



**PERİNATAL KAYIP YAŞAMIŞ KADINLARDA YAS İLE
PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Birgöl EKİCİ ÇALIŞKAN

EBELİK ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esra SABANCI BARANSEL**

Yüksek Lisans Tezi- 2025

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

**PERİNATAL KAYIP YAŞAMIŞ KADINLARDA YAS İLE PSİKOLOJİK
SAĞLAMLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Birgül EKİCİ ÇALIŞKAN

EBELİK ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Esra SABANCI BARANSEL**

**Tez Jüri Üyeleri
Dr. Öğr. Üyesi Esra SABANCI BARANSEL
Doç. Dr. Osman Tayyar ÇELİK
Doç. Dr. Sümeyye BARUT**

**MALATYA
2025**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Dr. Öğr. Üyesi Esra SABANCI BARANSEL” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “Perinatal Kayıp Yaşamış Kadınlarda Yas ile Psikolojik Sağlamlık ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki” başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 16/07/2025

Birgül EKİCİ ÇALIŞKAN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kayıp	4
2.1.1. Perinatal Dönemde Kayıp	4
2.1.2. Kayıp Sonrası Tepkiler ve Perinatal Kayıp Sonrası Yaşananlar	5
2.2. Yas	6
2.2.1. Perinatal Kayıp Sonrasında Bireysel Yas Tutma Süreci	6
2.2.2. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler	7
2.3. Psikolojik Sağlamlık	8
2.3.1. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler	8
2.3.2. Psikolojik Sağlamlığa İlişkin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler	9
2.4. Sosyal Destek	9
2.4.1. Perinatal Kayıp Sonrası Algılanan Sosyal Destek Kavramı	10
2.4.2. Perinatal Kayıp Yaşamış Kadınlara Yönelik Ebelik Yaklaşımları	11
3. MATERYAL VE METOT	12
3.1. Araştırmanın Türü	12
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	12
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	12
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	13
3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	13
3.6. Veri Toplama Araçları	13
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	13
3.6.2. Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ)	13
3.6.3. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PSÖ)	14
3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	14
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması	15

3.8. Araştırmanın Değişkenleri	15
3.9. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....	15
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA.....	22
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	25
KAYNAKLAR.....	27
EKLER.....	39
EK-1. Özgeçmiş	39
EK-2. Etik Kurul Onay Formu.....	40
EK-3. Kişisel Bilgi Formu	42
EK-4. Perinatal Yas ölçeği	43
EK-5. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PSÖ)	44
EK-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	40
EK-7. Kurum İzin Yazısı.....	45
EK-8.Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	46

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimim, yüksek lisansım, tez çalışmam ve daha sayamayacağım birçok konuda hiçbir destekten kaçınmayan, bilgisi, becerisi ve ilgisi konusunda cömert olan, düştüğün anda seni kaldırıp motive eden, seni yapabileceğine inandıran, ışığım, kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Esra SABANCI BARANSEL'e;

Derslerini hayranlıkla dinlediğim, ilham abidem, hiçbir konuda desteğinden mahrum bırakmayan, başarılı, disiplinli, gülüşüyle yürekleri ısıtan kıymetli hocam Prof. Dr. Tuba UÇAR' a;

Başım sıkışınca çekinmeden aradığım, hem lisans hem de yüksek lisansta aynı sıraları paylaştığım, hiçbir konuda yardımdan çekinmeyen canım arkadaşım Uzman Ebe Büşra İKİKAT'a;

Her şeyimi borçlu olduğum, aldığım her iyi ve kötü kararda yanımda olan, maddi ve manevi beni destekleyen canım annem, babam, kardeşim ve biricik Çağan Umut'uma;

Bu zorlu sürecimde her şekilde bana destek olan, beni motive eden, sabırla devam etmemde rolü olan kıymetli Eşim ve canımdan öte kızım Alin Çiçek'ime;

Çalışmama destek olan ve bana ilham olan tüm kadınlara sonsuz teşekkür ederim. İyi ki vardınız.

ÖZET

Perinatal Kayıp Yaşamış Kadınlarda Yas ile Psikolojik Sağlamlık ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Amaç: Araştırma, perinatal kayıp yaşamış kadınlarda sosyal destek, psikolojik sağlamlık ve perinatal yas düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek; sosyal desteğin, psikolojik sağlamlık aracılığıyla perinatal yas üzerindeki dolaylı etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve tasarımda yürütülen bu araştırma, Aralık 2023-Mayıs 2025 tarihleri arasında Malatya kadın doğum ve çocuk hastanesi hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran ve perinatal kayıp öyküsü olan 325 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Demografik Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Perinatal Yas Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda, sosyal destek ile perinatal yas düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Psikolojik sağlamlık düzeyinin de perinatal yasla negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Sosyal desteğin perinatal yas üzerindeki etkisinde psikolojik sağlamlığın anlamlı bir aracılık rolü üstlendiği görülmüştür. Model, sosyal destek ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin birlikte perinatal yas düzeylerini anlamlı düzeyde yordadığını göstermiştir.

Sonuç: Sosyal destek ve psikolojik sağlamlık, perinatal kayıp yaşamış kadınların yas sürecinde önemli koruyucu faktörlerdir. Sosyal desteğin artırılması ve psikolojik sağlamlığın geliştirilmesine yönelik psikoeğitsel ve psikososyal müdahale programlarının entegrasyonu, bu kadınların psikolojik iyilik hallerini destekleyebilir. Elde edilen bulgular, sağlık profesyonelleri için rehber niteliğinde olup, bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımlarına katkı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Perinatal Kayıp, Yas, Psikolojik Sağlamlık, Sosyal Destek, Ebe

ABSTRACT

The Relationship Between Grief and Psychological Resilience and Perceived Social Support in Women Who Have Experienced Perinatal Loss

Aim: The study was conducted to examine the relationship between social support, psychological resilience and perinatal grief levels in women who experienced perinatal loss; and to evaluate the indirect effect of social support on perinatal grief through psychological resilience.

Material and Method: This descriptive and design study was conducted with 325 women with a history of perinatal loss who applied to the Malatya Maternity and Children's Hospital Diseases and Obstetrics Outpatient Clinics between December 2023 and May 2025. Demographic Information Form, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Psychological Resilience Scale and Perinatal Grief Scale were used as data collection tools.

Results: As a result of the research, a negative significant relationship was found between social support and perinatal grief levels ($p < 0.001$). It was also found that the level of psychological resilience was negatively related to perinatal grief ($p < 0.001$). It was observed that psychological resilience played a significant mediating role in the effect of social support on perinatal grief. The model showed that social support and psychological resilience variables together significantly predicted perinatal grief levels.

Conclusion: Social support and psychological resilience are important protective factors in the grieving process of women who have experienced perinatal loss. The integration of psychoeducational and psychosocial intervention programs aimed at increasing social support and improving psychological resilience can support the psychological well-being of these women. The findings provide guidance for health professionals and contribute to individualized care approaches.

Key Words: Perinatal Loss, Mourning, Psychological Resilience, Social Support, Midwifery

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Koleji
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
PSÖ	: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
PYÖ	: Perinatal Yas Ölçeği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Araştırmanın modeli	12
Şekil 4.1. Doğrudan ve dolaylı etkiler	21



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Normallik Testi Sonuçları	17
Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=325).....	18
Tablo 4.2. Değişkenlerin korelasyon analizleri (n=325)	19
Tablo 4.3. Model uyumu	19
Tablo 4.5. Regresyon ve aracılık analizi sonuçları.....	20



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre perinatal dönem, gestasyonun 22. gebelik haftası ile başlayıp doğum sonu yedinci günü de içeren bir dönemdir. Perinatal kayıplardan olan düşük; fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanmasıdır. Düşüklerin hemen hemen bütün çoğunluğu 12-14. gestasyon haftadan önce erken düşük olarak meydana gelmektedir. Diğer bir perinatal kayıp intrauterin ex/ölü doğumlardır. Bu fetüsün anne karnında doğumdan önce ölmesi durumudur (1). Perinatal kayıplardan neonatal (yenidoğan) ölüm de; doğumdan itibaren bir ay içerisinde olan sürede bebeğin ölmesi durumudur (2). Bu süreçte yaşanan abortuslar, ölü doğumlar, perinatal ölümler ve yenidoğan ölümleri gibi durumlar da perinatal kaybı oluşturan olaylar arasında yer almaktadır (3).

Perinatal yas, hissizlik, şok yaşama, özlem, arama, karışıklık evrelerinden oluşan ve son olarak da kayıp öncesindeki denge durumuna dönülmesi adı da verilen düzenleme evresi ile tamamlanan doğal ve kaçınılmaz bir süreçtir (4). Yas sürecinde bireyler duygusal, davranışsal ve bilişsel açıdan pek çok farklı tepkiler gösterebilir ancak bu süreç genel olarak bireysel farklılıklara bağlı olarak şekillenmektedir. Yas sürecinde kişilerde bulantı, kusma, yorgunluk, baygınlık hissi, titreme, baş ağrısı ve dönmesi gibi fizyolojik semptomlar görüleceği gibi; üzüntü, stres, keder, intihara yatkınlık, depresyon gibi psikolojik travma semptomları sergileyebilmektedir (5-6). Sürecin en önemli aşaması çözünme dediğimiz düzenleme aşamasıdır. Bireyler süreç sonunda çözümlenemez veya çözümlenme süreci uzarsa; depresyon, anksiyete bozukluğu, stres bozukluğu, intihar düşüncesi gibi psikolojik sorunları da beraberinde getirecektir (7).

Psikolojik sağlık, bireylerin yaşamlarının herhangi bir döneminde yaşadıkları zorluklar, stres ve kayıp gibi durumlar karşısında bu güçlüklerle ve zor durumlara dayanabilme, güçlü davranabilme, yaşam ve yaşantısına devam edebilme sürecini de kapsayan başarı durumudur (8, 9). Literatürde psikolojik sağlık; dirençlilik, yılmazlık, sağlamlılık ve dayanıklılık olarak da adlandırılmıştır (10- 12). Yapılan çalışmalarda yüksek psikolojik sağlamlığı düzeyine sahip olan bireylerin kanser, ölüm gibi travmatik olaylar karşısında daha olumlu davranışlar sergiledikleri ve yas/ kayıp/çözümleme süreçlerini daha kolay atlattıklarını belirlenmiştir (13, 14). Bu doğrultuda psikolojik sağlık, perinatal kayıp gibi derin travmatik yaşam olayları sonrasında bireylerin yaşadıkları olumsuz duygusal etkileri minimize etmelerine, krizi yönetme kapasitelerini

artırmalarına, psikolojik dengeyi yeniden kurmalarına ve yaşamın olağan akışına uyum sağlayabilmelerine yardımcı olan önemli bir koruyucu kişilik özelliği olarak değerlendirilmektedir (11-14).

Algılanan sosyal destek ise bireyin çevresi tarafından değerli ve desteklenmiş hissetme düzeyidir ve bireyin yaşamında karşılaştığı zorlayıcı durumlarla baş etmesinde oldukça önemli bir psikososyal kaynak olarak tanımlanmaktadır (15). Sosyal destek, bireyin yalnız olmadığını hissetmesini sağlayarak öznel iyi oluşunu sürdürmesine katkı sunar (16-18). Sosyal destek kaynağının birey için anlamlı ve güvenilir olması, algılanan desteğin gücünü artırırken; etkisiz ya da yüzeysel destekler, bireyin destek alma algısını olumsuz etkileyebilir. Sosyal desteğin bireyin stres düzeyini azaltarak bazı fiziksel ve psikolojik hastalıkların iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığı; tedavi sürecine adaptasyonu kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini artırdığı bilinmektedir (18, 19). Özellikle kayıp ve travma süreçlerinde sosyal destek, kişinin yalnızlık duygusunu azaltarak yasin daha sağlıklı işlenmesine katkı sunar. Aile, arkadaş, partner ve sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destek, bireyin duygusal dengesini yeniden kurmasına ve yaşama yeniden tutunmasına yardımcı olabilir (15-19).

