

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE KAYIP YAŞAYAN KADINLARDA
PERİNATAL YAS SÜRECİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

FATMA PEHLİVAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**GEBELİKTE KAYIP YAŞAYAN KADINLARDA
PERİNATAL YAS SÜRECİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

FATMA PEHLİVAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından
TYL-2019-5046 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında y¼ksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

30/06/2021

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. ¼znur K¼r¼kc¼
(Akdeniz ¼niversitesi)

¼ye : Prof. Dr. Kamile Kabukcuoğlu
(Akdeniz ¼niversitesi)

¼ye : Prof. Dr. Emel Taşçı Duran
(S¼leyman Demirel ¼niversitesi)

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Fatma PEHLİVAN
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ
İmza

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamım her aşamasında bana yol gösteren, bilgi ve tecrübesini hiç esirgemeyen güler yüzlü ve samimiyetiyle her an desteğini hissettiğim değerli ve kıymetli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Öznur KÖRÜKCÜ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca verdiği katkılarından dolayı saygıdeğer Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma,

Tezimde emeği olan Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına,

Veri toplama aşamasında bana destek olan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi kadın doğum kliniğindeki güler yüzlü hemşire ve sekreter arkadaşlarıma,

Bilimsel deneyimleriyle desteklerini esirgemeyen akademik personel arkadaşlarıma,

Hayatımın her döneminde olduğu gibi bu çalışma süresince de sevgi ve desteklerini eksik etmeyen beni yüreklendiren sevgili aileme, oğlumun bakımında her zaman destek olan ve bana çalışma fırsatı yaratan eşimin ailesine,

Bu zorlu süreçte beni her zaman destekleyen, sonsuz sabır ve anlayış gösteren eşim Gökhan PEHLİVAN' a, gülüşüyle, enerjisiyle ve bu süreçteki sabrıyla canım oğlum Umut Kerem'ime,

Böylesine zor bir deneyimi yaşayan çalışmama gönüllükle katılan tüm kadınlara sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın örneklemini, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi Kadın Doğum kliniğine Nisan 2019- Nisan 2021 tarihleri arasında gebelik kaybı nedeniyle hastaneye başvuran 160 kadından oluşmaktadır. Veriler, gebelik kaybı sonrası ilk 24 saat içinde kadınlarla yapılan görüşme ile Kişisel Bilgi Formu ve Perinatal Yas Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bulgular SPSS ile analiz edilerek Kolmogorov Smirnov testi, t testi, ANOVA, Mann-Whitney U, Pearson korelasyon testi kullanılmıştır ve sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada kadınların Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ)'nden alınan PYÖ toplam puan ortalaması 91.19 ± 23.7 , aktif keder alt boyutu ortalaması 33.68 ± 8.8 , başa çıkmada zorluk alt boyutu ortalaması 28 ± 8.3 , umutsuzluk alt boyutu ortalaması 29.5 ± 8.5 olarak bulunmuştur. Aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk boyut puanları ile PYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde güçlü oldukça anlamlı bir ilişkisi vardır. Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen süre ile; PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: Gebelik kaybı yaşayan kadınların perinatal yas sürecini yaşadıkları belirlenmiştir. Mevcut gebelik kaybında perinatal yası etkileyen en önemli faktörün sosyal destek olduğu, sosyo-ekonomik düzey, eğitim durumu, gebeliğin planlanmama durumunda yası etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik kaybı, perinatal yas, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to evaluate the perinatal grieving process and the affecting factors in women who experienced loss during pregnancy.

Method:. The sample of the study, which was planned as a descriptive study, consists of 160 women with pregnancy loss who applied to the Süleyman Demirel University Research and Application Hospital and Isparta City Hospital Gynecology clinic between April 2019 and April 2021. Data were collected by interviewing women within the first 24 hours after pregnancy loss, using the Personal Information Form and the Perinatal Grief Scale. Findings were analyzed with SPSS, Kolmogorov Smirnov test, t test, ANOVA, Mann-Whitney U, Pearson correlation test were used and the results were evaluated at $p < 0.05$ significance level.

Results: In the study, the mean PGS total score of the women from the Perinatal Grief Scale (PGS) was 91.19 ± 23.7 , the mean of the active grief subscale was 33.68 ± 8.8 , the mean of the difficulty in coping subscale was 28 ± 8.3 , and the mean of the hopelessness subscale was 29.5 ± 8.5 . There is a strong, highly significant positive correlation between active grief, difficulty in coping, and hopelessness dimension scores and PGS total score. Age, total income of the family, number of living children, weeks in current pregnancy loss, time elapsed since pregnancy loss; no correlation was found between PGS total score and sub-dimension scores.

Conclusion: It was determined that women who experienced pregnancy loss experienced the perinatal grieving process. It has been concluded that the most important factor affecting perinatal grief in current pregnancy loss is social support, socio-economic level, educational status, and unplanned pregnancy affect grief.

Key words: Pregnancy loss, perinatal grief, nursing care

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Çocuk Sahibi Olmanın Aile ve Toplumsal Değeri	3
2.2. Kadın Olmak ve Annelik Rolü	4
2.3. Kayıp Kavramı	6
2.4. Yas ve Keder Kavramı	7
2.4.1. Yası etkileyen faktörler	9
2.5. Gebelik Kaybı	10
2.5.1. Tekrarlayan gebelik kayıpları	11
2.6. Gebelik Kaybında Perinatal Yas	12
2.6.1. Perinatal yas süreci	14

2.6.2. Gebelik kaybında yaygın görülen yas tepkileri	16
2.7. Gebelik Kaybında Sosyal Destek ve Başa Çıkma	17
2.8. Gebelik Kaybında Hemşirelik Bakımı	18
2.8.1. Gebelik kaybında koyulabilecek hemşirelik tanıları	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	31
3.3. Araştırmanın Örneklemi	31
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri	31
3.5. Araştırma Kapsamına Alınmama Kriterleri	32
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	32
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	32
3.8. Araştırmanın Etiği	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	34
3.10. Araştırma Verilerinin İstatiksel Değerlendirilmesi	34
4. BULGULAR	35
4.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınların kategorik değişkenlerin tanımlayıcı özellikleri	35

4.2. Gebelik kaybı yaşayan kadınların sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı özellikleri	37
4.3. Gebeliği kaybetme nedenleri	38
4.4. Trimesterlere göre gebelik kayıp nedenleri	38
4.5. PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları	39
4.6. PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulguları	41
4.7. Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi	42
4.8. PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu	45
4.9. Gebelerin bireysel özelliklerinin Perinatal Yas Ölçeği ve alt boyutlarının korelasyonu	46
5. TARTIŞMA	48
5.1. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi yüksek midir?	48
5.2. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi sosyodemografik ve klinik özelliklerden etkilenir mi?	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1. Sonuçlar	55
6.2. Öneriler	56
KAYNAKLAR	57

EKLER

84

Ek-1. Kişisel Bilgi Formu

Ek-2. Perinatal Yas Ölçeği

Ek-3. Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama
Hastanesi İzin Yazısı

Ek-4. Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama
Hastanesi Kadın Doğum Kliniği Araştırma İzin Yazısı

Ek-5. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı

Ek-6. Etik Kurul Onam Formu

Ek-7. Perinatal Yas Ölçeği Kullanımı İzin Yazısı

Ek-8. Aydınlatılmış Onam Formu

ÖZGEÇMİŞ

95

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Gebelik kaybına verilen fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal ve spiritüel tepkiler	16
Tablo 4.1.	Çalışma grubunun kategorik değişkenlerin tanımlayıcı bulguları	35
Tablo 4.2.	Çalışma grubunun sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı bulguları	37
Tablo 4.3.	Gebeliği kaybetme nedenleri	38
Tablo 4.4.	Trimesterlere göre gebelik kayıp nedenleri	39
Tablo 4.5.	PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları	41
Tablo 4.6.	PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulguları	41
Tablo 4.7.	Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi	42
Tablo 4.8.	PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu	46
Tablo 4.9.	Gebelerin bireysel özelliklerinin Perinatal Yas Ölçeği ve alt boyutlarının korelasyonu	46

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ANOVA	: Tek yönlü varyans analizi
APA	: American Psychological Association
d	: Etki Büyüklüğü
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SSPS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
PYÖ	: Perinatal Yas Ölçeği
TGK	: Tekrarlayan Gebelik Kaybı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Gebelik fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmakla birlikte, biyolojik ve psikolojik değişikliklerin de yaşandığı karmaşık ve riskli bir dönem olabilmektedir (Simpson ve Creehan, 2008; Soma-Pillay ve ark., 2016; Bjelica ve ark., 2018). Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki gelişmelere rağmen hala her yıl milyonlarca kadın gebeliğinin erken ya da geç döneminde kayıp yaşayabilmektedir (Hutti, 2005; Tektaş, 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2020) kadınların yaklaşık üçte birinin hayatları boyunca bir gebelik kaybı yaşadığını rapor etmektedir. Ülkemizde ise istemsiz düşük oranı %13, isteyerek düşük oranı %6 ve ölü doğum oranı %1'dir. Ayrıca ülkemizde evlenmiş her 5 kadından 1'inin (%22) en az bir kez kendiliğinden düşük ile gebeliğinin sonlandığı tahmin edilmektedir (TNSA, 2018). Kadınların gebe kaldıklarını öğrendikleri andan itibaren bebeklerini sevmeye ve bağ kurmaya başlarlar (Alhusen, 2008; Matthies ve ark., 2020). Bu yüzden kadınların gebelikte kayıp yaşaması oldukça yıkıcıdır (Krosch ve Shakespeare-Finch, 2017). Gebelik kaybı bir kadının dayanabileceği en derin acılardan biridir ve yas, keder, anksiyete, depresyon ve psikolojik stres gibi biyopsikososyal yanıtlara yol açabilir (Aneshensel ve ark., 2004; Lang ve ark., 2011; Basile ve Thorsteinsson, 2015; Zisook ve ark., 2014; Apaydın, 2020; Currie ve ark., 2019).

Perinatal yas, düşük, ölü doğum, neonatal ölüm ve fetal anomaliler için elektif sonlandırma yoluyla bir bebeğin kaybedilmesi sonrası ortaya çıkan, içsel ve dışsal tepkileri kapsayan bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Fenstermacher ve Hupcey, 2013). Yaklaşık beş kadından birinin doğum anında bir bebeğin kaybını takiben yoğun ve uzun süreli perinatal yas yaşayacağı tahmin edilmektedir (Koopmans ve ark., 2013). Perinatal yas; uyku, yeme sorunları, psikosomatik problemler gibi öfke, suçluluk, endişe, kızgınlık gibi duygusal, fiziksel ve diğer aile üyelerinin bakımı, akraba ve arkadaşlarla olan ilişkilerin olumlu ya da olumsuz etkilenmesi gibi sosyokültürel tepkiler biçimlerinde kendisini gösterebilir (Shear, 2012; Dyer ve ark., 2019; Setubal ve ark., 2021). Üstelik kadınların kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilir, sonraki gebeliği de olumsuz etkileyip (Armstrong, 2007; Mehran ve ark., 2013), kayıp korkusu, artan anksiyete, stres gibi nedenlerde nöroendokrin reaksiyonları artırarak (Musazzi ve

Marrocco, 2016), kayıptan sonraki doğacak bebeği olumsuz etkileyebilir (Turdon ve ark. 2009; Kendig ve ark., 2017). Buna ek olarak, giderilemeyen yas tepkileri kayıptan sonraki doğacak bebeğin çocukluk dönemlerinde ruhsal bozukluklar yaşaması için risk oluşturabilir (Warland ve ark., 2011). Bazı kadınlar içinse gebelik kaybı kadın ve ebeveyn olmanın anlamını yitirmesine de neden olabilir (Corbet-Owen ve Kruger, 2001). Gebelik kayıpları sonrası yaşanan yas bir yıl içerisinde azalsa da zamanında fark edilip tedavi edilmezse patolojik boyutlara ulaşabilmektedir (Burden ve ark., 2016).

Araştırmacılar kadınların kayba duydukları tepki ve düzeyinin birçok faktörden etkilenebildiğini belirtmektedir (Gold ve ark., 2010; Roberts ve ark., 2012; Setubal ve ark., 2021). Gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci, bu sürecin duygusal deneyimi nasıl etkilediği ve yas sürecini etkileyen faktörler hakkında sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Vogt ve ark., 2018; Köneş, 2018; Setubal ve ark., 2021). Hemşirelerin kayıp sonrası dönemde kaybı deneyimleyen kadının gereksinimi olan bakım fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için kadınlarda perinatal yas süreci ve sürecini etkileyen faktörlerin tanımlanması gerekmektedir (Simpson ve Creehan, 2008; Fernández-Basanta ve ark., 2020). Bu yüzden bu çalışma ile gebelik kaybının perinatal dönemde yas sürecini nasıl etkilediği araştırılıp, kayıp sonrası kadınların yas sürecini sağlıklı bir şekilde atlattırılması için hemşirelerin uygulayacağı bakımında yol göstereceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma; gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Bu araştırma ile aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

1. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi yüksek midir?
2. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi sosyodemografik ve klinik özelliklere göre farklılaşmakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk sahibi olmanın aile ve toplumsal değeri

Toplumun sürekliliği, genetik ve kültürel aktarım için neslin devamlılığı temel koşuldur (Min ve ark., 2012). Tarih boyunca, çocuk sahibi olmak toplumun temel çekirdeği olan aile kavramının en temel taşıını oluşturmaktadır (Türkdoğan, 2013). Aile, evlilik ve kan bağına dayanan, karı, koca, çocuklar, kardeşler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu toplum içindeki en küçük birliktir (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 12. 06. 2019). Bireylerin hayatlarına yön veren ve toplumların devamlılığını sağlayan aile, değer yargılarının ve davranışların şekillenip kuşaktan kuşağa dönüşerek aktarıldığı bir kurumdur (T.C Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2014).

Çocuk sahibi olmak, bir aile kurmada ve ailenin kendine özgü özelliklerini kuşaklar ötesine aktararak ailenin devamlılığını sağlamada önem taşıyan faktörlerin başında gelir (Schor, 2003; Aksoy, 2011). Hem kadın hem de erkek için çocuk, evlilik ve aile kurumunun amacı olarak algılandığından dolayı; biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir gereksinim olarak kabul edilmektedir (Sezgin ve Hoccoğlu, 2014). Çocuk, neslin devamı, geleceğin güvencesi ve yaşama sevinçleri anlamına da gelmektedir (Karadağ, 2013). Kadınlar için çocuk, kadının hayatındaki temel rol (Shloim ve ark., 2015), eşi ile arasındaki önemli bir bağ olup toplumsal onayın anahtarı niteliğinde de önem arz etmektedir (Tuğrul, 2019).

Türk toplumunda aile değerlerinin korunması gerektiğini düşünmekte ve aileye büyük önem verilmektedir.

(<https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/67-turkiye-aile-yapisi-arastirmasi-2013-tespitler-oneriler.pdf>, Erişim tarihi: 02.03.2021). Türkiye’de Aile Değerleri Araştırması’na (2010) göre çocuğa yüksek değer atfedildiği, araştırmaya katılanların %83,7’si “Maddi ve manevi sorunlar olduğunda başvurulması gereken ilk yer ailedir.” ifadesine katılarak aileye verilen önem açık bir şekilde araştırma sonuçlarında ortaya koyulmuştur

(<https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/61-turkiyede-aile-degerleri.pdf>, Erişim tarihi: 02.03.2021). Pek çok ülkede yapılan Dünya Değerler Araştırması’ na (2017-2020) göre de “aile” tüm dünyada (%91) önemli bir

kurum olarak sayılmakta ve “Ailenin hayatınızdaki önemi nedir?” sorusuna Türkiye’de yaşayanlar (% 91.8) “Çok önemlidir.” yanıtı vererek ailenin çok değerli bir kurum olarak sayıldığı görülmektedir (Haerpfer ve ark., 2020). Türk aile yaşamında görülen düzenek, disiplin, aileye bağlılık, onun şeref ve onursal düzeyde muhafazası, yüzyıllara dayalı oluşum ve kuşaklar boyu aktarılan geleneksel birikim sayesinde soyun devamı ihtiyacı; ekonomik ihtiyaçlar; sevgi, dayanışma, korunma ve güven ihtiyacı; çocukların yetiştirilmesi ihtiyacı; toplumsal yaşamda yer edinme ihtiyacı; yakın insan ilişkilerinin kurulması ve sürdürülmesi ihtiyacı gibi beşeri ihtiyaçların karşılanmasını sağlamaktadır (Süleymanov, 2010; <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/67-turkiye-aile-yapisi-arastirmasi-2013-tespitler-oneriler.pdf>, Erişim tarihi: 02.03.2021). Yani Türk aile yapısı sahip olduğu değerleri yeni nesillere aktararak gücünü korumaktadır (Aluş, 2015).

2.2. Kadın olmak ve annelik rolü

Özellikle ataerkil toplumlarda kadına doğurgan yapısından dolayı yüklenmiş olan en önemli görevlerden birisinin annelik rolü olduğu belirtilmektedir (Elçi, 2011; Burç, 2015; Tuğrul, 2019). Kadının annelik rolünün kazanımı, prenatal dönemde başlayıp doğum sonrası dönemde devam eden, annelik kimlik gelişimi ile tamamlanan, sosyal roller ile gelişimsel davranış ve tavırlarının bileşimidir (Mucuk ve ark., 2016). Dolayısıyla, bir çocuğun doğumunu takiben kadından anneliğe geçiş, fiziksel, biyolojik, psikolojik, kültürel ve sosyal yönden kadının yaşamını etkileyen önemli bir olay olarak görülür (Walker ve ark., 2019). Doğum sonrası kadın hem annelik rolüne, hem de vücudunda olan değişikliklere uyum sağlamak durumunda kalır (Özkan ve Serçekuş, 2017). Değişen bedene uyum, yalnızca kişi-vücut düzeyinde değil, aynı zamanda kadının bedenine hamilelik sırasında farklı şekilde bakılıp deneyimlendiğinden, kişisel-sosyal düzeyde de gerçekleşir (Uriko, 2019). Kadının bedeni artık anneyi temsil etmeye başlar (Arslan ve ark., 2019).

Geleneksel ataerkil toplumlarda kadına yüklenen annelik rolü, sosyal, kültürel, dini söylemler, toplumsal cinsiyet rolleri bağlamında annelik yüceltilmekte ve kadının en önemli görevlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Karaoğlu ve Duman, 2017;

Karaman ve Doğan, 2018). Başka bir deyişle annelik ve kadınlık eş değer görülmektedir (McQuillan ve ark., 2008). Dünyadaki genç yetişkinlerin (% 90-95) çocuk sahibi olmayı planladığından (Stanley ve ark., 2003) her kadının anne olması gerektiğine ilişkin genel toplumsal bir algının varlığından söz edilmektedir (Burç, 2015; Tuğrul, 2018; Tuğrul, 2019). Kadınlar evlendikten sonra genellikle çocuk sahibi olduklarını hayal edeler ve kaç çocuk istedikleri, onları ne zaman ve hangi aralıklarla doğurmak istedikleri konusunda fikir sahibidirler (Christiansen, 2014). Çünkü çocukların evliliklerdeki uyum ve mutluluğu teşvik ederek, refahı artırdıklarına yönelik genel bir varsayım vardır (Hansen, 2012).

Werner ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada kadınların büyük çoğunluğu anne olma hayalinin uzun süredir yaşam beklentilerinin bir parçası olduğunu ve aynı zamanda kişinin yaşamı boyunca içselleştirilmiş bir sosyal rol olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Bütün kadınların çocuk doğurması gerektiği fikri sosyalleşme sürecinde o kadar içselleştirilir ki, bu durum çocuğu olmayan (isteyerek veya istemeyerek) kadınlar üzerinde bir baskı unsuruna dönüşebilmektedir (Türkdoğan, 2013; Sever, 2015; Tuğrul, 2019). Kadın kimliğinin erkek egemen kültür içinde baskılandığı Türkiye gibi birçok ülkede, kadınların çocuk sahibi olmak istemelerini gerektiren birçok neden bulunmaktadır ve bu nedenlerin başında da kadının içinde bulunduğu sosyal ve ekonomik koşullar gelmektedir (Karaoğlu ve Duman, 2017).

Her gebelik doğum ve yaşayan sağlıklı bir bebekle sonuçlanamamakta, kadınlar gebeliklerinde erken ya da geç gebelik dönemlerinde kayıplar yaşayabilmektedir (Köneş, 2018). Bir bebeğin kaybı, kadının geleceğe yönelik umutlarının, hayallerinin ve ebeveyn rolünün de kaybedilmesidir (Christiansen ve ark., 2013). Anne olmak kadınları daha değerli kılarken, anne olamamak ise kadın açısından bir eksiklik, duygusal doyuma ulaşamamış olmak olarak görülmektedir. Toplum, anne olan kadını artık “eksiksiz” bir şekilde görevlerini yerine getirmiş saymaktadır (Karaman ve Doğan, 2018; Tuğrul, 2019).

Türk toplumunda “kadın” tarihsel süreç içerisinde bazı değişiklikler göstermesine karşın devlet ve toplum tarafından her dönemde özel bir öneme sahip olmuştur (Yılmaz, 2004). Bu önemin ortaya çıkmasında Türk kültürünün sahip olduğu geleneksel bakış açısı ile kadının Türk tarihi içerisinde annelik rolüne verilen önemin etkisi olduğu bilinmektedir

(Özel Özcan ve Erden Kaya, 2017; Acar, 2019). Günümüzde ortaya çıkan hızlı teknolojik ve toplumsal değişimlerin etkisiyle kadın, toplumun sağlam temeller üzerinde inşa edilmesi ve aile kurumunun sağlıklı bir şekilde devam etmesi için önemli bir yeri vardır (Acar, 2019; Yavuz ve Ertem, 2021). Toplumun mutlu olması için onu meydana getiren ailelerin mutlu olması ve bu mutluluğun oluşmasındaysa kadının rolü büyüktür (Aluş ve Selçukkaya, 2015).

2.3. Kayıp kavramı

Kaybolma, yitme, yitim, kaybedilen şey anlamına gelen kayıp kavramı (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 03.02.2021), birey için değerli olan birisinden veya bir şeyden mahrum olmaktır (Gilbert ve Harmon, 2002). Sevilen birisinden ayrılma ya da değerli varlıklardan vazgeçme; gerçek veya algılanan başarısızlık tecrübesi, aile örüntüsünde değişiklik oluşturan yaşam olayları bireylerin hayatlarında kayıp olarak deneyimlenmektedir (Townsend, 2016). Kayıp yaşam döngüsünün her evresinde yaşanabilir ve bireyleri farklı şekillerde etkileyebilmektedir (Güner Küçükkaya, 2009; Bildik, 2013). Ancak bir aile üyesinin ölümü bir sona eriş ve geri dönülmezliği nedeniyle bireyleri en çok etkileyen kayıp yaşantısıdır (Walsh, 2019).

Wilson'a (2014) göre yaşamda genel olarak iki tür kayıp yaşantısı ile karşılaşılabilir. Duruma bağlı kayıplar hastalık, hamilelik döneminde meydana gelen düşük yapma, boşanma, cinsel tacize uğrama, sevilen birinin ölümü gibi olaylar karşısında yaşanan kayıp durumlarını tanımlamaktadır. Gelişimsel kayıplar olarak adlandırılan bir diğer kayıp türü ise daha çok büyüme ve olgunlaşmayla ilişkilidir. Anne memesinden ayrılma ile başlayan bu tür kayıplar, çocukluk döneminin kaybı, ebeveynlerle birlikte sürdürülen yaşamın kaybı (Örn: ebevenlik statüsünün kaybı, diğer ebeveynlerle sosyal etkileşim kaybı, bebeği ilk defa tutma, ilk doğum günü gibi ilklerin kaybı) türündeki yaşantıları tanımlamak için kullanılmaktadır (Wilson, 2014).

