediği için
- e) Diğer .....
- 21- Gebelik takiplerini düzenli olarak yaptırmış mıydınız?
- ( ) Evet ( ) Hayır

## MEVCUT DURUM

22- Sigara kullanımı?

Kullanıyorum ..... Belirtiniz....

Kullanmıyorum

23- Alkol kullanımı?

Kullanıyorum ..... Belirtiniz....

Kullanmıyorum

24- Daha önce, sizi doktora götürecek ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?

Evet  Hayır

25- Cevabınız “evet” ise bir tedavi gördünüz mü?

Evet  Hayır

## TANILAMA

26- Yaşanan bu olaya karşı tepkileriniz ne oldu?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

İnkâr  Öfke  Ağlama  Şok

Üzüntü  Tepkisizlik  Kabullenme  İçer kapanıklık

Suçluluk  Değersizlik  Korku  Düşünmeme  Diğer....

27- Bu duygularla baş etmek için ne planlıyorsunuz?

a) Kendi ailemin yanında kalacağım

b) Eşimin ailesinin yanında kalacağım

c) Çocuklarımla, eşimle vakit geçireceğim

d) Kendimi işe vereceğim

e) Hiçbir şey düşünemiyorum, bilmiyorum

f) Psikolojik desteğe ihtiyacım var.

g) Dinsel/Manevi desteğe yöneleceğim

h) Diğer...

28- Kendi bakım ve gereksinimlerinizi karşılayabiliyor musunuz?

Evet  Kısmen  Hayır

29- Kendinizi tükenmiş hissediyor musunuz?

Evet  Kısmen  Hayır

30- Daha sonra planlayacağınız gebelikler olacak mı?

a) Evet, kısa sürede istiyorum

b) Evet ama uzun bir süre geçmesi gerek

c) Hayır, düşünmüyorum

31- Şuan ne tür endişeler, korkular yaşıyorsunuz?

a) Bir sonraki gebeliğimde tekrar aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum

b) Şu anki kendi sağlığımdan endişeliyim

c) Sanki hamileliğim devam ediyormuş gibi, kötü bir duygu

d) Patoloji sonucuna göre bu kaybın nedenlerini merak ediyorum

e) Bir endişem, korkum yok

f) Diğer ....

32- Danışmanlık için nerelere başvuracağınız hakkında bir bilginiz var mı?

( ) Evet ....Belirtiniz....

( ) Hayır

33- Eşinizle iletişiminiz nasıl?

( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü

34- Yaşadığınız bu olay süresince gerek duyduğunuzda en çok kimden yardım/destek aldınız?

( ) Annemden ( ) Babamdan ( ) Eşimden

( ) Kardeşimden ( ) Sağlık çalışanından ( ) Tek başımaydım

( ) Eşimin ailesinden ( ) Arkadaşımdan ( ) Diğer...

35- Yakınlarınız, arkadaşlarınız yaşadığınız olaydan haberdar mı?

( ) Evet, paylaştım

( ) Hayır, daha paylaşmadım

36- Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?

a) Utandım

b) Suçluluk duydum

c) Tepkilerinden korktum

d) Kimseyle paylaşmak, konuşmak istemiyorum

e) Diğer ...

37- Kendinize en yakın hissettiğiniz kişi/ kişilerin bu olay karşısında tutumları ne oldu?

a) Çok üzüldüler, destek oldular

b) Tepkisiz kaldılar

c) Destek olmadılar

e) Diğer....

38- Sağlık çalışanlarından beklentileriniz neler?

-.....

-.....

## II. GÖRÜŞME SONRASI DEĞERLENDİRME

39- Yaşanan gelişmeler iş hayatınızı nasıl etkiledi?

a) Etkilemedi

b) Olumsuz etkiledi

c) Diğer...

40- Yaşanan gelişmeler özel hayatınızı nasıl etkiledi?

a) Etkilemedi

b) Olumsuz etkiledi

c) Diğer...

41- Yaşanan gelişmeler sosyal hayatınızı nasıl etkiledi?

a) Etkilemedi

b) Arkadaşlarımla beraber oldum, gezdim, unutmaya çalıştım

c) Sürekli soru sormalarından rahatsız oldum, içe kapandım

d) Hamile olan arkadaşlarımı görünce çok üzuldüm

e) Benimle aynı durumu yaşayan arkadaşlarımda teselli buldum

f) Diğer...

