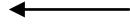


Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak



Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(DOKTORA TEZİ)

**TIBBİ TERMİNASYON KARARI ALINAN GEBELERE
ROY ADAPTASYON MODELİ DOĞRULTUSUNDA
GELİŞTİRİLEN DESTEK PROGRAMININ ETKİNLİĞİ**

MELTEM MECDİ KAYDIRAK

**DANIŞMAN
PROF. DR. ERGÜL ASLAN**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

DOKTORA TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora öğrencisi Meltem Mecdi Kaydırak tarafından Prof.Dr.Ergül Aslan danışmanlığında hazırlanan "Tıbbi Terminasyon Kararı Alınan Gebelere Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Destek Programının Etkinliği" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 28 / 08 / 2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



Jüri Başkanı
Prof.Dr.Saadet Yazıcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı



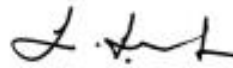
Jüri
Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



Jüri-Danışman
Prof.Dr.Ergül Aslan
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı



Jüri
Prof.Dr.Fatma Yasemin Kutlu
İ.Ü-C Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı



Jüri
Doç.Dr.Leman Şenturan
Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Meltem MECDİ KAYDIRAK



İTHAF

Hayatıma anlam katan ailem ve canım kızım Eda KAYDIRAK'a ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Bilgileri ve değerli görüşleri ile sadece tezimde değil akademik hayatımda bana yol gösterici olan danışmanım Sayın Prof.Dr. Ergül ASLAN'a

Öğrencisi olmaktan onur duyduğum, beni her zaman destekleyerek cesaretlendiren, sadece akademik alanda değil yaşamımda da örnek aldığım ve almaya devam edeceğim kıymetli hocalarım Prof.Dr. Anahit ÇOŞKUN, Sayın Prof.Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ, Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN, Prof.Dr. Ümran OSKAY, Doç. Dr. Gülay RATHFİSCH ve Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR'e,

Yönlendirmeleriyle yoluma ışık tutan Sayın Doç.Dr. İbrahim KALELİOĞLU, Sayın Dr.Öğr.Üyesi Arzu KADER HARMANCI SEREN ve Dr.Öğr.Üyesi. Yeter DURGUN OZAN ve tez izlem komitemdeki değerli hocalarıma,

Araştırma sürecimde destek ve yardımlarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Tülay ADAK, Çiğdem BİLGE, Nil KÜÇÜK, Deniz GÜR, Filiz UYLAŞ KIZOĞLU, Gülay ÖZDAL, Sinem BAYTAR ve tüm arkadaşlarıma,

Veri toplama aşamasında bana sonsuz destek olan İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.'da görev yapan tüm hemşire, ebe, doktor ve sekreterlere,

Tanıdığım ilk günden beri varlığı ile beni onurlandıran sevgili eşim Emre KAYDIRAK ve biricik kızım Eda KAYDIRAK'a,

Hayatım boyunca beni destekleyen, sonsuz sevgi ve sabrını sunan başta değerli abim Mustafa MECDİ olmak üzere Zekiye MECDİ, Kemal MECDİ, Sedef MECDİ, Nilgün KAYDIRAK, Veli KAYDIRAK, yeğenlerim ve anneanneme,

Doktora eğitimim boyunca farklı zamanlarda yaşamıma dahil olup, bu süreçte desteklerini esirgemeyen herkese sonsuz teşekkür ediyorum.

Meltem KAYDIRAK

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	XİV
ABSTRACT.....	XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu	3
2.1.1. Tanımı	3
2.1.2. Gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili endikasyonlar	3
2.1.3. Gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemleri	7
2.1.3.1. Servikal olgunlaşmaya yardımcı yöntemler	7
2.1.3.2. Histeretomi	14
2.2. Gebeliğin Kaybı ve Yas Süreci	15
2.2.1. Kayıp kavramı.....	15
2.2.2. Yas kavramı	16
2.2.2.1. Yas evreleri	17
2.2.2.2. Yasa verilen tepkiler	18
2.3. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu ve Hemşirelik Bakımı.....	21
2.3.1. Girişim (doğum) öncesi hemşirelik bakımı	23
2.3.2. Girişim (doğum) anı hemşirelik bakımı.....	26
2.3.3. Girişim (doğum) sonrası hemşirelik bakımı	28
2.3.4. Psikososyal bakım.....	32
2.4. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonunun Yasal ve Etik Boyutu.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36