Ancak yapılan literatür taramasında, perinatal kayıp yaşayan kadınlarda yas süreci ile psikolojik sağlık ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi aynı anda ele alan bütüncül bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özellikle bu üç değişkenin birlikte değerlendirilmesi, perinatal yasin daha iyi anlaşılması ve bu süreci etkileyen faktörlerin ortaya konması açısından önem arz etmektedir.

Bu bağlamda, bu çalışma perinatal kayıp yaşamış kadınlarda yas süreci ile psikolojik sağlık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçlamakta ve bu konudaki literatüre katkı sağlamasını hedeflemektedir. Elde edilecek bulgular, kadın doğum kliniklerinde psikososyal destek ihtiyacının önemine ışık tutarak, sağlık profesyonellerinin perinatal kayıp yaşayan kadınlara daha bütüncül ve duyarlı bir yaklaşım geliştirmesi konusunda katkı sunacaktır.

Hipotezler:

H1. Kayıp yaşayan kadınlarda sosyal destek perinatal yas ile negatif yönde ilişkilidir.

H2. Kayıp yaşayan kadınlarda sosyal destek psikolojik sağlık ile pozitif yönde ilişkilidir.

H3. Kayıp yaşayan kadınlarda psikolojik sağlık perinatal yas ile negatif yönde ilişkilidir.

H4. Kayıp yaşıyan kadınlarda sosyal destek ile perinatal yas arasındaki ilişkiye psikolojik sağlamlık aracılık eder.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kayıp

Kayıp, bireylerin yaşamları boyunca çeşitli dönemlerde deneyimleyebileceği hem duygusal hem de psikolojik olarak derin etkiler yaratan bir durumdur. Genellikle bir kişinin, nesnenin ya da ilişkinin sona ermesini ifade eder ve kaybetme, yitirme, ayrılma ya da vazgeçme gibi durumları kapsar (20, 21). Her bireyin kayba verdiği tepki; kişisel geçmiş, başa çıkma becerileri ve çevresel etmenler gibi faktörlere göre değişiklik gösterebilir (22, 23). Bazı bireyler kaybı geçici bir durum olarak kabul edip zamanla uyum sağlarken, bazıları bu süreci olağandışı biçimde deneyimleyebilir ve psikolojik ya da fizyolojik sorunlar yaşayabilir. Bu nedenle kayıp, bireylerin yaşamında farklı şiddetlerde ve sürelerde deneyimlenebilen çok boyutlu bir süreçtir (24–26).

Wilson, durumsal ve gelişimsel kayıplar olmak üzere kayıpları iki temel gruba ayırmaktadır. Durumsal kayıplar, sevilen birinin ölümü, hastalık, iş kaybı, boşanma, gebelik kaybı ya da şiddet gibi dışsal ve çoğunlukla ani gelişen olayları kapsar. Gelişimsel kayıplar ise yaşam döngüsü içinde doğal olarak ortaya çıkan, büyüme ve değişim süreçlerine bağlı kayıplardır. Gelişimsel kayıplar, bireyin ileriki yaşamında daha büyük kayıplara karşı dayanıklılık geliştirmesini sağlayabilir (27-29). Kayıp deneyimi genellikle yas sürecini başlatır. Yas, bireyin kayba uyum sağlamasında rol oynayan; duygusal, bilişsel ve sosyal boyutları olan, aynı zamanda bireysel özellikler ve kaybın niteliğine göre değişiklik gösteren karmaşık bir süreçtir (30- 32). Bu nedenle, kayıp deneyiminin ardından başlayan yas sürecini sağlıklı bir şekilde yönetmek adına kaybı ve kaybın getirilerini tanımlayabilmek son derece önemlidir (27-31).

2.1.1. Perinatal Dönemde Kayıp

Perinatal kayıp, genellikle gebeliğin ileri dönemlerinde veya doğum sonrası ilk günlerde meydana gelen fetal ya da yenidoğan ölümlerini kapsayan bir durumdur. Bu kayıplar; düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm olmak üzere üç ana başlık altında sınıflandırılır (33–37). Düşük, genellikle 20. gebelik haftasından önce gerçekleşen istemsiz gebelik kaybıdır ve en sık nedenleri arasında kromozomal ve genetik anomaliler yer alır (38). Ölü doğum, fetüsün 20. haftadan sonra ancak doğumdan önce yaşamını yitirmesi durumudur ve anne sağlığı ya da fetüste ciddi anomalilerle ilişkilidir (39). Neonatal ölüm ise doğum sonrası ilk 28 gün içinde gerçekleşir; çoğunlukla doğumsal

anomaliler, prematürite, enfeksiyon ve doğum travması gibi etkenlerden kaynaklanır (40).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 500 gram ve üzeri bebeklerin doğum öncesi ya da sonrası yaşamını yitirmesini perinatal kayıp kapsamında değerlendirir (41). Bu tanım, doğumdan önceki dönem ile doğum sonrası ilk 7 günü kapsar. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG) ise perinatal kaybı, gebeliğin 22. haftasından itibaren meydana gelen tüm kayıpları içerecek şekilde tanımlar (42). Perinatal kayıpların tanımı ve sıklığı ülkeler arasında farklılık gösterir. Avrupa'da bu kayıplar 16–28. haftalar arasında tanımlanırken, ABD'de sınır 20. hafta, Avustralya'da 20. haftadan doğum sonrası 28. güne kadar, Birleşik Krallık'ta ise 24. haftadan doğum sonrası 7 veya 28. güne kadar olan dönemdir (43). Bu farklılıklar, ülkelerin sağlık sistemlerine, doğum hizmetlerine erişime ve toplumsal koşullara bağlı olarak şekillenmektedir (33–35).

2.1.2. Kayıp Sonrası Tepkiler ve Perinatal Kayıp Sonrası Yaşananlar

Kayıp, bireyin yaşamında önemli bir varlık, kişi ya da unsurun yitilmesiyle oluşan, derin duygusal ve psikolojik etkiler doğurabilen bir durumdur. Bu tür deneyimler, bireylerin yaşamlarında dönüm noktası oluşturabilir ve kayıpla verilen tepkiler, kaybın türüne, bireyin psikolojik dayanıklılığına ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir (44).

Perinatal kayıp, gebelik sürecinde ya da doğumun hemen sonrasında yaşanan bebek kayıplarını kapsamakta olup, anne ve babalar üzerinde ciddi duygusal travmalara yol açmaktadır. Özellikle son 30–40 yılda bu alanda yapılan araştırmalar, perinatal kayıp yaşayan ebeveynlerin hem psikolojik hem de sosyal yönden yoğun etkiler yaşadığını ve bu kayıpların sonraki gebelikler ile doğum süreçlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (45–50). Kayıp sonrası kadınlarda depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi ruhsal problemler yaygın biçimde görülmekte ve bu sorunlar özellikle bir sonraki gebelikte daha belirgin hale gelebilmektedir (46, 47). Bu süreç yalnızca ruhsal bozulmalarla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda duygusal bağlanma süreçlerini de etkilemektedir. Araştırmalar, perinatal kayıp yaşayan kadınlarda fetal bağlanmanın azaldığını ve bunun gebelik anksiyetesiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (47–49). Öte yandan, perinatal kayıplar sonrasında bireyler zamanla psikolojik iyileşme ve olgunlaşma süreçlerine de girebilirler. Yas tutma süreci, bireylerin geçmişte yaşadıkları diğer kayıplarla yüzleşmelerine, duygusal olarak güçlenmelerine ve yeniden yapılanmalarına imkân tanır. Bu dönemde bireyin yaşama yeniden tutunması,

psikolojik dayanıklılığını artırabilir (44, 50). Kayıpla başa çıkma süreci yalnızca bireysel çabayla değil, aynı zamanda sosyal destek sistemleri ve çevresel koşullarla da şekillenir. Güçlü bir sosyal destek ağı, iyileşmeyi kolaylaştırırken; profesyonel psikolojik destek ve terapötik müdahaleler, özellikle anksiyete, depresyon ve TSSB gelişimini önlemede kritik rol oynar (48, 49).

2.2. Yas

Yas, kayıplar sonrası bireylerin deneyimlediği duygusal ve psikolojik süreçleri ifade eder ve genellikle kayıp ile birlikte yaşanan karmaşık duygusal tepkiler olarak tanımlanır. Yas süreci, bir kaybın ardından yaşanan duygusal karmaşayı anlamlandırma çabasıdır ve her birey için farklı bir deneyim sunar. Yasın deneyimlenme biçimi, kültürel faktörler, yaş, cinsiyet gibi kişisel değişkenlerle şekillenir ve her bireyin kayba verdiği tepki farklı olabilir (51- 53). Yas sürecine dair birçok kuram geliştirilmiş olsa da Elisabeth Kübler-Ross'un yas sürecini beş evrede tanımladığı modeli, psikoloji ve psiko-sosyal alanlarda en çok kabul gören ve yaygın olarak kullanılan yaklaşımdır. Kübler-Ross, ölüm ve kayıp üzerine yaptığı çalışmalarda, kayıp yaşayan bireylerin genellikle beş farklı evreden geçtiğini gözlemlemiştir. Bu evreler, kaybın duygusal etkileriyle başa çıkmanın ve kabul sürecinin aşamalarını yansıtmaktadır (54).

İlk evre olan inkâr, bireyin kaybı kabullenemediği, durumu reddettiği ve bir yanlışlık olduğunu düşündüğü bir şok durumudur. İkinci evre olan öfke, kaybın getirdiği acı ve çaresizlikle bireyin kendisine veya çevresine yönelttiği yoğun bir duygusal tepkidir. Üçüncü evre pazarlıkta ise birey, kaybı geri alabilmek ya da zaman kazanmak adına Tanrı veya başka güçlerle anlaşma yapma düşüncesine kapılabilir. Dördüncü evre olan depresyon, kaybın gerçekliğiyle yüzleşmenin getirdiği yoğun üzüntü, yalnızlık ve umutsuzluk hissinin baskın olduğu bir süreçtir. Son evre olan kabullenme ise bireyin kaybı yaşamın bir parçası olarak kabul edip yeni bir denge arayışına yöneldiği iyileşme dönemini temsil eder (54- 56).

2.2.1. Perinatal Kayıp Sonrasında Bireysel Yas Tutma Süreci

Perinatal kayıp, ebeveynler için son derece zorlu ve travmatik bir deneyimdir. Bu tür kayıplar, yaşamı derinden etkileyen, karmaşık ve uzun süreli duygusal süreçlere yol açabilir (57-59). Perinatal kayıp sonrası yas süreci, bireylerin psikolojik dayanıklılığını zorlayabilecek bir süreçtir ve bazen yıllar sürebilen bir iyileşme dönemini gerektirebilir (60-64). Yas, kaybın ardından yaşanan acı, üzüntü ve keder duygularının ifadesi olarak,

hem biyolojik hem de psikolojik bir yanıt olarak ortaya çıkar. Bu yanıtın sağlıklı bir şekilde işlenmesi, kayıpların kabul edilmesi ve bireysel iyileşme sürecinin tamamlanabilmesi için kritik öneme sahiptir (63-69). Perinatal kayıptan sonra yas, yalnızca bir bireysel kaybı değil, aynı zamanda geleceğe dair umutların, planların ve hayallerin yitirilmesini de kapsar (70, 71). Her bireyin yas süreci farklıdır; bazı kişiler duygularını dışa vururken, bazıları içine kapanabilir. Yasın süresi, yoğunluğu ve etkileri bireyin kişilik özellikleri, geçmiş yaşam deneyimleri, sosyal destek düzeyi ve kültürel faktörlere göre büyük farklılık gösterebilir (60, 63, 64). Yapılan araştırmalar, perinatal kayıpların anneler üzerinde yalnızca şok, inkâr, suçluluk, uyku ve yeme bozuklukları ile anksiyete gibi kısa vadeli değil, majör depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve sonraki gebeliklerde yoğun kaygı gibi uzun vadeli psikolojik etkiler bırakabileceğini ortaya koymaktadır (58, 62, 72).