42- Yaşanan gelişmeler cinsel hayatınızı nasıl etkiledi?

a) Etkilemedi

b) Olumsuz etkiledi

c) Diğer...

43- Aşağıdaki durumlardan hangilerini düşündüğünüz oldu?

( ) Ayrılık ( ) Boşanma ( ) Yalnız kalma ( ) Hiçbiri ( ) Diğer ....

44- Yaşadığınız olay sonrası öğrenmek istediğiniz bilgiler nelerdir?

-.....

-.....

## Ek 2: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadının Eşine Ait Veri Toplama Formu

Adı-Soyadı:

Tlf:

Adres:

1- Yaşınız? ....

2- Eğitim Durumunuz?

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu ( ) Yüksek Lisans mezunu

3- Mesleğiniz?

( ) Çalışmıyor ( ) İşçi ( ) Memur ( ) Serbest Meslek ( ) Diğer....

4- Sosyal Güvenceniz?

( ) Var: ..... Belirtiniz .....

( ) Yok

5- Ailenin gelir-gider durumu?

( ) Geliri giderinden fazla ( ) Geliri gideriyle eşit ( ) Geliri giderinden az

6- Sigara kullanımı?

( ) Kullanıyorum ..... Belirtiniz....

( ) Kullanmıyorum

7- Alkol kullanımı?

( ) Kullanıyorum ..... Belirtiniz....

( ) Kullanmıyorum

8- Daha önce sizi doktora götürecek ruhsal bir sıkıntı yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

9- Cevabınız “evet” ise bir tedavi gördünüz mü?

( ) Evet ( ) Hayır

10- Bu gebeliği isteme durumunuz?

( ) Evet, istiyordum ( ) Hayır, istemiyordum

11- Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?

a) Maddi açıdan hazır değildim. b) Diğer çocuğun küçük olması/yeterli çocuk

c) Ailevi sıkıntılarım vardı. d) Eşim istemediği için e)Diğer.....



12-Eşinizin yaşadığı bu olaya karşı tepkileriniz ne oldu? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

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

13- Bu duygularla baş etmek için ne planlıyorsunuz?

- a) Çocuklarımla, eşimle vakit geçireceğim  
b) Kendimi işe vereceğim  
c) Hiçbir şey düşünemiyorum, bilmiyorum  
d) Psikolojik desteğe ihtiyacım var.  
e) Dinsel / Manevi desteğe yöneleceğim  
f) Diğer...

14- Daha sonra planlayacağınız gebelikler olacak mı?

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

15- Şuan ne tür endişeler, korkular yaşıyorsunuz?

- a) Eşimin bir sonraki gebeliğinde tekrar aynı şeyleri yaşamasından korkuyorum  
b) Eşimin şu anki sağlığından endişeliyim  
c) Patoloji sonucuna göre bu kaybın nedenlerini merak ediyorum  
d) Bir endişem, korkum yok  
e) Diğer....

16- Danışmanlık için nerelere başvuracağımız hakkında bir bilginiz var mı?

- Evet .... Belirtiniz....  
 Hayır

17- Eşinizle iletişiminiz nasıl?

- İyi     Orta     Kötü

18- Yaşadığımız bu olay süresince gerek duyduğunuzda en çok kimden yardım/destek aldınız?

- Annemden     Babamdan     Eşimden     Arkadaşımdan  
 Kardeşimden     Sağlık çalışanından     Tek başımaydım  
 Eşimin ailesinden     Diğer...

19- Yakınlarınız, arkadaşlarınız yaşadığınız olaydan haberdar mı?

( ) Evet, paylaştım

( ) Hayır, daha paylaşmadım

20- Cevabınız “hayır” ise nedenleri nelerdir?

- .....

- .....

21- Kendinize en yakın hissettiğiniz kişi / kişilerin bu olay karşısında tutumları ne oldu?

a) Çok üzüldüler, destek oldular

b) Tepkisiz kaldılar

c) Destek olmadılar

e) Diğer....

22- Sağlık çalışanlarından beklentileriniz neler?

-.....

-.....