3.1. Araştırmanın Amacı.....	36
3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Değişkenleri	36
3.3. Araştırmanın Türü.....	37
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	37
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	38
3.6. Randomizasyon.....	39
3.7. Veri Toplama Araçları	41
3.7.1. Hasta Tanıtım Formu	41
3.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1, STAI-2)	41
3.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ).....	42
3.7.4. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu (RFADF)	43
3.7.5. Perinatal Yas Ölçeği (33 Maddeli Kısa Sürüm) (PYÖ).....	44
3.7.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ).....	45
3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması	47
3.9. Verilerin Analizi	48
3.10. Araştırmanın Etik Yönü	49
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	49
4. BULGULAR.....	50
4.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulgular.....	51
4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	60
4.3. Deney ve Kontrol Grubu Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	69
4.4. Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulgular.....	94
5. TARTIŞMA	99
5.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulguların Tartışılması	101
5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	108

5.3. Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	117
5.4. Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması	120
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	123
KAYNAKLAR	128
EKLER.....	141
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	168
ÖZGEÇMİŞ	169



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1 Rahim Tahliyesi Gerektiren Durumlar.....	4
Tablo 2-2 İkinci Trimester İçin İnfüzyon Oksitosin Protokolü	12
Tablo 2-3 Gebelik Haftasına Göre Tıbbi Terminasyon Yöntemleri.....	13
Tablo 2-4 Yas Evreleri.....	18
Tablo 2-5 Gebelik Sonlandırması Sonrası Hastalara Öneriler.....	31
Tablo 3-1 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğin Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değeri.....	43
Tablo 3-2 Perinatal Yas Ölçeği Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değeri	45
Tablo 3-3 Roy Adaptasyon Modeli'nin TTDP'na Uyarlaması ve Ölçme Araçları	46
Tablo 3-4 Deney - Kontrol Grubu Çalışma Süreci	48
Tablo 4-1 Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4-2 Deney ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	53
Tablo 4-3 Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu için Fetal Anomali ve Maternal Hastalık Endikasyonu.....	55
Tablo 4-4 Kadınların Gebeliğin Tıbbi Terminasyon Kararı Sonrası Yaşadığı Duygular	56
Tablo 4-5 Deney ve Kontrol Grubunun Destek Alma Durumuna İlişkin Özellikleri ...	58
Tablo 4-6 Deney ve Kontrol Grubunun İlk Değerlendirmede Belirlenen Fiziksel Şikayetleri.....	59
Tablo 4-7 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4-8 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4-9 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Rol Fonksiyon Alanı Uyum Değerlendirme Formu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Karşılaştırılması	64
Tablo 4-10 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Fiziksel Şikayetlerin Karşılaştırılması	65

Tablo 4-11 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Perinatal Yas Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66
Tablo 4-12 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Vital Bulgularının Karşılaştırılması	67
Tablo 4-13 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle STAI-1'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Toplam Puan Farkının Karşılaştırılması	76
Tablo 4-14 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle SBÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılması	80
Tablo 4-15 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle RFADF'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılması	87
Tablo 4-16 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle PYÖ'den Aldığı İzlem Değerlendirme Toplam Puan Farklarının Karşılaştırılması	90
Tablo 4-17 Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ ve RFADF'nun İlk Değerlendirme Sonuçlarının İlişkisi (N=60)	95
Tablo 4-18 Deney Grubunun Son Değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF İle PYÖ Arasındaki İlişki (N=30)	97
Tablo 4-19 Kontrol Grubunun Son Değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF İle PYÖ Arasındaki İlişki (N=30)	98

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	48
Şekil 3-2 Roy Adaptasyon Modeli ve Hemşirelik Tanıları Tablosu	45



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ARSA: Aberrant Right Subclavian Arter

ACOG: Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologist)

AVSD: Atriyoventriküler Septal Defekt

CONSORT: Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar (Consolidated Standards of Reporting Trials)

DIC: İntravasküler Koagülasyon Dissemine

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDA: Amerika Birleşik Devletleri Besin ve İlaç Uygulamaları (U.S Food and Drug Administration)

GH: Gebelik Haftası

GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği

IVF: İn-Vitro Fertilizasyon

KCL: Potasyum Klorür

NT: Ense Kalınlığı (Nuchal Translucency)

PYÖ: Perinatal Yas Ölçeği

PGE₁: Prostaglandin E₁

PGE₂: Prostaglandin E₂

RCOG: İngiltere Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologları (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)

RFADF: Rol Fonksiyonu Uyum Alan Değerlendirme Formu

SBÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

STAI: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory)

STAI-1: Durumluk Kaygı Ölçeği (State Anxiety Inventory)

STAI-2: Sürekli Kaygı Ölçeği (Trait Anxiety Inventory)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TTDP: Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