Sevilen birinin kaybı gibi beklenmedik olaylar bireylerin hayatları için kriz yaratan, üzücü, travmatik deneyimlerdir (Aneshensel ve ark., 2004; Zisook ve ark., 2014; Apaydın, 2020). Sevdiği birini kaybetmiş bir kişi çok farklı duygular yaşayabilir ve çeşitli tepkiler sergileyebilir (Woo ve Wong, 2015). Bu süreçte ortaya çıkan tepkiler bu duruma alışmayla zamanla azalır ve kişi normal yaşantısına geri döner (Cesur, 2017). Eğer durum olağan ve

sağlıklı bir şekilde devam etmezse, kişi durumla baş edemezse birçok sorun yaşayabilmektedir (Gizir, 2006). Kayıp yaşayan kişinin kayıp geçmişini, duygusal destek sistemleri, kısa ve uzun vadeli başa çıkma becerileri gibi kaynakları değerlendirmek özellikle önemlidir (Egan ve Arnold, 2003). Bazı ölüm türlerinin ve ölüm koşullarının (özellikle bazı bebek ve çocuk ölümleri) uzun süreli fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olma olasılığı diğer kayıp türlerine göre daha yüksektir (Wright, 2007).

2.4. Yas ve keder kavramı

Ölüm nedeniyle kayıp yaşayan bireylerde bu kayba karşı verilen uyum tepkileri olarak ifade edilen yas (Stroebe ve Schut, 1998), bir kaybın ardından gelişen ve her insanın yaşamında zaman zaman deneyimlediği olağan, doğal bir süreçtir (Love, 2007; Stroebe, 2011; Shear, 2012). Bu tepkiler fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanda çeşitli tepki biçimleri ile kendini gösterebilir (Cacciato, 2013). Herkes için farklı bir deneyim olduğu için yasa verilen tepkiler de farklılık göstermektedir (Albayrak ve Aşık, 2014; Strada, 2019). Bu nedenle yas, bireysel ve kendine özgü bir süreçtir (Aoun ve ark., 2015). Bireylerin yaşına, cinsiyetine, kültürüne ve daha önceki yas deneyimine göre özgün bir şekilde yaşanır (Küçükkaya 2009; Bildik, 2013).

Normal yas, bir kişinin önemli bir kayba, yani kişisel olarak sahip olduğu anlamlı ve değerli bir kişinin veya bir şeyin kaybına uyum sağlama sürecidir. Önemli bir kişinin ölümü, başa çıkılması en zor kayıplardan biridir (Wright, 2007). Bireylerin yaşamındaki önemli kayıplar (ölümler) çok çeşitli yas tepkilerinin ortaya çıkartır ve bu tepkiler ile çeşitli yollarla baş ederek mevcut durumlarına uyum gösterebilmektedirler (Currie ve ark., 2019). Kayıp karşısında verilen ilk tepkiler doğal bir tepki olduğu için hastalık olarak nitelendirilmemektedir (Zisook ve ark., 2012; Stroebe, 2015; Özel ve Özkan, 2020). Yas sürecinin kayıptan birkaç ay sonra azalmaya başlaması ve genellikle 6-12 ay sürmesi beklenmektedir. Yasın psikolojik ve duygusal semptomları, majör depresyonunkilerle karıştırılabilir veya örtüşebilir. Ancak, ruhsal bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabında-metin revizyonu- 5. baskıda belirtildiği gibi, semptomatik kriterler ve epizodun süresi ile ayırt edilir. [Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)], 2013).

Üzüntü, acı ve keder gibi yoğun duygularla dolu bu sürecin sağlıklı bir şekilde yaşanması, bireylerin psikolojik işlevselliklerini sürdürebilmeleri açısından son derece önemlidir

(Aşçıoğlu Önal ve Yalçın, 2019; Seiler ve ark., 2020). Yas sürecinin bir hastalık olmaması ve çoğu insanın profesyonel psikolojik müdahale olmadan duruma uyum sağlamasına rağmen, yas özellikle kayıptan sonraki ilk haftalarda ya da aylarda intihar gibi kötü psikolojik sonuçları olabilmektedir (Stroebe ve ark., 2007). Yas sürecinin çok uzun sürmesi, yas tepkilerinin şiddeti ve toplumsal normlarla örtüşmemesi yasin doğal seyrinde yaşanmasında problemlere yol açmakta ve süreci karmaşıklştırmaktadır (Apaydın, 2020). Bu süreci tanımlayan komplike yas kavramı DSM-5 tanı olarak ele alınmıştır. Komplike yas, kaybın inkarı, ölen kişiye dair sürekli zihinsel meşguliyet, yoğun özlem, öfke, suçluluk, çeşitli durumlara ve etkinliklere olan ilgi azalması ve kimlik/rol kaybı ve kaybedilenle bir araya gelmek amacıyla intihar düşünceleri gibi belirtileri niteleyen bir kavramdır (Shear ve Shair, 2005; Maraş, 2014). Amerikan Psikiyatri Birliği çok sayıda çalışmayı temel alarak 2013 yılında komplike yası bir psikiyatrik bozukluk olarak kabul etmiştir ve DSM-5'te bu durumu Kalıcı (Süreğen) Karmaşık Yas Bozukluğu (Persistent Complex Bereavement Disorder) olarak adlandırmıştır (APA, 2013).

Yas ve keder kavramları birbirinden farklı kavramlardır (Zisook ve Shear, 2009; Maciejewski ve ark., 2016). Yas, yaygın olarak yaşamın en zor deneyimlerinden biri olarak kabul edilir ve içgüdüsel olarak keder tepkisini tetiklemesi beklenir (Shear ve Skritskaya, 2012). Keder, kayıp yaşandığında ortaya çıkan aşırı üzüntü hissi olup kişinin düşüncelerinde, duygularında ve davranışlarında gösterdiği tepkilerdir (Woo ve Wong, 2015). Bu tepkiler üzüntü, öfke, suçluluk, kaygı, yalnızlık, şok, uyuşma, özlem ve hatta bazı insanlar için rahatlamayı içerir (Woerner, 2010). Kederin yansımaları, tepkilerin yoğunluğu, kaybın türü, ölüm koşulları, kişinin ölen kişiye olan bağlılığının gücü, yaşlı bireyin kişilik özellikleri, ölen kişi ile olan ilişkisi, kültürel özellikleri, baş etme yöntemleri, ruh sağlığı geçmişi, manevi ve dini inançları, sosyal destek sisteminin gücüne göre değişir (Wright, 2007; Dunn ve Civitello, 2009; Özel ve Özkan, 2020). Keder genellikle olumsuz bir deneyim olarak düşünülmesine karşın, aslında insanların kayıp sonrası iyileşmesine yardımcı olan bir süreçtir (Simon, 2013). İnsanlar kederin değerini anlamada güçlük çektikleri için süreci engellemeye çalışmaktadırlar. Bunun yerine süreci yaşamaları için destek olmak daha yararlı olacaktır (Wright, 2007).

2.4.1. Yası etkileyen faktörler

Sevilen birinin ölümünün tüm bireyler için acı bir deneyim olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir (Boelen, 2010; Smid, 2020). Yas sürecinde çok çeşitli duygu, düşünce ve davranış örüntüleri yaşandığından, yas tepkileri kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir ve bu süreci her kişi farklı yaşayabilir. (Worden, 2008; Bildik, 2013).

Bu bağlamda bireylerin yas tutma sürecini etkileyen etmenler;

a) **Ölen kişinin kim olduğu:** yas sürecini belirleyen en önemli etmenlerden birisi ölen kişinin kim olduğu ve yakınlık derecesidir (Bildik, 2013). Eş, çocuk, ebeveyn, kardeş, sevgili, arkadaş ya da uzak bir akrabanın kaybı yaşanan yas sürecini farklı şekillendirebilir. Ölen kişinin kaybı yaşayan kişi için ne anlam ifade ettiği önemlidir (Apaydın, 2020).

b) **Bağlanmanın doğası:** kaybedilen kişi ile bağların gücü yas sürecini etkiler. İlişkideki bağların güçlü olması ve yoğun sevgiye dayalı ilişkilerin kaybı yas sürecinin yoğunluğunu arttırabilir (Hutti, 2005). Kaybedilenle ilişkili ambivalans duygulara sahip olmak yas sürecini uzatabilir veya kısaltabilir. Çünkü sevgi ve nefret gibi bir arada yaşanan ikircikli duygular, öfke, suçluluk ve suçlama gibi yas sürecinde başedilmesi güç ve yoğun duygulara yol açma potansiyeline sahiptir (Worden, 2008; Townsend, 2016).

c) **Ölüm şekli:** ölüm şekli yas sürecini belirlemekte ve hatta normal yas ya da travmatik yasin temel belirleyicilerindendir. Ölümün beklenmedik ve ani oluşu, şiddet ya da travma içermesi, kaza, savaş ve doğal afet sonucunda gerçekleşmesi, ölüm olayının gerçekleşip gerçekleşmediği bilgisinin net olmaması yas sürecini etkilemektedir (Apaydın, 2020).

d) **Geçmiş yaşantılar:** kayıp yaşayan bireyin ruh sağlığı geçmişi, geçmişte kayıp yaşayıp yaşamaması, önceki kayıplara yönelik yas sürecinin tamamlanıp tamamlanmadığı gibi etkenler yas sürecini etkilemektedir (Townsend, 2016; Apaydın, 2020).

e) **Kişilik özellikleri:** kayıp yaşayan bireyin cinsiyeti, yaşı, baş etme mekanizmaları, bilişsel yapısı ile inanç ve değerleri bireyin yas tepkilerini etkilemektedir (Şenelmiş, 2006; Apaydın, 2020).

f) **Sosyal Değişkenler:** yaşam süresi boyunca destek; aile üyelerinden, arkadaşlardan, komşulardan, çalışma arkadaşlarından, akrabalarından alınarak gelişmektedir (Aladağ, 2000). Yas bireysel olduğu kadar sosyal bir süreçtir ve yası birlikte yaşamak önemlidir. Çünkü yas süreciyle baş etmede sosyal çevre desteğini alabilmek süreci atlama da önemli bir etkidir (Apaydın, 2020).

2.5. Gebelik kaybı

DSÖ'ye göre perinatal dönem 21. gebelik haftası ile doğumdan sonraki bir aylık dönemi kapsamaktadır (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/, Erişim tarihi: 20.05.2021). Perinatal kayıp genellikle düşük (erken kayıp, 20. gebelik haftasından önce), ölü doğum (geç kayıp, 20. gebelik haftasından sonra) veya neonatal kayıp (28 günlük yeni doğan) nedeniyle istenmeyen veya istemsiz bir şekilde gebeliğin sonlanmasına bağlı bir bebeğin kaybı olarak tanımlanır (Robinson ve ark., 1999; Robinson, 2011; Leduff ve ark., 2017; Hunter ve ark., 2017). Düşük, ektopik gebelik, ölü doğum veya neonatal ölüm yoluyla herhangi bir gebeliğin kaybedilmesi, her kadın için önemli bir yaşam krizi olarak ortaya çıkar ve bir çiftin gelecekteki yaşamında geniş kapsamlı etkileri olduğu da bilinmektedir (Lamb, 2002).

Gebelik kaybı, çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için yıkıcı ve önemli bir deneyim olarak tanımlanmaktadır. (Neugebauer, 2003). DSÖ'ye göre pek çok kadın yaşamları boyunca gebelik kaybı yaşamaktadır. Gebelik kayıplarının büyük çoğunluğu erken olup, 12. gebelik haftasından önce meydana gelmektedir. (Cramer ve Wise, 2000; Martin ve Osterman, 2013). American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG)' a göre erken gebelik kaybı klinik olarak tanınan tüm gebeliklerin %10'unda görülür ve erken gebelik kayıpları 12. gebelik haftasından önce meydana gelen abortusları kapsamaktadır. 12.-20. gebelik haftaları arasında olan abortuslar ise geç gebelik kaybı olarak adlandırılmaktadır (Deniz ve ark., 2016).

Bu dönemdeki kayıplara parental yapısal kromozomal bozukluklar, gebelik ürününe ait kromozomal bozukluklar (Page ve Silver, 2016), luteal faz defekti (Smith ve Schust, 2011), hipo/hipertiroidi (Amrane ve McConnell, 2019), diabetes mellitus (Peters ve ark., 2020), polikistik over sendromu (PCOS) (Cai ve ark., 2021), hiperprolaktinemi (Arredondo ve Noble, 2006), bakteriyel vajinozis (Nelson ve ark., 2007), konjenital uterin anomaliler (Turocy ve Rackow, 2019), ascherman sendromu (Sevinç ve ark., 2021), servikal yetmezlik (Demirel ve ark., 2021), trombofili (Pritchard ve ark., 2016), koryoamniyonit (Allanson ve ark., 2010), sigara, alkol, kimyasallar ve radyasyona maruz kalma gibi birçok faktör sebep olabilmektedir (Aksin, 2017 ; Volgsten ve ark., 2018; Yeral ve ark., 2019).

2.5.1. Tekrarlayan gebelik kayıpları

Tekrarlayan gebelik kaybı (TGK), 20-24. gebelik haftasından önce klinik olarak tanınan iki veya daha fazla gebeliğin başarısızlığı olarak tanımlanır ve embriyonik ve fetal kayıpları içeren travmatik bir yaşam olayıdır (Bellhouse ve ark., 2019; Dimitriadis ve ark., 2020). Çiftlerin %2-5'ini etkileyen önemli bir üreme sağlığı sorunudur (El Hachem ve ark., 2017). TGK için kabul edilen etiyolojiler, ebeveyn kromozomal anormallikleri, tedavi edilmemiş hipotiroidizm, kontrolsüz diyabetes mellitus, belirli uterus anatomik anormallikleri ve antifosfolipid antikor sendromunu içerir (Ford ve Schust, 2009). Ancak gebelik kayıp sebebi bu tür olguların çoğunda hala bilinmemektedir (Shahine ve Lathi, 2015; Aksin, 2017). TGK'nın etiyolojisinin bilinmemesi, gebeliğin sürekli sonlanması gebe kalmaya çalışan kadınlar için olumsuz psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (Aksin ve Andan, 2017; Koert ve ark., 2019). Bu dönemde, kadının fizyolojik ihtiyaçları ele alınırken psikolojik ihtiyaçları sıklıkla göz ardı edilmektedir (Dağ ve ark., 2021). Araştırmalar TGK olan kadınların, gebelik kaybı öyküsü olmayan veya doğal olarak gebe kalan kadınlara göre psikolojik stres, depresyon ve anksiyete yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (Kolte ve ark., 2018; He ve ark., 2019; Chen ve ark., 2020). TGK özellikle fiziksel rol, duygusal rol, genel sağlık, zihinsel sağlık, sosyal işlevsellikteki düşük yaşam kalitesi açısından kadınlara büyük zarar vermektedir (Tavoli ve ark., 2018). TGK'nın detaylı ve yorucu tanısal süreci, sonraki gebeliklerin her zaman öngörülemeyen prognoz ve kayıpları, tekrar düşük yapmanın korkusu kadınların yaşadığı

perinatal yas sürecini daha yoğun yaşamasına sebep olabilmektedir (Çot ve ark., 2008; deMontigny ve ark., 2017; Volgsten ve ark., 2018).

2.6. Gebelik kaybında perinatal yas

Perinatal yas, tüm dünyadaki kadınların yaşamları etkileyen karmaşık, çok yönlü bir fenomendir (Fenstermacher ve Hupcey, 2013). Gebelikteki kayıp sonrası yas süreci de diğer kayıplar gibi, farklı aşamalardan geçen, birkaç ay veya yıl sürebilen ve zamanla değişen süreçleri kapsamaktadır (Lindberg, 1992; James ve ark., 2008; Sadock ve ark., 2016). Ebeveynler haberi aldığı anda diğer yas türlerinde olduğu gibi güçlü bir şok duygusu hisseder, ardından kaygı, suçluluk ve öfke ile büyük bir duygusal sıkıntı yaşarlar (Cacciatore ve ark., 2013; Black ve ark., 2016; Ridaura ve ark., 2017).

Perinatal kayıptan sonra ebeveynlerin acı verici bir keder yaşadığı, her iki ebeveynin de aynı semptomları gösterdiği, fakat genellikle kadınların kayba tepkisinin psikolojik açıdan daha yoğun olduğu belirtilmektedir (Badenhorst ve Hughes, 2007). Çünkü kadınlar, hamileliğin erken döneminde bir çocukla geleceklerini planladıkları, düşük meydana geldiğinde bu bir kan, embriyo veya kaybettikleri bir fetus değil onların çocukları olduğu; yaptıkları ve yedikleri bir şey nedeniyle gebeliğini kaybettiklerini düşünmektedirler (Adolfsson ve ark., 2004). Aynı şekilde bir bebek ölü doğarsa, hamilelik boyunca oluşan umutlar birdenbire kaybolur (Wright, 2007). Bu durum aile için stres nedenidir ve aile üyelerinde geçici olarak konsantrasyon, karar verme ve iş performansında bozumalar oluşturabilir (Egan ve Arnold, 2003).

Perinatal kayıp sonrası görülen psikolojik belirtiler gebelik kaybindan sonra 6 ay ile 1 yıl arasında devam etmesi normal olarak kabul edilmektedir (Lok ve Neugebauer, 2007). Zaman, perinatal yas yaşayan kadınların iyileşmesine yardımcı olsa da kayıp sonrası 6 ay çok önemli bir zaman noktasıdır (Tseng ve ark., 2017). Yas semptomları bir yıl içinde kademeli olarak kaybolacağı düşünülmektedir (Black ve ark., 2016). Köneş ve Yıldız'ın (2020) çalışmasında gebelik kaybı olan kadınlarda, bebeğini kaybettikten sonraki ilk 3 ay içinde aktif yas düzeylerinde azalma olduğu bulmuşlardır.

Birinci trimester kayıpları en sık karşılaşılan kayıp türüdür (Kersting ve Wagner, 2012). DSÖ'ne göre her on gebelikten üçü isteyerek düşükle sonuçlanır ve perinatal dönemde bebek kaybetmenin en yaygın nedenidir (WHO, 2020). Anne ve çocuk sağlığı üzerine

çalışan bir kuruluş olan March of Dimes verilerine göre gebe olduğunu bilen kadınların yaklaşık % 12- 15'inin düşük nedeniyle gebeliği sonlandığını raporlamıştır (March of Dimes, 2017). Genel prevalans, 25- 29 yaşları arasındaki kadınlar için %15–27 olup 45 yaşından büyük kadınlarda %75'e çıkmaktadır (Robinson, 2011). Düşük etiyolojisinin en yaygın nedeni fetusteki kromozomal anormalliklerdir ancak düşük yapan kadınların en az % 50'si için düşüğün nedeni bilinmemektedir (Regan ve Rai, 2000; Volgsten ve ark., 2018). Düşük, bir kadının üreme yaşamında nispeten yaygın bir olay olmasına rağmen, bir kaybı temsil ettiği için psikolojik sıkıntıya yol açabilir (Séjourné ve ark., 2010). Çeşitli çalışmalar, düşük yapmayı takip eden aylarda kadınlarda depresif belirtilerin arttığını bildirmiştir (Bergner ve ark., 2008; Lok ve ark., 2010; Hunter ve ark., 2017; Hutti ve ark., 2018). Düşük yapan kadınların %50 kadarı, kaybın ardından haftalar ve aylar içinde psikolojik morbidite yaşadığını ve bu kadınların yaklaşık %40'ının düşük yaptıktan kısa bir süre sonra yas semptomlarının olduğu bulunmuştur (Lok ve Neugebauer, 2007; Toffol ve ark., 2013; Grauerholz ve ark., 2021). Genel olarak, erken gebelik kaybı yaşayan kadınların yaklaşık dörtte biri, tedaviden 30 gün sonra majör depresyon için yüksek risk altındadır (Shorter ve ark., 2021). Cheung ve arkadaşlarının (2013) ilk trimester kayıplarıyla ilgili yaptıkları çalışmasında, yardımcı üremeden sonra gebe kalan subfertil kadınların doğal gebe kalanlara göre daha yüksek stres ve anksiyete-depresyon düzeylerine sahip oldukları ve olaydan daha fazla travmatik etkilendiklerini bulmuşlardır.

Davies ve arkadaşları (2005), ikinci trimesterde gebeliği sonlandırmanın birinci trimester sonlandırmaya kıyasla daha stresli olduğunu bulmuştur. İkinci trimesterde kromozomal anomali gibi nedenden dolayı gebeliği sonlandırmak için ailelerin karar vermeleri istenmektedir (ACOG, 2013). Teşhis konulduktan sonra kadınlardan hamileliği sürdürmek veya bitirmek için duygusal olarak zor ve travmatik olan bir karar almaları istenmektedir (Kersting ve ark., 2009; Lafarge ve ark., 2014). Bu karardan dolayı hissettiği suçluluk yas semptomatolojisi üzerinde büyük etkiye sahiptir (Maniatelli ve ark., 2018). Terminasyon reddi ve fetal anomali teşhisi gibi nedenler depresyon, TSSB ve karmaşık yas gibi psikiyatrik bozuklukları ortaya çıkabilir (Korenromp ve ark., 2007; Kersting ve ark., 2009). Bu kötü psikolojik sonuç için risk faktörleri arasında zayıf sosyal destek, geçmiş psikiyatrik öykü ve terminasyon konusundaki kararsızlık, zayıf evlilik uyumu, önceki hamilelik kaybı bulunur (Iles, 1989; Lok ve Neugebauer, 2007).

Gebelik kayıplarının kişiler için kalıcı duygusal hasara neden olduğu bu yüzden de kayıp yaşayan bireylerin kayba sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmeleri için yas sürecinin iyi anlaşılması ve gerekli durumlarda bireyin desteklenmesi gerekmektedir (Akpınar, 2017). Ayrıca kayıp yaşayan tüm kadınların psikolojik yardıma ihtiyacı olmasa da üzüntü ve keder genellikle zamanla hafiflese de kadınların başa çıkmalarına yardımcı olmak için erken bir psikolojik müdahale sağlamak yararlı ve önemli görünmektedir (Séjourné ve ark., 2010). Kadınların kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilmekte ve sağlıklı bir çocuğun doğumuna rağmen kaybın olumsuz psikolojik etkileri devam etmektedir (Körükçü ve Kukulu, 2010; Blackmore ve ark., 2011). İstemsiz düşük veya perinatal kayıp deneyimleyen kadınların yarısından fazlası 22 ay içerisinde tekrar gebe kalmaktadır; fakat bu kadınların çoğunun yeni bir gebelik için cesaret ve umuda gereksinimleri olduğunu belirtmektedirler (O'Leary & Thorwick, 2006).

2.6.1. Perinatal yas süreci

Her bireyin yaşadığı yas süreci farklı olsa da yasin atlatılması sürecinin bazı evrelerle gerçekleştiği varsayılmaktadır. Kübler-Ross'un önerdiği birbirini takip eden beş evre yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Kübler-Ross, 2009; Sadock ve ark., 2016; Akpınar, 2017).

a) Şok ve İnkâr Evresi: İnkâr evresinde, ilk başta şaşkın görünürler daha sonra da tanıya inanmayı reddederler, herhangi bir sorun olduğunu inkar edebilirler (Sadock ve ark., 2016). Kadın bilinçli veya bilinçsiz gebeliğinin sonlandığını, bebeğini kaybettiğini kabul etmek istemez. Genellikle “Bu doğru mu?” gibi sorularla olayı sorgularlar. “Bir yanlışlık olmalı. Bu olanlara inanamıyorum. Böyle bir şey başıma gelmiş olamaz.” şeklinde tepkiler verebilir (Akpınar, 2017). Bu sürece eşlik eden duygusal ve fiziksel tepkiler, vücudun değişik bölgelerinde ağrı, özellikle boğazda tıkanma ve düğümlenme hissi, aşırı üzülmeye ve ağlama, kuşku, konfüzyon, çaresizlik gibi tepkiler örnek olarak sayılabilir (Gilbert ve Harmon, 2002). Ortaya çıkan bu ilk şok tepkisi zaman içerisinde azalmakta ve bir sonraki aşama olan öfke aşamasına geçmektedir (Kübler-Ross, 2009).

b) Öfke Evresi: Kayıpla yüzleşen birey, ilk şokun ardından kayba ilişkin bir neden arayışına başlar (Apaydın, 2020). İnkâr duygusunun yerini çoğu kez öfke duygusu alır.