### Ek 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle yanında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1' den 7' ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesine kutucuk içine (x) koyarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesin Hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesin Evet
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).									
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).									
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).									
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden alırım (örneğin; annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden).									
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).									
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.									
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.									
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim (örneğin; annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle).									
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.									
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).									
11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim).									
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.									

#### Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (B D Ö)

#### AÇIKLAMA:

Sayın katılımcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

Adı Soyadı : ..... Cinsiyeti : .....

- A- **0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.**
1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- B- **0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.**
1. Gelecek hakkında karamsarım.
  2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- C- **0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.**
1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
  2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
  3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- D- **0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk almıyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
  2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  3. Her şeyden sıkılıyorum.
- E- **0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.**
1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- F- **0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.**
1. Cezalandırılabilirim hissediyorum.
  2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
  3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- G- **0. Kendimden memnunum.**
1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
  2. Kendime çok kızıyorum.
  3. Kendimden nefret ediyorum.
- H- **0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.**
1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
  2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
  3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- İ- **0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.**
1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
  2. Kendimi öldürmek isterdim.
  3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- J- **0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.**
1. Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
  2. Çoğu zaman ağlıyorum.
  3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- K- **0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.**
1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
  2. Şimdi hep sinirliyim.
  3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- L. **0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.**
1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
  2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
  3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- M. **0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.**
1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
  3. Artık hiç karar veremiyorum.
- N- **0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.**
1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
  2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
  3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- O- **0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.**
1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
  2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
  3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- P- **0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.**
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
  2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
  3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- R- **0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.**
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
  2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
  3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- S- **0. İştahım her zamanki gibi.**
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
  3. Artık hiç iştahım yok.
- T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.**
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
  2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
  3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- Evet ..... Hayır .....
- U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.**
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
  2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
  3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.**
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
  2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
  3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

## Ek 5: Hemşirelik Bakım Rehberi

### HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ (NIC) ve BEKLENEN SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ (NOC)

**Hemşirelik tanısı:** Gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili bilgi eksikliği

Fetal kayıpla ilgili bilgi eksikliği

Yas süreciyle ilgili bilgi eksikliği

Fetal kayıp yaşayan ailelerin hakları konusunda bilgi eksikliği

**NIC:** Bilgilendirme ve danışmanlık

**Amaç:** Gebeliğin sonlandırılması, fetal kayıp, yas süreci ve ailenin hakları konusunda ebeveynlerin yeterli bilgi sahibi olmalarını sağlamak.

**Girişimler:**

- Sonlandırmanın neden gerekli olduğunu açıklamak,
- Hangi teknik ile sonlandırma yapılabileceğini anlatmak,
- Kullanılacak gebelik sonlandırma tekniğinin aşamaları ve ağrı duyup duymayacağı hakkında bilgi vermek,
- Anestezi alternatifleri konusunda bilgi vermek,
- Anestezi ve gebelik sonlandırma şekli konusunda karar vermesi için onlara zaman tanımak,
- Gerekli ise ağrıyı daha az hissetmesi için anneye Lameze yöntemini öğretmek (dakikada 10 solunum, ağrı sırasında kontrollü solunum ve gevşeme).
- Fetal kaybın neden meydana geldiğini anlatmak,
- Ailenin ve sağlık bakımı verenlerin fetal kayba neden olmak konusunda suçluluk duyguları yaşamamaları ve sağlık bakımı verenleri suçlamamaları için gerekli doğru bilgileri vermek,
- Aile isterse otopsi yapılmasını sağlamak,
- Yas süreci ve reaksiyonları hakkında bilgi vermek,

- Aileye duygularının ve davranışlarının normal olduğunu yas sürecinde bunların yaşandığını anlatmak,
- Daha önce kullandıkları baş etme yöntemlerini saptayıp, başarılı olanlarını kullanmalarını sağlamak,
- Daha önce kayıp yaşamış bireylerle bir araya getirmek.