USG: Ultrasonografi

VSD: Ventriküler Septal Defekt

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

‰ Binde

% Yüzde



ÖZET

Kaydırak, Mecdi, M (2018). Tıbbi Terminasyon Kararı Alınan Gebelere Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Destek Programının Etkinliği. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu çalışma; maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon kararı verilen gebelere tedavi süreci boyunca rutin hemşirelik bakımına ek olarak uygulanan Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının (TTDP) etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi. Ön test-son test düzeni kullanılarak yapılan bu çalışma, prospektif, tek körlü, randomize kontrollü tipte deneysel bir çalışmadır. Çalışma bir Üniversite hastanesinde Kasım 2016-Nisan 2018 tarihleri arasında yürütüldü. Ön değerlendirme aşamasında tıbbi terminasyon kararı verilen tüm kadınlara Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-2) dolduruldu. Çalışma kriterine uyan ve STAI-2’den toplam 42 puan ve altı alan 77 kadın örneklem grubuna dahil edildi. Deney grubuna, rutin hemşirelik bakımına ek Roy Adaptasyon Modeli’ne temellendirilmiş tıbbi terminasyon hemşirelik destek programı uygulandı. Kontrol grubuna ise rutin hemşirelik bakımı uygulandı. İlk ve son değerlendirme aşamasında; Hasta Tanıtım Formu, Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ) ve Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu (RFADF) kullanıldı. İzlem değerlendirmesinde Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) uygulandı.

Deney grubunda TTDP sonrası, kontrol grubuna göre ilk ve son değerlendirme kaygı puanı farkı daha fazla saptansa da istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Kontrol grubuna göre, rutin hemşirelik bakımına ek olarak TTDP uygulanan deney grubunda SBÖ, RFADF ve fiziksel şikayetlerde olumlu yönde farklılık olduğu belirlendi. İzlem değerlendirmesinde ise kontrol grubunda PYÖ toplam puanı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fazla saptandı.

Sonuç olarak, rutin hemşirelik bakımına ek olarak uygulanan Roy Adaptasyon Modeli’ne temellendirilmiş tıbbi terminasyon hemşirelik destek programı kadınların fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu, karşılıklı bağlılık uyum alanına olumlu etkiler sağlayarak yas sürecini kolay atlatmasını sağladığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Gebeliğin tıbbi terminasyonu, Perinatal kayıp, Perinatal yas, Roy Adaptason Modeli, Kaygı

ABSTRACT

Kaydırak, Mecdi, M. (2018). Efficiency Of The Support Program Developed In Accordance With Roy Adaptation Model For Pregnant Women For Whom Medical Termination Decision Is Made. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Gynecological Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

This study was carried out to determine the efficiency of the nursing support program (TTDP) developed in accordance with the Roy Adaptation Model which is applied to pregnant women for whom medical termination decision made due to maternal or fetal reason in addition to routine nursing care during treatment process.

This study, which is conducted using pre-test – post-test order, is a prospective, single-blind and randomized controlled empirical study. The study was carried out at a university hospital between November 2016 and April 2018. Trait Anxiety Inventory (STAI-2) was filled for all women for whom medical termination decision is made in the pre-assessment stage. 77 women who meet the study criteria and get 42 or less points from STAI-2 were included in the sample group. Medical support program based on Roy Adaptation Model was applied to the experiment group in addition to routine nursing care. Routine nursing care was applied to the control group. In the first and last assessment stage; Patient Identification Form, State Anxiety Inventory (STAI-1), Styles of Coping with Stress Inventory and Adaptation Assessment Form for Role Function Area were used. In follow-up assessment, Perinatal Grief Scale was applied.

In the experiment group, although first and last assessment anxiety score was determined higher than the control group after TTDP, no statistically significant difference was identified. Compared to control group, it was determined that there is positive difference in Styles of Coping with Stress Inventory, Adaptation Assessment Form for Role Function Area and physical complaints in the experiment group to whom TTDP was applied in addition to routine nursing care. In the follow-up assessment, total Perinatal Grief Scale score was identified to be statistically significantly higher in the control group.

As a conclusion, medical termination nursing support program based on Roy Adaptation Model which is applied in addition to routine nursing care allows women overcome grief period more easily by providing positive contribution in the physiologic, self-conception, role function, mutual attachment adaptation field.

Key Words: Anxiety, Medical termination of pregnancy, Perinatal grief, Perinatal loss, Roy Adaptation Model

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada her yıl 2,6 milyon ölü doğum gerçekleşmektedir (Sun ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü (WHO - World Health Organization) raporuna göre 303.000 yenidoğan konjenital anomaliye bağlı, doğduktan 4 hafta içerisinde ölmektedir (WHO 2016). Gebeliğin fetal anomali veya maternal sağlık risklerden dolayı tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılması ebeveynler için baş edilmesi güç ve en acı yaşam deneyimlerindendir (Sun ve ark. 2018).