“Neden benim başıma geldi?”, “Neden ben?” diye sorarlar (Kübler-Ross, 2009). Öfke bireyin kendisine, kayıpla ilişkilendirilen ve kırgınlık hissedilen diğer kimselere (Örn: eşine, aile üyelerine, arkadaşlarına), bakım ve tedaviyi yürüten sağlık personeline yönelik olabilir (Akpınar, 2017; Apaydın, 2020). Öfke çevredekiler tarafından kişisel algılanmamalı, empatik bir yaklaşımla bu duygusal duruma uyum aşaması olarak nitelendirilmelidir (Sadock ve ark., 2016).

c) Pazarlık Evresi: Kadının kayba ilişkin bir anlam arayışı vardır. Sonucu değiştirebilmek için pazarlık eder. “Allah’ım lütfen affet, sağlıklı bir bebeğim olsun, karşılığında ne gerekirse yaparım.” gibi ifadeler kullanabilir (Akpınar, 2017). Bu aşamada bireyin kendisini son derece çaresiz hissettiği ve bunun yanı sıra gerçeği değiştirebileceğine ilişkin düşünceleri vardır (Apaydın, 2020).

d) Depresyon Evresi: Bu aşamada kaybın gerçekliği anlaşılır (Apaydın, 2020). Bu durumu değiştirme ve zamanı geri döndürmek için yapabilecekleri hiçbir şeyin olmadığını ve bebeklerinin öldüğü gerçeğini acı bir şekilde hissederler (Gilbert ve Harmon, 2002). Umutsuzluk hissi hâkimdir. Bu umutsuzluk, duygusal boşluk çok yoğun yaşanırsa depresyona neden olabilir (Akpınar, 2017).

e) Kabullenme Evresi: Duygusal karmaşanın sona ermesi ve durumun olduğu gibi kabul edilmesi aşamasıdır (Akpınar, 2017; Apaydın, 2020). Ebeveynler bebekleri olmadan hayata uyum sağlamaya başlarlar ve hayatları biraz daha sakin ve kontrollü hale gelir. Fiziksel semptomları düzelir ve üzüntüleri hafifçe düzelmeye başlar. Daha işlevsel hale geldikçe, yaşlı ebeveynler kendilerini yaşamın sorunlarına gerçekçi, sağlam çözümler üretirken ve bebekleri olmadan hayatlarını yeniden kurarken bulurlar. Ayrıca bu tepki sırasında ebeveynler çocuklarının kaybını kabul etmeyi ve bununla başa çıkmayı öğrenirler. Hayatlarında ilerlemenin bir yolunu bulurlar. Gelecek için planlar yaparlar ve bunları deneyimlemeyi dört gözle beklerler. Zamanla bebeklerini acı çekmeden hatırlarlar ve hayattan yeniden keyif alırlar (Cassaday, 2018).

2.6.2. Gebelik kaybında yaygın görülen yas tepkileri

Herhangi bir nedenle gebeliğin kaybı çocuk sahibi olmak isteyen aileler için yaşamdaki en yıkıcı deneyimlerden biridir ve kişilerde psikolojik, davranışsal, fizyolojik ve bilişsel sorunlara neden olabilmektedir (Wright, 2007; Zisook ve Shear, 2009; Hopf ve ark., 2020). Her birey farklı olduğundan yas sürecini farklı yaşamakta ve deneyimlemektedir (Oates ve Maani-Fogelman, 2020; Berry ve ark., 2021). Ataerkil sistemin egemen olduğu ülkelerde kadınlara yüklenen en önemli rolün annelik olduğu düşünüldüğünde (Demren, 2003), gebelik kaybı yaşayan bir kadının derin bir yas dönemine girmesi kaçınılmazdır. Bu dönemde; şok ve inanmama, üzüntü, öfke, özlem, çaresizlik, korku, kızgınlık, kaygı, hissizlik ve donup kalma, suçluluk, yalnızlık, yorgunluk ve çaresizlik duyguları, kendini kınama ve utanç, psikosomatik hastalıklar, her zamanki etkinliklere devam edememe, arkadaş ve akraba ilişkilerinde değişiklik, belirli kişilere karşı düşmanlık, duygusal kütlük, dikkat dağınıklığı, sosyal etkileşimde gerileme, iş ve sosyal hayatta başarısızlık, akademik başarıda düşüş, sürekli hasta kalma isteği, uykusuzluk, iştahsızlık, konsantrasyon eksikliği, enerji kaybı, fiziksel bazı şikâyetler ve normal yas sürecinin abartılı yaşanması gibi duygusal, fiziksel, düşünsel ve davranışsal tepkiler görülmektedir. Bu süreçte ölüm veya intihar düşünceleri, tıbbi yardım gerektiren depresyon belirtilerine işaret edebilir (Aoun ve ark., 2014; Black ve ark., 2016; Mughal ve ark., 2021).

Tablo 2.1. Gebelik kaybına verilen fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal ve spiritüel tepkiler

Fiziksel Tepkiler	Bilişsel Tepkiler	Duygusal Tepkiler	Davranışsal Tepkiler	Spiritüel Tepkiler
Şokun fiziksel belirti ve bulguları	İnkar, inanmama	Üzüntü	İçe kapanma	Tanrıya öfke
Çarpıntı	Konfüzyon	Öfke	Bağımlılık	Hayatın anlamını yitirme
Nefes darlığı	Dezorganizasyon	Suçluluk	Yalnızlık korkusu	Ölmek isteme, ölen kişiye ulaşma isteği
Uyuma zorluğu	Gerçek değilmiş hissi	Anksiyete	Oryantasyon bozukluğu	İzolasyon
Bulantı/kusma	Aşırı ihtiyat ya da kayıtsızlık	Hissizlik	Uyku ve iştah bozukluğu	İhanete uğramışlık
İştah kaybı	Kaygı	Boşluk hissi	Dalgınlık	Umutsuzluk
Ağız kuruluğu	Konsantrasyon bozukluğu	Umursamazlık	Kayıpla ilgili rüya ve kabuslar	Değerlerin yıkılması ya da güçlenmesi

Tablo 2.1. Gebelik kaybına verilen fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal ve spiritüel tepkiler (devamı)

Halsizlik	Halüsinasyonlar (kaybedilen infantla ilgili)	İçe kapanma ya da patlamaya hazır oluş	Ağlama/iç çekme	Cezalandırıldığını düşünme
İç çekme		Yalnızlık		
İşığa/sese aşırı duyarlılık		Özlem duyma		
Aşırı uykululuk hali				

Kaynak: Akpınar A. Perinatal kayıplar: yas ve keder. Ed., Kabukcuoğlu K. İn., Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları. Ankara: Detay Yayıncılık; 2017, s: 107-11

2.7. Gebelik kaybında sosyal destek ve başa çıkma

Gebelik kayıp sonrası bireyin tepkileri sakin bir kabulden, ciddi kriz tepkisine kadar değişebilen ve kadınların yaşamlarını tümüyle etkileyebilen çok boyutlu, kadınlar için son derece stresli, zor bir deneyim olabilmektedir (Küçükkaya 2009, Bildik 2013; Bottomley ve ark., 2017; Aoun ve ark., 2019). Bununla birlikte bazı kadınlar ise kayıpları sonucu ortaya çıkan yas tepkilerini çözümleme ve yas süreci ile baş etme sürecinde birçok sorun yaşayabilmektedirler (Gizir, 2006; Apaydın, 2020). Kayıpla baş etme becerileri ve sosyal desteği yetersiz olanlar için kayıptan sonra normal yaşama uyum süreci zor olmaktadır ve depresyon gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Parkes, 2014; Black ve ark., 2016). Kadınların duygularıyla başa çıkmaları için terapötik izolasyon arayışı (kendilerine zamana ihtiyaç duyma), dini aktivitenin artması veya azalması, cinsel aktivitenin artması veya azalması, sağlığı geliştirici aktiviteler, çalışma temposu ve sosyal media kullanımının artması gibi başa çıkma stratejileri gösterebildiği belirtilmektedir (Burden ve ark., 2016).

Pek çok insan kişisel ve sosyal destek kaynakları ile yas sürecini atlatabilmektedir (Apaydın, 2020). Ancak yeterli destek olmaması halinde keder ve yas sağlığı etkileyebilir. Yeterli destekle keder ve yas süreci daha sağlıklı geçebilir ve hayattan daha büyük bir anlam bulmalarına yardımcı olabilir (Egan ve Arnold, 2003; Scheidt ve ark., 2012). Bunu destekleyen bir çalışmada kadınlar sosyal desteği iyileşmenin anahtar bir unsuru olarak tanımlamışlardır (Maguire ve ark.,2015).

Cacciatore ve ark. (2008) yaslı ebeveynlerin bebeklerinin ölümünü nasıl algıladıklarını ve bununla nasıl başa çıktıklarını araştırdıkları çalışmasının sonucunda anne ve babaların

bireysel veya beraber olarak yas tuttıklarını, kayıplarına anlam bulmak için mücadele ettiklerini, bir bebeğin ölümüne verilen tepkiler ise kısmen ebeveynin cinsiyetine, bireyin kontrol odağına, çift ve aile bütünlüğüne, bebeğe bağlanma derecesine ve sosyal desteğe bağlı olabileceğini bulmuşlardır. Ayrıca bir bebeğin ölümü evlilikte ilişkinin bozulması ve evlilik içi çatışmalar için risk faktörü olduğu da unutulmamalıdır (Vance ve ark., 2002; Gold, 2010). Anneler ve babalar arasındaki ilişki özellikle farklı şekillerde yas tutuyorlarsa, acılarını paylaşmıyorlar ve iletişim kurmuyorlarsa gergin olabilir ve aile bütünlüğü bozulabilir (Black ve ark., 2016). Kaybın zor olan duygularıyla ve rahatsız edici fiziksel semptomlarla başa çıkmak için uyuşturucu veya alkol kullanımına başvurabilmektedirler (Burden ve ark., 2016).

Fernández-Sola ve ark. (2020) perinatal kayıp yaşayan kadınları aile ilişkileri ve sosyal çevresini ciddi şekilde etkilediğini bulmuşlardır. Perinatal kayıp sadece çekirdek aileyi değil aynı zamanda geniş aileyi ve kadınların sosyal çevresini de etkilemektedir (White ve ark., 2008). Kadınların sosyal çevresi içinde olan büyükanne ve büyükbabalar da gebelik kaybından sonra yas sürecini yaşamaktadırlar (Callister, 2006). Potansiyel bir torunun kaybından dolayı keder ve çocuklarının yaşadıkları zor süreçten dolayı üzüntü duyabilirler, destekleyici ve yardımcı olabilirler ancak çocuklarının ihtiyaçlarını görmezden gelebilir ve kayıp kendilerininmiş gibi davranabilirler (Robinson, 2014). Bu yüzden büyükanne ve büyükbabaların destek hizmetlerine katmak, bir torun kaybetme konusundaki kendi kederlerini çözmeye yardımcı olmak, çocukları için kaybın anlamını daha iyi anlamalarını sağlamak, nesilden bugüne yas bakımındaki farklılıkları kabul ettirmek tüm aile için yararlı ve önemli görünmektedir (Roose ve Blanford, 2011).

2.8. Gebelik kaybında hemşirelik bakımı

Hemşireler perinatal kaybı olan kadınların kayıpları hakkında kadın doğum kliniklerinde iletişim kuran ilk kişiler olması nedeniyle sağlıklı bir şekilde yas sürecini yönlendirmede ve yönetmede önemli rol oynamaktadır (LeDuff ve ark., 2017; Cassaday, 2018). Etkili yas bakımı, kısa ve uzun vadeli olumsuz sonuçları önlemek için hayati önem taşımaktadır (Heazell ve ark., 2016). Perinatal olarak yası kadınlara hemşirelik bakımı sağlamak zorlu, duygusal olarak yorucu ve karmaşık bir durumdur (Hutti ve Limbo, 2019).

Hemşireler gebelik kaybını takiben kadınların bakımını stresli bulmaktadır ve onları desteklemek için de hazırlıksız hissetmektedirler (Fernández-Basanta ve ark., 2020). Perinatal kaybı olan hastalara bakmanın kendilerini üzdüğünü ve hastalar için olumlu bir fark yarattıklarını hissetmelerine rağmen işin genellikle zor olduğunu belirtmişlerdir (Roehrs ve ark., 2008). Hemşireler perinatal yas bakımında kişisel başarısızlık yaşayabilir, kendilerini çaresiz hissedebilir ve bu tür hastalardan uzaklaşma ihtiyacı duyabilirler çünkü kaybın duygusal yüküyle başa çıkamayacaklarını hissederler (Moon Fai ve Gordon Arthur, 2009). Bakım sırasında ve sonrasında başa çıkmaya yönelik etkili stratejiler, hemşirelerin yüksek kaliteli perinatal yas bakımı sağlarken duygusal zorluğunun üstesinden gelmelerine yardımcı olacaktır (Roehrs ve ark., 2008).

Yas bakımı konusunda hemşirelerin kendilerini geliştirmeleri oldukça önemlidir (Küçükkaya, 2009). Palas Karaca ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında hemşirelerin perinatal kayıp ve yasa ilişkin bilgilerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca hizmet içi ve mesleki eğitim programlarında perinatal yas, empati, iletişim teknikleri ile ilgili konulara yer verilmesi gerektiğini ve böylece hemşirelerin yetkinliklerinin ve sağladıkları bakımın niteliğinin artacağını vurgulamışlardır (Palas Karaca ve ark., 2020). Tseng ve ark., (2017) hemşirelerin perinatal yası psikolojik olarak etkileyen faktörleri belirleme yeteneklerini artırmalarını önermişlerdir. Çek Cumhuriyeti'nde bu bakım alanında eğitim yetersiz olduğunu, bu nedenle 'Perinatal Kayıp Bakımı' eğitim programını bir grup sağlık çalışanlarına verilerek programın etkili olduğu görülmüştür (Ratislavová ve Štípková, 2019). Eğitim alan hemşireler bireyselleştirilmiş bakım anlayışı ile kadınların yas sürecini kolay atlatmalarına yardımcı olacaklardır (Palas Karaca ve ark., 2020).

Perinatal kaybı sonrasında yaslanan kadınların, tedavisi için rutin olarak izlenmeleri gerekmektedir (McSpedden ve ark., 2017). İzlem önemlidir çünkü patolojik yas, intihar da dâhil olmak üzere psikolojik komorbidite için bir risk faktörüdür (Weng ve ark., 2018). Bu nedenle hemşireler, prenatal yas yaşayan kadına bakım verirken yas sürecini değerlendiren ölçüm araçları kullanmaları yas süreci hakkında bilgi sahibi olmalarını gerekmektedir (Setubal ve ark., 2021). Potvin ve arkadaşları (1989) perinatal kayıp yaşayan kadınlarda yas sürecini değerlendirmek amacıyla Perinatal Yas Ölçeği' ni

geliştirmiş ve uygulamada kullanılabilir olduğunu saptamışlardır. Köneş ve arkadaşları (2017) bu ölçeğin geçerlilik güvenirliğini yaparak ülkemizde kullanabilir hale getirmişlerdir. Bir kadının kaybı nasıl algıladığını anlamak, yüksek kaliteli perinatal yas bakımı sağlamanın anahtarıdır (Hutti ve Limbo 2019).

Yas bakımı konusunda kendini geliştiren hemşireler, gebelik kaybı tepkilerinin iyileşmesini etkileyebilir ve yaslı kadınların kaybı ile başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Chan ve ark., 2009). Gold (2007) yapmış olduğu sistematik incelemede kadınlar, aileyle konuşmak için zaman ayıran ve onlarla kalarak güçlü duygusal destek sağlayan hemşirelere duydukları takdiri ifade etmişlerdir. Ayrıca ebeveynlere ağlama izni veren, mizahı uygun şekilde kullanan ve aileyle fazladan zaman geçirmek için kendi yollarından geçmiş gibi görünen hemşireleri özellikle destekleyici olarak görmüşlerdir (Gold, 2007). Kadınlara yas ile ilgili konuşurken empatik bir şekilde yargılamadan konuşulmalı, kaybıyla ilgili duygularını ifade etmesini teşvik edilmelidir (Radford ve Hughes, 2015; Külahçioğlu, 2020). Kadının konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilmesi kadının kaybı ile baş etmesini sağlamada önemli bir adım olacaktır (Körükçü ve Kukulu, 2010). Empatik yas bakımı kadınların deneyimleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olacak ve yas sonuçları iyileştirecektir (Smith ve ark. 2020). Her kadın ve aile ayrı ayrı değerlendirilmeli ve kanıta dayalı bir repertuarla uygun bakım sunulmalıdır (NICE, 2012). Kadınların eşleri de perinatal kayıp konusunda benzer hisler yaşayacakları için onların kederleri de kabul edilmeli, kadının acısıyla birlikte desteklenmelidir (Badenhorst ve ark., 2006). Teori temelli bir yaklaşım hemşireler için kayıptan sonra yas tutan kadınlara etkili ve uygun destek sağlamalarında rehberlik edebilir (Hutti, 2005; Hutti ve Limbo, 2019). Tektaş'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada, Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinde azalma, prenatal bağlanma düzeylerinde ise artış olduğu belirlemiştir.

Perinatal yas süreci hemşireler tarafından sempatik bir şekilde kabul edilerek kadınların tepkilerinin normal olduğu ve iyileşmenin birkaç aydan 1 yıla kadar sürebileceği konusunda bilgilendirilmelidirler (Tseng ve ark., 2017). Ancak 6 aydan uzun süren yoğun depresyon psikolojik tedavi gerektirebilir (Kersting ve Wagner, 2012). Bu nedenle yüksek

riskli kadınların kaybı sonrası psikolojik morbiditelerini azaltmak için destekleyici takip programları ve danışmanlık sağlanmalıdır (Inati ve ark., 2018). D' Afflitti (2005) uzman liyezon hemşiresi olarak obstetri kliniğinde yaşadığı deneyimleri anlattığı makalesinde obstetri-jinekoloji biriminden danışmanlık istenen konuları arasında gebelik kaybının olduğunu ifade etmiştir. Lok ve arkadaşları (2010) aşırı semptom gösteren hastaların gözden kaçabileceğini, düşük yapan kadınların psikolojik belirtilerinin değerlendirilmesinde danışmanlık hizmetlerinin gerekli olduğunu çalışmalarında vurgulamışlardır. Geç gebelik kaybı olan kadınlar, meme semptomları için daha yüksek risk altında olduklarından danışmanlığın bu semptomları ele alacak şekilde uyarlanması, hasta merkezli bakımı için önemlidir (Hagey ve ark. 2020). Ayrıca kadınların doğumdan sonra loşia göreceklelerinin farkında olmaları sağlanmalı, loşiadaki anormallikler için danışmanlık yapılmalı ve ne zaman tıbbi yardım almaları gerektiğini bilip bilmediğinden emin olunmalıdır (Smith ve ark. 2020).

Gebelik kaybı yaşayan kadınlara hemşireler bakım verirken ve danışmanlık ederken açık, şefkatli bir iletişim ile ileriye yönelik rehberlik sunmalıdır. Özellikle **“Sorun yok”, “Tekrar hamile kalabilirsin.”** ve **“Daha gençsin başka bir çocuğa sahip olabilirsin.”** gibi kayıp sonrası kullanılan teselli cümleleri travmatojenik olabilir (Simpson ve Creehan, 2008; Monostori ve ark., 2018). Bunu önlemek için diğer kayıplarda olduğu gibi bebeğini kaybeden kadınların yaşadıkları kayıp, acı ve keder uygun şekilde onaylanmalıdır. Örneğin: **“Bebeğiniz için üzıldüm, konuşmak isterseniz ben buradayım”, “Bebeğinizin (veya bir isim verilmişse bebeğin adı) kaybı için çok üzgünüm.”, “Bu durum sizin için çok zor olmalı”, “Yardım etmek için ne yapabilirim?”** gibi duyguyu anlatan açık ve net ifadeler kullanmak daha terapötiktir (Gilbert ve Harmon, 2002; Simpson ve Creehan, 2008). Smith ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ebeveynlerin kayıplarının düşük olarak tanımlamanın uygunsuz olduğunu bulmuşlardır. Düşük yapmaktan ziyade bebek kaybettikleri söylenen ebeveynler, doğumun gerçeklerine, doğum deneyimine, bebeklerini görme ve kucaklama konusunda karar vermeye daha hazırlıklı olduğunu belirtmişlerdir (Smith ve ark., 2020).

Kadınların ölü doğan bebekleriyle teması duygusal bir konudur (Cunningham, 2012). Sağlık uzmanlarının ölü doğan bebeklerini görme ve tutma konusundaki teşvik etme rolü,

doğumu çevreleyen kısa zaman diliminde çok önemlidir (Erlandsson ve ark., 2011). Bebeklerini görmek veya kucağına almak istememeleri durumunda, kadınların bu kararı doğumdan sonraki saatlerde hemşireler tarafından tekrar gözden geçirilmelidir (Kingdon ve ark., 2015b). Temas fırsatı kısadır ve sonraki süreçte bebeklerini görmedikleri için pişmanlık duyabilirler (Garten ve ark., 2020) Şu anda, en iyi uygulama kılavuzlarının çoğu, tüm kadınların ölü doğmuş bebeklerini görmek ve kucaklama konusunda bir seçenek sunulmasını, bebekleriyle temas kurmaya ikna etmekten kaçınılmasını ve kadınların desteklenmesini önermektedir (RCOG, 2010; Ryninks ve ark., 2014; Kingdon ve ark., 2015a). Bu süreçte manevi ihtiyaçlara katılmak, aile desteğini kullanmak, hatıralar sağlamak ve günlüğe kaydetme yoluyla yeniden düşünmeyi teşvik etmek, ergen kadınlara yeni bakış açıları bulmalarına yardımcı olmak hemşirenin verebileceği bakımlar arasındadır (Fenstermacher ve Hupcey, 2019). Bebeğe günlük tutmak gibi farkındalık bakımı kullanmak, kadınların kederlerini kelimelere dökmelerine yardımcı olabilir (Black ve ark., 2016). Ayrıca böylesine zor bir süreci yaşayan bazı kadınlar kederlerini yüksek sesle ve alenen ifade ederken, bazıları sessiz ve içine kapanık halde süreci yaşadıkları için “Kültürel güvenliğe” saygı duymak, kadınların kendi kültürel terimlerinde buluşmak önemlidir (Prior, 1999; Maddocks, 2003).

Tüm kadınların doğumdan sonraki ilk 6 hafta içinde bir sağlık uzmanı tarafından fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halinin değerlendirmesi için muayene edilmesi önerilir (ACOG, 2016). NICE (2012) tarafından yayımlanan bir bakım rehberinde erken gebelik kaybından sonra, kadına kendi seçeceği bir sağlık uzmanından takip randevusu seçeneği sunulması gerektiği belirtilmiştir. Psikolojik takip kayıp sonrası psikolojik komplikasyon riski taşıyan kadınları tespit etmek ve değerlendirmek için önemli görülmektedir (Murphy ve ark., 2012).

Bakım sonrası dönemde kaybedilen bebeğin varlığının kabulüne ve gelecekteki olası gebeliklere dikkat edilmelidir (Dekkers ve ark., 2019). Sağlık uzmanı tarafından sağlanan muayene sırasında sonraki gebelikler hakkında bilgi mutlaka verilmelidir (ACOG, 2016). DSÖ (2007) kadınların tekrar hamile kalmaya çalışmadan önce en az 6 ay beklemelerini tavsiye etmektedir
(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf,

Erişim tarihi: 02.03.2021). Sonraki hamilelik streslidir ve sağlık uzmanları, ebeveynlerin ciddi kaygı yaşayabileceğini kabul etmelidir. (Badenhorst ve Hughes, 2007). Kayıp sonrası gebe kalan bir bireye verilen hemşirelik bakımında kaybın obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi, kaybın kabulü, annelerin kaygılarını tartışmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve annelerin gebelik kaybı konusunda eğitilmesidir önemlidir (Körükcü ve Kukulu, 2010).