**NOC:** Bilgilenme, bilgiyi işleme süreci

**Amaç:** Ailenin kayıpla ilgili belirsizliklerinin sonlandığını ve kendi duygularını analiz edebilecek düzeye geldiğini hissetme

**Göstergeler:**

- Gebelik sonlandırma tekniğine ailenin karar vermiş olması
- Yapılan işlemler boyunca annenin endişelerinin azaldığını ifade etmesi
- Negatif duyguları en hafif şekilde yaşaması
- Annenin kendi öz bakımına aktif olarak katılması
- Ailenin kayıpla ilgili duygularını sözel olarak ifade etmesi
- Ailenin otopsi yapması
- Ailenin uygun profesyonel yardım istediğini belirtmesi
- Daha önce kaybı deneyimleyen arkadaşlarıyla bir araya gelmesi

**Hemşirelik tanısı:** Acı çekme

**NIC:** Acıyı kabulleniş, hafifletme

**Amaç:** Gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerin acılarını ifade etmelerine olanak sağlamak.

**Girişimler:**

- Aileyle olumlu ve güven duyacağı bir ilişki oluşturmak,
- Ailenin acı çekme tepkilerini (şok, inanmama, farkındalık geliştirme) ifade etmelerine, ağlamalarına izin vermek,
- Duygularının ve davranışlarının kayba normal reaksiyonlar olduğunu açıklamak,
- Ümitlerini ve hayallerini paylaşmaları için ebeveynlere izin vermek,
- Ölümün gerçek olduğunu açık bir şekilde kabul etmenin önemini vurgulamak,



- Eğer bebek ya da fetüse isim verilmiş ise tartışmalarda, konuşmalarda ismini kullanmak,
- Ailenin her bir üyesinin güçlü yönlerinin farkında olmak ve bunu pekiştirmek,
- Kendi duygularını değerlendirmeleri ve birbirlerini desteklemeleri için aile üyelerini cesaretlendirmek,
- Acısını paylaşması için her bir üyeye özel ortam, mahremiyet sağlamak, gerekirse odasındaki uyarıları azaltmak (bebeği yaşayan annelerden ayrı özel bir oda, bebek beşiğinin odada olmaması) , psikolojik travmalardan korumak,
- Depresyon düzeyini tanımak uygun olan yaklaşımı geliştirmek,
- Ailenin fetüsü görme, inançlarına göre cenaze töreni yapma gibi özel bir istekleri olup olmadığını tanımlama, organizasyon için gerekli olanakları sağlamak (din adamı, ortam)
- Deneyimsiz olmaları halinde danışmanlık almalarını sağlamak,
- Yaşadıklarını evdeki çocuklarıyla (kardeşlerle) paylaşmaları için ebeveynleri cesaretlendirmek,
- Acı çekme sürecinin başarıyla tamamlanmasını engelleyebilecek faktörleri tanımlamak (fetüse aşırı bağımlılık, ilk gebelik, önceki kayıplar, yetersiz destek sistemleri)

**NOC:** Acı çekme şiddeti

**Amaç:** Aile bireylerinin acılarını sözel ya da davranışsal olarak ifade etmesi

**Göstergeler:**

- Ailenin ölüm ve kaybın anlamını tanımlaması
- Kederini diğer önemli kişilerle paylaşması
- Ebeveynlerin gelecek hakkında karar verme sürecine katılması
- Sağlık profesyonelleriyle, danışmanlarıyla konuşarak acılarının hafiflediğinin sözel olarak ifade edilmesi
- Ailenin destek sistemlerini kullanması
- Ailenin kaybı kabullenmesinde zamana ihtiyacının olduğunu ifade etmesi

**Hemşirelik tanısı:** Fetal kayıp sonrası gelişen ümitsizlik

**NIC:** Ümidin kurulması

**Amaç:** Fetal kayıp sonrasında uygun şartlarda ailenin pozitif sonuçlar geliştirmesini sağlamak.

**Girişimler:**

- Ümit alanlarının tanımlanması için aileye yardım etmek,
- Daha önce kullandıkları başa çıkma yöntemlerini irdelemek ve başarılı olanları kullanmalarını sağlamak,
- Gerçekçi planlar yapmaya teşvik etmek,
- Aileye ümitleri ile ilgili amaçlarını yenilemeye yardımcı olmak,
- Durumlarını analiz etmek için açık uçlu sorular sormak, yargılamaktan kaçınmak, aktif dinleme yöntemlerini kullanmak,
- Kendi bakımına anneyi de dahil etmek,
- Kayıp yaşayan bireylerle bir araya gelmelerini sağlamak, teropatik ilişkilere teşvik etmek,
- Destek olabilecek kişilerin ziyaretine olanak yaratmak,