Gebelik sonlandırılması kavramı çağlar öncesinde var olan ve insanlık tarihinde gündeme gelen tartışmalı bir konudur. Yakın geçmişe kadar gebelik sonlandırılması kadın veya eşinin isteğe bağlı bebeğinden vazgeçmesi olarak yorumlanmıştır. Son yıllarda fetüs muayenesi ve prenatal tanı yöntemine dair bilimin ilerlemesi ile birlikte gebelik sonlandırılmasını sadece istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması çerçevesinden çıkarmıştır (Glenc 1974; Erdem 2016; Büyükkurt 2017).

Gebelik kaybı anne ve diğer aile fertlerini etkileyen biyo-psiko-sosyal ve spiritüel boyutu olan bir yaşam krizidir. Özellikle viabilite sınırını aşmış gebelerde yapılan fetosit işlemi anne için yıpratıcı bir durumdur. Kayıp aile için sadece bir bebeğin kaybı ile sınırlı kalmaz geleceğe yönelik ümitsizlik ve hayal kırıklığına da neden olur (Kersting ve ark. 2007; Taşkın 2011; Yörük ve ark. 2016). Çalışmalar incelendiğinde perinatal kayıp, kadının uzun süre yas yaşamasına neden olur. Yaşanan yasin şiddeti anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres semptomları ile yakından ilişkili olduğuda belirlenmiştir (Hutti 2005; Kersting ve ark. 2007). Her ebeveynin yas süreci birbirinden farklıda olsa da bu süreçte sosyal desteğe ve destekleyici hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar (Cacciatore ve ark. 2010; Landy ve ark. 2017b; Queensland Clinical Guidelines 2018b).

Tıbbi terminasyon süreci gebenin anksiyeteyle, bilgi eksikliğine bağlı korkuyla ve tıbbi terminasyon kararı aşamasındaki zorluklarla baş etmesine ve uyum sağlamasına yönelik pek çok zorluğu içerir (Velioğlu 2012; Perry 2015). Kayıp yaşayan ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sağlanması profesyonel bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu sağlık ekibinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, pediatrist, psikiyatrist, ilgili diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler, hemşire, ebe, psikolog ve sosyal çalışma uzmanı yer alır (Büyükkurt 2017). Gebeliğin tıbbi

terminasyon sürecinde kadının doğum öncesi, anı ve sonrasında karşılanması gereken pek çok sağlık bakım gereksinimi vardır. Hemşire belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde bakım verici rolüne ek olarak multidisipliner veya interdisipliner sağlık ekip üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rolü üstlenir (Landy ve ark. 2017b).

Hemşire, gebelik kaybındaki uygulamaları ve destekleyici bakımı kuram ve modeller çerçevesinde şekillendirmelidir. Modeller, hemşirelik bakımını verme ve sonuçlarını tahmin etmede sistematik bir alt yapı oluşturur. Böylelikle verilen bakımın etkinliği artar ve hemşire olası sorunları daha erken farkeder. Bütün hemşirelik uygulamaları aslında kavramsal bir modellere bağlıdır. Kavramsal hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamalarının yapılandırılması için bir yol sağlar ve kavramsal bir çatı oluşturur (Roy 2009; Birol 2007). Literatür incelendiğinde özellikle gebeliğin, tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırıldığında kullanılabilecek destekleyici bir modele rastlanılmamıştır. Gebelikte düşük yaşayan kadınların Swanson Bakım Kuram'ı doğrultusunda destekleyici bakımın etkinliği çalışılmıştır (Adolfsson 2010). Gebelik kaybı yaşayan kadınların ruhsal etkilenmelerini incelemek için Watson İnsan Bakım Modeli (Tektaş ve Çam 2017) ve benzer şekilde Worden'ın Yas Görevleri Model'i (Küçükakaya 2009) doğrultusunda verilen destekleyici bakımın etkinliğinin de çalışıldığı görülmektedir. Ancak gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılması sadece kadının kayıp ve yas yaşamasına değil doğum, doğum ağrısı, fetosit gibi pek çok zorlukla mücadele etmesini gerektiren bir durumdur. Bu nedenle kadının tıbbi terminasyon kararı aldığı an ve doğum sonrası süreçte de takip edebilmek, bakım gereksinimlerini karşılayabilmek, biyo-psiko-sosyol ve spiritüel yönü ile ele alabilmek ve destekleyici bakım verebilmek için çalışmamızı Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda planlayıp uyguladık. Tıbbi terminasyon sonrası kadının yaşam kalitesini artırmak ve kayıp sonrası psikososyal adaptasyonunu sağlamak için Roy Adaptasyon Modeli'nde belirtilen dört uyum alanına uyum sağlaması gerekir.