2.2.2. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler

Yas süreci bireyden bireye büyük farklılıklar gösterebilir ve bu farklılıklar, çeşitli kişisel, ilişkisel ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenir. Bireylerin kayba verdikleri tepkiler; kimi zaman hemen ortaya çıkarken, bazı durumlarda gecikebilir ya da başlangıçta bastırılabilir (67). Yasın şekillenmesinde en temel etkenlerden biri, kaybedilen kişiyle kurulan bağın niteliğidir. Örneğin bir ebeveynin çocuk kaybı, bir arkadaş kaybına kıyasla çok daha yoğun ve uzun süreli bir yas sürecine neden olabilir (73). Ölümün ani ya da beklenen oluşu da bu süreci etkileyen önemli bir unsurdur; ani ölümler genellikle daha travmatik ve karmaşık yas tepkileriyle ilişkilidir (74). Özellikle perinatal kayıplarda yasın yoğunluğu, fetüsün gebelik yaşı ve doğum öncesi gelişim düzeyiyle bağlantılı olabilmektedir (75, 76).

Bireyin kişisel özellikleri de yas sürecinde belirleyicidir. Genetik yatkınlık, kişilik yapısı, önceki kayıplarla baş etme deneyimi, bağlanma stilleri ve mevcut psikolojik durum (anksiyete, depresyon gibi) bu süreci doğrudan etkileyebilir (69, 77). Örneğin daha önce kayıp yaşamış ve bu kayıpla sağlıklı bir şekilde başa çıkabilmiş bireyler, yeni bir kaybı daha etkili yönetebilirken, daha önce hiç kayıp yaşamamış bir kişi bu süreçte daha fazla zorlanabilir. Yas sürecinin sağlıklı ilerleyebilmesi açısından sosyal destek kritik bir rol oynar. Aile üyeleri, arkadaşlar ve sosyal çevre tarafından sağlanan duygusal ve pratik destek, bireyin kayıpla başa çıkmasını kolaylaştırabilir (68). Ayrıca, sosyal çevrenin kayıpla ilgili tutumu da önemlidir. Açık ve destekleyici bir iletişim süreci iyileşmeyi

kolaylaştırırken, kaybı bastırmaya yönelik tutumlar bireyin yas sürecini olumsuz etkileyebilir.

2.3. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik Sağlamlık, bireylerin travmatik olaylarla karşılaştıklarında psikolojik iyilik hallerini koruyabilme veya yeniden inşa etme kapasitesidir. Perinatal kayıp, kadının hem fiziksel hem de duygusal dünyasında derin etkiler bırakan bir travmadır. Bu kayıplar, yalnızca kaybedilen bebeğin fiziksel varlığıyla değil, aynı zamanda annelik rolü, geleceğe yönelik beklentiler ve yaşam planlarıyla ilgili de büyük bir travmatik yıkım yaratabilir (78). Perinatal kayıp sonrası, kadınların iyileşme süreçleri ve psikolojik sağlamlıkları, travmanın şiddetine, kişisel özelliklere ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişir (79). Psikolojik sağlamlık, kayıp yaşayan kadınların travmalarla başa çıkma becerilerini ve bu süreçten iyileşme kapasitelerini belirleyen temel bir faktördür (80).

Psikolojik sağlamlık, sadece bireysel içsel güç ve dayanıklılıkla ilgili değildir; aynı zamanda çevresel ve toplumsal destek faktörleriyle şekillenir (81). Yapılan araştırmalar, psikolojik sağlamlık ve sosyal desteğin birleşiminin, kadınların travma sonrası başa çıkma stratejilerini geliştirmelerinde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (82). Kayıp yaşayan kadınlar, çevrelerinden aldıkları destekle, yalnızlık duygularını hafifletebilir ve duygusal dengeyi sağlayarak daha sağlıklı bir iyileşme süreci yaşayabilirler (83). Bu nedenle, psikolojik sağlamlık, yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda çevresel destekle şekillenen bir süreçtir. Perinatal kayıplarda, kadınların iyileşme sürecinde güçlü başa çıkma stratejileri ve sosyal destek ağlarının geliştirilmesi, psikolojik sağlamlıklarını artırarak, iyileşme süreçlerini hızlandırır ve yaşam kalitelerini iyileştirir (80, 82).

2.3.1. Psikolojik Sağlamlığı Etkileyen Faktörler

Psikolojik sağlamlık, bireylerin karşılaştıkları zorluklarla başa çıkma ve bu süreçten güçlenerek çıkabilme yeteneklerini tanımlar. Bu süreç, sadece bireysel özellikler ve içsel kaynaklarla değil, aynı zamanda çevresel faktörler ve sosyal destekle şekillenir (84, 85). Psikolojik sağlamlık, bireylerin maruz kaldıkları risk faktörleri ve bu risklere karşı geliştirilen koruyucu faktörler arasındaki etkileşimle büyük ölçüde belirlenir. Risk faktörlerinin varlığı, psikolojik sağlamlığın oluşumunu engellemese de, bu faktörlerin etkilerini dengeleyebilmek için koruyucu faktörlerin bulunması gereklidir. Risk faktörleri, bireyin yaşamında stres yaratan unsurlar olarak kabul edilirken, koruyucu

faktörler bu stres faktörlerinin etkisini hafifletir veya ortadan kaldırır (86). Bu nedenle, psikolojik sağlık, sadece olumsuz koşulların varlığından bağımsız değil, aynı zamanda bu koşullarla başa çıkabilme yeteneğinden de etkilenir (84, 87).

2.3.2. Psikolojik Sağlamlığa İlişkin Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan çalışmalarda, risk faktörlerinin varlığı, bu sürecin anlaşılmasında temel bir ön koşul olarak kabul edilmektedir. Birçok araştırma, psikolojik sağlamlığın, risk faktörlerinin varlığına rağmen gelişebileceğini, ancak bu süreçte bireylerin karşılaştıkları engelleri aşabilmelerine yardımcı olan koruyucu faktörlerin de bulunduğunu vurgulamaktadır (88). Risk faktörleri; bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç ana grupta incelenmektedir.

Bireysel risk faktörleri, psikiyatrik hastalıklar, travmalar, erken doğum, adolesan gebelikler, madde bağımlılığı, düşük özsaygı ve yaşam doyumu gibi bireyin içsel zorluklarını içerir (84- 86). Bu faktörler, psikolojik esneklik eksikliği ile birlikte bireylerin travmalara karşı duyarlılığını artırabilir (87). Ailesel risk faktörleri ise aile içi şiddet, boşanma, olumsuz ebeveyn tutumları ve düşük sosyoekonomik düzey gibi aile kaynaklı stres etkenlerini kapsar (89, 90). Bu durumlar, bireyin duygusal ve sosyal gelişimini olumsuz etkileyebilir (80). Çevresel risk faktörleri arasında yoksulluk, işsizlik, akran zorbalığı, sosyal şiddet, doğal afetler ve toplumsal çatışmalar yer alır. Bu faktörler, bireylerin dayanıklılığını azaltabilir (91, 92). Öte yandan, koruyucu faktörler, stresin etkilerini azaltarak bireyin psikolojik iyilik halini destekler (88, 93). Bireysel koruyucu faktörler arasında olumlu kişilik özellikleri, öz farkındalık, yüksek özsaygı, problem çözme becerisi, özgüven, duygusal düzenleme becerileri ve psikolojik esneklik yer alır (85, 94, 95). Ailesel koruyucu faktörler, destekleyici ebeveyn tutumları, sevgi dolu ilişkiler, yüksek sosyoekonomik ve eğitim düzeyi gibi unsurları içerir (96, 97). Bu faktörler, bireyin travmalara karşı dayanıklılığını artırır. Çevresel koruyucu faktörler ise sosyal destek ağları, güvenli yaşam koşulları, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişim, toplumsal katılım ve destekleyici sosyal ilişkilerden oluşur (98, 99). Bireylerin sosyal çevrelerindeki destekleyici ve yapıcı ilişkiler, psikolojik sağlamlıklarını artırarak, karşılaştıkları stresli durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olur (99).

2.4. Sosyal Destek

İnsan, doğası gereği sosyal bir varlık olup, yaşamı boyunca sosyal ilişkilere ihtiyaç duyar (100, 101). Aile, arkadaşlar ve sosyal çevre, bireylerin sosyal destek ağlarının

temelini oluşturur. Sosyal destek, bireylerin duygusal, psikolojik ve fiziksel sağlıklarını iyileştirirken, yaşam kalitesini artırır, sağlıklı ilişkiler kurmalarına yardımcı olur ve stresle başa çıkma becerilerini güçlendirir (102-107). Kohut, sosyal desteğin bireylerin kendilerini değerli ve takdir edilmiş hissetmelerini sağlayarak sağlıklı benlik gelişimi için temel bir ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır (106). Sosyal destek teorisi, Lewin'in Alan Kuramı'na dayanır. Lewin, çevrenin, özellikle psikolojik çevrenin bireylerin davranışlarını şekillendirdiğini ve destekleyici çevrelerin olumlu davranışların gelişmesine katkı sağladığını belirtmiştir (107, 108). Bu nedenle sosyal destek, stresle başa çıkmanın yanında sağlıklı psikolojik gelişim için de önemli bir yapı taşıdır (109-117). Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkisi iki modelle açıklanır. Temel Etki Modeli, sosyal desteğin ruhsal iyilik halini doğrudan iyileştirdiğini ve genel sağlık düzeyini artırdığını öne sürer. Tampon Etkisi Modeli ise sosyal desteğin, stresli yaşam olaylarında koruyucu rol oynayarak bireyin baş etme becerilerini güçlendirdiğini savunur (114). Zimet ve Farley, geniş ve çeşitli sosyal ağlara sahip bireylerin stresle başa çıkmada daha başarılı olduklarını ve sosyal destek kaynaklarının çeşitliliğinin yaşam kalitesi ile psikolojik sağlamlık üzerinde belirleyici olduğunu belirtmiştir (118).

2.4.1. Perinatal Kayıp Sonrası Algılanan Sosyal Destek Kavramı

Perinatal kayıp; doğum öncesi, doğum sırası ya da hemen sonrasında meydana gelen bebek kayıplarını ifade eder ve ebeveynler üzerinde derin psikolojik etkiler yaratabilir. Bu süreçte bireyin yaşadığı travmayla başa çıkmasında sosyal destek, koruyucu bir faktör olarak önemli rol oynar. Sosyal destek, yalnızca fiziksel yardımı değil, bireyin bu desteği nasıl algıladığını da içeren çok boyutlu bir yapıdır (119, 120). Özellikle perinatal kayıplarda, sosyal destek bireyin stresle baş etmesini kolaylaştırır ve iyileşme sürecini hızlandırır (120, 121).

Kayıp yaşayan bireyler sıklıkla yalnızlık, suçluluk ve dışlanmışlık hissi yaşayabilir. Kadınlar ise toplumsal normlar nedeniyle duygularını yeterince ifade edemeyebilir ya da çevrelerinden yeterli anlayışı göremeyebilir. Bu noktada, aile üyeleri ve arkadaşların empatik tutumu, duygusal yükün hafifletilmesinde kritik öneme sahiptir (122). Ancak sosyal desteğin yalnızca varlığı değil, birey tarafından nasıl algılandığı da belirleyicidir (114, 122). Algılanan sosyal destek, bireyin çevresinden aldığı yardımın anlamlı ve güvenilir bulunmasıyla ilgilidir. Bu bağlamda, destek yalnızca aileyle sınırlı kalmamalı; arkadaşlar, sağlık profesyonelleri ve toplumsal ağlar da sürece dahil olmalıdır. Özellikle sağlık çalışanlarının, kayıp yaşayan bireylerin duygusal ihtiyaçlarına

duyarlı yaklaşımlar sergilemesi, iyileşme sürecini olumlu etkiler (123). Hobfoll'un "Kaynakların Korunması Teorisi"ne göre ise sosyal destek, bireyin kaybettiği psikolojik kaynakları yeniden inşa etmesine yardımcı olan bir koruyucu mekanizmadır (109). Bu teori bağlamında, sosyal destek; yalnızca rahatlama sağlayan değil, aynı zamanda bağ kurma, aidiyet hissetme ve psikolojik yeniden yapılanma süreçlerini destekleyen temel bir unsurdur.