Kaybı deneyimleyen ailelerin gereksinimi olan bilgilendirilme, 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. 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

2.8.1. Gebelik kaybında koyulabilecek hemşirelik tanıları

Hemşirelik tanısı: Yas

Amaç: Kayıp hakkındaki duygularını ve kaybın gerçekleğini ifade etmesini sağlamak, kayıp ile ilgili zihinsel meşguliyeti azaltmak

Beklenen hasta sonucu: Kayba ilişkin duygularını, düşüncelerini ve manevi inançlarını dışa vurmaşı

Girişimler:

- Hasta ve ailesinin kayıp ile ilgili geçmiş tecrübelerini, mevcut destek sistemelerini ve mevcut yas sürecini değerlendirin.
- Fetüs veya bebek ölümünün nedenini ve tanımlanmasından sonra geçen süreyi belirleyin.
- Kaybı tanımlayın.
- Normal ve anormal yas süreci özelliklerini öğretin.
- Yas sürecinin bireysel farklılıklarını tartışın (örn, kadın erkek vs.).
- Gerekirse yas sürecinin aşamalarını öğretin.

- Gerekirse hastaya okuması için uygun basılı yayınlar ve elektronik kaynaklar önerin.
- Yas danışmanlığı, din hizmetleri, genetik danışmanlık ve destek grupları gibi uygun kaynakları önerin.
- Hasta ve ailesine korku ve aile bütünlüğüne olan etkisini de içerecek şekilde potansiyel kayba ilişkin endişelerini sözel ifade etmesi için yardım edin.
- Hasta ve ailesine, birbirleri ile ilgili umutları, karşılıklı korkuları, planları ve endişeleri paylaşmasına yardım edin.
- Kayıp ile ilgili duygularını ifade etmesi için cesaretlendirin.
- Üstü örtülü ifadelerden ziyade öldü, ölü gibi net ifadeler kullanın.
- Gerekirse eşi/yakınlarını tartışmalara ve kararlara dahil edin.
- Hastayı, kayıp ile ilişkili kültürel, dini ve sosyal gelenekleri uygulamaya teşvik edin.
- Destek gereksinimleri ya da sonuçların değerlendirilmesi için telefon yolu ile takipler planlayın.

Hemşirelik tanısı: Komplike yas

Amaç: Perinatal dönemde yaşanan kayıp sürecinin çözümlenmesine yardım etmek

Beklenen hasta sonucu: Birey/aile tatmin edici düzeyde Komplike yas sürecini başarılı bir şekilde çözümlemesi

Girişimler:

- Hastada yas varlığı ve kaynağını değerlendirin ve kaydedin.
- Her aile için tipik aile ilişkilerini belirleyin.
- Mevcut aile ilişkilerini izleyin/değerlendirin.
- Aile içinde kullanılan başa çıkma mekanizmalarını tanımlayın.
- Aile bireyleri arasında çelişki yaratan öncelikleri belirleyin.
- Hasta ve ailesine hastane ve toplum kaynakları hakkında bilgi sağlayın (örn, kendine yardım grupları vb).
- Gerektiğinde hasta bakımı için arkadaşları ve yakınlarından destek isteyin.

- Gerektiğinde (perinatal ölüm) cenazenin kaldırılması için cenaze evi vb bilgilendirin.
- Hasta ve ailesinin yas sürecine tepkilerini ve kabullenme sürecini izleyin.
- Hasta ve ailesi ile kaybın aile birliğini ve işlevselliğine olan etkilerini konuşun.
- İnkarla yüzleşmekten kaçınmayı inkarı güçlendirmeden önleyin.
- Gerçeklikle yanlış anlamaları dengelemede yardımcı olun.
- Hastanın özbakım uygulamalarında bağımsızlığını teşvik edin, sadece gerektiğinde yardımcı olun.
- Hasta ile etkileşim için bir program oluşturun.
- Hasta ve ailesi ile güvene dayalı bir ilişki kurun.
- Hasta ve ailesine karar verme sürecine aktif olarak katılması için yardım edin.
- Hasta ve ailesine yas sürecini kolaylaştırmak için güvenli ve özel bir ortam sağlayın.

Hemşirelik tanısı: Kronik keder

Amaç: Kaybın kabulünü sözel olarak ifade etmesi ve kaybın zihnini daha az meşgul ettiğini belirtmesini sağlamak. Perinatal kaybın atlatılmasına yardım etmek.

Beklenen hasta sonucu: Gerçek veya algılanan kayba uyum sağlanması

Girişimler:

- Hastanın kederinin varlığı ve kaynağını değerlendirip belgeleyin.
- Normal ve anormal yas özelliklerini tartışın.
- Hasta ve ailesine hastane ve kişisel yardım grupları gibi toplumsal ve hastalara kaynakları hakkında bilgi sağlayın.
- Gerekli bakım faaliyetlerini sürdürürken hasta ve ailenin yas tepkilerini tanıyın.
- Kaybın aile ve aile işlevi üzerindeki etkisi konusunda hasta ve ailesi ile görüşün.
- Hasta ile temas kurmak için program yapın.
- Hasta ve aile ile güvenilir bir ilişki kurun.
- Hasta ve ailesinin yas tutma sürecini kolaylaştırmak için güvenli, emin ve özel bir ortam sağlayın.
- Her bir aile üyesinin gücünü tanıyın ve güçlendirin.

- Hastayı kayıp ile ilgili kültürel, dini ve sosyal geleneklerini gerçekleştirmesi konusunda teşvik edin.
- Kayıp konusundaki hislerin ifade edilmesini teşvik edin.

Hemşirelik Tanısı: Etkisiz baş etme

Amaç: Etkili (ve etkisiz) baş etme kalıplarını tanımlamak

Beklenen hasta sonucu: Etkili baş etme stratejilerini kullanması

Girişimler:

- Hastanın benlik kavramını ve benlik saygısını değerlendirin.
- Etkisiz baş etme nedenlerini (örn, destek eksikliği, yaşam krizleri, etkisiz problem çözme becerileri) belirleyin.
- Agresif davranışları gözlemleyin.
- Hastanın kendi durumu hakkında görüşlerini ve sağlık bakım vericilerin görüşleri ile uyumunu belirleyin.
- Gerektiğinde hastanın beden imajındaki değişikliklere uyumunu değerlendirin.
- Hastanın yaşam durumunun rol ve ilişkilere etkisini değerlendirin.
- Hastanın kendine zarar verme riskini değerlendirin.
- Tanı, tedavi ve prognoza ilişkin gerçekçi bilgi sağlayın.
- Hastaya gerektiğinde gevşeme tekniklerinin kullanımını öğretin.
- Sorun çözmeyi öğretin.
- Toplum kaynakları hakkında bilgi verin.
- Hastaya ve aileye duygusal destek sağlamasında hastane kaynaklarını katın.
- Hasta, diğer sağlık hizmeti verenler ve toplum kaynakları (örn, destek grupları vb.) arasında irtibat görevini yerine getirin.
- Durumu kabullenmek veya değiştirmek için bir plan geliştirmede hastaya yardımcı olun.
- Hastanın kişisel güçlü yönlerini tanımlamasına ve gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olun.
- Bakım aktivitelerini planlamaya dahil olması, başkalarıyla görüşmeler başlatması ve aktivitelere katılımı için cesaretlendirin.

- Ailesinden mümkün olduğunca ziyaret etmelerini isteyin.
- Hastanın yapabileceği kadar fiziksel egzersize cesaretlendirin.
- Sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanın.
- Tehlikeli biçimde yanlış yorumlanabilecek çevresel uyaranları azaltın.
- Duyguların, algıların ve korkuların sözel olarak ifade edilmesi için teşvik edin.
- Hastanın mevcut destek sistemlerini tanımlamasına yardımcı olun.
- İntihar eğilimi varsa acilen ruh sağlığı uzmanına yönlendirin ve aile üyelerini intihar eğilimini izlemeleri için eğitin.

Hemşirelik tanısı: Baş etmeyi güçlendirmeye hazır olma

Amaç: Yaşam önceliklerini açıklığa kavuşturmak, sağlıkla ilgili kararlar almasını ve olumlu öz-saygı bildirmesini sağlamak.

Beklenen hasta sonucu: Stresörle baş etme becerisini bildirmesi, etkili olabilecek yeni baş etme stratejilerini tanımlaması, gelişimsel değişikliklere uyum sağlaması

Girişimler:

- Hastanın kendi durumu hakkında görüşlerini ve sağlık bakım vericilerin görüşleri ile uyumunu belirleyin.
- Çeşitli durumlara karşı her zamanki tepkileri belirlemeye yardımcı olun.
- Hastanın başatmayı istediği alanları belirleyin.
- Geçmişte hangi gevşeme tekniklerinin etkili olduğunu saptayın.
- Gevşeme tekniklerinin etkinliğini değerlendirin.
- Hastanın yaşam durumunun rollerine ve ilişkilerine etkisini değerlendirin.
- Hastanın yaşam problemleri ile uğraşırken kullandığı önceki yöntemleri keşfedin.
- Seçilen gevşeme tekniği(leri)nin (görselleştirme vb.) ayrıntılarını öğretin.
- Kişisel güçlü yönleri belirlemede hastaya yardımcı olun.
- Aile iletişimini ve ilişkilerini teşvik edin.
- Dini hizmetlere katılmaya teşvik edin.
- Hastanın yeni başatma stratejileri için rol oynama fırsatı sağlayın.
- Yaşam önceliklerini tanımlamaya yardımcı olun.
- Hastanın özerkliğini cesaretlendiren durumları düzenleyin.

- Uygun savunma mekanizmalarının kullanımı destekleyin.
- Duyguların, algıların, korkuların sözel ifade edilmesini teşvik edin.
- Hastanın mevcut destek sistemlerini tanımlamasına yardımcı olun.

Hemşirelik Tanısı: Umutsuzluk

Amaç: Umutsuzluk; Umudun varlığı, Depresyonun Öz kontrolü, Psikomotor Enerji, Yaşam Kalitesi Memnuniyeti ile değerlendirilerek ortadan kaldırılması sağlamak

Beklenen hasta sonucu: Umutsuzluk duygularını azaltabilecek davranışlar göstermesi, uygun duygulanım ve duygu durumu sergilemesi

Girişimler:

- Duygulanımı ve karar verme yetisini izleyin.
- İntihar potansiyeline yönelik veri toplayın ve tanılayın.
- Beslenmeyi: besin alımını ve kilo alımını izleyin.
- Durumu araştırarak ve olasılık planları yaparak gerçeğin farkına varılmasını öğretin.
- Psikiyatrik konsültasyon sağlayın.
- Sosyal destek ve problem çözme becerilerini geliştirmek için grup aktivitelerine katılım için aktif katılım için cesaretlendirin.
- Hasta ile beraber umutsuzluk duygusunu tetikleyen faktörleri araştırın.
- İştahta artma, özbakım, uyku sürende azalma, kendini açma, göz iletişimi kurma gibi gelişim gösteren davranışlara yönelik olumlu geri bildirim ve destek sağlayın.
- Hasta ve ailesine yaşamdaki umut duydukları alanları tanımlamalarına yardım edin.
- Hastayı bakımına aktif olarak katın.

Hemşirelik Tanısı: Duygu durumunda bozulma

Amaç: Dengeli bir duygu durumu segilemek

Beklene hasta sonucu: Kişinin sağlık durumu ile ilgili olumlu bir algıya sahip olması

Girişimler:

- Hastanın mevcut duygu durumunu tanılayın ve duygu durumunu etkileyen faktörleri belirleyin.
- Duygulanım ve karar verme yetisini izleyin.
- Hasta ve ailesine kendi yardım grupları gibi toplumsal kaynaklar ve hastane kaynakları ile ilgili bilgi sağlayın.
- Durmu araştırarak ve acil durum planları yaparak gerçeği tanımasını öğretin.
- Psikiyatrik konsültasyon sağlayın.
- Hasta ve ailesi ile güvene dayalı ilişki geliştirin.
- Bakımı ile kararlara hastanın katılımını sağlayın.

Hemşirelik tanısı: Etkisiz inkar

Amaç: Hasta ‘‘kabül’’ün kanıtlarını gösterecek etkisiz inkarı kullanmayacak

Beklenen hasta sonucu: Belirtilerin öneminin farkına varması ve kabul etmesi

Girişimler:

- Belirti ve hastalığı anlama durumunu değerlendirin.
- Anksiyete işaretleri değerlendirin.
- Hastanın sağlık durum ile ilgili değerlendirmesinin gerçekçi olup olmadığı değerlendirin.
- Hastanın karar verme becerisini değerlendirin.
- Belirtileri nasıl tanıyacağını ve istenen hasta yanıtının ne olduğunu belirleyin.
- Tanı, tedavi ve prognoza dair gerçekçi bilgiler sağlayın.
- Eğer gerekliyse psikiyatrik bakım için yönlendirin.
- Hasta ile inkarın incelenmesini, keşfedilmesini sağlayabilecek terapötik ilişki geliştirin.
- Hasta ile hastalığın etkisi, anksiyete, korku belirtileri hakkında konuşmalar yapın.
- Hastanın güçlerini tanımlayın ve destekleyin.
- Empati, sıcaklık ve içtenlik gösterin.
- Duygularının, algılarının, korkularının sözel olarak ifade edilmesine teşvik edin.

- Hastanın sağlık durumuna uyumunu geciktirme olasılığı olan, yakın zamandaki kayıplarını değerlendirin.

Hemşirelik tanısı: Güçsüzlük

Amaç: Güçsüzlük ile ilgili herhangi bir duygu ifade etmemesini sağlamak

Beklenen hasta sonucu: Olayların kendi kontrolü altında olduğunu belirtmesi

Girişimler:

- Hasta kontrolü altında olan şeyleri belirleyin.
- Hastanı kendi kararlarındaki güven duygusunu belirleyin.
- Zamanla ve uygun şekilde öz-saygı düzeylerini belirleyin.
- Hastanın üstlendiği sorumluluk düzeyini koruyun.
- Hastanın sağlık durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olup, olmadığını belirleyin.
- Hastanın güçsüzlük duygusuna katkıda bulunabilen faktörleri belirlemesine yardım edin.
- Hasta ile bakımdaki gerçekçi seçenekleri gerekçeleri ile birlikte tartışın.
- Bakımı ile ilgili karar vermede hastanın katılımını sağlayın.
- Daha önceki başarılı kazanımlarını ortaya çıkarın.
- Hastanın tanımladığı kişisel güçlerini pekiştirin.
- Durumun üstesinden gelmede hastanın yeteneklerine güvendiğinizi iletin.
- Sorumluluk üstlenme ile ilgili duyguların, algıların ve korkuların ifade edilmesini cesaretlendirin (Wilkinson ve Barcus, 2018).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi

Bu araştırmanın; gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi üzere tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi Kadın Doğum kliniğine gebelik kaybı nedeniyle yatışı yapılan kadınlarla yürütülmüştür. Araştırma verileri Nisan 2019- Nisan 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamak için kullanılan ölçeğin uygulanması ve hastalarla yapılacak olan görüşme gebeliğin sonlanması/sonlandırılması sonrasındaki ilk 24 saat içinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın örnekleme

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı yılda Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi Kadın Doğum kliniğine başvuran gebelik kaybı yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Örneklem sayısını belirlemek için çalışmanın yürütüleceği Süleyman Demirel Üniversitesi'ne 2018 yılına ait gebelik kaybı nedeniyle kadın doğum kliniğine yatışı yapılan hastaların istatistik veriler incelendi ve yıllık 270 kadının gebelik kaybı nedeni ile bu kuruma yatışı yapıldığı görüldü. Araştırma örneklemini belirlemek için Cochran örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Buna göre evren sayısı 270, tip 1 hata oranı (α)= 0.05, güven düzeyi 0.95 ve prevelans %50 kabul edilerek örneklem sayısı (n) 160 olarak belirlenmiştir (<http://sampsiz.sourceforge.net/iface/>).

3.4. Araştırma kapsamına alınma kriterleri

- Gebelik kaybı sebebiyle kadın doğum servisine yatışı yapılan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden
- 18 ve üzeri yaşta olan
- Türkçe okuma- yazma bilen

3.5. Araştırma kapsamına alınmama kriterleri

- İntrapartum kaybı olan kadınlar
- Psikiyatrik sorunu bulunan

3.6. Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Perinatal yas araştırmanın bağımlı değişkenidir.

Bağımsız değişkenler: Yaş, parite, eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin toplan geliri, gebeliğin istenme durumu, eşi ile olan ilişkisi, kayıp sonrası eşin desteği, ailenin desteği araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Gebelik kaybı nedeniyle araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hastalara araştırmanın amacı ve görüşmenin ne kadar süreceğiyle ilgili bilgi verilmiştir. Veriler, gebeliğin sonlanması/sonlandırılması sonrasındaki ilk 24 saat içinde, yüz yüze görüşme tekniği ile 15-20 dakikalık sürede toplanmıştır. Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra katılımcılardan yazılı onamları alınmıştır (Ek-8).

Araştırma verilerini toplamak amacıyla aşağıdaki gereçler kullanılmıştır:

2.1.1.1.Kişisel Bilgi Formu

2.1.1.2.Perinatal Yas Ölçeği

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve katılımcıların tanıtıcı bilgilerini ve gebeliğini (yaş, eğitim, gebelik haftası, parite vb.) ve mevcut kayıpta eş, aile ve sosyal desteğin varlığını sorgulayan Kişisel Bilgi formu on sekiz sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

Perinatal Yas Ölçeği (33 maddeli kısa sürüm)(Ek- 2)

Perinatal Yas Ölçeği (33 Maddeli Kısa Versiyon) (PYÖ): 1988 yılında Toedter ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Perinatal kayıp sonrası yaşanan yasin derecesini kapsamlı olarak değerlendirmektedir. Ölçeğin orjinal yapısı 33 maddeden oluşan beşli likert tipindedir. Ülkemiz’de Köneş ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan Türkçe

geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonrasında ölçek 32 maddeye indirilmiştir. 12. madde çıkarılmıştır. Her bir maddeye verilebilecek cevaplar, “kesinlikle katılıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” arasında beşli yanıtlama seçeneği şeklindedir. Ölçekteki 11. ve 33. maddeler hariç 31 madde ters yönlü puanlanmaktadır. 11. ve 33. maddeler olumlu cümle yapısında iken diğer maddeler olumsuz cümle yapısındadır. Ters yönlü puanlamada kesinlikle katılıyorum seçeneği 1 puan, kesinlikle katılmıyorum 5 puan olacak şekilde değer verilir. Ölçek; Aktif Keder (1,3,5,6,7,10,13,14,19,27.maddeler), Başa Çıkmada Zorlanma (2,4,8,11,21,24,25,26,28,30,33.maddeler) ve Umutsuzluk (9,15,16,17,18,20,22,23,29,31,32. maddeler) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin söz konusu durumu daha çok yaşadığını göstermektedir. On maddeden oluşan aktif keder alt boyutu 10-50 arasında puan almaktadır. On bir maddeden oluşan başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt grupları ise 11- 55 arasında puan almaktadır. Toplam yas puanı; 32-160 arasında puan almaktadır. Puan artıkça bireyin yas düzeyi artmaktadır. Ölçeğin kapsam geçerliliği indeksi 0.95 bulundu. Cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0.96, üç alt boyut için bu değerler 0.91-0.93 arasında bulundu. Toplam madde korelasyonlarının 0.11-0.86 arasında değiştiği görülmüştür. Toplam test-tekrar test güvenilirlik değeri 0.91 olarak bulunmuştur (Ek-2).

Araştırmamızın Perinatal Yas Ölçeği’ne ait iç tutarlılığı gösteren Cronbach’s alfa değeri 0.935 olarak saptanmıştır.

3.8. Araştırmanın etiği

Araştırmanın yürütüleceği Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği’nden (Ek-3), Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı’ndan (Ek-4), Isparta İl Sağlık Müdürlüğünden (Ek-5) yazılı izin alınmıştır. Araştırma için Süleyman Demirel Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (Onay tarihi: 26.02.2019 Karar No: 64) etik onam alınmıştır (Ek-6). Ayrıca görüşme öncesinde araştırmacı, katılımcıya araştırma ile ilgili bilgiler vermiş, aydınlatılmış onam formunu kullanarak yazılı ve sözlü onamını almıştır. Katılımcılara istedikleri zaman görüşmeden ayrılma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın katılımcılar açısından hiçbir riski bulunmamaktadır. Bu araştırmada kullanılan Perinatal

Yas Ölçeği için Miray Özgür Köneş'ten e-posta yolu ile izin alınmıştır (Ek-7).

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu Araştırmanın sonuçları, Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi Kadın Doğum kliniğinde yatan, farklı nedenlerle gebelik kaybı yaşayan kadınların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.10. Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 yazılımı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı bulgular sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maximum; kategorik değişkenler için frekans ve yüzde ile sunuldu. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Her bir gruptaki ölçüm sayısı 30 ve üzerinde ise ve/veya normal dağılıma uyuyorsa parametrik, aksi durumda non-parametrik koşullar olduğu kabul edildi. Çalışmanın kategorik bağımsız değişkenlere göre (eğitim durumu, çalışma durumu, gebeliğin planlama durumu, eşler arasında ilişki durumu, eşler arasındaki iletişim durumu, kayıpta eş desteği, kayıpta aile desteği, kayıpta sağlık personeli desteği, kayıpta destek hissetme, gebelik kaybının hangi trimesterde olduğu, aile maddi gelir durumu) PYÖ toplam puan, aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk alt boyut puanları parametrik koşullarda Bağımsız gruplarda t testi ve Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) non-parametrik koşullarda Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Tek yönlü varyans analizi'nde anlamlılık saptanması durumunda farklılığının hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla LSD post-hoc analizi yapıldı. Sayısal değişkenler ile PYÖ toplam puan, aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk alt boyut puanlarının ilişkisin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Tip-1 hata düzeyinin %5'in altında olduğu durumlar testin tanısal değerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu şeklinde yorumlandı. Ölçeklere ait iç tutarlığın değerlendirmesinde Cronbach's alfa değerleri hesaplandı.

4.BULGULAR

Çalışmada elde edilen bulgular;

4.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınların kategorik değişkenlerin tanımlayıcı özellikleri

4.2. Gebelik kaybı yaşayan kadınların sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı özellikleri

4.3. Gebeliği kaybetme nedenleri

4.4. Trimesterlere göre gebelik kayıp nedenleri

4.5. PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları

4.6. PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulguları

4.7. Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi

4.8. PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu

4.9. Gebelerin bireysel özelliklerinin Perinatal Yas Ölçeği ve alt boyutlarının korelasyonu olmak üzere 9 başlık altında sunulmuştur.