Bu çalışma, maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon kararı verilen kadınlara rutin hemşirelik bakımına ek olarak verilen Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen tıbbi terminasyon hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla uygulandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu

Gebelik sonlandırılması kavramı çağlar öncesinde var olan ve insanlık tarihinde gündeme gelen tartışmalı bir konudur. Gebelik sonlandırılmasının tarihçesi incelendiğinde Eski Yunan ve Antik Çağ'a kadar dayandığı ve bu dönemde yasak olmadığı görülmektedir. Gebelik sonlandırılması ile ilgili ilk resmi kayıtlar Çin'de bulunmaktadır. Tek Tanrılı dinlere olan inancın yaygınlaşmasıyla birlikte gebelik sonlandırılması yasaklanan bir olaya dönüşmüştür. Gebelik sonlandırılması işlemi tarih boyunca filozoflar, din adamları ve siyasetçiler gibi dönemin ileri gelenleri tarafından farklı farklı yorumlanmıştır. Yakın geçmişe kadar gebelik sonlandırılması kadın veya eşinin isteğe bağlı bebeğinden vazgeçmesi olarak yorumlanmıştır. Son yıllarda fetüs muayenesi ve prenatal tanı yöntemine dair bilimin ilerlemesi ile birlikte gebelik sonlandırılmasını sadece istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması çerçevesinden çıkmıştır (Glenc 1974; Erdem 2016; Büyükkurt 2017).

2.1.1. Tanımı

Literatürde gebeliğin tıbbi terminasyonu gebelik sonlandırılması, medikal abortus, tıbbi tahliye, terapötik abortus tanımlarının birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir (Büyükkurt 2017). Oysa ki her bir kavram birbirinden ayrı olayları tanımlamaktadır (Uyumaz ve Avcı 2016). Sıklıkla terapötik abortus ifadesi gebelik sonlandırılması yerine kullanılmaktadır.

Terapötik abortus: Bir gebelik olgusunun 20. gebelik haftasından önce tıbbi endikasyonlar nedeniyle sonlandırılması olarak tanımlanır (WHO 1995).

Yirminci gebelik haftasından sonra da gebeliğin sonlandırılması söz konusu olabilir. Bu nedenle gebeliğin tıbbi terminasyonunu açıklarken yasal düzenlemeler dikkate alınmaktadır. Türkiye'de 510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili endikasyonları ele almaktadır (Resmi gazete 18.12.1983/18255).

2.1.2. Gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili endikasyonlar

Gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili endikasyonları açıklamada anahtar kavram fetal viabilitedir. Viabilite; preterm doğum ile abortusu birbirinden

ayırmaktadır. Viabilite, fetüsün dış ortamda, annesine bağımlı olmadan yaşayabilirliği olarak tanımlanır. Tıp biliminde viabilite sınırını 24. gebelik haftası olarak belirten kaynaklar olsa da Türkiye’de fetal viabilite ile ilgili kabul edilen yaygın sınır 22. gebelik haftasıdır. Hem literatüre hem de yasalara göre gebelik sonlandırılması endikasyonları en iyi viabilite sınırı ile açıklanabilmektedir (Aksu ve ark. 1998; Özel ve ark. 2017).

- 10. gebelik haftası ve altı (fetal viabilite öncesi)
- 10⁺¹ – 21⁺⁶. gebelik haftası arası (fetal viabilite sınırı)
- 22. gebelik haftası ve üzeri (fetal viabilite sonrası)

Türkiye’de 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu’na göre isteğe bağlı gebelik sonlandırılması sınırı 10. gebelik haftasıdır. Aynı Kanunun 5. maddesinde 10 haftadan büyük gebelikler için sonlandırılma aşağıdaki endikasyonlara dayalıdır;

- Annenin hayatını tehdit eden veya edecek durumlarda,
- Doğacak çocuk ile, onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olabilecek hallerde şeklindedir (T.C. Resmi gazete 18.12.1983/18255).