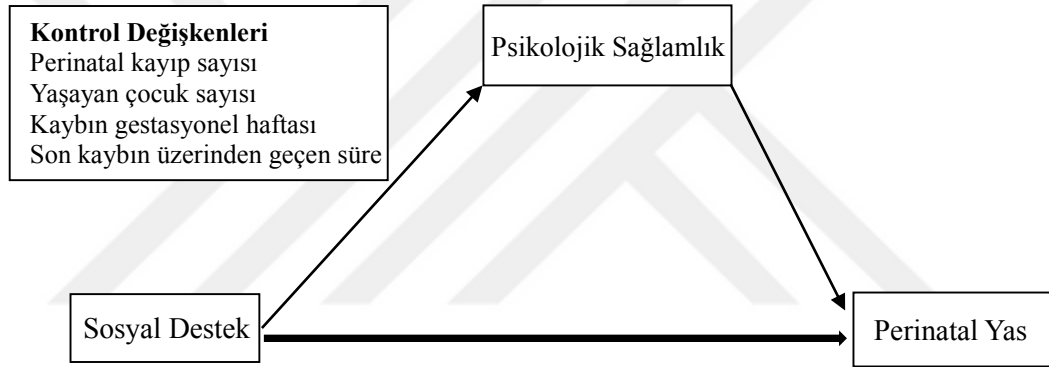
2.4.2. Perinatal Kayıp Yaşamış Kadınlara Yönelik Ebelik Yaklaşımları

Perinatal kayıplar bireyde fiziksel bir travma oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda kadının duygusal iyileşmesini zorlaştırarak psikolojik ve sosyal işlevselliğini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (126). Bu süreçte bireyin yalnızca içsel duygusal durumu değil, aynı zamanda sosyal çevresiyle olan ilişkileri ve toplum içindeki rolü de değişime uğrayabilir. Bu bağlamda, ebeler, perinatal kayıp yaşayan kadınların yas sürecini sağlıklı bir şekilde geçirebilmelerinde kritik bir rol üstlenmektedir. Ebelik yaklaşımı, yalnızca fiziksel iyileşmeye odaklanmaktan öte, kadının yaşadığı kaybın psikolojik ve duygusal boyutlarını da kapsamalıdır. Ebeler; kadınların yas sürecini anlamalarına yardımcı olmak, duygularını ifade etmeleri için güvenli bir alan sağlamak ve gerektiğinde profesyonel psikolojik destek almalarını teşvik etmekle sorumludur (127). Empatik bir yaklaşımla hareket eden bir ebe, kadının duygusal boşluklarını fark ederek ona anlamlı destek sunabilir. Ayrıca, kadının algıladığı sosyal destek ağlarını güçlendirmek adına, onu aile üyeleri, arkadaşlar ve sosyal çevresiyle daha etkin bir şekilde iletişim kurmaya teşvik edebilir. Bu noktada ebe, kadının çevresindeki destek sistemlerini tanımasına ve bu kaynaklardan daha fazla faydalanmasına aracılık eden önemli bir figür haline gelir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, kesitsel tarama deseninde yürütüldü. Çalışmada, belirlenen hipotezler doğrultusunda kavramsal bir model geliştirilmiş ve bu model Şekil 3.1’de sunuldu. Modelde, sosyal destek ana bağımsız değişken, psikolojik sağlamlık aracı değişkeni perinatal yas bağımlı değişken olarak yer aldı. Aynı zamanda perinatal kayıp sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kaybın gestasyonel haftası ve son kaybın üzerinden geçen süre modelde kontrol değişkenleri olarak yer almaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın modeli

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde Aralık 2023-Mayıs 2025 tarihleri arasında yürütüldü. Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 6 adet kadın doğum polikliniği mevcuttur. Her poliklinikte bir doktor ve bir ebe veya hemşire görev yapmaktadır. Bu polikliniklere hastane kayıtlarına göre 2023 yılı içinde 88.690 kadın başvurmuştur. Polikliniklerle aynı katta verilerin toplanabileceği sorumluluğu bir ebeye ait olan gebe okulu bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerine müracaat eden kadınlar oluşturdu. Örneklemi ise araştırmaya katılmayı kabul eden ve alınma kriterlerini sağlayan kadınlar oluşturdu. Power analizi yapıldığında

örneklem büyüklüğü; %5 yanılğı düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneğı 383 olarak hesaplandı. Ancak, veri toplama süreci sonunda araştırma, kriterlere uyan ve eksiksiz veri sağlayan 325 kadınla tamamlandı. Nicel araştırmalarda istatistiksel analizlerin gücünü artırmak için örneklem büyüklüğünün genellikle en az 200 olması önerilmiştir. Ayrıca, çok değişkenli analiz literatürünün gelişimini özetleyen Black ve Babin'in incelemesi, bu büyüklükteki örneklemelerin etkili analizler için sıkça tercih edildiğini belirtmektedir (Tabachnick & Fidell, 2013; Hair, Black, Babin & Anderson, 2019).

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Perinatal kayıp yaşamış kadınlar,
- 18 yaş üstü kadınlar,
- Annede herhangi bir zihinsel engel veya psikiyatrik tanının olmaması

3.5. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir soruna sahip olan (Türkçe bilmemek, işitme, konuşma ve anlama yeteneklerinde bozukluğa sahip olmak gibi)

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Perinatal Yas Ölçeğı, Psikolojik Sağlamlık Ölçeğı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğı ile toplandı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda geliştirilmiştir. Formda kadının yaşı, mesleğı, eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerini, yaşayan çocuk sayısı gibi obstetrik özelliklerini sorgulayan 20 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Perinatal Yas Ölçeğı (PYÖ)

Ölçek, 1988 yılında Toedter ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Perinatal kayıp sonrası yaşanan yasin derecesini kapsamlı olarak değerlendirmektedir. Ülkemiz 'de Köneş ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek; Aktif Keder (1, 3, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 18, 26.maddeler), Başa Çıkma

Zorlanma (2, 4, 8, 11, 20, 23, 24, 25, 27, 29, 32.maddeler) ve Umutsuzluk (9, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 28, 30, 31. 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 artıka bireyin yas düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.95 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.91 olarak belirlendi.

3.6.3. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PSÖ)

Connor ve Davidson (37) tarafından bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Kararırmak (36) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tiptedir ve 25 sorudan oluşmaktadır. Her madde hiç doğru değil (0 puan) ile her zaman doğru (4 puan) olmak üzere değerlendirilmektedir ve ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100 dür. Puanın artışı bireyin psikolojik sağlamlık düzeyinin de artışı göstermektedir. Ölçeğin 25 maddesinin bir bütün olarak değerlendirilmesinin ve ölçeğin tümünden elde edilen tek bir toplam puan üzerinden çalışılmasının uygun olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin kesme puanı bulunmamaktadır. Ölçek; azim ve kişisel yetkinlik (madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25), negatif olaylara tolerans (madde 4, 6, 7, 8, 13, 14), ve manevi eğilim (madde 2, 3, 9, 20) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.84 olarak belirlendi.

3.6.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Ölçek, Zimet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilmiş (20), Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (21). Özel insan, aile ve arkadaşan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmektedir. Uygulaması kolay ve kısa sürmektedir. Ölçek özel insan, aile ve arkadaşan oluşan üç alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar özel insan (1, 2, 5, 10), aile (3, 4, 8, 11) ve arkadaşır (7, 6, 9, 12). Gruplar dörder soru içermekte olup ölçek toplam 12 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte bulunan her bir madde yedi aralıklı bir ölçekle puanlandırılmıştır. Ölçek alt boyut puanlaması, alt boyutta bulunan dört maddenin puanlarının toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçek toplam puanı ise alt boyutlardan elde edilen puanların

toplanması ile belirlenmektedir. Alt boyutlarda en az dört en fazla 28 puan alınabilmekte iken ölçek toplamında en az 12 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği algılanan sosyal desteğin yüksekliğini, puanın az olması ise ya var olan desteğin algılanmadığını ya da sosyal desteğin az olduğunu göstermektedir. ÇBASDÖ 2001 yılında Eker ve ark. tarafından tekrar gözden geçirilmiştir. Bu araştırmada ölçeğin gözden geçirilmiş bu son formu kullanılmıştır. Eker ve ark. ölçeğin toplam Cronbach alfa kat sayısını 0.89 belirlemişlerdir (22, 23). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.92 olarak belirlendi.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler, Aralık 2023-Mayıs 2025 tarihleri arasında Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine herhangi bir jinekolojik sebeple kontrol amaçlı başvuran kadınlardan muayene sonrası toplandı. Veriler araştırmacı tarafından poliklinikle aynı katta bulunan gebe eğitim odasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edildi. İlk aşamada kadınlara araştırmanın amacı açıklandı ve katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları uygulandı. Veri toplama araçları yaklaşık 20 dakikada uygulandı.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Perinatal yas düzeyi

Bağımsız değişken: Sosyal destek düzeyi

Aracı değişken: Psikolojik sağlamlık düzeyi

Kontrol değişkenleri: Perinatal kayıp sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kaybın gestasyonel haftası, son kaybın üzerinden geçen süre

3.9. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi

Verilerin analizinde SPSS 26 paket programı kullanılarak, Hayes'in (2022) geliştirmiş olduğu PROCESS makrosu kapsamında Model 4 aracılığıyla basit aracılık analizi gerçekleştirildi. Bu modele geçilmeden önce, verilerin tek bir kaynaktan toplanmış olması nedeniyle ortaya çıkabilecek ortak yöntem yanlılığı (common method bias) riski değerlendirilmiştir. Bu amaçla, literatürde yaygın olarak kullanılan istatistiksel yöntemlerden biri olan Harman'ın tek faktör testi (Harman's single-factor test) uygulandı (158). Bu test kapsamında tüm değişkenler dahil edilerek açımlayıcı faktör analizi (Exploratory Factor Analysis – EFA) gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda özdeğeri 1'in

üzerinde olan 14 faktör elde edilmiş, faktörlerden en yüksek verideki toplam varyansın yalnızca %15,855'ini açıklamıştır. Elde edilen bu bulgular, verilerde tek bir faktörün baskın olmadığını ve dolayısıyla ortak yöntem yanlılığının analiz sonuçlarını anlamlı biçimde saptırma riskinin düşük olduğunu göstermektedir.

Ortak yöntem yanlılığı kontrol altına alındıktan sonra veriler üzerinde korelasyon analizleri ve betimleyici istatistikler incelenmiş, değişkenler arası ilişkiler değerlendirildi. Bu ön değerlendirmelerin ardından, yapısal geçerliliği test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory Factor Analysis – CFA) uygulandı. Ölçüm modelinin veriye uygunluğunu değerlendirmek için, literatürde yaygın olarak kabul gören çeşitli uyum indekslerinden yararlanıldı. Bu kapsamda ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/df), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Tucker-Lewis İndeksi (TLI), Kök Ortalama Kare Yaklaşım Hatası (RMSEA) ve Standartlaştırılmış Kök Ortalama Kare Kalıntı (SRMR) değerleri dikkate alındı (154,155). Elde edilen değerler modelin yeterli düzeyde uyum sağladığını göstermiştir. Ayrıca Tablo 3.1' de araştırmaya ait ölçeklerin çarpıklık ve basıklık değerleri verilmiştir. Normal dağılıma uygunluk açısından George & Mallery (2005) ile Kline (2016)'e göre analizler neticesinde elde edilen çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin ± 1 aralığında olması kabul edilebilir değer aralığıdır (161, 162). Elde edilen sonuçlar kapsamında değerlendirildiğinde normal dağılım gösterdiği belirlendi.

Ölçüm modelinin doğrulanmasının ardından, aracılık etkisini test etmek amacıyla Hayes'in PROCESS makrosu kullanılarak Model 4 analizine geçildi. Bu model, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin, bir aracı değişken üzerinden dolaylı olarak gerçekleşip gerçekleşmediğini incelemeye yöneliktir. Modelin doğrudan ve dolaylı etkilerinin güvenilirliğini artırmak amacıyla, parametrik olmayan bir yöntem olan bootstrap yöntemi uygulandı. Bu yöntem, örneklem dağılımına ilişkin varsayımlardan bağımsız biçimde güvenilir tahminler sunar (156). Analizde %95 güven aralığında ve 5000 örneklemle bootstrap prosedürü yürütüldü. Güven aralıklarında sıfır değerinin bulunmaması, elde edilen yol katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (139). Tüm bu aşamalar sonucunda aracılık modeline ilişkin hipotezler test edilmiş ve sonuçlar yorumlandı.