4.1. Gebelik kaybı yaşayan kadınların kategorik değişkenlerin tanımlayıcı özellikleri

Çalışma grubunun kategorik değişkenlerin tanımlayıcı bulgular Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Çalışma grubunun kategorik değişkenlerin tanımlayıcı bulguları (n=160)

		n	%
Evlilik yılı	1 yılda az	75	46,9
	1-3 yıl	16	10,0
	4-7 yıl	38	23,8
Eğitim durumu	İlköğretim	31	19.4
	Lise	54	33.8
	Üniversite	75	46.9
Çalışma durumu	Evet	56	35
	Hayır	104	65

Tablo 4.1. Çalışma grubunun kategorik değişkenlerin tanımlayıcı bulguları (n=160) (devam)

Daha önce gebelik kaybı yaşama durumu	Evet	68	42,5
	Hayır	92	57,5
Şimdiki gebelik istenme durumu	Planlı	111	69.4
	Plansız	49	30.6
Eş ile ilişki nasıl değerlendiriliyor	İyi	132	82.5
	Orta	28	17.5
Eş ile her sorunu konuşma	Evet	126	78.8
	Hayır	34	21.3
Kayıpta eş desteği	Evet	132	82.5
	Hayır	28	17.5
Mevcut gebelik kaybında desteğini hissettiğiniz bir yakınınız var mı?	Var	130	81.25
	Yok	30	18.75
Kayıpta aile desteği	Evet	108	67.5
	Hayır	52	32.5
Kayıpta sağlık personeli destek	Evet	101	63.1
	Hayır	59	36.9
Şimdiki kayıpta trimester	1.trimester	131	81.9
	2.trimester	29	18.1
	Toplam	160	100,0

Çalışma grubunun %46,9'u 1 yıldan az evlilik yılına sahip olduğu görülmektedir. Çalışma grubunun %33.8 lise ve %43.8 üniversite mezunu olduğu, çalışma grubunun çoğunluğunun yüksek eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir. Çalışma grubunun %65'i gelir getiren bir işte çalışmamakta, %57,5 daha önce gebelik kaybı yaşamadığı, %69.4'ünün planlanan bir gebelik olduğu, %82.5'inin eşi ile arası iyi, %78.8'i eşi ile her sorunu konuşabilmekte, %82,5'i mevcut kaybında eş desteği almakta, %81.25'i gebelik kaybında desteğini hissettiği bir yakınının olduğunu söylemekte, %67.5'i mevcut kaybında aile desteği almakta, %63.1'i mevcut kaybında sağlık personelinin destek almaktadır. Şimdiki kayıpta gebeliklerin %81.9'unun 1.trimester kaybı olduğu görülmüştür.

4.2. Gebelik kaybı yaşayan kadınların sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı özellikleri

Çalışma grubunun sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı bulguları Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Çalışma grubunun sayısal değişkenlere ait tanımlayıcı bulguları (n=160)

	Min	Max	$\bar{x}$	Ss
Yaş	18	43	27.11	5.04
Ailenin toplam geliri	1000	26250	4919.06	3676
Gravida	1	8	2.42	1.45
Yaşayan çocuk sayısı	0	4	0.76	0.86
Şimdiki kaybında gebelik haftası	3	38	10.29	5.96
Gebelik kaybı üzerinden geçen süre (saat)	0.5	24	5.28	5.82

Çalışma grubunun yaş ortalaması 27.11, ortalama aile toplam maddi geliri 4919 TL, gebelik sayısı ortalaması 2.42, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 0.76, şimdiki gebelik kaybında gebelik haftası ortalaması 10.2, gebelik kaybı üzerinden geçen süre ortalaması 5.28 saattir.

4.3. Gebeliği kaybetme nedenleri

Çalışma grubunun gebeliğini kaybetme nedenlerine ait bulguları Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4.3. Gebeliği kaybetme nedenleri (n=160)

	n	%
Spontan abortus	49	30,6
Missed abortus	43	26,9
Ektopik gebelik	13	8,1
İntrauterin fetal ölüm	11	6,9
Anomali (gelişim bzk)	8	5,0
Anembriyonik Gebelik	7	4,4
Koagülasyon bozukluğu	7	4,4
Stres	4	2,5
Servikal yetmezlik	3	1,9
Erken Membran Rüptürü	2	1,3
Anensefali	2	1,3
Perinatal sindirim sistemi bozukluğu (Bağırsak obstrüksiyonu)	1	0,6
Beta HCG düzensiz yükselmesi	1	0,6
Covid-19	1	0,6
Çoğul gebelik	1	0,6
Gestasyonel kese çapı küçüklüğü	1	0,6
Hipertansiyon	1	0,6
Kese bozukluğu	1	0,6
Kist	1	0,6
Kordon döğümlemesi	1	0,6
Plasenta Previa	1	0,6
Maternal hipotiroidi, Gebelikte aşırı kilo alınması	1	0,6
	160	100,0

Olguların mevcut gebeliklerini sonlandırılma nedeni toplamda en fazla (n=49, %30,6) spontan abortus tanısıyla, bunu toplam olarak (n= 43, %26,9) missed abortus tanısıyla kliniğe yatışı yapıldığı görülmüştür.

4.4. Trimesterlere göre gebelik kayıp nedenleri

Çalışma grubunun trimesterlere göre gebelik kayıp nedenlerine ait bulguları Tablo 4.4' te verilmiştir.

Tablo 4.4. Trimesterlara göre gebelik kayıp nedenleri

1.trimester (n=131)			2.trimester (n=25)			3.trimester (n=4)		
	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde
Spontan abortus	44	33.6	İntrauterin fetal ölüm	9	36	İntrauterin fetal ölüm	2	50
Missed abortus	41	31.3	EMR	4	16	Barsak tıkanıklığı	1	25
Ektopik gebelik	13	9.9	Spontan abortus	5	20	Anensafali	1	25
Diğer	33	25.2	Diğer	7	28	-	-	-

Çalışma grubunun gebelik kayıp haftası en çok 1. trimesterde (n=131) olduğu görülmüştür. 1. trimester kayıp nedeni en çok %33.6 Spontan abortus, 2. trimester kayıp nedeni en çok %36 İntrauterin fetal ölüm, 3. trimester kayıp nedeni en çok %50 İntrauterin fetal ölüm olduğu görülmektedir.

4.5. PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları

PYÖ'ne ait her bir maddeye ait puanların tanımlayıcı bulguları Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4.5. PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları (n=160)

	Min	Max	$\bar{x}$	Ss
1.Depresif hissediyorum.	1	5	3.48	1.35
2.Bazı insanlarla anlaşmakta zorlanıyorum.	1	5	3.37	1.43
3.İçimde bir boşluk hissediyorum	1	5	3.87	1.27
4.Normal aktivitelerimi devam ettiremiyorum.	1	5	2.71	1.27
5.Bebğim hakkında konuşmaya ihtiyacım var.	1	5	3.05	1.25
6.Bebğim için yas tutuyorum	1	5	3.18	1.31
7.Korkuyorum	1	5	3.68	1.36
8.Kaybımdan beri intiharı düşünüyorum.	1	5	1.80	1.06
9.Ruhsal problemlerim için ilaç kullanıyorum	1	5	1.42	0.82
10.Bebğimi çok özölüyorum	1	5	3.61	1.24
11.Kayıptan sonraki hayatıma iyi uyum sağladığımı düşünüyorum.	1	5	2.36	1.12
13.Bebğimi düşündükçe üzölüyorum.	1	5	4.08	1.02

Tablo 4.5. PYÖ'ne ait maddelerin tanımlayıcı bulguları (n=160) (devam)

14.Bebeğimi düşündüğüm zaman ağlıyorum	1	5	3.57	1.4
15.Bebeğimi düşündükçe kendimi suçlu hissediyorum	1	5	2.86	1.43
16.Bebeğimi düşündükçe fiziksel olarak kendimi hasta hissediyorum.	1	5	2.70	1.31
17.Bebeğim öldüğünden beri kendimi tehlikeli bir dünyada korunmasız hissediyorum.	1	5	2.38	1.33
18.Gülmeye çalışıyorum ama artık hiçbir şey komik gelmiyor.	1	5	2.68	1.34
19.Bebeğim öldüğünden beri zaman geçmek bilmiyor.	1	5	2.73	1.42
20.Bebeğim ile birlikte benim de en iyi parçam öldü.	1	5	3.12	1.43
21. Bebeğim öldüğünden beri insanları hayal kırıklığına uğrattıyorum.	1	5	2.23	1.2
22.Bebeğim öldüğünden beri kendimi değersiz hissediyorum.	1	5	2.41	1.28
23. Bebeğimin ölümü için kendimi suçluyorum.	1	5	2.60	1.4
24.Arkadaş ve akrabalarımın gereğinden fazla çatışıyorum	1	5	2.36	1.31
25.Hayatımı tekrar düzene sokmak için, bazen profesyonel bir yardıma ihtiyacım olduğunu hissediyorum.	1	5	2.17	1.2
26. Bebeğim öldüğünden beri gerçekten yaşamıyor, sadece varmışım gibi hissediyorum.	1	5	2.36	1.31
27.Bebeğim öldüğünden beri kendimi aşırı yalnız hissediyorum	1	5	2.40	1.28
28.Arkadaşlarımla arasında bile kendimi bir şekilde uzak ve ortamdaki kopmuş hissediyorum.	1	5	2.45	1.32
29.Sevmemek daha güvenli	1	5	2.43	1.38
30.Bebeğim öldüğünden beri karar vermekte zorlanıyorum	1	5	2.37	1.31
31.Geleceğimin nasıl olacağı konusunda endişeleniyorum.	1	5	2.79	1.47
32.Bebeğini kaybetmiş birer ebeveyn olmak, “ikinci sınıf vatandaş” olmak anlamına gelir.	1	5	4.06	1.15
33.Hayatta olmak harika hissettiriyor.	1	5	3.76	1.11

4.6. PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulguları

PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulgular Tablo 4.6’de sunulmuştur.

Tablo 4.6. PYÖ toplam puan ve Aktif keder, Başa çıkmada zorluk, Umutsuzluk alt boyutlarına tanımlayıcı bulguları (n=160)

	Min	Max	$\bar{x}$	Ss
PYÖ toplam puan	44,00	149,00	91,19	23,69
Aktif keder	12,00	50,00	33,68	8,76
Baş a çıkmada zorluk	11,00	51,00	28	8,34
Umutsuzluk	11,00	51,00	29,5	8,53

PYÖ toplam puan ortalaması 91.19, aktif keder boyutuna ait puan ortalaması 33.68, baş a çıkmada zorluk boyutuna ait puan ortalaması 28, umutsuzluk boyutuna ait puan ortalaması 29.5’dir.

4.7. Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi

Eğ itim, çalışma, gebeliğ in planlanma, eş ile iliş ki, eş ile her sorunu konuş ma, kayıpta eş desteğ i, kayıpta aile desteğ i, kayıpta sağı k personeli desteğ i, kaybın yaş andığ ı trimester, aile maddi geliri, mevcut gebelikte destek hissetme durumuna göre; PYÖ, Aktif keder, Baş a çıkmada zorluk, Umutsuzluk puanlarının karşı laşt ırılması Tablo 4.7’de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi

		n	PYÖ		Aktif keder		Başa çıkmada zorluk		Umutsuzluk	
			$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	x	Ss
Eğitim durumu	İlköğretim	31	89.03	23.5	33.35	8.78	27.19	7.96	28.48	8.2
	Lise	54	100.5	23.1	36.03	8.78	31.2	8.36	33.25	8.6
	Üniversite	75	85.38	22.6	32.13	8.48	26.04	7.88	27.21	7.76
	p		0.001		0.042		0.002		<0.001	
	Etki büyüklüğü		0.082		0.039		0.077		0.102	
Çalışma durumu	Evet	56	91.5	26.7	33.98	9.39	27.85	9.34	29.66	9.85
	Hayır	104	91.02	22.4	33.52	8.44	28.08	7.80	29.41	7.79
	p		0.910		0.756		0.876		0.862	
	Etki büyüklüğü		0.019		0.051		-0.023		0.028	
Gebeliğin planlanma durumu	Planlı	111	90.81	22.78	34.08	8.48	27.75	7.96	28.98	8.36
	Plansız	49	92.04	25.86	32.79	9.39	28.57	9.22	30.67	8.89
	p		0.765		0.394		0.571		0.249	
	Etki büyüklüğü		-0.013		0.144		-0.095		-0.196	
Eş ile ilişki	İyi	132	88.5	34.5	33	23.75	27	9	28	11.5
	Orta/kötü	28	100	33.75	37.5	11.5	30	12.25	33.5	12.75
	p		0.026		0.101		0.009		0.042	
	Etki büyüklüğü		-0.337		-0.241		-0.279		-0.453	
Eş ile her sorunu konuşabilme	Evet	126	88.92	23.05	33.12	8.85	27.15	7.84	28.64	8.36
	Hayır	34	99.58	24.49	35.76	8.19	31.14	9.47	32.67	8.55
	p		0.019		0.120		0.013		0.014	
	Etki büyüklüğü		-0.448		-0.310		-0.459		-0.477	
Kayıpta eş desteği	Var	132	89	35.75	35	13.75	27	9.75	27.5	11
	Yok	28	97.5	28.5	33.5	11.25	29.5	8.25	34	11.25
	p		0.077		0.871		0.028		0.015	
	Etki büyüklüğü		-0.263		0.119		-0.277		-0.584	

Tablo 4.7. Gebelik kaybı yaşayan kadınların bireysel özelliklerinin perinatal yas düzeyine etkisi (devam)

Kayıpta aile desteği	Var	108	87.34	23.55	32.51	9.14	26.88	8.15	27.93	8.32
	Yok	52	99.19	22.11	36.11	7.42	30.32	8.34	32.75	8.12
	p		0.003		0.009		0.014		0.001	
	Etki büyüklüğü		-0.519		-0.432		-0.417		-0.586	
Kayıpta sağlık personeli desteği	Var	101	88.59	23.4	33.18	8.63	27.08	8.03	28.31	8.47
	Yok	59	95.64	23.72	34.54	8.98	29.57	8.7	31.52	8.33
	p		0.069		0.347		0.069		0.021	
	Etki büyüklüğü		-0.299		-0.154		-0.297		-0.382	
Gebelik kaybının olduğu trimester	1.trimester	131	91.5	32.5	34	12	28	9	29	11
	2.trimester	29	93.5	41	37	15.5	28	12	30	15
	p		0.346		0.157		0.279		0.627	
	Etki büyüklüğü		-0.054		-0.216		0		-0.076	
Aile maddi geliri	Gelir giderden az	65	89.43	21.38	32.78	8.02	27.50	7.23	29.13	8.05
	Gelir gidene eşit	45	97.84	26.9	36.22	9.7	30.48	9.71	31.13	9.05
	Gelir giderden fazla	50	87.5	22.71	32.58	8.5	26.42	8.02	28.5	8.63
	p		0.077		0.071		0.048		0.296	
	Etki büyüklüğü		0.032		0.033		0.037		0.015	
Mevcut gebelikte destek hissetme	Var	130	88.78	23.2	33.24	8.88	27.03	7.94	28.5	8.33
	Yok	30	101.63	23.33	35.6	8.06	32.23	8.87	33.8	8.18
	p		0.007		0.186		0.002		0.002	
	Etki büyüklüğü		-0.552		-0.278		-0.618		-0.642	

Eğitim durumuna göre PYÖ toplam puanı, Aktif keder, başa çıkmada zorluk ve umutsuzluk alt boyutları toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (sırasıyla; $p_{PYÖ}=0.001$, $p_{AktifKeder}=0.042$, $p_{BaşaÇıkmadaZorluk}=0.002$, $p_{Umutsuzluk}<0.001$).

Eğitim durumuna göre PYÖ toplam puanı, Aktif keder, Başa çıkmada zorluk ve Umutsuzluk puanları arasındaki istatistiksel farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı anlamak için yapılan post-hoc analizlerde bu farklılığın lise mezunu gruptan kaynaklandığı anlaşılmıştır. Hem toplam puan hem de her üç boyut puanları değerlendirildiğinde lise mezunu grupta diğer iki gruba göre daha yüksek değerler olduğu

görülmektedir ve bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlıdır (PYÖ toplam puan= 100.5, Aktif keder alt boyut puanı= 36.3, Başa çıkmada zorlanma alt boyut puanı= 31.2, Umutsuzluk alt boyut puanı= 33.25).

Çalışma durumuna göre; PYÖ toplam puanı, aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur ($p= 0.91$).

Gebeliğin planlanma durumuna göre; PYÖ toplam puanı, aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur ($p= 0.765$). İstatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmasa da gebeliğin plansız olduğu grupta; PYÖ toplam puanı, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk alt boyut puanları diğer gruba göre nispeten yüksektir.

Eşler arasında ilişki durumuna göre; aktif keder ($p=0.101$), umutsuzluk ($p=0.042$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur.

Eş ile ilişkisi Orta/kötü olanlarda PYÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.026$). Başa çıkmada zorluk alt boyut puanı; eş ile ilişkisi Orta/kötü olanlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.009$). Eşler arasındaki iletişime göre; aktif keder alt boyut puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur ($p=0.12$). Eş ile her sorunu konuşamayanlarda PYÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.019$). Eş ile her sorunu konuşamayanlarda başa çıkmada zorluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.013$). Eş ile her sorunu konuşamayanlarda umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.014$).

Kayıpta eş desteğine göre; PYÖ toplam puan ($p=0.077$) ve aktif keder ($p=0.871$) alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur. Kayıpta eş desteği olmayanlarda başa çıkmada zorluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.028$). Kayıpta eş desteği olmayanlarda umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.015$).

Kayıpta aile desteği olanlarda PYÖ toplam puan 87.34, olmayanlarda 99.19'dur. Kayıpta aile desteği olmayanlarda PYÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede

yüksektir ($p=0.003$). Kayıpta aile desteği olmayanlarda aktif keder alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.009$). Kayıpta aile desteği olmayanlarda başa çıkmada zorluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.014$). Kayıpta aile desteği olmayanlarda umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.001$).

Kayıpta sağlık personeli desteğine göre; PYÖ toplam puan ($p=0.069$), aktif keder ($p=0.347$) ve başa çıkmada zorluk ($p=0.069$) alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur. Kayıpta sağlık personeli desteği olmayanlarda umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.021$).

Kayıp yaşanan gebeliğin hangi trimesterde olduğuna göre; PYÖ toplam puan, aktif keder, başa çıkmada zorluk ve umutsuzluk alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur ($p=0.346$).

Aile maddi gelirine göre; aktif keder, başa çıkmada zorluk ve umutsuzluk alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur ($p=0.077$). Aile maddi gelir gidere eşit olan gruptaki kadınlarda; başa çıkmada zorluk alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.048$).

Mevcut gebelik kaybında destek hissetmeye göre PYÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık yoktur. PYÖ toplam puanı; kayıpta destek hissedenlerde 88.78, hissetmeyenlerde 101.63'dür. Kayıpta destek hissetmeyenlerde PYÖ toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.007$). Kayıpta destek hissetmeyenlerde başa çıkmada zorluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.002$). Kayıpta destek hissetmeyenlerde umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0.002$).

4.8. PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu

PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.8. PYÖ toplam puan ile alt boyutların korelasyonu

		Aktif keder	Başa çıkmada zorluk	Umutsuzluk
PYÖ	Korelasyon katsayısı (r)	0.90	0.93	0.93
	p	<0,001	<0,001	<0,001
	n	160	160	160

Aktif keder, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk boyut puanları ile PYÖ toplam puanı arasında pozitif yönde güçlü oldukça anlamlı bir ilişkisi vardır.

4.9. Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen sürenin; PYÖ toplam puan ve alt boyutlarının korelasyonu

Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen sürenin; PYÖ toplam puan ve alt boyutlarının korelasyonu Tablo 4.9’de sunulmuştur.

Tablo 4.9. Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen sürenin; PYÖ toplam puan ve alt boyutlarının korelasyonu

		PYÖ	Aktif keder	Başa çıkmada zorluk	Umutsuzluk
Yaş	Korelasyon katsayısı (r)	-0.16	-0.10	-0.18	-0.15
	p	0.04	0.20	0.01	0.04
	n	160	160	160	160
Ailenin toplam geliri	Korelasyon katsayısı (r)	-0.08	-0.05	-0.10	-0.08
	p	0.27	0.47	0.18	0.3
	n	160	160	160	160
Yaşayan çocuk sayısı	Korelasyon katsayısı (r)	-0.18	-0.16	-0.18	-0.17
	p	0.01	0.03	0.01	0.02
	n	160	160	160	160

Tablo 4.9. Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen sürenin; PYÖ toplam puan ve alt boyutlarının korelasyonu (devam)

Şimdiki kaybında gebelik haftası	Korelasyon katsayısı (r)	0.16	0.19	0.12	0.12
	p	0.04	0.01	0.10	0.12
	n	160	160	160	160
Gebelik kaybı üzerinden geçen süre	Korelasyon katsayısı (r)	-0.12	-0.12	-0.09	-0.14
	p	0.10	0.11	0.25	0.07
	n	160	160	160	160

Yaş, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybında hafta, gebelik kaybı üzerinden geçen süre ile; PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunmamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi yüksek midir? ve gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi sosyodemografik ve klinik özelliklerden etkilenir mi? şeklinde iki başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi yüksek midir?

Gebelik kaybı bir kadının hayatındaki en yıkıcı yaşam olaylarından biri olabilmektedir ve perinatal yas deneyimlemelerine neden olabilir (Lang ve ark., 2011; Basile ve Thorsteinsson, 2015; Zisook ve ark., 2014; Currie ve ark., 2019; Fernández-Solave ark., 2020). Yaklaşık beş kadından birinin gebelik kaybını takiben yoğun ve uzun süreli keder ve yas yaşayacağı tahmin edilmektedir (Koopmans ve ark., 2013). Perinatal kayıp örnekleri arasında düşük, ektopik gebelik, ölü doğum, yenidoğan ölümü yer almaktadır (Callister, 2006). Kadınlarda keder, izolasyon, başa çıkma ve umutsuzluk gibi birçok olumsuz duygusal güçlükler neden olabilmektedir (Volgsten ve ark., 2018). Perinatal yas düzeyinin belirlenmesinin depresyon, majör depresyon, genel anksiyete bozukluğu, sosyal izolasyon, başarısızlık duygusu ve uzun süreli suçluluk duygusu gibi olumsuz bilişsel değerlendirmelerin yanı sıra, TSSB'nin erken teşhisinde önemli olduğu belirlenmiştir (Bhat ve Byatt, 2016; Johnson ve ark., 2016; Hutti ve ark., 2018). Bu nedenle bu çalışmada Perinatal Yas Ölçeği'ni kullanılarak gebeliğinde kayıp yaşayan kadınların perinatal yas düzeyinin ve yas sürecini etkileyen demografik ve klinik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçeğin “aktif keder” alt boyutunda üzüntü, bebeği özleme ve onun için ağlama gibi yasin “normal” tepkileri değerlendirilirken, “başa çıkmada zorluk” ve “umutsuzluk” alt boyutlarında kayıpla başa çıkmadaki zorluklar, depresyon belirtilerinin varlığı ve günlük hayata devam etmedeki zorluklar gibi yasla ilgili diğer yönler değerlendirilmektedir (Lasker ve Toedter, 1991).

Çalışmamızda gebelik kaybı yaşayan kadınların gebeliğin sonlanması/sonlandırılması sonrasındaki ilk 24 saat içinde PYÖ total ve tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (PYÖ toplam puan ortalaması 91.19 ± 23.7 , aktif keder alt boyutu ortalaması 33.68 ± 8.8 , başa çıkmada zorluk alt boyutu ortalaması 28 ± 8.3 , umutsuzluk alt boyutu

ortalaması 29.5 ± 8.5) (Tablo 4). Çalışmamızda gebelik kaybı yaşayan kadınların perinatal yas sürecini yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Adolfsson ve arkadaşları (2006) çalışmalarında PYÖ total puanını 97, Lafarge ve arkadaşları (2013) 104.1 ± 21.58 ve Köneş ve Yıldız (2020) 107.1 ± 26.9 olarak bulmuşlardır. Ridaura ve arkadaşları (2017) ise gebelik kaybı yaşayan kadınların 1. ay izleniminde PYÖ total puanını 94.9 ± 27.09 olarak bildirmiştir.