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük anne hayatını tehdit eden ve doğacak çocukta ağır maluliyet oluşturacak durumlar aşağıda sıralanmıştır (Tablo 2-1):

Tablo 2-1 Rahim Tahliyesi Gerektiren Durumlar

A- Doğum ve kadın hastalıklarına bağlı nedenler

- 1) Daha önceki majör uterin harabiyet ve hasarları
 - a) Sezaryen ameliyatı
 - b) Miyomektomi
 - c) Uterus rüptürü
 - d) Geniş perforasyon
 - e) Geçirilmiş vajinal plastik operasyonlar

- 2) Rekürren preeklampsi-eklampsi
- 3) İzimmünizasyon
- 4) Mol hidatiform

B- Ortopedik nedenler

- 1) Osteogenezis imperfekta
-

-
- 2) Ağır kifoskolyoz
 - 3) Doğumu güçleştiren osteomiyelit
 - 4) Faaliyet halinde bütün mafsalları ilgilendiren osteoartiküller hastalıklar

C- Kan hastalıklarına bağlı nedenler

- 1) Lösemi
- 2) Kronik anemiye neden olan hastalıklar
- 3) Lenfomalar
- 4) Pıhtılaşma defektleri
- 5) Hemolitik sarılıklar
- 6) Agranülositozis
- 7) Tromboembolik hastalıklar
- 8) Hemoglobinoatiler ve talasemi sendromları (ağır klinik ve hematolojik bozukluğa neden olan)
- 9) Gamaglobulinopatiler

D- Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları

- 1) Doğumu engelleyen konjenital ve akkiz kalp hastalıkları
- 2) Kalp yetmezliği, perikardit, miyokardit, miyokard enfarktüsü, aşıkaz koroner yetmezliği, arteriyel sistem anevrizmaları
- 3) Ağır tromboflebitler ve lenfatik sistem hastalıkları
- 4) Ağır bronşektaziler
- 5) Solunum fonksiyonunu bozan kronik akciğer hastalıkları

E- Böbrek hastalıkları

- 1) Akut ve kronik böbrek hastalıkları

F- Göz hastalıkları

- 1) Dekolman
- 2) Renal hipertansif ve diyabetik retinopatiler

G- Endokrin ve metabolik hastalıklar

- 1) Feokromositoma
- 2) Adrenal hiperfonksiyon ya da yetmezliği
- 3) Kontrol altına alınamayan hipotiroidi veya hipertiroidi
- 4) Paratroid hiperfonksiyon ya da yetmezliği
- 5) Ağır hipofiz hastalıkları

H- Sindirim sistemine bağlı nedenler

- 1) Gebeliğin devamını engelleyen sindirim organları hastalıkları

İ- İmmünolojik nedenler

- 1) İmmün yetmezliği hastalıkları
 - 2) Kollajen doku hastalıkları
-

J- Bütün malign neoplastik hastalıkları**K- Nörolojik nedenler**

- 1) Grand mal epilepsi
- 2) Multiple skleroz
- 3) Müsküler distrofi
- 4) Hemipleji ve parapleji
- 5) Gebeliğin devamını engelleyen ağır nörolojik hastalıklar

L- Ruh hastalıklarına bağlı nedenler

- 1) Oligofreni
- 2) Kronik şizofreni
- 3) Psikomanik depresif
- 4) Paranoya
- 5) Uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm

M- Enfeksiyon hastalıkları

- 1) Teratojen intrauterin enfeksiyonlar
 - a) Kızamıkçık
 - b) Toksoplazmozis
 - c) Sitomegalovirus
 - d) Herpes virus grubu hastalıklar
- 2) Cüzzam
- 3) Sıtma
- 4) Frengi
- 5) Brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonlar

N- Konjenital nedenler

- 1) Marphan sendromu
- 2) Mesane ekstrofisi
- 3) Down sendromu
- 4) Sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar
- 5) Gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç
- 6) Teratogenik ilaçlar
- 7) Nörofibromatozis

(T.C. Resmi gazete 18.12.1983/18255).

Fetal viabiliteye ulaşmış gebelikler için, fetüs 21⁺⁶ gestasyonel haftadan büyük ise fetosit işlemi yapılmaktadır. Fetosit; fetal kardiyak ventriküle girilerek potasyum klorit (KCL) enjeksiyonu ile yapılan fetal kalbin durdurulması işlemidir. İngiltere

Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologları (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG), KCL miktarını ortalama 4,7 ml (2-10 ml arasında) olarak önermektedir. Fetal asistoli en az 2 dakika içinde gerçekleşir ve ultrason ile fetal kalbin durduğu doğrulanmalıdır. Fetal asistoli gerçekleşmezse işlem 30-60 dak. içinde tekrarlanır. Fetosit işlemi alanında eğitilmiş uzman bir ekip tarafından aseptik koşullarda yapılır (Cunningham ve ark. 2010; RCOG 2011).