Tablo 3.1. Araştırmada Kullanılan leklere Ait Normallik Testi Sonuçları

	Madde sayısı	arpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
PY	32	0,595	0,678
PS	25	0,018	0,620
BSD	12	-0,703	-0,055

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar no: 20233/4847) ile birlikte araştırmanın yapıldığı Malatya Kadın Doğum ve ocuk Hastanesi Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerinden gerekli izinler alındı Araştırmada yer alan kadınlara araştırmada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilip, araştırmaya katılmak isteyenlerden yazılı gönüllü bilgilendirilmiş olur formu alındı.

4. BULGULAR

Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 33.25 ± 7.41 olup, perinatal kayıpları %72.5 oranında en sık birinci trimesterde meydana geldi. Katılımcıların %34.5’i üniversite ve üzeri mezundur. Ayrıca, kadınların %70.5’i eşleriyle iletişimlerini iyi düzeyde olarak tanımlarken %17.5’inin yaşayan hiç çocuğu bulunmamaktadır.

Tablo 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=325)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Yaş (yıl) (Ort±SS)	33.25±7.41	
Kaybın üzerinden geçen süre (ay)	28.67±39.55	
Kaybın gestasyonel haftası	10.39±5.71	
Kaybın zamanı		
I.trimester	234	72.5
II. trimester	68	20.9
III. trimester	16	3.8
Postpartum dönem	7	2.8
Eğitim düzeyi		
İlköğretim	97	29.8
Lise	116	35.7
Üniversite ve üzeri mezun	112	34.5
Çalışma durumu		
Evet	93	28.6
Hayır	232	71.4
Gelir durumu		
Kötü	17	5.2
Orta	244	75.1
İyi	64	19.7
Gebelik kaybı varlığı		
Evet	92	29.5
Hayır	220	70.5
Eşle iletişim		
Kötü	10	3.1
Orta	86	26.5
İyi	229	70.5
Perinatal kayıp sayısı		
1	225	69.2
2	59	18.2
3≥	41	12.6
Yaşayan çocuk sayısı		
0	57	17.5
1	90	27.8
2	93	28.6
3≥	85	26.1

Değişkenlerin korelasyon analizi sonuçları ve betimleyici istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerler) Tablo 4.2’de sunuldu. Değişkenler arası ilişkiler incelendiğinde, PYÖ ile ÇBSDÖ ($r = -0.220$, $p < 0.01$) ve PYÖ ile PSÖ ($r = -0.385$, $p < 0.01$) arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulundu. Ayrıca, yaşayan çocuk sayısı ile PYÖ ($r = -0.185$, $p < 0.01$) ve ÇBSDÖ ($r = -0.115$, $p < 0.05$) arasında da negatif yönlü anlamlı ilişkiler tespit edildi. Diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo 4.2. Değişkenlerin korelasyon analizleri (n=325)

	ÇBSDÖ	PSÖ	PYÖ
PYÖ	$r = -0.220^{**}$	$r = -0.385^{**}$	-
Ort±SS	63.45±15.95	65.01±15.42	74.67±20.05
Min-max	12-84	21-130	32-144

* 0.05 düzeyinde anlamlılık; ** 0.01 düzeyinde anlamlılık; r: Pearson Korelasyon Katsayısı; ÇBSDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; PSÖ: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği; PYÖ: Perinatal Yas Ölçeği

Tablo 4.3’de modele ilişkin uyum indeksleri verildi. Modelde yer alan değişkenlerin perinatal yas düzeyini anlamlı olarak yordadığı belirlendi. Önerilen modelin yapısal eşitlik modellemesi kapsamında test edilmesi sonucunda elde edilen uyum iyiliği değerleri incelendiğinde; $\chi^2/df=4.175$, RMSEA=0.099, CFI=0.942, TLI=0.913, NFI=0.926 ve GFI=0.936 olarak bulundu. Bu değerler, modelin genel olarak kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Özellikle CFI, NFI ve GFI gibi indekslerin 0.90’ın üzerinde olması ve TLI’nin 0.91 gibi yüksek bir değerde bulunması, modelin değişkenler arası ilişkileri açıklamada yeterli olduğunu desteklemektedir. Ancak RMSEA ve χ^2/df değerlerinin üst sınıra yakın olduğu dikkate alındığında, modelin uyumunun da kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir.

Tablo 4.3. Model uyumu

Uyum kriteri	İyi uyum ölçütleri	Kabul edilebilir uyum ölçütleri	Uyum indeksi sonuçları
χ^2/df	$0 \leq \chi^2 / df \leq 3$	$3 \leq \chi^2 / df \leq 5$	4.175
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 < RMSEA < 0.08$	0.099
NFI	$0.95 < NFI < 1.00$	$0.90 < NFI < 0.95$	0.926
NNFI (TLI)	$0.97 < NNFI < 1.00$	$0.95 < NNFI < 0.97$	0.913
CFI	$0.97 < CFI < 1.00$	$0.95 < CFI < 0.97$	0.942
GFI	$0.95 < GFI < 1.00$	$0.90 < GFI < 0.95$	0.936

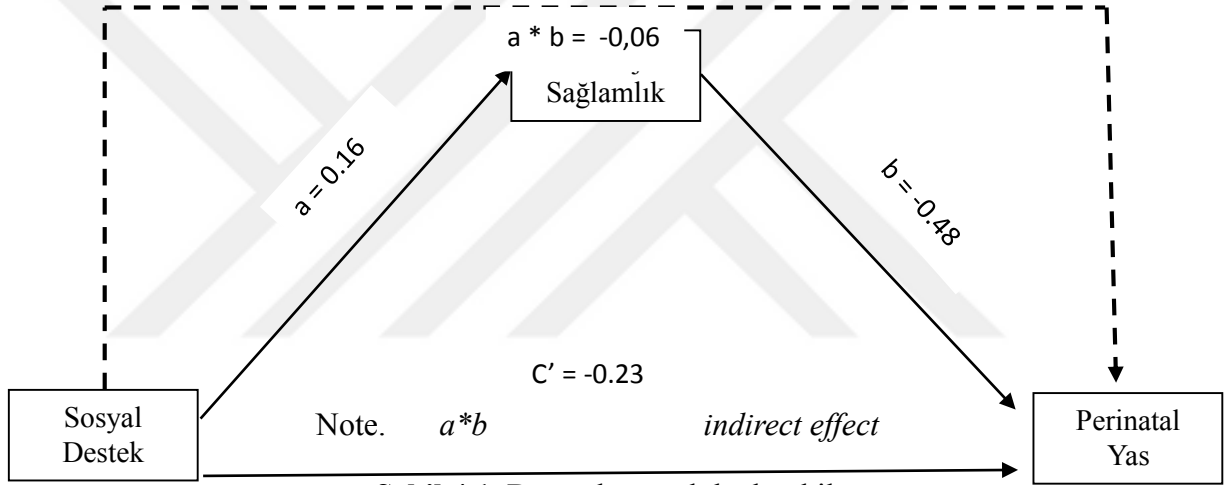
χ^2 = Ki-Kare uyum testi, df= Serbestlik Derecesi, χ^2/sd : Ki-Kare İstatistiği GFI= İyilik Uyum Testi, AGFI= Ayarlanmış İyilik Hızı İndeksi, CFI= Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, NFI: Normlaştırılmış Uyum İndeksi, RMSEA=Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

Regresyon ve aracılık analizi sonuçları Tablo 4.5 ve Şekil 4.1’ de yer almaktadır. Sosyal destek, psikolojik sağlamlığın anlamlı bir yordayıcısıdır ($\beta=0.17$, $p\leq0.001$; *H1: Kabul*) ve pozitif ilişkilidir. Sosyal destek ($\beta=-0.18$, $p=0.002$; *H2: Kabul*) ve Psikolojik sağlamlık ($\beta=-0.37$, $p\leq0.001$; *H3: Kabul*) perinatal yasin anlamlı bir yordayıcısıdır ve negatif ilişkilidir. Modelin genel olarak açıklayıcılığına bakıldığında sosyal destek ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin perinatal yas üzerinde %49 gibi yüksek bir oranda belirleyici gücünü göstermiş, sosyal destek ve psikolojik sağlamlığın bu süreçteki etkisinin önemli olduğunu ortaya koymuştur ve hipotezimizi (H4) doğrulamıştır.

Tablo 4.5. Regresyon ve aracılık analizi sonuçları

Bağımlı Değişken (Psikolojik Sağlamlık)				
Değişkenler	Coeff.	p	Bootstrap 95 % CI	
Constant	54.5474	0.000	46.32, 62.77	
Perinatal kayıp sayısı	0.6484	0.559	-1.53, 2.83	
Yaşayan çocuk sayısı	-0.6544	0.295	-1.88, 0.57	
Kaybın gestasyonel haftası	0.0545	0.732	-0.25, 0.36	
Son kaybın üzerinden geçen süre	-0.04	0.200	-0.01, 0.74	
Sosyal Destek	0.1720	0.000	0.06, 0.27	
R ² = 0.19 p= 0.028				
Bağımlı Değişken (Perinatal Yas)				
Değişkenler	Coeff.	p	Bootstrap 95 % CI	
Constant	121.93	0.000	110.15, 133.72	
Perinatal kayıp sayısı	4.3167	0.000	1.79, 6.83	
Yaşayan çocuk sayısı	-3.2688	0.000	-4.68, -1.84	
Kaybın gestasyonel haftası	0.4145	0.025	0.05, 0.77	
Son kaybın üzerinden geçen süre	-0.0013	0.959	-0.05, 0.05	
Sosyal Destek	-0.18	0.002	-0.35, -0.10	
Psikolojik Sağlamlık	-0.37	0.000	-0.61, -0.36	
R ² = 0.49 p= 0.000				
Direct, Indirect and Total Effects				
Etki	Paths	Effect	P	Bootstrap 95 % CI
Direkt Etki	PS → PY	-0.48	0.00	0.61, 0.36
Direkt Etki	SD → PS	0.16	0.00	0.03, 0.29
Direkt Etki	SD → PY	-0.23	0.00	-0.35, -0.10
İndirekt Etki	SD → PS → PY	-0.06		-0.11, -0.01
Total Etki	SD → PY	-0.31	0.00	-0.44, -0.18

Psikolojik sağlamlığın, sosyal destek ve perinatal yas arasındaki aracılık rolünün belirlenmesi için %95 güven aralığı hesaplanarak Bootstrap (5000 yeniden örneklem) testi ile incelendi. Modele göre psikolojik sağlamlık, sosyal destek ve perinatal yas arasında aracılık rolüne sahiptir. Sosyal destek, perinatal yası psikolojik sağlamlık üzerinden -0.08 (CI=-0.16, -0.15) dolaylı olarak etkilemektedir (*H4: Kabul*). Bu etki anlamlıdır çünkü elde edilen güven aralığı değerleri sıfırı (0) kapsamamaktadır (139). Sosyal desteği perinatal yas üzerindeki toplam etkisi -0.31 (CI= -0.44, -0.18) olarak hesaplanmıştır. Tüm bu sonuçlar genel olarak incelendiğinde, sosyal destek düzeyleri yüksek olanların aynı zamanda daha yüksek psikolojik sağlamlık düzeyi ile ilişkiliydi. Daha yüksek sosyal destek ve psikolojik sağlamlık düzeyine sahip olmak daha düşük perinatal yas düzeyi ile ilişkilidir.