**NOC:** Ümit

**Amaç:** Ailede ya da bireyde şimdiki zaman hakkında yaşam desteği olarak iyimser duyguların varlığını hissetme

**Göstergeler:**

- Kayıp yaşayan ailenin acılarını başkalarıyla açıkça ve yapıcı olarak paylaşması
- Annenin; yaşamın anlamını ve kendi değerlerini göz önünde bulundurması
- Kaybı yaşayan ailenin kendilerine ve başkalarına güvendiklerini ifade etmesi
- Annenin aktiviteleriyle (örneğin; öz bakım, egzersiz) kanıtlanan bir şekilde enerji düzeyinde bir artış sergilemesi
- Ailenin kendi inançlarını ifade etmesi
- Çiftlerin;

“ İleriye bakıyorum ..... (olmasını / gelmesini) bekliyorum.”

“Bu kaybın sonrasında ..... düşünmek bana iyi geliyor.”

“Geleceğe inanıyorum.” gibi ifadelerle benzer ifadelerde bulunmaları

**Hemşirelik tanısı:** Annenin mevcut sağlığı hakkında ve ya planlayacağı gebelikler hakkında endişe duyma olasılığı

**NIC:** Psiko - sosyal, fizyolojik rahatlık

**Amaç:** Anneyi mevcut sağlık durumu ile ilgili bilgilendirmek, ailenin bundan sonraki gebelik planlarında karşılaşılabilecekleri olası sorunlarla baş etmesini sağlamak.

**Girişimler:**

- Annenin lohusalık bakımı almasını sağlamak (kanama, enfeksiyonu önlemek, vital bulguları izlemek, perine bakımı vermek)
- Annenin ağrısını azaltmak (dikkatini başka yönlere çekmek)
- Sütün kesilmesi için hekim direktifiyle prolaktin inhibitörü vermek,
- Mobilizasyonu sağlamak,
- Yapılan işlemleri aileye açık ve anlayacağı bir dille anlatmak,
- Anne fetal kayba adapte olduktan sonra kontroller, egzersizler, vücudunda meydana gelebilecek değişiklikler, hijyen, dinlenme, beslenme ve aile planlaması konusunda eğitim vermek,
- Aileye genetik danışmanlık hakkında bilgi vermek,
- Patolojik incelemenin sonuçlarını tartışmak,
- Danışmanlık alabilecekleri merkezler konusunda bilgi vermek,

**NOC:** Korku düzeyi

**Amaç:** Gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerde psikolojik ve fizyolojik rahatlamanın olduğunu hissetme

**Göstergeler:**

- Annenin mevcut sağlık durumuyla ilgili endişelerinin azaldığını ifade etmesi
- Aileyle sürdürülen iletişimde psiko - sosyal rahatlığın arttığının hissedilmesi
- Ailenin negatif duygularının azaldığını ifade etmesi
- Geleceğe ilişkin olumlu duyguların ifade edilmesi
- Ailenin aile planlamasında uygun yöntemleri kullanması
- Annenin öz bakımına aktif olarak katılması