2.1.3. Gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemleri

Gebeliğin sonlanması spontan abortus gibi kendiliğinden olabileceği gibi istemli müdahale ile de olabilir. Gebelik müdahale ile sonlandırılıyorsa isteğe bağlı (elektif abortus) veya maternal-fetal nedenlerden (terapötik abortus) dolayı gerçekleşebilir (Cunningham ve ark. 2010). Birinci trimester gebelik sonlandırılmasında dilatasyon ve küretaj (D&C), vakum aspirasyonu, menstrüal regülasyon gibi cerrahi yöntemler yaygın kullanılmaktadır. İkinci trimester gebelik sonlandırılmasında nadir de olsa cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Fakat gebelik haftası büyüdükçe (ikinci trimesterden sonra) fetal-plasental ünitenin genişlemesi, uterin kan akımının artması ve serviksin olgunlaşmamasından dolayı işlem gebe için riskli hale gelmektedir (Dündar ve ark. 2006). On üçüncü haftadan büyük gebeliklerde medikal ya da cerrahi yöntemin hangisinin daha etkin ve uygun olduğu konusunda yeterli veri mevcut değildir. RCOG yayınladığı klavuzda ikinci ve üçüncü trimester gebeliklerin tıbbi terminasyonunda öncelikli tercihin medikal yöntemlerin olması gerektiğini belirtmektedir (RCOG 2010).

İkinci ve üçüncü trimester gebeliklerin tıbbi terminasyonunda dünyada ve Türkiye’de yaygın kullanılan yöntem servikal olgunlaşmayı sağlayarak doğumun indüklenmesidir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG) gebeliğin tıbbi terminasyonu, hem anne hem de bebek yararına ise servikal olgunlaştırma yöntemi ile doğum indüksiyonunun, doğum endikasyonları içinde saymaktadır (ACOG 2009; Çetinkaya ve Söylemez 2013).

2.1.3.1. Servikal olgunlaşmaya yardımcı yöntemler

a) Mekanik yöntemler

Mekanik yöntemlerde temel amaç, servikte lokal basınç sağlayarak prostaglandin salınımını artırıp servikal olgunlaşmayı sağlamaktır. Doğum eyleminin

indüksiyonunda kullanılan mekanik yöntemler, higrometrik servikal dilatatörler (dilapan, lamicel) ve balon kateterlerdir. Mekanik yöntemlerde, yabancı bir cisme bağlı enfeksiyon oluşma riski fazla gibi görölse de hormonal yöntemlerle yapılan karşılaştırmalarda fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gebeliğin tıbbi terminasyonunda mekanik yöntemler kullanılacaksa önce serviksin hormonal yöntemlerle olgunlaşması gerekir (ACOG 2009; Çetinkaya ve Söylemez 2013; Steinauer ve ark. 2017).

Balon kateter (Ekstraamniotik salin infüzyonu): Balon kateter ile servikal olgunlaşma ve dilatasyon ilk defa Woodman tarafından uygulanmıştır. Spekulum ile balon kateter serviksin içerisine yerleştirilir. Balon kateter burada şişirilerek basınç uygulaması sağlanır. Şişirme için 30-80 mL serum fizyolojik kullanılır. Balon şişirildikten sonra internal servikal osa gelecek şekilde geri çekilir. Mekanik yöntemlerin kullanımı kolay olması avantajı olsa da hastaya rahatsızlık veren ve konforu bozan yöntemlerdir (ACOG 2009; Çetinkaya ve Söylemez 2013).

Higroskopik servikal dilatatörler: Servikal olgunlaşmayı sağlamak amacıyla sentetik ve doğal ilaçlar servikal eksternal osa yerleştirilir. Servikal olgunlaşma için dilatörler indüksiyon sabahı ya da bir gün önce yerleştirilir (McKinney ve ark. 2005 p. 445; Hammond ve ark. 2017b). Belirli bir süre servikal osta kalan ilaç endoservikal sıvıyı ve ödemi emerek şişer. Böylelikle servikal basınç ile kontrollü dilatasyon sağlanır. Servikal kanalın dilatasyonu ile prostaglandin salgılanır. Bu amaçla kullanılan doğal yöntemler, laminaria, lamicel'dir (Steinauer ve ark. 2017). Laminaria Türkiye'de bulunmamaktadır (Büyüktürk 2017). Higroskopik dilatatörler yerleştirilirken, serviks povidon iyot solüsyonu ile temizlenir. Uterin tampon forsepsleri kullanarak uygun boyuttaki higroskoik dilatör internal os'a yerleştirilir (Cunningham ve ark. 2010).

Dilapan-S: Doğum indüksiyonunda kullanılan akrilik bazlı sentetik ozmotik servikal dilatördür. Doğal olanlara göre daha hızlı ozmotik aktivite gösterir (McKinney ve ark. 2005 p. 445).