Şekil 4.1. Doğrudan ve dolaylı etkiler

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, perinatal kayıp yaşamış kadınlarda sosyal destek, psikolojik sağlamlık ve perinatal yas arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar, önerilen dört hipotezin tamamını desteklemektedir. Bulgular perinatal yas üzerindeki hem bireysel düzeyde (psikolojik sağlamlık) hem de çevresel düzeyde (sosyal destek) koruyucu faktörlerin etkisini ortaya koyarken, aynı zamanda bu değişkenler arasındaki dolaylı ilişkilerin de anlamlı olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın birinci hipotezinde öngörüldüğü gibi, sosyal destek ile perinatal yas arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (H1), diğer bir ifadeyle daha yüksek sosyal desteğin daha düşük düzeyde perinatal yasla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, sosyal desteğin yas tepkilerini azaltıcı etkisini savunan tampon hipotez (102) ile uyumludur. Özellikle eş ve aile desteği, perinatal kayıp sonrası kadınların duygularını paylaşımlarını kolaylaştırarak duygusal yükün hafiflemesine katkı sağlar (140). Yapılan birçok çalışma da sosyal desteğin yas sürecinde belirleyici bir koruyucu faktör olduğunu göstermiştir (140, 141, 142, 153). Örneğin, Chemouny ve Wendland (2024), destek sistemleri güçlü olan annelerin perinatal kayıptan sonra daha kısa sürede toparlandığını bildirmiştir (153). Türkiye bağlamında ise, toplumsal normlar ve dini inanışların yas süreciyle entegrasyonu, destek sistemlerinin fonksiyonelliğini artırmakta veya bazen bastırıcı biçimde işlev görmektedir (141, 142). Bu sonuçlar, sosyal destek sistemlerinin hem duygusal hem de bilişsel kaynak olarak işlev gördüğünü ve bireyin kayıp deneyimini yeniden anlamlandırmasına olanak tanıdığını göstermektedir. Özellikle sosyal destek, bireyde yalnızlık ve çaresizlik duygularının hafiflemesine katkıda bulunarak patolojik yas tepkilerini azaltabilir. Ancak bazı çalışmalarda, sosyal desteğin her zaman koruyucu etkisinin güçlü olmadığı, özellikle destek kalitesinin düşüklüğü ya da destek sunan kişilerle yaşanan çatışmaların yas sürecini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir (143,144).

İkinci hipotez doğrultusunda, sosyal destek ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (H2). Bu sonuç, sosyal desteğin yalnızca dışsal bir koruyucu faktör değil, aynı zamanda bireyin içsel baş etme kaynaklarını da güçlendiren bir unsur olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalar, sosyal desteğin bireylerin olumlu duygular yaşamasına ve öz yeterlik inançlarının güçlenmesine katkı sağladığını göstermektedir (99, 137). Nitekim Schönfeld ve arkadaşları (2017), sosyal

destek ile psikolojik sağamlık arasında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğunu ve sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı daha dirençli olduklarını belirtmiştir (138). Sosyal destek bireyin yalnız olmadığını hissetmesini sağlar, bu da öz yeterlik algısını artırarak kişinin stres karşısındaki dayanıklılığını güçlendirir. Böylece sosyal destek, bireyin hem duygusal hem bilişsel baş etme becerilerini geliştirerek psikolojik sağamlılığını doğrudan etkiler (145).

Üçüncü hipotez kapsamında, psikolojik sağamlık ile perinatal yas arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (H3). Bu sonuç, psikolojik sağamlığın bireyin travmatik yaşam olaylarıyla başa çıkma kapasitesine doğrudan katkıda bulunduğunu savunan mevcut literatürle tutarlıdır (146, 147). Bonanno, yüksek düzeyde psikolojik sağamlığa sahip bireylerin travmatik olaylara karşı esnek yanıtlar verebildiklerini ve uzun süreli psikolojik bozulmalardan korunabildiklerini belirtmiştir. Bazı bireylerin ciddi kayıplardan sonra dahi herhangi bir psikopatoloji geliştirmeden işlevselliğini sürdürebildiğini ve bu bireylerin ortak özelliğinin yüksek psikolojik sağamlık düzeyi olduğunu belirtmiştir (134). Benzer şekilde, Crane ve arkadaşları da psikolojik sağamlığın, yas sürecinde bireyin duygusal düzenleme ve anlamlandırma becerilerini destekleyerek süreci daha sağlıklı bir biçimde geçirmesini sağladığını ortaya koymuştur (148). Perinatal kayıp, anne adaylarının geleceğe dair umutlarının, kimlik inşalarının ve ebeveynlik beklentilerinin ani bir biçimde kesintiye uğraması anlamına gelir. Dolayısıyla bu tür bir kayıp, yalnızca fiziksel değil; aynı zamanda psikolojik, sosyal ve varoluşsal düzeyde de sarsıcıdır (149; 150). Bu yoğun travmatik deneyimle karşılaşan bireylerde, psikolojik sağamlık, sürecin anlamlandırılması ve yıkıcı etkilerin kontrol altına alınmasında koruyucu bir rol oynar. Özellikle olumlu benlik algısı, umut, öz-etkinlik duygusu ve sosyal beceriler gibi sağamlık bileşenleri, yasin ağırlığını hafifletmede belirleyici olabilir (151, 152). Ayrıca yüksek psikolojik sağamlığa sahip bireylerin sosyal destek sistemlerini daha etkili kullanabildikleri ve yardım arama davranışına daha açık oldukları da bilinmektedir (137).

Dördüncü hipotez kapsamında yapılan aracılık analizi, psikolojik sağamlığın sosyal destek ile perinatal yas arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü oynadığını; kayıp yaşamış kadınlarda sosyal desteğin psikolojik sağamlığı teşvik ettiği buna bağlı olarak psikolojik sağamlığın da yas düzeyini azalttığı anlamına gelmektedir (H4). Bu bulgu, dışsal destek mekanizmalarının bireyin içsel baş etme kapasitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Yani sosyal destek, doğrudan perinatal yasa etki ederken, psikolojik sağamlık aracılığıyla dolaylı bir etkide de bulunmaktadır. Psikolojik sağamlık, kişinin

zorluklara rağmen işlevselliğini sürdürebilme kapasitesidir ve travmatik deneyimlerin anlamlandırılmasında önemli bir rol oynar. Luthar ve arkadaşları, sağlamlığın çevresel kaynakların etkin kullanımıyla da ilişkili olduğunu vurgulamıştır. Bu bağlamda, sosyal destek sağlamlığı artıran dışsal bir faktör olarak değerlendirilebilir. Sosyal destek ile psikolojik sağlamlık etkileşimi, Lazarus ve Folkman'ın stresle başa çıkma kuramıyla da örtüşmektedir. Bu kurama göre, bireyin yaşadığı durumu tehdit edici olarak algılaması, elindeki kaynaklara bağlıdır. Sosyal destek kaynak algısını güçlendirirken, psikolojik sağlamlık bu kaynakları ne kadar etkili kullanabileceğini belirler. Böylece sosyal destek hem doğrudan hem de sağlamlık üzerinden dolaylı olarak yas sürecini olumlu yönde etkiler (157). Bonanno, çoğu bireyin travmatik yaşam olayları sonrasında kalıcı psikopatoloji geliştirmeden psikolojik sağlamlığını koruyabildiğini belirtmiştir. Çalışmamızın bulguları da bu görüşü destekler niteliktedir ve sosyal desteğin, psikolojik sağlamlık aracılığıyla perinatal yas üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Perinatal kayıp yaşamış kadınlarda sosyal destek, psikolojik sağlamlık ve perinatal yas düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Sosyal destek düzeyinin artmasının, perinatal yas düzeylerini anlamlı biçimde azalttığı belirlenmiştir ($p<0.001$),
- Psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olmasının perinatal yasla baş etmede koruyucu bir rol üstlendiği bulunmuştur ($p<0.001$),
- Sosyal desteğin, psikolojik sağlamlık üzerinden perinatal yas düzeylerini dolaylı olarak da etkilediği görülmüştür (aracılık etkisi anlamlı bulunmuştur, $p<0.001$),
- Sosyal destek ve psikolojik sağlamlığın birlikte ele alındığında, perinatal yas düzeylerini yordamada anlamlı bir model oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Çalışmamızın yukarıdaki sonuçları doğrultusunda;

- Perinatal kayıp yaşamış kadınların yas sürecinde sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- Psikolojik sağlamlığı geliştirmeye yönelik psikoeğitim ve destek programlarının kadın doğum kliniklerinde rutine entegre edilmesi,
- Kadınların duygusal iyilik hallerini artıracak şekilde sağlık profesyonellerinin, özellikle ebelerin, bu konuda eğitilmesi,
- Sosyal destek ve psikolojik sağlamlık değişkenlerinin farklı sosyokültürel gruplarda nasıl işlediğini ortaya koyacak çok merkezli ve uzunlamasına araştırmaların yapılması,
- Perinatal kayıp yaşayan kadınların sosyal destek ve psikolojik sağlamlık durumlarının sağlık hizmetleri kapsamında dikkate alınması ve bu alanların doğrudan göz önünde bulundurulması,
- Kadın doğum kliniklerinde perinatal kayıp yaşayan bireylerin psikososyal ihtiyaçlarının fark edilmesi ve bu ihtiyaçlara yönelik anlayışın artırılması için sağlık personelinin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.
- Sosyal destek ve psikolojik sağlamlığı bütüncül biçimde ele alan, bireyin çevresiyle olan etkileşimini ve içsel dayanıklılığını eş zamanlı güçlendirmeye yönelik müdahale protokollerinin geliştirilmesi ve bu protokollerin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Bu doğrultuda, yalnızca bireysel müdahalelere değil; sistematik, çok boyutlu destek programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bütüncül yaklaşım, perinatal yas sürecinin sağlıklı yönetimi için kritik öneme sahiptir.



KAYNAKLAR

1. Öztanrıöver S. Riskli gebelerde ruhsal sorunlar [uzmanlık tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi; 1998.
2. Körükcü Ö, Kukulu K. Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansması. Dicle Tıp Dergisi. 2010;37(4):429-33.
3. Matthies LM, Müller M, Doster A, Sohn C, Wallwiener M, Reck C, et al. Maternal–fetal attachment protects against postpartum anxiety: The mediating role of postpartum bonding and partnership satisfaction. Arch Gynecol Obstet. 2020;301(1):107-17.
4. Sahu S. Coping with perinatal death. J Reprod Med. 1981;26(3):129-32.
5. Murray JA, Terry DJ. Parental reactions to infant death: The effects of resources and coping strategies. J Soc Clin Psychol. 1999;18(1):341–69.
6. Cacciatore J, Rådestad I, Frøen JF. Effects of contact with stillborn babies on maternal anxiety and depression. Birth. 2008;35(2):313–20.
7. Kirui KM, Lister ON. Lived experiences of mothers following a perinatal loss. Midwifery. 2021;99:103007.
8. Bostan BC. Ergenlerde algılanan psikolojik istismar ve öznel iyi oluş ilişkisinde psikolojik sağlamlık ve sosyal bağlılığın rolü [yüksek lisans tezi]. Denizli: Pamukkale Üniversitesi; 2018.
9. Açıkgöz M. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin psikolojik sağlamlık ile mizah tarzları ve mutluluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. Mersin: Çağ Üniversitesi; 2016.
10. Kararımak Ö. Deprem yaşamış bireylerde psikolojik sağlamlığa etki eden kişisel faktörlerin incelenmesi: Bir model test etme çalışması [doktora tezi]. Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi; 2007.
11. Gürkan U. Grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin yılmazlık düzeylerine etkisi [doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2006.
12. Bası NH, Çetin F. Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;22:1-13.
13. Balcı H, Şener ŞB. Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda psikolojik dayanıklılık. Akdeniz Tıp Dergisi. 2022;8(3):347-53.