Ayrıca çalışmamıza benzer şekilde Maniatelli ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında aktif keder için ortalama puan 31.47 ± 9.31 , başa çıkmada zorluk için 23.13 ± 5.4 ve umutsuzluk için ortalama puan 21.07 ± 7.07 olarak belirlenmiştir. Ridaura ve arkadaşları (2017) İspanyada gebelik kaybı yaşamış 70 kadınla uzun süreli izlem yaptıkları çalışmada 1. ay puanları; aktif keder 40.36 ± 9.81 , başa çıkmada zorlanma 26.82 ± 10.28 , umutsuzluk 27.73 ± 9.49 bulunmuştur. Köneş ve Yıldız'ın (2020) çalışmasında çalışmamızın alt boyut puanları ortalama olarak benzerlik göstermektedir (aktif keder 45.3 ± 9.9 , başa çıkmada zorlanma 30.8 ± 9.3 , umutsuzluk 30.9 ± 9.8). Adolfsson ve Larsson'nın (2010) çalışmasında bir kadının düşük yaptıktan sonra yaşadığı yas deneyiminin orta düzeyde bilişsel organizasyonda bozulma, disfori ve sosyal bozulmayı içerdiğini bulmuşlardır. Köneş (2018) çalışmasında perinatal kayıp yaşayan kadınların kaybı deneyimledikleri ilk anda duydukları üzüntünün zamanla az da olsa hafiflediğini ancak bu acıyla başa çıkmadaki zorluk ve umutsuzluk hissi arttığını bulmuştur. Volgsten ve arkadaşları (2018) spontan abortus yapan kadınların ($n = 35$) ve missed abortus yapmış kadınların ($n = 67$) üç geçerli anketi yanıtlamak üzere dahil edildiği randomize kontrollü bir çalışmada PYÖ puanlarında 2 tanı grubu arasında fark olmadığı ve düşükten 4 ay sonra psikolojik iyilik hali önemli ölçüde düzeldiğini bildirilmiştir. Johnson ve Langford'un (2015) randomize kontrollü çalışmasında, 1. veya 2. trimesterde (8-20 haftalık gebelik) spontan düşük yaşayan (40 kadın) kontrol ve deney grupları arasındaki aktif yasın her iki grupta da yüksek olduğu, tedavi grubunun önemli ölçüde daha düşük umutsuzluk seviyeleri sergilediği, grup ortalamaları, başa çıkma zorluğu için benzer olduğunu bulmuşlardır. Davies ve arkadaşları (2005) 30 kadınla yürüttüğü kohort çalışmasında ikinci trimesterdaki kayıp sonrası yasın daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (1. trimester PYÖ puan 86 ± 11.8 , 2. trimester PYÖ puan 97 ± 10.5).

Çalışma sonuçlarımız ve literatür doğrultusunda gebelik kaybı yaşayan kadınların gebeliğin sonlanması/sonlandırılması sonrasındaki ilk 24 saat içinde yas deneyimledikleri belirlenmiştir. Gebelik kayıpları sonrası yaşanan yas bir yıl içerisinde azalsa da zamanında fark edilip tedavi edilmezse patolojik boyutlara ulaşabilmektedir (Burden ve ark., 2016). Kadınların kayba verdikleri yanıtların bir sonraki gebeliği olumsuz etkilemesi (Armstrong, 2007; Mehran ve ark., 2013), sağlıklı bir çocuğun doğumundan sonra bile kadınların psikolojik iyi oluşları üzerinde olumsuz sonuçlarının olması (Faleschini ve ark., 2021) ve kayıptan sonraki doğacak bebeğin çocukluk dönemlerinde ruhsal bozukluklar yaşamasına neden olabilir (Warland ve ark., 2011). Önceki çalışmalarda danışmanlık hizmetlerinin kadın ve ailesinin iyilik halini artırdığı bulunmuştur (Keten ve ark., 2015; Lok ve ark. 2010). Bu nedenle hemşirelerin sağlıklı bir gebelik ve nesil için gebelikte kayıp yaşayan bir kadının yas sürecine verdiği tepkileri tanımlamalarının ve bu süreçte kadınları desteklemelerinin kadının ve toplumun güçlenmesini artıracak da düşünülmüştür.

5.2. Gebeliğinde kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas düzeyi sosyodemografik ve klinik özelliklerden etkilenir mi?

Kadınların gebelik kaybına verdikleri yas düzeyi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Gold ve ark., 2010; Roberts ve ark., 2012; Setubal ve ark., 2021). Literatürde gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci ve bu süreci etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Volgsten ve ark., 2018; Köneş, 2018; Setubal ve ark., 2021).

Araştırmamızda kadınların yaşı ile PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamamıştır ($p_{PYÖ}=0,043$, $p_{AktifKeder}=0,209$, $p_{BaşaÇıkmadaZorluk}=0,018$, $p_{Umutsuzluk}=0,044$). Benzer bir şekilde, konuyla ilgili yapılan çoğu çalışmada yaş ile PYÖ puanları arasında ilişki bulunamamıştır (Toedter ve ark., 1988; Serrano ve Lima, 2006; Swanson ve ark. 2007; Adolfsson ve Larsson, 2010; Ridaura ve ark., 2017). Korenromp ve arkadaşları (2005) ve Lasker ve Toedter (1991) ileri gebelik yaşının yas için anlamlı derecede daha yüksek puanlarla ilişkili olduğunu çalışmalarında ifade etmişlerdir. Toedter ve ark. (1988) çalışmasında umutsuzluk alt boyutunun annenin yaşıyla güçlü ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. Kadınların yaşı ile ilişki bulunamamasının nedeni gebelik kaybının hangi haftada olduğu ve gebelik kayıp sebeplerine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda eğitim durumunun yası etkilediği ($p_{PYÖ}=0.001$, $P_{AktifKeder}=0.042$, $p_{BaşaÇıkmaZorluk}=0.002$, $p_{Umutsuzluk}<0.001$) ve eğitim durumu lise mezunu olan grupta yas düzeylerin daha yüksek olduğu ($PYÖ=100.5 \pm 23.71$) bulunmuştur. Ancak Köneş'in (2018) yapmış olduğu yüksek lisans tez çalışmasında Lisans ve üstü eğitime sahip kadınların ($PYÖ=108.9 \pm 24$) diğerlerine göre daha yüksek yas düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Bu farkın çalışmanın yapıldığı yer ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda kadınların çalışma durumuna ve ailenin toplam gelirine göre PYÖ toplam puanı ve alt boyut puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı bulunmuştur. Benzer çalışmalarda sosyo-ekonomik durum veya gelirin yas puanları arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir (Kulathilaka ve ark., 2016, Druguet ve ark., 2018). Bununla birlikte, iki çalışma (Al-Maharma ve ark., 2016; Paris ve ark., 2016) çalışmayan kadınların, yüksek gelirli kadınlardan önemli ölçüde daha yüksek yas puanlarına sahip olduğunu bulmuştur. Kadınların bir işte çalışması veya ailenin gelirinin yas ile ilişkisinin bulunamamasının nedeni olarak çalışmanın yapıldığı kurumun verdiği tedavi ve bakım hizmetlerinin etkisi olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda maddi gelirini giderine eşit olarak tanımlayan kadınlarda başa çıkmada zorluk alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.048$). Sosyo-ekonomik düzey ile perinatal kayıptaki başa çıkma becerileri arasında negatif bir ilişki olduğunu yani ekonomik düzey düştükçe başa çıkmada zorluk yaşama riskinin artabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızın bulgularında kadınların %69,4'ünün gebeliğini planladığı ve gebeliğin planlanması yaşanan yas ile ilişkili olmadığı ($p=0.765$), ancak gebeliği planlı olmayan grubun planlı olan gruba oranla PYÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. TNSA (2018) raporunda, araştırma yıllarını kapsayan dönem içerisinde gerçekleşen gebeliklerin %75'i istenen zamanda gerçekleşmiş, Ersoy ve arkadaşlarının (2015) çalışmasına katılan gebelerin ($n=475$) %76,8'inin gebeliği planlı olduğu, Bodin ve ark. (2015) 136 çift ile yaptıkları çalışmalarında gebeliklerin %75'inden fazlasının planlı gebelik olduğunu bulmuşlardır. Köneş'in (2018) çalışmasında gebeliği planlı olan grupta tüm ölçek puanlarının daha yüksek olduğu ve kendi isteğiyle gebe kalanların da yüksek yas düzeylerinin olduğunu bulmuştur. Gebeliğin planlı olmayan

grubun daha yüksek yas puanlarına sahip olmasının sebebi olarak çoğunlukla ilk gebeliklerinin olması ve gebelik haftalarının 12 haftadan büyük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda yaşayan çocuk sayısı ile PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Litaratürde kayıptan önce yaşayan çocuğu olmayan kadınların daha fazla yas yaşayacağı belirtilmektedir (Jansen ve ark., 1997; Tseng ve ark., 2017; Volgsten ve ark., 2018). Ancak Swanson ve ark. (2007), Adolfsson ve Larsson (2010) ve Druguet ve ark. (2018) yaşayan çocuk sayısı ile yasın arasında ilişki bulamamışlardır. Araştırma bulgumuz bu çalışmalarla benzer olup kayıp yaşayan kadınların gebe olduğunu öğrendiği andan itibaren bebekleriyle bağ kurmaya başlamasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda gebelik kaybının haftası ile PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak Cowchock ve arkadaşları (2011) istenen bir hamileliğin geç dönemde kaybetmiş olan kadınların yas düzeylerinin yüksek olduğu, Toedter ve arkadaşları (1988) çalışmasında aktif kederin gestasyonel gebelik haftasıyla güçlü ilişkisinin olduğunu, Maniatelli ve arkadaşlarının (2017) çalışma bulgularında PYÖ ile terminasyondaki gebelik haftası ve terminasyonun etiyolojisi arasında bir ilişki olduğu ve tüm PYÖ boyutlarındaki puanlar, terminasyondaki gebelik haftası 12 haftadan fazla olduğunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu yer almaktadır. Gebeliğin fetal anomali gibi nedenden dolayı terminasyon kararının kadınlarda patolojik yas için risk faktörü olduğu bulunmuştur (Kersting ve Wagner, 2012). Paris ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında komplike yas oluşumu gebelik haftası 28 haftadan uzun olan kadınlarda daha yüksek bir prevalans göstermiştir. Lafarge ve arkadaşları (2013) gebelik kaybı sonrası adaptasyonu sağlayan başa çıkma stratejileri kullanılmasına rağmen, kadınların yas düzeyleri obstetrik ve terminasyon değişkenlerine göre yüksek ve değişken olduğunu bulmuşlardır. Araştırmamızda erken dönem olan 1. trimester gebelik kaybı yaşayan kadınlar %81.9 olması ve her bir perinatal kayıp tipinin farklı anlam taşıması gebelik haftası ve yasın arasında ilişki bulunamamasının nedeni olduğu düşünülmüştür.

Araştırma bulgularımızda mevcut gebelik kaybında destek almamak perinatal yas için önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Yas yaşayan kadınların aile üyeleri ve

arkadaşları bu süreçte değerli destek kaynakları olarak görülmektedir (Peters ve ark., 2015). Camacho Ávila ve ark. (2020) çalışmasında da akrabalar ve yakın arkadaşlar yas sürecini kolay atlatabilmek için kilit ve temel unsur olduğu belirtilmiş; ancak hem annelerin, hem de babaların kaybın üstesinden gelmek için eşlerinin sağladığı desteği birincil unsur olarak vurguladığı saptanmıştır. Cacciatore (2010) çalışmasında 47 katılımcıdan 37'si bebeğin kaybıyla başa çıkmalarına yardımcı olan en önemli faktör olarak sosyal desteği göstermiştir. Birçok kadın ailesine, yakın arkadaşlarına ve hatta eşine hamileliğini kaybettiğini söyleyemeyebilir. Bu durum kadınları sosyal izolasyona sokabilir ve perinatal yas düzeyini arttırabilir. Mevcut destek ne kadar iyiye perinatal yas süreci daha kolay atlatılacağı söylenebilir.

Araştırmamızdaki kadınların çoğu (82.5) eş ile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmiş ve eşleri ile her sorunu konuşabildiğini ifade etmişlerdir. Kadınların destek düzeyi değerlendirildiğinde, en güçlü destek sisteminin eş desteği (82.5), ardından aile yakınlarının desteği (67.5) olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Eşi ile ilişkisi Orta/kötü olanlarda PYÖ toplam puanı ($p=0.026$), başa çıkmada zorluk ($p=0.009$) alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ve eşi ile her sorunu konuşamayanlarda PYÖ toplam puanı ($p=0.033$), başa çıkmada zorluk ($p=0.013$), umutsuzluk alt boyut puanı ($p=0.014$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer çalışmalarda evlilik doyum düzeyleri düşükse daha fazla yas yaşanacağını belirtmişlerdir (Swanson ve ark., 2007; Tseng ve ark., 2017). Kederleri hakkında birbirleriyle konuşan ve paylaşan çiftler, daha az şiddetli keder tepkileri ve daha fazla eş memnuniyeti bildirmektedir (Kamm ve Vandenberg, 2001). Dekkers ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında kadınların partnerlerinden daha fazla psikososyal bakım ihtiyaç duydukları bildirilmiştir. Özellikle kadınların eşinden gerekli desteği hissetmediğinde boşanma olasılığının arttığı bilinmektedir (Gold ve ark., 2010; Tseng ve ark., 2017). Gebelik kaybindan sonra eş, aile, akrabalar ve yakın arkadaşlardan algılanan desteğin kalıcı keder ve sıkıntıya karşı önemli bir koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (Büchi, 2009; Camacho Ávila ve ark., 2020). Tseng ve arkadaşları (2017) eşin ailesinden alınan düşük düzeyde sosyo-duygusal destek, perinatal kayıptan sonra yüksek düzeyde yas için önemli bir risk faktörü olduğunu ifade etmişlerdir. Fernández-Solave arkadaşları (2020) kaybın sosyal ve aile ortamında tanınması ailelerin kederiyle baş etmesine

yardımcı olacağını çalışmalarında belirtmişlerdir. Araştırmamızın bulguları ve literatürün sonucunda eş ve aileden gelen sosyal destekle birlikte perinatal yas sürecinin zorluklarıyla başa çıkarak süreci daha kolay atlatmalarına yardımcı olacağı söylenebilir. Bu nedenle, perinatal kayıp yaşamış yüksek riskli kadınların (örneğin sosyal olarak izole edilmiş, sosyal desteği zayıf ve eş ile ilişkisi kötü olan) belirlenmesi gereklidir.

Araştırmamızdaki kadınların %63.1'i mevcut kaybında sağlık personelinin destek aldığını, destek alamayan kadınların daha umutsuz olduğu bulunmuştur ($p=0.021$). Gold ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında sağlık personeli tarafından sağlanan desteğin türü olarak en yaygın olarak tıbbi veya fiziksel destek (% 64) alındığı, diğer destek türlerinin ise duygusal destek (% 55) ve bilgi desteği (% 49) olduğu bulunmuştur. Yaslı kadınlara verilen bakımının empatik ve duyarlı olması, şefkatli bir iletişim ile terapötik ortamın sağlanması, perinatal kayıp yaşayan kadınları desteklemeye yönelik stratejiler gibi kadınlara verilen hemşirelik bakımı artık birçok ülkede doğum hizmetlerinin kabul gören bir parçasıdır (Flenady ve Wilson, 2008; Chan ve ark., 2009; Koopmans ve ark., 2013; Radford ve Hughes, 2015). Bu nedenle sağlık personeli perinatal kayıptan dolayı yas yaşayan kadınlar için önemli konumdadır (Cassaday, 2018). Gebelik kaybı yaşayan kadınlara, sosyal ve psikolojik destek vermek, ailenin iyilik hali için çok önemli olduğu söylenebilir. Gebelik kaybı sonrası destek mekanizmalarının etkili uygulanamaması durumunda kadınların yas düzeylerini olumsuz etkilediği ve perinatal sürecini daha zorlu yaşamalarına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hemşireler, iki önemli yaşam olayı olan doğum ve ölümü bir araya getirmenin zorluğuna karşı hassastır ve kadınların hayatlarında bu süreci kolaylaştırmak için savunucu uygulamalara sahiptir. Çalışma sonuçlarımızın kayıp sonrası kadınların yas sürecini sağlıklı bir şekilde atlatılması için hemşirelerin uygulayacağı bakımında yol göstereceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Gebelik kaybı yaşayan kadınların gebeliğin sonlanması/sonlandırılması sonrasında ilk 24 saat içinde PYÖ total ve tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (PYÖ toplam puan ortalaması 91.19 ± 23.7 , aktif keder alt boyutu ortalaması 33.68 ± 8.8 , başa çıkmada zorluk alt boyutu ortalaması 28 ± 8.3 , umutsuzluk alt boyutu ortalaması 29.5 ± 8.5).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların yaşı, ailenin toplam geliri, yaşayan çocuk sayısı, şimdiki gebelik kaybındaki haftası, gebelik kaybı üzerinden geçen süre ile; PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamamıştır.
- Lise mezunu olan kadınların daha yüksek yas yaşadığı görülmüştür.
- Maddi gelirini giderine eşit olarak tanımlayan kadınlarda başa çıkmada zorluk alt boyut puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Kadınların %69,4'ünün gebeliğini planladığı ve gebeliğin planlanması yaşanan yas ile ilişkili olmadığı, ancak gebeliği planlı olmayan grubun planlı olan gruba oranla PYÖ toplam puan ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kadınların çoğu (82.5) eş ile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmiş ve eşleri ile her sorunu konuşabildiğini ifade etmişlerdir.
- Eşi ile ilişkisi Orta/kötü olanlarda PYÖ toplam puanı, başa çıkmada zorluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ve eşi ile her sorunu konuşamayanlarda PYÖ toplam puanı, başa çıkmada zorluk, umutsuzluk alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.
- Kadınların %63.1'i mevcut kaybında sağlık personelinin destek aldığını, destek alamayan kadınların daha umutsuz olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Gebelik kaybından sonra psikolojik bakımı iyileştirmek amacıyla perinatal yas taraması yapılabilir.
- Kayıp sonrası kadınların belli aralıklarla kontrole gelmesini sağlamak için hastanelerde özel birimlerin düzenlenmesi gereklidir.
- Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. Bunun için internet tabanlı e-sağlık hizmetleri geliştirilebilir ve gebelik kaybından sonra psikolojik desteği iyileştirmek için rutin olarak kadınların izlemleri bu hizmet üzerinden yapılabilir.
- Hemşirelik eğitim programlarında perinatal yas bakımına ilişkin eğitimin yer alması sağlanacak bakımı kolaylaştırabilir.
- Kadın doğum kliniğinde çalışan tüm personele hizmet içi ve mesleki eğitim programlarında perinatal yas, empati, iletişim teknikleri ile ilgili konulara yer verilerek hizmet içi eğitim programları düzenlenebilir.
- Niteliksel bir çalışma, gebelik kaybının daha iyi anlaşılmasına izin verebilir.
- Gebeliği sonlanan kadınların eşlerine yönelik kaybın eşe yansımaları ve kayıpta eş desteğinin araştırılması gereklidir.

KAYNAKLAR

Acar H. Türk kültür ve devlet geleneğinde kadın. İnsan ve İnsan. 2019; 6 (21): 395-411.

ACOG Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. Obstet Gynecol. 2013; 121(6): 1394-1406.

Adolfsson A, Berterö C, Larsson PG. Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85(3): 330-5.

Adolfsson A, Larsson PG. Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. Ups J Med Sci. 2010; 5(3): 201-9.

Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Berterö C. Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. Health Care Women Int. 2004; 25(6): 543-60.

Akpınar A. Perinatal kayıplar: yas ve keder. Ed., Kabukcuoğlu K. İn., Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları. Ankara: Detay Yayıncılık; 2017, s: 107-117.

Aksin, Ş. Tekrarlayan gebelik kayıpları. Van Tıp Dergisi. 2017; 24(4), 410-414.

Aksin Ş, Andan C. Tekrarlayan gebelik kayıplarının etiyolojik olarak incelenmesi. Van Tıp Dergisi. 2017; 24(4): 322-327.

Aksoy İ. Türklerde aileve çocuk eğitimi. Journal of International Social Research. 2011; 4(16).

Aladağ B. Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2000, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S. Hovardaoğlu)

Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2008; 37(3): 315-28.

Allanson B, Jennings B, Jacques A, Charles AK, Keil AD, Dickinson JE. Infection and fetal loss in the mid-second trimester of pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010; 50(3): 221-5.

Al-Maharma DY, Abujaradeh H, Mahmoud KF, Jarrad RA. Maternal grieving and the perception of and attachment to children born subsequent to a perinatal loss. Infant Ment Health J. 2016; 37(4): 411-23.

Aluş Y. Kültürel ve toplumsal gerekliğimiz açısından aile anlayışlarının ve türk ailesinin değerlendirmesi. PESA Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 1(1): 15-24.

Aluş Y, Selukkaya S. Türk ailesinde mutluluk algısı ve değerleri. Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi (SKAD). 2015; 1(2): 151-175.

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins- Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. Obstet Gynecol. 2018; 132(5): e197-e207.

Amrane S, McConnell R. Endocrine causes of recurrent pregnancy loss. Semin Perinatol. 2019; 43(2): 80-83.

Aneshensel CS, Botticello AL, Yamamoto-Mitani N. When caregiving ends: the course of depressive symptoms after bereavement. J Health Soc Behav. 2004; 45(4): 422-40.

Apaydın, S. Kayıp ve yas. Ed., Erdur Baker , Aksz Efe İ. İn., Yas Danışmanlığı. Ankara: Anı Yayıncılık; 2020, s: 1-50.

Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2019; 6(1): 179-192.

Armstrong, DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. Journal of nursing scholarship. 2002; 34(4): 339-345.

Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. Advances in Neonatal Care. 2007; 7(4): 200-206.

Aoun SM, Breen LJ, Howting DA, Rumbold B, McNamara B, Hegney D. Who needs bereavement support? A population based survey of bereavement risk and support need. PLoS One. 2015; 10(3): e0121101.

Aoun SM, Breen LJ, Rumbold B, Christian KM, Same A, Abel J. Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? PLoS One. 2019; 14(3): e0213367.

Aoun SM, Breen LJ, Rumbold B, Howting D. Reported experiences of bereavement support in Western Australia: a pilot study. Aust N Z J Public Health. 2014; 38(5): 473-9.

APA (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5a ed.). USA: Arlington

Arredondo F, Noble LS. Endocrinology of recurrent pregnancy loss. Semin Reprod Med. 2006; 24(1): 33-9.

Aşçıoğlu Önal A, Yalçın İ. Yas sürecinin grupla psikolojik danışmada ele alınması üzerine bir inceleme. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2019; 9 (55): 1013-1051

Badenhorst W, Riches S, Turton P, Hughes P. The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006;27(4):245–56.

Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2007; 21(2): 249-59.

Bayer A. Değişen toplumsal yapıda aile. Şırnak Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2013; 4(8): 101-129.

Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. "The loss was traumatic... some healthcare providers added to that": Women's experiences of miscarriage. Women Birth. 2019; 32(2): 137-146.

Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008; 29(2): 105-13.

Berry SN, Marko T, Oneal G. Qualitative Interpretive Metasynthesis of Parents' Experiences of Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2021; 50(1): 20-29.

Bhat A, Byatt N. Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks. *Curr Psychiatry Rep.* 2016; 18(3): 31.

Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol.* 2018; 89(2): 102-106.

Black BP, Wright PM, Limbo R. Perinatal and Pediatric Bereavement in Nursing and Other Health Professions. New York, Springer Publishing Company; 2016 (<https://ebookcentral.proquest.com>)

Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry.* 2011; 198(5): 373-8.

Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi.* 2013; 52(4): 223-229.

Bodin M, Stern J, Käll LF, Tydén T, Larsson M. Coherence of pregnancy planning within couples expecting a child. *Midwifery.* 2015; 31(10): 973-8.

Boelen P. Intolerance of uncertainty and emotional distress following the death of a loved one. *Anxiety Stress Coping.* 2010; 23(4): 471-8.

Bottomley JS, Burken LA, Neimeyer RA. Domains of social support that predict bereavement distress following homicide loss. *Omega (Westport).* 2017; 75(1): 3-25.

Buldukoğlu K. Gebeliğin Kaybı ve Perinatal Yas. İçinde L. Taşkın (Çev. Ed.) Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Ankara: Palme Yayınları; 2002, s: 133-183.