**Hemşirelik tanısı:** Ailenin kayıpla baş etmede yetersizlik olasılığı

**NIC:** Üstesinden gelmeyi başarma

**Amaç:** Fetal kayıp yaşayan aileye kayıpla başa çıkma davranışlarını kazandırmak.

**Girişimler:**

- Olayı farkında olduğunu gösteren ifadelerle "sizin için çok zor ve üzücü bir dönem" iletişimi başlatmak ve yargılamaktan kaçınmak,
- Ailenin, inkar, kırgınlık, suçluluk duygularını ifade etmelerine ve ağlamalarına izin vermek,
- Yaşadıkları duyguların gerçekten güç olduğunu belirtmek,
- Kaybı kabullenmeleri için gerçeği uygun zamanda anlatmak,
- Annenin bakım gereksinimlerini karşılamak,
- Asılsız yaklaşımlardan kaçınmak, gerçeği anlamalarına yardım etmek,
- Yaşadıkları duygu ve davranışların kayba normal reaksiyonlar olduğunu anlatmak,
- Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemlerini saptamak ve tekrar kullanmalarını sağlamak,
- Ailenin durumunu değerlendirebilmek için açık uçlu sorular sormak, yargılamaktan kaçınmak, aktif dinleme yöntemlerini kullanmak,
- Ailenin yanında olmak, onları yalnız bırakmamak ve deneyimlerini paylaşmak,
- Ailenin yanlarında olmasını istediği yakınları ve arkadaşları olup olmadığını sormak, gerekirse onlarla iletişim kurmalarına yardım etmek ve bu kişilerin ziyaretine izin vermek,
- Ailelerin güçlü yönlerini açığa çıkarmak,
- Aileyi daha önce kayıp yaşamış ve bunun üstesinden gelmede başarılı olmuş kişilerle tanıştırmak,
- Aileye kısa ve uzun dönemdeki hedeflerini belirlemede yardımcı olmak,
- Gerekli ise psikiyatri uzmanlarından konsültasyon istemek, sevk etmek,
- İletişimi, danışmanlığı sadece hospitalizasyonla sınırlamamak, ev ziyaretleri yapmak, telefonla durumlarını değerlendirmek, aileye gerekli zamanı tanımak ve bu zamanlarda gerektiğinde destek olmak

**NOC:** Baş etme

**Amaç:** Kayıp yaşayan ailelerde bireysel kaynakları zorlayan stresörleri kontrol altına almak

**Göstergeler:**

- Ailenin, inkar, kızgınlık, suçluluk gibi emosyonel duygularını ifade etmesi, ağlaması,
- Durumu kabullendiklerini sözel olarak bildirerek etkili baş etme yollarını tanımlamaları
- Ailenin negatif duygularının azaldığını ifade etmesi
- Uygun sosyal desteklerini kullandıklarını hissetme
- Ailenin psiko - sosyal rahatın arttığını ifade etmesi
- Uygun profesyonel yardıma ihtiyaç duyduğunu belirtmesi

**Hemşirelik tanısı:** Ailenin kayıp sonrası sosyal etkileşimde bozulma yaşaması

**NIC:** Sosyalizasyonun başarılması

**Amaç:** Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin diğer insanlarla ilişki kurmasını kolaylaştırmak

**Girişimler:**

- Ebeveynlerin mevcut ilişkilerini devam ettirmek,
- Aileyle birlikte olmak, onları gerektiğinde yalnız bırakmak, deneyimlerini paylaşmak,
- Ailenin destek sistemlerini kullanmasını sağlamak (dini inançlar, başa çıkma yöntemleri, destek olacak akraba ya da arkadaş)
- Daha önce kullandıkları başa çıkma yöntemlerini irdelemek ve başarılı olanlarını kullanmalarını sağlamak,
- Yıkıcı davranışlara sınır koymak,
- Sözlü iletişim için aileyi cesaretlendirmek,
- Kaybı deneyimleyen diğer insanlarla programlara katılmaya teşvik etmek,
- Yürüme, dışarı çıkma ya da sinemaya gitme gibi çevresel değişiklikler için hastayı cesaretlendirmek,

**NOC:** Sosyal içerik

**Amaç:** Ailenin diğer kişilerle, grup ya da organizasyonlarla sosyal etkileşimini sağlama

**Göstergeler:**

- Ailenin yakın arkadaşlarıyla etkileşimde olduğunu görme
- Aile üyeleriyle, komşularıyla etkileşimde olduğunu saptama
- Ailenin başa çıkma yöntemlerini kullandığını tespit etme (annenin dua ettiğini görme)
- Ailenin sosyal aktiviteler katılması
- Annenin kendi bakımına aktif olarak katılması, sorular sorması

**Hemşirelik tanısı:** Düşünce sürecinde değişim

**NIC:** Ruhsal durumu iyileştirme

**Amaç:** Gebelik kaybı yaşayan çiftlerde depresyon riskini en aza indirmek, depresyon yaşayan bireyi izlemek, iyileşmesini ve güvenliğini sağlamak.