14. Özmen S, Ocakdan UB. Covid-19 pandemisinde hemşirelerin ölüm kaygısı düzeyinin psikolojik sağlamlığa etkisinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2022;13(36):1224-36.
15. Qi M, Zhou SJ, Guo ZC, Zhang LG, Min HJ, Li XM, et al. The effect of social support on mental health in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. J Adolescent Healt.. 2022;67(4):514-8.
16. Gülaçtı F. The effect of perceived social support on subjective well-being. Procedia Soc Behav Sci. 2010;2(2):3844-9.
17. Türkseven E, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal destek ile yaşam doyumu ilişkisi: Bir saha çalışması. Eurasian Journal of Family Medicine. 2020;9(1):51-6.
18. Lin TK, Hsu BC, Li YD, Chen CH, Lin JW, Chien CY, et al. The impact of sources of perceived social support on readmissions in patients with heart failure. J Psychosom Res. 2022;154:1-8.
19. Büyükbayram Z, Bıçak Ayık D, Aksoy İl D. Hemodiyaliz hastalarında algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. Nefroloji Hemşireliği Dergisi. 2021;16(3):134-43.
20. Gilbert P, Harmon J. Loss and the grieving process in early pregnancy. J Obstet Gynecol Nurs. 2002;31(2):125-35.
21. Townsend M C. Essentials of psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice, 7th ed. United States of America, F.A. Davis Company Press, 2016:70-341.
22. Kramer GP, Bernstein DA, Phares, V. Introduction to clinical psychology, 20th ed. Cambridge, Cambridge University Press, 2019:1-18.
23. Potter PA, Perry AG. Fundamentals of nursing, 6th ed. St Louis, Elsevier Mosby. 2005;1-55.
24. Yörük S, Türkmen H, Yalnız H, Nebioğlu M. Gebelikte yas, kayıp ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;6(3):207-12.
25. Soysal GC. Uzamış yas: Ayrılma-bireyleşme süreçleri ve duygu düzenleme güçlüğü temelinde bir inceleme. AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 2021;8(2): 221-40.
26. de Andrade Alvarenga W, DeMontigny F, Zeghiche S, Verdon C, Nascimento LC. Experience of hope: An exploratory research with bereaved mothers following perinatal death. Women Birth, 2021;34(4): e426-34.

27. Wilson J. Supporting people through loss and grief: An introduction for counsellors and other caring practitioners, 1th ed. London, Port Hill Press, 2014; 25-243.
28. Özel Y, Özkan B. Kayıp ve yasa psikososyal yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2020;12(3): 352-67.
29. Bond G, Bloch S, Yalom ID. The evaluation of a" target problem" approach to outcome measurement. Psychotherapy: Theory, Research, Practice. 1979; 16(1):48-9.
30. Sirinarang B, Wijitsopon RA. Cognitive stylistic approach to mind style in the memoir man's search for meaning. J Studies English Language. 2021;16(1):21-52.
31. Çolak I, Hocaoglu S. Yas ve yas süreci. Psikolojik Araştırmalar Dergisi. 2021;15(2):123-35.
32. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege Tıp Dergisi. 2013;52(4):223-9.
33. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Habreal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1.Baskı. İstanbul, Güneş Kitabevi, 2006:351-8.
34. Robinson M, Baker L, Nackerud L. The relationship of attachment theory and perinatal loss. Death Studies. 1999;23(3):257-70.
35. Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. J Nervous Mental Disease. 2011;199(8):571-4.
36. Kararımak Ö. Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. Psychiatry Research. 2010;179(3): 350-6.
37. 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;223:153-64.
38. Gillbert ES, Harmon JS, Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. İçinde: *Gebelik*, Taşkın L, (Çeviri editörü) 5. Baskı. Ankara: Palme Yayınevi, 2002: 31-152.
39. Sitrin L. Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal death and infant death [doctorate dissertation]. Alameda: The California School of Professional Psychology; 1994.
40. Davis DL. Empty cradle, broken surviving the death of your baby. (6th ed) Golden CO. Fulcrum Publishing. 1996.
41. Zupan J, Åhman E. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. World Health Organization; 2006;69.

42. oşar E, Soyuen E. Intrauterin fetus lm: Etyolojisi ve nlenmesi. Journal of Science and Technology of Dumlupınar University. 2006;(12):127-32.
43. Furuta M, Sandall J, Cooper L, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(1):1-14.
44. z F. Kayıp, lm ve yas süreci, sağlık alanında temel kavramlar. Ankara: İmaj. 2004;276-318.
45. Swanson KM. Posttraumatic stress in women after childbirth. Nursing Research. 1993;42(2):93-8.
46. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2005 period linked birth/infant death data set. National Vital Statistics Reports. 2007;56(6):1-29.
47. Armstrong D. The psychological impact of perinatal loss: A review. J Perinat Educ. 2002;11(4):21-6.
48. Herbert D, Young K, Pietrusińska M, MacBeth A. The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2022; 297: 118-29.
49. Hutti MH, Armstrong DS, Myers J. Evaluation of the perinatal grief intensity scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013;42(6): 697-706.
50. Okyayz H. Yas ve kayıp: Psiko-sosyal süreçler. Psikiyatri Dergisi. 1995;6(1):52-62.
51. Yıldız S. ocuk, lm ve kayıp. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2004;11:125-44.
52. Bildik T. Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. Ege J Medicine.2013;52(4):223-9.
53. Sezgin U, Yüksel Ő, Topçu Z, Genç-DiŐcigil A. Ne zaman travmatik yas tanısı konur? Ne zaman tedavi baŐlar? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2004;7:167-75.
54. Kubler-Ross E, Worden JW. Attitudes and experiences of death workshop attendees. OMEGA. 1977; 8(2):91-106.
55. Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. Death studies. 2000;24(6):541-58.
56. Doka KJ. Spirituality, loss and grief: The double-edged sword. Bereavement Care. 2002;21(1):3-5

57. Taşkın L. Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. 2. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2011;133- 86.
58. Yörük S, Türkmen H, Yalnız H, Nebioğlu M. Gebelikte yas, kayıp ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.2016;6(3):207-12.
59. Fenstermacher K, Hupcey JE. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. J Adv Nurs. 2013;69(11):2389-400.
60. Lindberg CE. The grief response to mid-trimester fetal loss. J Perinatolog. 1992;12(2):158-63
61. Flach K, Gressler NG, Marcolino MAZ, Levandowski DC. Complicated grief after the loss of a baby: A systematic review about risk and protective factors for bereaved women. Trends Psychology. 2023;31(4): 777-811.
62. Gandino G, Bernaudo A, Di Fini G, Vanni I, Veglia F. Healthcare professionals' experiences of perinatal loss: A systematic review. J Health Psychology. 2019;24(1):65-78.
63. Kara E. Yas süreci ve dini danışmanlık. Dokuz Eylül Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2016;251-70.
64. Sigmund, F. Yas ve Melankoli. çev. Runa Uslu - Oğuz Berksun. Kriz Dergisi. 1993;1(2):98-103.
65. Cesur G. Karmaşık yas: Bilişsel davranışçı çerçevesinde bir inceleme [doktora tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2017.
66. Kishimoto M, Yamaguchi A, Niimura M, Mizumoto M, Hikitsuchi T, Ogawa K, et al. Factors affecting the grieving process after perinatal loss. BMC Women's Health. 2021;21(1):1-6.
67. Jankauskaite G, O'Brien KM, Yang N. Assessing knowledge and predicting grief counseling skills among university counseling center therapists. The Counseling Psychologist. 2021;49(3):458-84.
68. Jann P, Netzer J, Hecker T. Traumatic loss: A systematic review of potential risk factors differentiating between posttraumatic stress disorder and prolonged grief disorder. Eur J Psychotraumatol. 2024;15(1): 2371762.
69. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: A decade on. Death Studies. 2001;25(1):67-79.
70. Gizir CA. Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerinde bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2007;3(28): 113-28.

71. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *J Family Health*. (2016). 26(3):11-5.
72. Taşkın L. Perinatal kayıplar ve psikolojik etkileri. *Ankara Üniversitesi Psikoloji Dergisi*. 2011;24(4):213-20.
73. Çelik S, Sayıl I. Patolojik yas kavramına yeni bir yaklaşım: Travmatik yas. *Kriz Dergisi*. 2003;11(2):29-34.
74. Stewart ES. Family-centered care for the bereaved. *Pediatr Nurs*. 1995;21(2):181-7.
75. Goldbach KR, Dunn DS, Toedter LJ, Lasker JN. The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal Orthopsychiatry*. 1991;61(3):461-7.
76. 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.
77. Bowlby J. *Loss: Sadness and depression*. New York: Basic books. 1980;3:472.
78. Zhang L, Yu X, Xie Y. Psychological resilience and coping mechanisms in women after perinatal loss: A systematic review. *J Affect Disord*. 2022;292:1–9.
79. Altuner K, Çankaya S. The Relationship of Religious Coping with Psychological Well-being, Psychological Resilience, and Grief Severity in Women Who Had Experienced Perinatal Loss in Türkiye. *J Religion Health*. 2025; 64(1): 571-89.
80. Zhou Q, Xie L. Perinatal loss, resilience, and recovery: Exploring the factors influencing maternal grief and emotional recovery. *J Health Psychology*. 2021;26(8):1045–56.
81. Abate BB, Sendekie AK, Tadesse AW, Engdaw T, Mengesha A, Zemariam AB, et al. Resilience after adversity: an umbrella review of adversity protective factors and resilience-promoting interventions. *Frontiers Psychiatry*. 2024;15:1391312.
82. Harten N, Veenstra M. Social support and coping strategies in the aftermath of perinatal loss: A longitudinal study. *J Social Clinical Psychology*. 2023;42(3):229–43.
83. Eastwood J, Lane J, Krupka S. The influence of social support on resilience among women experiencing perinatal loss. *Psychology Women Quarterly*. 2022;46(1):105–18.
84. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001;56(3):227-38.

85. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000;71(3): 543-62.
86. Stout, M, Kipling, GD. Aboriginal People Resilience and the Residential School Legacy. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2009/2901/pdf/resilience.pdf>. Son Erişim Tarihi 02.05.2025.
87. Garnezy N. Children in Poverty: Resilience despite risk. *Interpersonal and Biological Processes*. 1993;56(1):127-36.
88. Masten AS, Reed MG. Resilience in development. In: CR Snyder, SJ Lopez (eds). *Handbook of Positive Psychology*. London, Oxford University Press. 2002:74-88.
89. Öz F, Yılmaz U. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2009;16(3):82-9.
90. Demircioğlu H, Yoldaş C. Çocukluk ve ergenlik döneminde psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlar. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2019;18(1):40-8.
91. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*. 2001;56(3):227.
92. Eastwood J, Lane J, Krupka S. The influence of social support on resilience among women experiencing perinatal loss. *Psychology Women Quarterly*. 2022;46(1):105–18.
93. Özen Ş. Sınavların öğrenciler üzerinde oluşturduğu kaygı düzeyi ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin çeşitli demografik değişkenler açısından incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2021.
94. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. *J Clinical Psychology*. 2002;58(3):307-321.
95. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-91.
96. Keskin E. Son ergenlik dönemindeki bireylerde ebeveynin duygusal erişilebilirliği ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkide duygusal özerkliğin biçimlendirici rolünün incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi; 2021.
97. Garnezy N. Stress-resistant children: The search for protective factors. In JE Stevenson (eds). *Recent research in developmental psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry Book, Oxford, Pergamon Press, 1985:213-33.

98. Masten AS, Coatsworth JD. The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 1998;53(2):205-20.
99. Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D, Southwick S, et al. Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 2007;4(5):35–40.
100. Köse E. Yurtta kalan ve ailesiyle birlikte yaşayan lise öğrencilerinin yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi [yüksek lisans tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2009.
101. Kozaklı H. Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması [yüksek lisans tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi; 2006.
102. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985;98(2):310-57.
103. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi, güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1997;13(13):87-91.
104. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2006;9(1):68-75.
105. Hobfoll SE, Freedy JR, Green BL, Solomon SD. Coping in reaction to extreme stress: The Roles Of Resource Loss And Resource Availability. 1996.
106. Kohut H. How does analysis cure? University of Chicago Press. 2009.
107. Caplan G. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. New York: Behavioral Publications. 1974.
108. Lewin K. Field theory and experiment in social psychology: Concepts and methods. *American J Sociology*. 1939;44(6): 868-96.
109. Hobfoll SE. The influence of culture, community, and the nested-systems model of stress. *American Psychologist*. 1998;53(7): 719-26.
110. Özdemir D. Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri [yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2017.
111. Kurt E. Algılanan sosyal destek ve iş performansı ilişkisinde işe bağlılığın aracı etkisi: Turizm işletmelerinde bir araştırma [yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.