Burç PE. Popüler kültür ve annelik: Anneliğin farklı görünüşleri. Hacettepe

Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi. 2015 Erişim adresi: <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/Pinar-Ezgi-Burc-14Eylul2015.pdf>. Erişim tarihi: 10.10.2019

Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S, Cacciatore J, Siassakos D. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16:9.

Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013; 18(2): 76-82.

Cacciatore J, DeFrain J, Jones KL, Jones H. Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*. 2008; 11(4): 351-372.

Cacciatore J, Erlandsson K, Rådestad I. Fatherhood and suffering: A qualitative exploration of swedish men's experiences of care after the death of a baby. *International journal of nursing studies*. 2013; 50(5): 664-670.

Cai H, Mol BW, Gordts S, Wang H, Wang T, Li N, Shi J. Early and late pregnancy loss in women with polycystic ovary syndrome undergoing IVF/ICSI treatment: a retrospective cohort analysis of 21 820 pregnancies. *BJOG*. 2021; 128(7): 1160-1169.

Callister LC. Perinatal loss: a family perspective. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2006 Jul-Sep;20(3):227-34; quiz 235-6.

Cassaday TM. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2018 ; 45(3): 525-533.

Cesur G. Kayıp yaşantılarının sonrası: Tartışmalı bir kavram “Karmaşık Yas”. *Nesne-Psikoloji Dergisi*. 2017; 5(10): 289-310.

Chan MF, Lou FL, Cao FL, Li P, Liu L, Wu LH. Investigating factors associated with nurses' attitudes towards perinatal bereavement care: a study in Shandong and Hong

Kong. *J Clin Nurs*. 2009; 18(16): 2344-54. Retraction in: *J Clin Nurs*. 2015; 24(17-18): 2687.

Chen SL, Chang SM, Kuo PL, Chen CH. Stress, anxiety and depression perceived by couples with recurrent miscarriage. *Int J Nurs Pract*. 2020; 26(2): e12796.

Cheung CS, Chan CH, Ng EH. Stress and anxiety-depression levels following first-trimester miscarriage: a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction. *BJOG*. 2013; 120(9): 1090-7.

Christiansen DM, Elklit A, Olf M. Parents bereaved by infant death: PTSD symptoms up to 18 years after the loss. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013; 35(6): 605-11.

Christiansen OB. *Recurrent Pregnancy Loss*, U.K. John Wiley & Sons; 2014. ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/suleyman-ebooks/detail.action?docID=1498559>.

Committee Opinion No. 666: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*. 2016; 127(6): e187-e192.

Corbet-Owen C, Kruger L. The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Fam Syst & Health*. 2001; 19(4): 411-27.

Cowchock FS, Ellestad SE, Meador KG, Koenig HG, Hooten EG, Swamy GK. Religiosity is an important part of coping with grief in pregnancy after a traumatic second trimester loss. *J Relig Health*. 2011; 50(4): 901-10.

Côté-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh*. 2001; 33(3): 239-44.

Côté-Arsenault, D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research* 2007; 56(2): 108–116.

Cramer DW, Wise LA. The epidemiology of recurrent pregnancy loss. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2000; 18(4): 331–339.

Cunningham KA. Holding a stillborn baby: does the existing evidence help us provide guidance? Med J Aust. 2012; 196(9): 558-60.

Currie ER, Christian BJ, Hinds PS, Perna SJ, Robinson C, Day S, Bakitas M, Meneses K. Life after loss: Parent bereavement and coping experiences after infant death in the neonatal intensive care unit. Death Stud. 2019; 43(5): 333-342.

Çam MO, Tektaş P. Gebelik kaybında hemşirelik yaklaşımı. JACSD Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi. 2016; 105-122. (Bak)

Çevik, A. Yas ve biyopsikososyal sonuçlar. 2000. 13-17 Haziran 13-17 Haziran 2000 tarihinde Edirne’de yapılan 9. Anadolu Psikiyatri Günlerinde sunulan bildiri.

Çot Ö, Çelen B, Bülbül M, Develioğlu O. Tekrarlayan gebelik kayıplarında bir sonraki gebeliğin sonucu: prognostik faktörler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2008; 34 (1): 21-25 .

Dağ T, Şen Tepe Ç, Durap G. Abortusun kadın ruh sağlığı üzerindeki etkileri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri. 2021; 13(1): 179–183.

Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whitlow B, Economides D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005; 25(4): 389–92.

D'Afflitti JG. A psychiatric clinical nurse specialist as liaison to OB/GYN practice. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2005; 34(2): 280-5.

Demirel C, Goksever Celik H, Tulek F, Kucukdemir B, Gokalp D, Ergin T, Lembet A. Fertility outcomes after preconceptional laparoscopic abdominal cerclage for second-trimester pregnancy losses. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021; 257: 59-63.

Demren Ç. Erkeklik, ataerkillik ve iktidar ilişkileri. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. 2003 <http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/erkek.htm>. Erişim tarihi: 02.01.2017

Deniz R, Baykuş Y, Kavak E. Approach to Recurrent Early Pregnancy Loss. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2016; 6 (2): 130-137.

Dimitriadis E, Menkhorst E, Saito S, Kutteh WH, Brosens JJ. Recurrent pregnancy loss. *Nat Rev Dis Primers*. 2020; 6(1): 98.

Druguet M, Nuño L, Rodó C, Arévalo S, Carreras E, Gómez-Benito J. Emotional Effect of the Loss of One or Both Fetuses in a Monochorionic Twin Pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018; 47(2): 137-145

Dunn DS, Civitello T. Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Integration. *Journal Of Social And Clinical Psychology*. 2009; 28(7): 937–939.

Dyer E, Bell R, Graham R, Rankin J. Pregnancy decisions after fetal or perinatal death: systematic review of qualitative research. *BMJ Open*. 2019; 9(12): e029930.

Egan KA, Arnold RL. Grief and bereavement care. *Am J Nurs*. 2003; 103(9): 42-52.

Elçin E. Türkiye'de “Kadın Olmak” Söylemi: Kadınlarla Yapılmış Bir Söylem Çalışması. *Psikoloji Çalışmaları*. 2011; 31: 1-28.

El Hachem H, Crepaux V, May-Panloup P, Descamps P, Legendre G, Bouet PE. Recurrent pregnancy loss: current perspectives. *Int J Womens Health*. 2017; 9: 331-345.

Erlandsson K, Säflund K, Wredling R, Rådestad I. Support after stillbirth and its effect on parental grief over time. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2011; 7(2-3): 139-52.

Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. *Journal of Clinical & Experimental Investigations*. 2015; 6(3):250-255.

Faleschini S, Aubuchon O, Champeau L, Matte-Gagné C. History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. *J Affect Disord.* 2021; 280(Pt A): 338-344.

Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *J Adv Nurs.* 2013; 69(11): 2389-400.

Fenstermacher, KH, Hupcey JE. Support for young black urban women after perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 2019; 44(1), 13-19

Fernández-Basanta S, Movilla-Fernández MJ, Coronado C, Llorente-García H, Bondas T. Involuntary Pregnancy Loss and Nursing Care: A Meta-Ethnography. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(5): 1486.

Fernández-Sola C, Camacho-Ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, Conesa-Ferrer MB, Granero-Molina J. Impact of Perinatal Death on the Social and Family Context of the Parents. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(10): 3421.

Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (1): CD000452. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;6:CD000452.

Ford HB, Schust DJ. Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. *Rev Obstet Gynecol.* 2009; 2(2): 76-83

Garten L, Globisch M, von der Hude K, Jäkel K, Knochel K, Krones T, Nicin T, Offermann F, Schindler M, Schneider U, Schubert B, Strahleck T; PaluTiN Group. Palliative Care and Grief Counseling in Peri- and Neonatology: Recommendations From the German PaluTiN Group. *Front Pediatr.* 2020; 8: 67.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Çeviri ed: Taşkın L. 2. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2002, s:133- 183.

Gizir CA. Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2006; 2(2):195-213.

Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol. 2007; 27(4): 230-7.

Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After Perinatal Loss in a Population-Based Sample. J Womens Health (Larchmt). 2016; (3): 263-9.

Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. Pediatrics. 2010; 125(5): e1202-7.

Grauerholz KR, Berry SN, Capuano RM, Early JM. Uncovering Prolonged Grief Reactions Subsequent to a Reproductive Loss: Implications for the Primary Care Provider. Front Psychol. 2021; 12: 673050.

Haerpfer C, Inglehart R, Moreno A, Welzel C, Kizilova K, Diez-Medrano J, Lagos M, Norris P, Ponarin E, Puranen B et al. (eds.). 2020. World Values Survey: Round Seven - Country-Pooled Datafile. Madrid, Spain & Vienna, Austria: JD Systems Institute & WVSA Secretariat.

Erişim tarihi: 20.05.2021
<https://www.worldvaluessurvey.org/WVSDocumentationWV7.jsp>

Hagey JM, Truong T, Deans EI. Breast symptoms after pregnancy loss and abortion: an observational study [03j]. Obstetrics & Gynecology. 2020; 135: 103S.

Hansen T. Parenthood and Happiness: a review of folk theories versus empirical evidence. Social Indicators Research. 2011; 108: 29-64.

He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, Zhao A. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. Arch Gynecol Obstet. 2019; 300(4): 1061-1066.

Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ, Mensah OK, Millum J, Nuzum D, O'Donoghue K, Redshaw M,

Rizvi A, Roberts T, Toyin Saraki HE, Storey C, Wojcieszek AM, Downe S; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet*. 2016; 387(10018): 604-616.

Hopf D, Eckstein M, Aguilar-Raab C, Warth M, Ditzen B. Neuroendocrine mechanisms of grief and bereavement: A systematic review and implications for future interventions. *J Neuroendocrinol*. 2020; 32(8).

Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017; 223: 153-164.

Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2005; 34(5), 630-638.

Hutti MH, Myers JA, Hall LA, Polivka BJ, White S, Hill J, Grisanti M, Hayden J, Kloenne E. Predicting Need for Follow-Up Due to Severe Anxiety and Depression Symptoms After Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018; 47(2): 125-136.

Hutti MH, Limbo R. Using Theory to Inform and Guide Perinatal Bereavement Care. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019; 44(1): 20-26.

Iles S. The loss of early pregnancy. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*. 1989; 3(4): 769-90.

Inati V, Matic M, Phillips C, Maconachie N, Vanderhook F, Kent AL. A survey of the experiences of families with bereavement support services following a perinatal loss. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018; 58(1): 54-63.

James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri. Çeviri Ed: Haldun Güner. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2008, s: 204.

Johnson OP, Langford RW. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015; 44(4): 492-499.

Johnson JE, Price AB, Kao JC, Fernandes K, Stout R, Gobin RL, Zlotnick C. Interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss: a pilot randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health*. 2016; 19(5): 845-59.

Kamm S, Vandenberg B. Grief communication, grief reactions and marital satisfaction in bereaved parents. *Death Stud*. 2001; 25(7): 569-82.

Karadağ Ö. Türkiye Türkçesi Atasözlerinde Çocuk ve Çocukluk. *Millî Folklor Dergisi*. 2013; 25, (98): 109-124.

Karaman ED, Doğan N. Annelik rolü üzerine: Kadının “annelik” kimliği üzerinden tahakküm altına alınması. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2018; 6(2):1475-1496.

Karaoğlu S, Duman MZ. Dini inanç ve tutumların doğurganlık üzerindeki etkileri (van ili örneği). *Journal of International Social Research*. 2017; 10(50): 391- 404.

Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA, Frieder A, Hackley B, Indman P, Raines C, Semenuk K, Wisner KL, Lemieux LA. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstet Gynecol*. 2017; 129(3): 422-430.

Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth--a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health*. 2009; 12(4): 193-201

Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14(2): 187-94

Keten HS, Gençoğlu S, Dalgacı AF, Avcı F, Satan Y, Ölmez S, Çelik M. Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2015; 40(2): 226-232.

Kingdon C, Givens JL, O'Donnell E, Turner M. Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth. *Birth*. 2015; 42(3): 206-18.

Kingdon C, O'Donnell E, Givens J, Turner M. The Role of Healthcare Professionals in Encouraging Parents to See and Hold Their Stillborn Baby: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS One*. 2015; 10(7): e0130059.

Koert E, Mallng GMH, Sylvest R, Krog MC, Kolte AM, Schmidt L, Nielsen HS. Recurrent pregnancy loss: couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Hum Reprod*. 2019; 34(2): 291-296.

Kolte AM, Olsen LR, Mikkelsen EM, Christiansen OB, Nielsen HS. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod*. 2015; 30(4): 777-82.

Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; Issue 6. Art. No: CD000452.

Korenromp MJ, Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Hunfeld JA, Bilardo CM, Offermans JP, Visser GH. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn*. 2005; 25(3): 253-60.

Korenromp MJ, Page-Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Hunfeld JA, Potters CM, Erwich JJ, van Binsbergen CJ, Brons JT, Beekhuis JR, Omtzigt AW, Visser GH. A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenat Diagn*. 2007; 27(8): 709-16.

Köneş MÖ, Kaydirak MM, Aslan E, Yıldız H. Perinatal Yas Ölçeği (33 maddeli Kısa Sürüm): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017; 18(3): 231.

Köneş, MÖ. Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. H Yıldız)

Köneş MÖ, Yıldız H. The level of grief in women with pregnancy loss: a prospective evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2020: 1-10.

Körükçü Ö. Kukulu K. Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansımaları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010; 37(4):429-433.

Krosch DJ, Shakespeare-Finch J. Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychol Trauma*. 2017; 9(4): 425-433.

Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 100.

Külahçioğlu E. Kayıp ve yas In Ö. Erdur Baker & İ. Aksöz Efe (Eds.), *Yas Danışmanlığı*. Ankara: Anı Yayıncılık; 2020, s:113-148

Küçükkaya PG. Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2009; 6: 8-13.

Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies. *Prenat Diagn*. 2013; 33(12): 1173-82.

Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Termination of pregnancy for fetal abnormality: a meta-ethnography of women's experiences. *Reprod Health Matters*. 2014; 22(44): 191-201.

Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ*. 2002; 11(2): 33-40.

Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry*. 1991; 61(4): 510-22.

LeDuff LD 3rd, Bradshaw WT, Blake SM. Transitional objects to facilitate grieving following perinatal loss. *Adv Neonatal Care*. 2017; 17(5): 347-353.

Lindberg CE. The grief response to mid-trimester fetal loss. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*. 1992; 12(2): 158-163.

Linnakaari R, Helle N, Mentula M, Bloigu A, Gissler M, Heikinheimo O, Niinimäki M. Trends in the incidence, rate and treatment of miscarriage-nationwide register-study in Finland, 1998-2016. *Hum Reprod*. 2019; 34(11): 2120-2128.

Limbo R, Kobler K. The tie that binds: relationships in perinatal bereavement. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2010; 35(6): 316-21; quiz 321-3.

Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007; 21(2): 229-47.

Lok IH, Yip AS, Lee DT, Sahota D, Chung TK. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril*. 2010; 93(6): 1966-75.

Love AW. Progress in understanding grief, complicated grief, and caring for the bereaved. *Contemporary Nurse*. 2007; 27(1): 73-83.

Maciejewski PK, Maercker A, Boelen PA, Prigerson HG. "Prolonged grief disorder" and "persistent complex bereavement disorder", but not "complicated grief", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*. 2016; 15(3): 266-275.

Maddocks, I. Grief and bereavement. *Med J Aust*. 2003; 179(S6): S6-7.

Maguire M, Light A, Kuppermann M, Dalton VK, Steinauer JE, Kerns JL. Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study. *Contraception*. 2015; 91(3): 234-9.

Maniatielli E, Zervas Y, Halvatsiotis P, Tsartsara E, Tzavara C, Briana DD, Salakos N. Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with

perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018; 31(1): 47-52.

Maraş, A. Komplike yas: Derleme ve vaka çalışması. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi. 2014; 1(1): 41-59.

March of Dimes. Miscarriage. 2017 Erişim tarihi: 20.05.2021
<https://www.marchofdimes.org/complications/miscarriage.aspx>

Marrone, R. Dying, mourning, and spirituality: A psychological perspective. Death studies. 1999; 23(6): 495-519.

Matthies LM, Müller M, Doster A, Sohn C, Wallwiener M, Reck C, Wallwiener S. Maternal-fetal attachment protects against postpartum anxiety: the mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. Arch Gynecol Obstet. 2020; 301(1): 107-117.

McSpedden M, Mullan B, Sharpe L, Breen LJ, Lobb EA. The presence and predictors of complicated grief symptoms in perinatally bereaved mothers from a bereavement support organization. Death studies. 2017; 41(2): 112-117.

McQuillan J, Greil AL, Scheffler KM, Tichenor V. The Importance of Motherhood among Women in the Contemporary United States. Gend Soc. 2008; 22(4): 477-496

Mehran P, Simbar M, Shams J, Ramezani-Tehrani F, Nasiri N. History of perinatal loss and maternal-fetal attachment behaviors. Women Birth. 2013; 26(3): 185-9.

Min J, Silverstein M, Lendon JP. Intergenerational transmission of values over the family life course. Advances in Life Course Research. 2012; 17(3): 112-120.

Monostori D, Dombi E, Zelena A. Hibás kommunikációs panelek perinatalis veszteség esetén [Wrong communication panels for perinatal loss]. Orv Hetil. 2018; 159(25): 1033-1036.

Moon Fai C, Gordon Arthur D. Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *J Adv Nurs*. 2009; 65(12): 2532-41.

Mucuk Ö, Özkan H, Karakoç H. Annelik rolü ve ebeveynlik davranışı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 2016; 6(2): 143-150.

Mughal S, Azhar Y, Siddiqui WJ. Grief Reaction. 2020. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.

Murphy FA, Lipp A, Powles DL. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 3(3): CD008679.

Musazzi L, Marrocco J. Stress Response and Perinatal Reprogramming: Unraveling (Mal) adaptive Strategies. *Neural Plast*. 2016; 2016: 6752193.

Neugebauer R. Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and Anxiety*, 2003; 17(3): 152-161.

National Guideline Alliance (UK). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2019 Apr. (NICE Guideline, No. 126.)

Nelson DB, Bellamy S, Nachamkin I, Ness RB, Macones GA, Allen-Taylor L. First trimester bacterial vaginosis, individual microorganism levels, and risk of second trimester pregnancy loss among urban women. *Fertil Steril*. 2007; 88(5): 1396-403.

NICE. Ectopic Pregnancy and miscarriage: Diagnosis and initial management in early pregnancy of ectopic pregnancy and miscarriage. London, 2012; pp. 10–11

O'Leary J, Thorwick C. Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2006; 35(1): 78-86.

Oates JR, Maani-Fogelman PA. Nursing Grief and Loss. 2020. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls

Özel Özcan MS, Erden Kaya E. Türk toplumsal hayatında kadının varlığının tarihsel ekseninde sorgulanması. Turkish Studies (Elektronik). 2017; 12(12): 175-188.

Özel Y, Özkan B. Kayıp ve yasa psikososyal yaklaşım . Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020; 12 (3): 352-367.

Özkan S, Serçekuş P. Anne olmanın psikososyal yönü. Ed., Kabukcuoğlu K. İn., Kadın Sağlığı Sorunlarının Psikosomatik Yansımaları. Ankara: Detay Yayıncılık; 2017, s: 25-36.

Palas Karaca P, Kaya Y, Çubukçu Aksu S. Kadın doğum kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerin perinatal kayıp ve yas ile ilgili görüşleri. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi. 2020; 4(7): 69-79.

Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. Rev Esc Enferm USP. 2016; 50(4): 546-553. English, Portuguese.

Parkes CM. Diagnostic criteria for complications of bereavement in the DSM-5. Bereavement Care. 2014; 33: 113–117.(Silebilirim)

Peters SAE, Yang L, Guo Y, Chen Y, Bian Z, Sun H, Li Y, Li L, Woodward M, Chen Z; China Kadoorie Biobank Collaboration Group. Pregnancy, pregnancy loss and the risk of diabetes in Chinese women: findings from the China Kadoorie Biobank. Eur J Epidemiol. 2020; 35(3): 295-303.

Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 1989; 11(1); 29-45.

Prior, D. Palliative care in marginalised communities. Progress in Palliative Care. 1999; 7(3): 109-115.

Pritchard AM, Hendrix PW, Paidas MJ. Hereditary Thrombophilia and Recurrent Pregnancy Loss. Clin Obstet Gynecol. 2016; 59(3): 487-97.

Radford EJ, Hughes M. Women's experiences of early miscarriage: implications for nursing care. *J Clin Nurs*. 2015; 24(11-12): 1457-65.

Ratislavová K, Štípková M. The Perinatal Loss Care Educational Programme and its Evaluation. *Zdr Varst*. 2019; 59(1): 1-7.

Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, Vannacci A. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 2018; 64: 53-59.

Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2000; 14(5): 839-54.

Ridaura I, Penelo E, Raich RM. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 2017; 29(1): 43-48.

Roberts LR, Montgomery S, Lee JW, Anderson BA. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. *J Community Health*. 2012; 37(3): 572-82.

Robinson M, Baker L, Nackerud L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Stud*. 1999 Apr-May;23(3):257-70.

Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. *J Nerv Ment Dis*. 2011; 199(8): 571-4.

Robinson GE. Pregnancy loss. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*. 2014; 28(1), 169-178.

Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2008; 37(6): 631-9.

Roose RE, Blanford CR. Perinatal grief and support spans the generations: parents' and grandparents' evaluations of an intergenerational perinatal bereavement program. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2011 Jan-Mar; 25(1): 77-85.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists(RCOG). Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth (Green-top Guideline No. 55). 2010
https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_55.pdf Erişim Tarihi:12.03.2019

Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan &Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry.Çeviri ed. Bozkurt A. Kaplan &Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/ Klinik Psikiyatri 11. baskı. Ayrıntı Basım ve Yayın Matbaacılık Hiz. San. Tic. Ltd. Şti., Ankara; 2016, s: 1352-1359.

Scheidt CE, Hasenburger A, Kunze M, Waller E, Pfeifer R, Zimmermann P, Hartmann A, Waller N. Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. J Psychosom Res. 2012; 73(5): 375-82.

Schor EL; American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics. 2003; 111(6 Pt 2): 1541-71.

Seiler A, von Känel R, Slavich GM. The Psychobiology of Bereavement and Health: A Conceptual Review From the Perspective of Social Signal Transduction Theory of Depression. Front Psychiatry. 2020; 11: 565239.

Séjourné N, Callahan S, Chabrol H. The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2010; 28(3): 287-296.

Serrano F, Lima ML. Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. Psychol Psychother. 2006; 79(Pt 4): 585-94.

Setubal MS, Bolibio R, Jesus RC, Benute GG, Gibelli MA, Bertolassi N, Barbosa T, Gomes A, Figueiredo F, Ferreira R, Francisco R, Stein Bernardes L. A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. Palliat Support Care. 2021; 19(2): 246-256.

Sever M . "Kadınlık, annelik, gönüllü çocuksuzluk: Elisabeth Badinter'den Kadınlık mı annelik mi?, Tina Miller'dan Annelik duygusu: Mitler ve deneyimler ve Corinne

Maier'den No kid üzerinden bir karşılaştırmalı okuma çalışması". Fe Dergi. 2015; 7(2): 71-86

Sevinç F, Oskovi-Kaplan ZA, Çelen Ş, Ozturk Atan D, Topçu HO. Identifying the risk factors and incidence of Asherman Syndrome in women with post-abortion uterine curettage. J Obstet Gynaecol Res. 2021; 47(4): 1549-1555.

Shloim N, Hugh-Jones S, Rudolf MCJ, Feltbower RG, Lans O, Hetherington MM. "It's like giving him a piece of me.": Exploring UK and Israeli women's accounts of motherhood and feeding. Appetite. 2015; 95: 58-66.

Sezgin H, Hoccoğlu Ç. İnfertilitenin psikiyatrik yönü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014; 6(2): 165-184.

Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. Obstet Gynecol Clin North Am. 2015; 42(1):117-34.

Shear MK. Grief and mourning gone awry: pathway and course of complicated grief. Dialogues Clin Neurosci. 2012; 14(2): 119-28.

Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. Dev Psychobiol. 2005; 47(3): 253-67.

Shear MK, Skritskaya NA. Bereavement and anxiety. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14(3): 169-75.

Shorter JM, Koelper N, Sonalkar S, Oquendo MA, Sammel MD, Schreiber CA. Racial disparities in mental health outcomes among women with early pregnancy loss. Obstetrics & Gynecology. 2021; 137(1): 156-163.

Smid GE. A framework of meaning attribution following loss. Eur J Psychotraumatol. 2020; 11(1): 1776563.

Simon NM. Treating complicated grief. JAMA. 2013; 310(4): 416-23.

Simpson KR, Creehan PA. Perinatal Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2008, p: 273

Smith LK, Dickens J, Bender Atik R, Bevan C, Fisher J, Hinton L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. BJOG. 2020; 127(7): 868-874.

Smith ML, Schust DJ. Endocrinology and recurrent early pregnancy loss. Semin Reprod Med. 2011; 29(6): 482-90.

Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. Cardiovasc J Afr. 2016; 27(2): 89-94.

Stanley K, Edwards L, Hatch B. The family report 2003: Choosing happiness. London: Institute for Public Policy Research. 2003.

Strada EA. Psychosocial issues and bereavement. Prim Care. 2019; 46(3): 373-386.

Stroebe M, Schut H. Culture and grief. Bereavement Care. 1998; 17(1): 7-11 (Published online: 07 Jan 2009).

Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. Lancet. 2007; 370(9603): 1960-73.

Stroebe M. Coping with Bereavement. Folkman, S. (Ed.). The Oxford handbook of stress, health, and coping. Oxford University Press. 2011; p: 148-172.

Stroebe M. Is grief a disease? Why Engel posed the question. OMEGA: J Death and Dying. 2015;71(3): 272-279

Süleymanov A. Çağdaş türk toplumlarında aile ve evlilik ilişkileri. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 2010; (58); 197-216.

Swanson KM, Connor S, Jolley SN, Pettinato M, Wang TJ. Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. Res Nurs Health. 2007; 30(1): 2-16.

Şenelmiş H. Ankara Üniversitesi Kriz Merkezine Başvuran Yas Olguları Üzerine Bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Işık Sayıl).

Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, Montazeri A. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. Health Qual Life Outcomes. 2018; 16(1): 150.

T.C Aile Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye Aile Yapısı Araştırması Tespitler Öneriler. Turgut M, Feyzioğlu S. (Eds.). Çizge Tanıtım ve Kırtasiye Ltd. Şti. İstanbul; 2014. Erişim tarihi: 02.03.2021 <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/67-turkiye-aile-yapisi-arastirmasi-2013-tespitler-oneriler.pdf>

T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü. Türkiye’ de aile değerleri araştırması. Turgut M. (Eds.) Manas Medya Planlama Reklam Hizmetleri San. Tic. Ltd. Şti. Ankara; 2010. Erişim tarihi: 02.03.2021 <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/61-turkiyede-aile-degerleri.pdf>

Tektaş P. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh Sağlığına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, İzmir (Danışman: Prof. Dr. M. Olcay Çam).Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. Psychiatry Res. 2013; 205(1-2): 151-8.

Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları (C. T. Özcan & N. Gürhan, Trans. 6 ed.). Ankara: Akademisyen kitabevi; 2016, p: 786-806.

Tseng YF, Cheng HR, Chen YP, Yang SF, Cheng PT. Grief reactions of couples to perinatal loss: A one-year prospective follow-up. J Clin Nurs. 2017; 26(23-24): 5133-5142.

Tuğrul YG. Dindar kadınların annelik algısı: Reçel Blog ve Müslüman Anneler Blogunun karşılaştırmalı analizi. Fe Dergi. 2018; 10(2): 70-84.

Tuğrul YG. Toplumsal cinsiyet bağlamında kadınların annelik deneyimleri üzerine bir saha çalışması. Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi. 2019; (3): 71-90.

Turton P, Badenhorst W, Pawlby S, White S, Hughes P. Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. J Child Psychol Psychiatry. 2009; 50(12): 1451-8.

Turocy JM, Rackow BW. Uterine factor in recurrent pregnancy loss. Semin Perinatol. 2019; 43(2) :74-79.

Türkdoğan Ö. Ana akım medyada annelik miti. Kadın Araştırmaları Dergisi. 2013; (13):35-59.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim tarihi: 21.12.2019.

Uriko K. Dialogical self and the changing body during the transition to motherhood. Journal of Constructivist Psychology. 2019; 32(3): 221-235.

Vance JC, Boyle FM, Najman JM, Thearle MJ. Couple distress after sudden infant or perinatal death: a 30-month follow up. J Paediatr Child Health. 2002; 38(4): 368-72.

Volsten H, Jansson C, Darj E, Stavreus-Evers A. Women's experiences of miscarriage related to diagnosis, duration, and type of treatment. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018; 97: 1491–1498.

Volgsten H, Jansson C, Svanberg AS, Darj E, Stavreus-Evers A. Longitudinal study of emotional experiences, grief and depressive symptoms in women and men after miscarriage. Midwifery. 2018; 64: 23-28

Walker SB, Rossi DM, Sander TM. Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*. 2019; 79: 102552.

Walsh F. Loss and bereavement in families: A systemic framework for recovery and resilience. In Fiese BH, Celano M, Deater-Deckard K, Jouriles EN, Whisman MA. (Eds.), *APA handbooks in psychology APA handbook of contemporary family psychology: Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan*. American Psychological Association. 2019; p. 649–663.

Warland J, O'Leary J, McCutcheon H, Williamson V. Parenting paradox: parenting after infant loss. *Midwifery*. 2011; 27(5): e163-9.

Weng SC, Chang JC, Yeh MK, Wang SM, Lee CS, Chen YH. Do stillbirth, miscarriage, and termination of pregnancy increase risks of attempted and completed suicide within a year? A population-based nested case-control study. *BJOG*. 2018; 125(8): 983-990.

Werner A, Funderskov KF, Nielsen MK, Mørkholm H, Danbjørg DB, Rothmann MJ. The journey to solo motherhood - An explorative study. *Sex Reprod Healthc*. 2021; 27: 100586.

Wilkinson, J. ve Barcus, L. Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Kapucu S., Akyar İ., Korkmaz F. (Çev.). 11. Baskı. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2018.

Wilson, J. (2014). *Supporting people through loss and grief: An introduction for counsellors and other caring practitioners*. London: Jessica Kingsley Publishers.

White DL, Walker AJ, Richards LN. Intergenerational family support following infant death. *Int J Aging Hum Dev*. 2008; 67(3): 187-208.

Wright B. *Loss and Grief*, M&K Update Ltd, 2007. *ProQuest Ebook Central*.

Woo B, Wong G. *Living With Grief*. Marshall Cavendish International [Asia] Pte Ltd. 2015.

Woerner LC. Complicated grief: A case study of pathological bereavement. (Order No. 3470461, Northcentral University). ProQuest Dissertations and Theses. 2010; 148. Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/complicated-grief-case-study-pathological/docview/744105121/se-2?accountid=15340>

Wolfelt AD. Healing Your Grieving Heart After Miscarriage: 100 Practical Ideas for Parents and Families, Companion Press, 2015. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/suleyman-ebooks/detail.action?docID=2004236>

Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy, A Handbook For The Mental Health Practitioner (4 ed.). New York, United States: Springer Publishing Company; 2008

World Health Organization (WHO). Why we need to talk about losing a baby. Erişim tarihi: 20.05.2021

World Health Organization (WHO). Maternal, newborn, child and adolescent health. Erişim tarihi: 20.05.2021
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

World Health Organization (WHO). Preventing unsafe abortion. 2020 Erişim Tarihi: 02.03.2021
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.

World Health Organization. Report of a WHO technical consultation on birth spacing: Geneva, Switzerland 13-15 June 2005 (No. WHO/RHR/07.1). 2007.

Erişim tarihi: 02.03.2021
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/WHO_RHR_07.1_eng.pdf

Yavuz K, Ertem A. Türk Toplumunda Kadının Statüsüne Genel Bir Bakış. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2021; (1): 69-82.

Yeral Mİ, Coşkun B, Coşkun B, Karşlı F, Çimşir C. Tekrarlayan gebelik kaybında hematolojik parametrelerin önemi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.2019; 21(1): 85-89.

Yılmaz A. Türk kültüründe kadın. Millî Folklor. 2004;16 (61): 111-123.

Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: What psychiatrists need to know. World Psychiatry. 2009; 8(2): 67-74.

Zisook S, Iglewicz A, Avanzino J, Maglione J, Glorioso D, Zetumer S, Seay K, Vahia I, Young I, Lebowitz B, Pies R, Reynolds C, Simon N, Shear MK. Bereavement: course, consequences, and care. Curr Psychiatry Rep. 2014; 16(10): 482.

Zisook S, Pies R, Corruble E. When is grief a disease? Lancet. 2012; 379(9826): 1590.



EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Kaç yıllık evlisiniz? () 1 yıldan az () 1-3 yıl () 4-7 yıl () 8-10 yıl () 10 yıl üzeri
3. Eğitim durumu: () Okur yazar değil () Okur yazar () İlköğretim () Ortaokul () Lise () Üniversite () Lisansüstü
4. Çalışma durumu: () Evet () Hayır
5. Ailenin toplam geliri:
6. Toplam gebelik sayısı:
7. Yaşayan çocuk sayısı:
8. Daha önce gebelik kaybı yaşama durumu: Hayır () Evet ()
9. Şimdiki gebeliğin istenme/planlanma durumu:
() İstenen ve planlı bir gebelik
() İstenen, ancak planlanmayan bir gebelik
() İstenmeyen ve planlanmayan bir gebelik
10. Şimdiki kaybında gebelik haftası: Trimester:
11. Şimdiki gebelik kaybının nedeni:
12. Gebelik kaybının üzerinden geçen süre (saat):
13. Eşiniz ile olan ilişkinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? () İyi () Orta () Kötü
14. Eşinizle her sorununuzu konuşabildiğinizi düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kısmen () Kararsızım
15. Mevcut gebelik kaybında desteğini hissettiğiniz bir yakınınız var mı (eş, aile, arkadaşlar....)?
() Yok
() Var (kim/ kimler.....)
16. Eşinizin kayıp sürecinde ihtiyacınız olan desteği verdiğini düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kararsızım
17. Ailenizin (anne, baba, kayınvalide, kayınbaba, çocuk) kayıp sürecinde ihtiyacınız olan desteği verdiğini düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kararsızım
18. Sağlık personelinin kayıp sürecinde ihtiyacınız olan desteği aldığınızı düşünüyor musunuz?
() Evet () Hayır () Kararsızım

Ek-2

Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon)					
Aşağıdaki maddelerin her biri sizin gibi bebeği ile ilgili kayıp yaşayan kişilerin ifade ettikleri duygu ve düşüncelerdir. Aşağıdaki ifadeleri yanıtlarken kaybettiğiniz bebeğiniz hakkında sizin yaşadığınız mevcut duygu ve düşüncelerinizi düşünün. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun olan seçeneği işaretleyin.					
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Depresif hissediyorum.					
2. Bazı insanlarla anlaşmakta zorlanıyorum.					
3. İçimde bir boşluk hissediyorum.					
4. Normal aktivitelerimi devam ettiremiyorum.					
5. Bebeğim hakkında konuşmaya ihtiyacım var.					
6. Bebeğim için yas tutuyorum.					
7. Korkuyorum.					
8. Kaybımdan beri intiharı düşünüyorum.					
9. Ruhsal problemlerim için ilaç kullanıyorum.					
10. Bebeğimi çok özleyorum.					
11. Kayıptan sonraki hayatıma iyi uyum sağladığımı düşünüyorum.					
13. Bebeğimi düşündükçe üzülüyorum.					
14. Bebeğimi düşündüğüm zaman ağlıyorum.					
15. Bebeğimi düşündükçe kendimi suçlu hissediyorum.					
16. Bebeğimi düşündükçe fiziksel olarak kendimi hasta hissediyorum.					
17. Bebeğim öldüğünden beri kendimi tehlikeli bir dünyada korunmasız hissediyorum.					
18. Gülmeye çalışıyorum ama artık hiçbir şey komik gelmiyor.					

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

Ek-3

	T.C. SÖLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği Hizmet İçi Eğitim Birimi	Tarih: 30.07.2019 Sayı : E.122985
Sayı :26515734-600-E, Konu :Fatma PEHLİVAN'ın Tez Çalışma İzni Hk.		
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)		
İlgi : 26.04.2019 tarihli ve 71295060-302.14-E.63198 sayılı yazı		
Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nüz Doğan ve Kadın Hastalıkları Hengirelği Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma PEHLİVAN'ın danışmanlığını Dr.Öğr.Üyesi Öznur KÖRÜKÇÜ'nün yürüttüğü "Gebelerde Kayıp Yaşayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler" konulu tez çalışması incelenerek hastanemizde çalışma yapması uygun görülmüş olup,söz konusu araştırma verilerinin hastane yönetimi ile paylaşılması gerektiği hususunda;		
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim		
Prof. Dr. Tolga ATAY Başhekim V.		
Dağılımı İçin: https://bucsa.ada.ni/izmir/dağılımlar/PAGE/750E SDÜ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ DOĞU YERLEŞİMİ ÇÜNCÜ İSPARTI Tel: No: 0246 211-2300 Faks: No: 0246 211-2853 E-Posta: hastanegizli@adu.tr İnternet Adresi: www.bucsa.ada.ni		
Bilgi İçin: Havva Öner ERSOY Sönek İygi Tel No: 02462112855		
Ba evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

Ek- 4

T.C.
SÖLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkacheği

Says : 76302728/010.99-

22.04.2019

Konu : Tez Çalışma İzni (Fatma PELİLVAN)

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : 18.04.2019 tarih ve E. 59857 sayılı yazınız.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Muadilliği, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programını öğrencisi Fatma PEHLİVAN'ın tez çalışması Nisan 2019-Nisan 2020 tarihleri arasında Kadın Doğum servisinde yapması halinde uygun olur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. İlker GÜNYELİ
Kadın Hast. ve Doğum Anestezisi Dalı Başkan Yardımcısı

Posta Adress: SSK, Arçapınar ve Uygulama Bölümü, Kocaeli Tıbbi Fakültesi, Orduköy ABD, Şişli Etfak Hastanesi, 33100 Üsküdar İstanbul
Telefon: 0 216 211 9351 Fax: 0 216 217 1758 E-mail: ismail@ssk.tbb.org.tr

ISPARTA İL SAĞLIK BÜYÜKLERİ GENEL HASTANE BAŞKANLIĞI
İSTATİSTİK BİRİMİ
15.12.2019 15:20:42 15.12.2019 15:20:42


ARAŞTIRMA-GELİŞTİRME KOMİSYONU DEĞERLEN

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Fatma PEHLİVAN'ın "Gebelikte Kayıp Yıyayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırma tezi çalışmasını gebelik kaybı nedeniyle Isparta Şehir Hastanesi kadın doğum servisine yatışı yapılan hastalara uygulama talebi;

Retrospektif dosya taraması yapılmadan, kimlik ve kişisel bilgilerin herhangi bir yerde yayınlanmaması, kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacı dışında paylaşılmaması ve araştırma yapılacak bölümün kurallarına uyulması kaydı ile komisyonumuzca uygun görülmüştür.

<u>Komisyon Üyesi</u> e-imzalıdır Dr. Özlem DEMER DORUM Destek Hizmetleri Başkanı	<u>Komisyon Üyesi</u> e-imzalıdır Op. Dr. Mehmet Zafer DIRİK Kadın Hastalıkları Hizmetleri Başkanı
<u>Komisyon Üyesi</u> e-imzalıdır Dr. Mehmet Nazif AYDIN Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı	<u>Komisyon Üyesi</u> e-imzalıdır Şh. Mtd. Ramazan KORKMAZ Eğitim ve İstatistik Birim Sorumlusu

ONAY
.../11/2019

e-imzalıdır

Dr. Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Elektronik olarak onaylanmıştır. İsparta Şehir Hastanesi, 15.12.2019 15:20:42. İstatistik Birim Sorumlusu. Bu belge 3070 sayılı elektronik imza kanunu gereği gereği elektronik imza ile onaylanmıştır.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572.050.01.04- **32158**
Konu : Etik Kurul Kararı **26-02-2019**

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özmer KÖRÜKÇÜ
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
ANTALYA

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Gebelikte Kayıp Yaşayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 19/02/2019 tarih ve 64 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Yekim SEZİK
Başkan

Eki : Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dekanlığı Doğu Kampüsü 32260 - İSPARTA
Tel : 0 (246) 2113704 Faks : 0 (246) 2371165
e-posta : tipetik@sdu.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.sdu.edu.tr

Bilgi İçin : İ. Etem YETİŞEN
Bilgisayar İşletmeni
Tel : 0 (246) 2113704

Ek-6 Devam

EĞİTİM ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KABAR FORMU					
Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Üniversitemin Kayıp Vapayın Kadiminde Perisatıl Yan Sırası ve Etkileyen Fakültele 119.02.2019 tarih ve 64 sayılı Kararı			
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULU ADI	Sakarya İktisadi Üniversitesi Top Fakültesi			
	AÇIK ADRESİ	Etilik Araştırmalar Etik Kurulu Binası - 12512 KAYI-1E			
	TELEFON	246 2111204			
	FAKS	246 2111165			
	E-POSTA	etik@sakarya.edu.tr			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Özgür KÖRKEÇİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ ÜZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ PULUNUSU MERKEZİ	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi			
	VARSA İDARE SORUMLU UNVANI/AD/SOYADI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ PROF. YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/AD/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan devlet alacak kişi)				
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMsilCİSİ					
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1: ☐	FAZ 2: ☐	FAZ 3: ☐	FAZ 4: ☐
		Gözetimsel İlaç çalışması		☐	
		Tabii cinsiyet klinik araştırması		☐	
		In vivo in vivo tüm cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐	
		İlaç dışı klinik araştırma		☐	
		Diğer her beşeriyat: ☐ Anket			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
	BİLGİLENDİRİLEN BİLGİLER	Belge Adı	Tarih	Version Numarası	Durum
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Tutuklu ☐ İlgilenecek ☐ Diğer ☐
		BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLARAK FORMU	07.02.2019	01.001	Tutuklu ☒ İlgilenecek ☐ Diğer ☐
OLGU RAPOR FORMU				Tutuklu ☐ İlgilenecek ☐ Diğer ☐	
ARAŞTIRMA BİLGİLERİ				Tutuklu ☐ İlgilenecek ☐ Diğer ☐	
BİLGİLENDİRİLEN DİĞER BİLGİLER	Belge Adı			Açıklama	
	12512 KAYI-1E	☐			
	ARAŞTIRMA BİLGİLERİ	☐			
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLARAK FORMU	☐			
	12512 KAYI-1E	☐			
	OLGU RAPOR FORMU	☐			
	12512 KAYI-1E	☐			
	ARAŞTIRMA BİLGİLERİ	☐			
	12512 KAYI-1E	☐			
	12512 KAYI-1E	☐			

Üniversite Başkanı

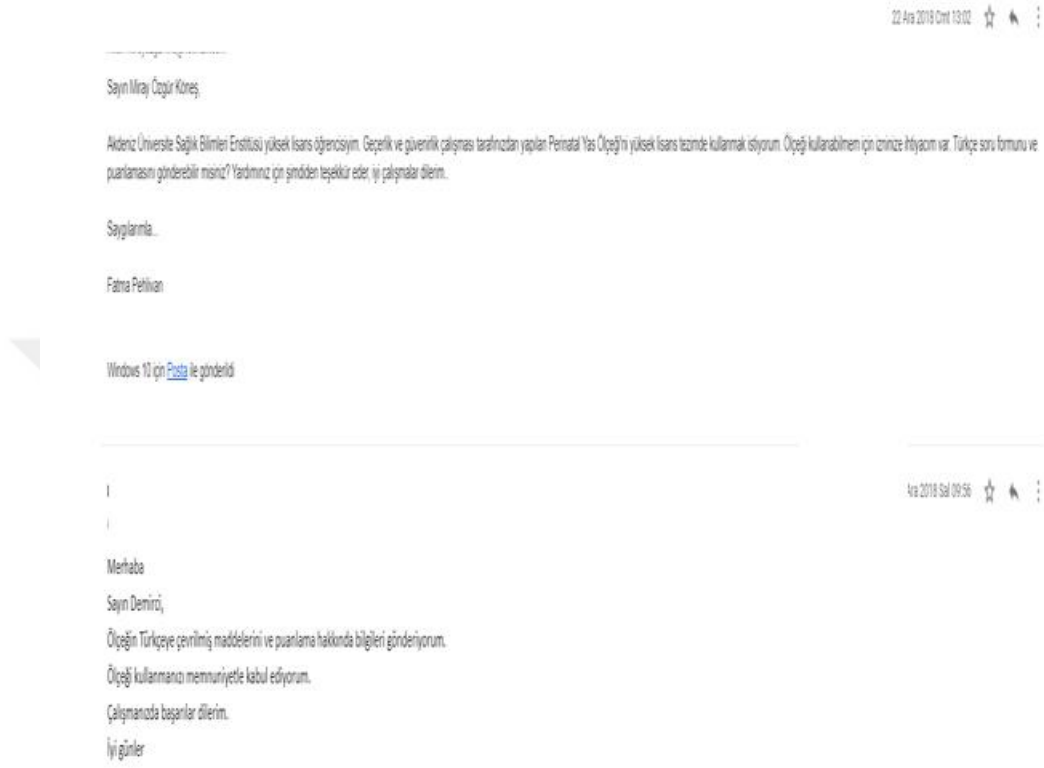
Ek-6 Devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı:		Gebelikte Kayıp Yaşayan Kadınlarada Perinatal Yas Sürücü ve Etkileyen Faktörler									
Araştırmanın Protokol Kodu:		Karar No: 64									
Tarih:		19.02.2019									
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuruya dayalı ile ilgili belgeler araştırmanın/palınmanın gerekçe, amaç, yatkınlık ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/palınmanın başvuruya dayalı ile belirlenen merkezlere gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üyeleri tarafından onaylanmıştır.										
	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU										
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu									
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mekin SEZİK									
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *						
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Prof. Dr. Mustafa TOZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Prof. Dr. Buket ARDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Prof. Dr. Ahmet Nispeti KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒						
Prof. Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Dış ve Çene Radyoloji	SDÜ Dış Hek. Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Dr. Öğretim Üyesi Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Dış Hek. Fak.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Dr. Öğretim Üyesi Abdullah Meriç ÇNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒						
Dr. Öğretim Üyesi Mehmet SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Dr. Öğretim Üyesi Gökay KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Uzman Dr. Ümit Gül YILDIZ	Kadın Hast. ve Doğum	Özel İsparta Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒						
Uzman Dr. Tuğba GÜRSOY KOCA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İsparta Şehir Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Emin ŞAHİN	Biyoimünloloji ve Genetik Teknoloji	ISÜBİT Tıbbi Bil. M.Y.O.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						
Öğretim Üyesi PARÇAKOĞLU	Devlet Dış	Ranaf	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐						

* : Toplantıda Bulunan

Ek-7



BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Gebelikte Kayıp Yaşayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmamızda verdiğiniz bilgiler, doldurduğunuz bireysel özellikler herhangi bir yerde yayınlanmayacak ve isminiz deşifre edilmeyecektir. Anketler ve veriler değerlendirildikten sonra araştırmacı tarafından yok edilecektir.

“Gebelikte Kayıp Yaşayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler” isimli çalışmamızın amacını ve benden istenenleri öğrendim. Çalışmamız içinde olmayı kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı İmza

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Uyruğu	TC
Soyadı	Pehlivan	e-posta	
Doğum tarihi			

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Nevşehir Anadolu Öğretmen Lisesi	2005
Lisans	Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2021

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011- Devam

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yök Dil	60

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Gebelikte Kayıp Yaşayan Kadınlarda Perinatal Yas Süreci ve Etkileyen Faktörler	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Koordinasyon Birim	2019-2021