**Girişimler:**

- Kaybı kabullenme süresince ebeveynlerin ruhsal durumunu değerlendirmek (belirtiler, geçmiş deneyimler)
- Gerekli bildirim ölçeklerini uygulamak (beck depresyon ölçeği)
- Ebeveynlerin sosyal destek eksikliği ve ya öz bakım ihtiyaçlarını karşılama yetersizliğini değerlendirmek
- Fiziksel zarar (öz kıyım, şiddet, kendine zarar) riskindeki aile üyelerini ve diğerlerini korumak için önlem almak
- Gerek duyulursa annenin öz bakımını karşılamada yardım etmek
- Ailenin duygu ve davranışlarının kayba karşı normal reaksiyonlar olduğunu anlamalarına yardımcı olmak
- Ailedeki bilişsel fonksiyonları (konsantrasyon, bilgiyi kullanma yeteneği, karar verme yeteneği) izlemek
- Aileye bilişsel başarıları için karar verme becerilerini öğretmek
- Gerekirse aileyi psikoterapiye yönlendirmek
- Ebeveynlerle kaybı nasıl algıladıkları, ümitleri, hayalleri, gelecek hakkındaki planları gibi konularda konuşmak için fırsat yaratmak, düzenli aralıklarla etkileşimde bulunmak,

- Anneye ruhsal duygu ve düşüncelerini tanımlamada yardımcı olmak
- Ailenin destek sistemlerini sürdürme ve geliştirmesine yardım etmek
- Yaşam değişiklikleriyle başa çıkmasını değerlendirmek
- Uygun aralıklarla aileyi izlemek

**NOC:** Bilişsel yetenek

**Amaç:** Ebeveynlerin kaybı kabullenme ve adaptasyonlarının sürdürülmesini sağlama

**Göstergeler:**

- Yaşanan kayıp sonrası ebeveynlerin düşünme/davranıştaki değişimlerini tanıması, kabul etmesi
- Ailenin uygun baş etme mekanizmalarını kullanması
- Negatif duyguların sözel olarak ya da yapıcı aktivitelerle azaldığının ifade edilmesi
- Ailenin geleceğe ilişkin gerçekçi planlar oluşturması, beklentilerini ifade etmesi
- İletişimin düzenli aralıklarla sürdürülmesinin görülmesi
- Çözülenemeyecek problemlerde ailenin profesyonel yardım istemesi

**Hemşirelik tanısı:** Aile içi süreçlerde değişim

**NIC:** Aile sürecinin sürdürülmesi

**Amaç:** Kayıp yaşayan ailenin aile sürecinin bozulma etkilerini en aza indirmek

**Girişimler:**

- Ebeveynlerde rol değişiminin etkilerini belirlemek
- Hastanede kalış süresince aile üyelerinin ziyaretine olanak sağlamak
- Ebeveynlerle sosyal destek mekanizmalarının varlığını tartışmak
- Var olan destek mekanizmalarının kullanımında ebeveynlere yardım etmek
- Karar verme ve iletişim konularını aile ile tartışmak
- Aileyi gereksinimi olan toplumsal kurumlara, evde bakım kurumlarına ve parasal yardım kaynaklarına yönlendirmek
- Doğru ve tam bilgiyi vererek ve ailenin sorularını yanıtlayarak, gerçekçi bir bakış açısına sahip olması için aileyi cesaretlendirmek

- Kayıp deneyiminin doğal bir parçası olan, depresyon, anksiyete ve bağımlılık belirtileri konusunda aile üyelerini hazırlamak
- Ev ziyaretlerini arttırarak aile üyelerine destek olmak

**NOC:** Aile normalizasyonu

**Amaç:** Aile üyelerinin birbirini karşılıklı olarak destekleyen fonksiyonel bir sistem sürdürmesi

**Göstergeler:**

- Aile üyelerinin duygularını hemşireye ya da birbirlerine sık sık ve sözel olarak ifade etmesi
- Değişen aile rutinlerini ebeveynlerin açıklaması
- Ailenin genel aile rutinlerine devam etmesi
- Ailenin destek sistemlerini etkili olarak kullanması
- Gerekirse destek gruplarını da içine alan kaynaklar konusunda ailenin yardım istemesi

**Hemşirelik tanısı:** Uyku alışkanlığında bozulma, beslenmede değişim, seksüel disfonksiyon

**NIC:** Uykunun düzenlenmesi, beslenmenin üstesinden gelme, cinsel danışmanlık

**Amaç:** Kayıp sonrası ebeveynlerin uyku, dinlenme, cinsellik ve öz bakım gereksinimleri gibi ihtiyaçlarının bütünlüğünü sağlamak