112. Tardy CH. Social support measurement. American J Community Psychology. 1985;13(2):187.
113. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine. 1976; 38(5):300-14.
114. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985;98(2):310.
115. Tuğrul H. Ortaöğretim öğrencilerinin okula bağlılıkları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki [yüksek lisans tezi]. Karaman: Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi; 2021.
116. Çivilidağ A. Anadolu lisesi ve özel lise öğretmenlerinin iş tatmini, iş stresi ve algılanan sosyal destek düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik bir analiz [yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2003.
117. Kupshik GA, Murphy PM. Loneliness, stress and well-being: A helper's guide, 1st ed. London, Routledge Press, 2006:25-145.
118. Zimet GD, Farley GK. Perceived social support. Journal of personality assessment. 1988;52:30-41.
119. Aladağ M. Sosyal destek ve psiko-sosyal sağlık, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Yayıncılık, 2000:50.
120. Kohout FJ. Perinatal Loss and Social Support: A Study of Maternal Experiences. J Clinical Psychology. 2020;76(8):1430-43.
121. Khorshid L, Arslan GG. Social support and health. J Nursing Scholarship. 2006;38(4): 356-62.
122. Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Perinatal loss and the family: A qualitative study. J Loss Trauma. 2004;9(3):135-49.
123. Hofmann SG, Carpenter JK, ve Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale Development and Psychometric Characteristics. Cognitive Therapy Res. 2016;40:341–56.
124. Barrera M. Social support and social networks: Implications for mental health. Social Science Med. 2000;51(6):741-52.
125. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin. 1985;98(2):310-57.
126. Jiang Z, Wang H, Luo Y. The impact of perinatal loss on mental health: A systematic review. Psychology Women Quarterly. 2021;45(2):153-71.

127. Olsson C, Lindholm L, Svensson, B. The role of midwives in providing care for women experiencing perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*. 2021;93:102890.
128. Ferrer RA, Pinto J, Markowitz E. Perinatal loss and the role of midwifery care in supporting emotional well-being: A review of the literature. *J Midwifery Women's Health*. 2022;67(1):16-22.
129. Santos L, Almeida M, Lima M. Psychological resilience in mothers who have experienced perinatal loss. *J Reproduct Infant Psychology*. 2020; 38(4):389-401.
130. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;(52):30-41.
131. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995;(34): 45-55.
132. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Generality of support sources and psychometric properties of a scale of perceived social support in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2000;(35): 228-33.
133. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;(12):17-25.
134. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*. 2004;59(1): 20–28.
135. Mancini AD, Bonanno GA. Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *J Personality*. 2009;77(6): 1805–32.
136. Çavuşoğlu H, Şahin HG, Bulut A. Perinatal kayıp yaşayan kadınlarda eş desteğinin yas sürecine etkisi. *Kadın Sağlığı Dergisi*. 2019;5(2):97–104.
137. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European J Psychotraumatology*. 2016;5(1):25338.
138. Schönfeld P, Brailovskaia J, Bieda A, Zhang XC, Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International J Clinical Health Psychology*. 2017;17(2): 74–82.
139. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd ed.). The Guilford Press. 2022.

140. Alvarez-Calle M, Chaves C. Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*. 2023;121(10365):103651.
141. Balcı BB, Korkmaz L. Yas sürecine ilişkin sosyal temsiller üzerine niteliksel bir çalışma. *Nesne*. 2020;8(16):95-111.
142. Arslan BŞ, Buldukoğlu K. Yasın aile üzerine etkilerini azaltmak için uygulanan yas destek programları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(3):402-17.
143. Acoba EF. Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers Psychology*. 2024;15:1330720.
144. Kuforiji O, Mills TA, Lovell K. (2023). Women's experiences of care and support following perinatal death in high burden countries: A metasynthesis. *Women Birth*. 2023;36(2):e195-e202.
145. Yıldız K, Dirik D. Algılanan sosyal destek ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkide algılanan öz yeterliliğin rolü. *Spormetre: The Journal of Physical Education & Sport Sciences/Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2019;(2):1-22.
146. Fradelos EC, Latsou D, Mitsi D, Tsaras K, Lekka D, Lavdaniti M, et al. Assessment of the relation between religiosity, mental health, and psychological resilience in breast cancer patients. *Contemporary Oncology/Współczesna Onkologia*. 2018;22(3):172-7.
147. Ahmed AE, Ucbasaran D, Cacciotti G, Williams T A. Integrating psychological resilience, stress, and coping in entrepreneurship: A critical review and research agenda. *Entrepreneurship Theory Pract*. 2022;46(3):497-538.
148. Crane MF, Searle BJ, Kangas M, Nwiran Y. How resilience is strengthened by exposure to stressors: The systematic self-reflection model of resilience strengthening. *Anxiety, Stress, Coping*. 2019;32(1):1-17.
149. Musodza W, Sheehan A, Nicholls D, Dahlen H. Experiences of maternity healthcare professionals returning to work following a personal perinatal loss: A scoping review of the literature. *OMEGA*. 2023;86(3):744-768.
150. Jansens J, Faes K, De Coninck M, Gilissen JA. Qualitative study of bereaved parents and healthcare professionals on perinatal loss. *European J Midwifery*. 2024;8:10-18332.
151. Van Haeken S, Braeken MA, Nuyts T, Franck E, Timmermans O, Bogaerts A, et al. Perinatal resilience for the first 1,000 days of life: Concept analysis and delphi survey. *Frontiers Psychology*. 2020;11:563432.

152. Hajure M, Alemu SS, Abdu Z, Tesfaye GM, Workneh YA, Dule A, Gezimu W, et al. Resilience and mental health among perinatal women: A systematic review. *Frontiers Psychiatry*. 2024;15:1373083.
153. Chemouny M, Wendland J. The experience of miscarriage and its impact on prenatal attachment during the following pregnancy: A mixed-methods study. *Midwifery*. 2024;136:104072.
154. Goretzko D, Siemund K, Sterner P. Evaluating model fit of measurement models in confirmatory factor analysis. *Educational Psychological Measurement*. 2024;84(1):123-44.
155. Akyüz HE. Yapı geçerliliği için doğrulayıcı faktör analizi: Uygulamalı bir çalışma. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*. 2018;7(2):186-98.
156. Hayes AF, Preacher KJ. Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British J Mathematical Statistical Psychology*. 2014;67(3):451-70.
157. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, Springer Publishing Company, 1984: 1-437.
158. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee JY, Podsakoff NP. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88(5): 879.
159. Black W, Babin BJ. Multivariate data analysis: Its approach, evolution, and impact. In *The great facilitator: Reflections on the contributions of Joseph F. Hair, Jr. to marketing and business research*. Springer International Publishing. 2019: 121-30.
160. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*, 6th ed. Boston, 2013.
161. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* 12.0 update, 5th ed. New Zealand, Pearson Education, 2005.
162. Kline, RB. *Principles and practice of structural equation modeling*, 4th ed. New York, The Guilford Press, 2016.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Etik Kurul Onay Formu



EK-3. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Eğitim düzeyi: İlkokul () Lise () Üniversite ve Üzeri ()
3. Meslek: Ev Hanımı () Kamu Sektörü () Özel Sektör ()
4. Sosyal güvence: Var () Yok ()
5. Gelir düzeyiniz: İyi () Orta () Kötü ()
6. Aile tipiniz: Çekirdek () Geniş ()
7. Yaşadığınız yer: İl () İlçe () Köy ()
8. Zararlı alışkanlıklarınız var mı? Hayır () Evet ()..... Alkol () Sigara () Madde bağımlılığı ()
9. Eşinizle iletişiminiz: İyi () Orta () Kötü ()
10. Toplam gebelik sayınız:
11. Kaç kez düşük yaptınız:
12. Kürtaj yaptırdınız mı: Evet () Hayır ()
13. Yaşayan çocuk sayınız:.....
14. Düşük / Kayıp yaşadığınız bebeği istiyor muydunuz? Evet () Hayır ()
15. Düşük / Kayıp yaşadığınız bebeği eşiniz istiyor muydu? Evet () Hayır ()
16. Düşük /Kayıp yaşadığınız gebelikte rutin kontrolleri yaptırdınız mı? Evet () Hayır ()
17. Bebeğinizin cinsiyeti önemli miydi? Evet () Hayır ()
18. Kaç haftalıkken düşük /kayıp yaşadınız?
19. Düşük / Kaybınızdan ne kadar süre geçti?
20. Bu kayıptan sonra gebe kalırsanız yine kaybetme yönünden kaygı / korkularınız var mı? Evet () Hayır ()

EK-4. Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ)

	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.					
12. Bebeğimi düşündükçe üzülüyorum.					
13. Bebeğimi düşündüğüm zaman ağlıyorum.					
14. Bebeğimi düşündükçe kendimi suçlu hissediyorum.					
15. Bebeğimi düşündükçe fiziksel olarak kendimi hasta hissediyorum.					
16. Bebeğim öldüğünden beri kendimi tehlikeli bir dünyada korunmasız hissediyorum.					
17. Gülmeye çalışıyorum ama artık hiçbir şey komik gelmiyor.					
18. Bebeğim öldüğünden beri zaman geçmek bilmiyor.					
19. Bebeğim ile birlikte benim de en iyi parçam öldü.					
20. Bebeğim öldüğünden beri insanları hayal kırıklığına uğrattıyorum.					
21. Bebeğim öldüğünden beri kendimi değersiz hissediyorum.					
22. Bebeğimin ölümü için kendimi suçluyorum.					
23. Arkadaş ve akrabalarım ile gereğinden fazla çatışıyorum.					
24. Hayatımı tekrar düzene sokmak için, bazen profesyonel bir yardıma ihtiyacım olduğunu hissediyorum.					
25. Bebeğim öldüğünden beri gerçekten yaşamıyor, sadece varmışım gibi hissediyorum.					
26. Bebeğim öldüğünden beri kendimi aşırı yalnız hissediyorum.					
27. Arkadaşlarımla arasında bile kendimi bir şekilde uzak ve ortamdaki kopmuş hissediyorum.					
28. Sevmemek daha güvenli.					
29. Bebeğim öldüğünden beri karar vermekte zorlanıyorum.					
30. Geleceğimin nasıl olacağı konusunda endişeleniyorum.					
31. Bebeğini kaybetmiş birer ebeveyn olmak, “ikinci sınıf vatandaş” olmak anlamına gelir.					
32. Hayatta olmak harika hissettiriyor.					

EK-5. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (PSÖ)

	Hiç doğru değil	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Her zaman doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2. Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.					
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak beni daha da güçlendirebilir.					
8. Hastalık yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9. İyi ya da kötü her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.					
10. Sonuç ne olursa olsun elimden geleni en iyisini yaparım.					
11. Engeller olsa da hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense kendim için başına geçmeyi tercih ederim.					
16. Başarısızlık karşısında kolay pes etmem.					
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim.					
19. Üzüntü korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken bazen olayların nedenini bilmeden varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.					
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23. Zoru severim.					
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın hedeflerime ulaşmaya çalışırım.					
25. Başarılarımla gurur duyarım.					

EK-6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

EK-7. Kurum İzin Yazısı



EK-8. Gönüllü Bilgilendirilmiş Olur Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Birgül Ekici Çalışkan** tarafından yürütülen “**PERİNATAL KAYIP YAŞAMIŞ KADINLARDA YAS İLE PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ**” başlıklı ankete dayalı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. **Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **anket formlarındaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı: Perinatal kayıp yaşamış kadınlarda yas ile psikolojik sağlamlık ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılacaktır.
İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Perinatal Yas Ölçeği, Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanılacaktır. Veriler araştırmacı tarafından poliklinikle aynı katta bulunan gebe eğitim odasında, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilecektir. İlk aşamada kadınlara araştırmanın amacı açıklanacak ve katılmayı kabul edenlere veri toplama araçları uygulanacaktır. Veri toplama araçlarının yaklaşık 20 dakikada uygulanması planlanmaktadır.
Araştırmanın Süresi: 20dk
Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 325
Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Malatya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Hastalıkları ve Doğum Poliklinikleri

Ad Soyad İmza