**Girişimler:**

- Annenin uyku aktivitesini tanımlamak
- Annenin uyku düzenini izlemek, gerekli ortamı sağlamak (ışık, gürültü )
- Anneye masaj yapmak, pozisyon vermek
- Uyku alışkanlığında bozukluğa yol açan faktörler hakkında aileyi eğitmek
- Ebeveynleri vücut tipi ve yaşam şekline uygun kalori alımına teşvik etmek
- Düzenli aralıklarla ebeveynleri tartmak
- Cinsellik konusunda dürüst ve saygıyla dayalı terapötik bir danışmanlık ilişkisi kurmak



- Bireylere kayıp sonrasında cinsellikle ilgili merak ettikleri konularda sorularına cevap vermek için hazır olduğunu ifade etmek, güvenli bir ilişki sağlamak
- Kayıp sonrası cinsel hayat hakkında ebeveynlere bilgi vermek
- Gelecekte planlayacakları gebelikler hakkında aileyi bilgilendirmek, riskleri tartışmak
- Aileyi duygularını sözel olarak ifade etmeye ve soru sormaya cesaretlendirmek
- Aileye aile planlaması hakkında eğitim vermek
- Gebeliğin sonlandırılmasının nedenleri ya da kaybın nedenleri hakkında aileyi bilgilendirmek
- Ailenin suçluluk duygularını tartışmalarını sağlamak
- Danışmanlık hizmetlerine mümkün olduğu kadar eşleri de dahil etmek

**NOC:** Uyku, beslenmenin üstesinden gelme, seksüel işlev

**Amaç:** Ebeveynlerin dinlenme ve aktivite arasında optimal dengenin sağlandığının farkında olması, annenin günlük olarak metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu yeterlilikte besin yemesi, ebeveynlerde cinsel ifadelerin işlev, fiziksel, duygusal ve entelektüel açıdan bütünleşmesi

**Göstergeler:**

- Ebeveynlerin uykudan sonra dinlendiğini hissetmesi
- Ebeveynlerin uyumayı inhibe eden ya da engelleyen faktörleri tanımlaması
- Ailenin iyi beslenmenin önemini açıklaması
- Ebeveynlerin kaybın cinsel işlev üzerine etkilerini tanıması, sorular sorması, duygularını ifade edebilmesi

## **Ek 6: Gönüllü Bilgilendirilmiş Onam Formu**

### **GÖNÜLLÜ ONAY FORMU**

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı:

İmzası:

Telefon Numarası:

## Ek 7: Sağlık Bakanlığı Beykoz Devlet Hastanesi İzin Kağıdı



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-157  
KONU:

20.09.2011

### BEYKOZ DEVLET HASTANESİ ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Özlem CANDAN' ın Prof.Dr.Hediye ARSLAN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerine Etkisi" konulu araştırmasının etik yönden değerlendirilmesi için gereğini arz ederim.

Yrd.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Enst. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

18.09.2011  
Baskı  
Prof.Dr. Hediye Arslan (Baskı ent. d-16)

Büyükdere Cad. No:101-34394 Mecidiyeköy-Şişli- İstanbul Tel: 0212 275 20 20 Fax:0212 347 30 84  
e-mail : [saglikenstitusu@halic.edu.tr](mailto:saglikenstitusu@halic.edu.tr) İnternet: [www.halic.edu.tr](http://www.halic.edu.tr)

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Özlem Candan  
Doğum Yeri ve Tarihi : Kilis / 03.11.1981  
Medeni Hali : Bekar  
Yabancı Dil : İngilizce  
E-posta Adresi : ozlemcandan5534@hotmail.com  
Tel : 0541 382 47 50  
Eğitim ve Akademik Durumu : Lisans

Mezun Olduğu Kurumun Adı Mezuniyet Yılı : Ondokuz Mayıs Üniversitesi  
Lise : Tülay Başaran Anadolu Lisesi  
Lisans : Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu

İş Tecrübesi :  
1- 2005 - 2006 yılları arası Kardiyoloji - Göz Hastanesi...(Samsun)  
2- 2006 - 2007 yılları arası Van Özalp Devlet Hastanesi  
3- 2007 - halen Beykoz Devlet Hastanesi

Görev Süre (yıl) : 7 yıl

Mesleki Dernek / Kurum Üyeliği : Diyabet Hemşireleri Derneği

Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

Bildiriler / Yayınlar