Lamicel: 450 mg anhidroz magnezyum sülfat ile doyurulmuş bir polivinil alkol polimeri süngeridir (McKinney ve ark. 2005 p. 445). Lamicel'in tam etkili olabilmesi için en az 12 saat veya daha fazla servikte durmalıdır. Yerleştirilirken membran rüptürü olabilir veya yabancı cisim reaksiyonu gelişebilir (Cunningham ve ark. 2010; Hammond ve ark. 2017b).

Mekanik yöntemlerde komplikasyonlar: Mekanik yöntemlerle gebeliğin sonlandırılması genellikle ilk trimesterde uygulanır. Komplikasyon oluşumunda gebelik sonlandırma yöntemi, uterusun volümü, gebelik haftası, hastanın özellikleri, hekimin klinik deneyimi önemli rol oynar. Gebeliğin mekanik yöntemlerle sonlandırılmasında kanama, enfeksiyon, uterus perforasyonu, hematometra ve maternal mortalite olası majör komplikasyonlar arasında yer alırken laserlasyon ve inkomplet abortus ise minör komplikasyonlardır. Genellikle majör komplikasyonların oluşma ihtimali azdır. Birinci trimester gebelik sonlandırılmasında hastaneye yatış, kan transfüzyonu ve cerrahi operasyon gerektiren aspirasyonla gebelik sonlandırılmasında majör komplikasyon %0,16, minör komplikasyon %1,10 ve medikal abortusta majör komplikasyon %0,31, minör komplikasyon %4,48 olarak belirtilmiştir (ACOG 2009; Steinauer ve ark. 2017; Dragoman ve ark. 2018).

b) Farmakolojik yöntemler

Farmakolojik yöntemler prostaglandinler ve oksitosin olmak üzere iki başlık altında ele alınmaktadır. Doğum eyleminin başlatılmasında farmakolojik yöntemler kontraksiyonları artırmak, servikal olgunlaşmayı ve dilatasyonu sağlamak için uygulanır (Dragoman ve ark. 2018).

Prostaglandinler (PG): Gebeliğin herhangi bir trimesterinde E ve F prostaglandinlerin oksitosik etkilerinden yararlanarak gebeliğin sonlandırılması sağlanabilir. Prostaglandinler proteoglikanları arttırarak kollajenin biyofiziksel yapısını değiştirerek serviksi yumuşatır. Böylelikle doğum için serviksin olgunlaşmasını ve dilatasyonun sağlanır. Gebeliğin tıbbi terminasyonunda kullanılan yöntemlerin en büyük risk faktörü uterus rüptürüdür. Gebe uterus rüptürü riski açısından yakın takip edilmelidir (Dragoman ve ark. 2018).

Prostaglandin analogları

Prostaglandin E₁ (PGE₁): Prostaglandin E₁ analogu olarak kullanılan sentetik madde mizoprostoldür. Mizoprostol piyasada gastrointestinal ilaç olarak 100 ve 200 microgramlık (mcg) tabletler halinde ruhsatlandırılmıştır. Kullanım amacında doğum indüksiyonu olmasa da bu ilaç sıklıkla servikal olgunlaşmayı sağlamak için bir preindüksiyon olarak kullanılmaktadır (Cunningham ve ark. 2010; ACOG 2014). Türkiye’de mizoprostolün doğum indüksiyonu amacıyla kullanılması ile ilgili yasal bir düzenleme yoktur ve bu konudaki belirsizlik devam etmektedir (Büyükkurt 2017).

Mizoprostol vajinal (arka fornikse), oral, bukkal, sublingual ve rektal olarak kullanılır. Servikal olgunlaşma ve dilatasyon için kullanımı hastanın obstetrik öyküsü, sezaryen öyküsü ve gebelik haftasına göre planlanır. Mizoprostol'un etki gücü gebelik haftasının yanı sıra doz, doz aralığı ve kümülatif doz ile ilişkilidir. Uterusun prostaglandine duyarlılığı gebelik haftası ile artmaktadır. Gebeliğin tıbbi terminasyonunda PGE₁ analogları tek başına kullanılabileceği gibi mekanik yöntemlerle birlikte de kullanılır. Mizoprostol'un kuru veya salin ya da asetik asit ile nemlendirilerek vajinal tablet olarakta kullanıldığı klinik uygulamalar vardır. Tablet kuru ya da nemli olmasının indüksiyondaki klinik etkisi ise kanıtlanmamıştır. Mizoprostol'un saklanması kolay, ucuz ve oda ısısında muhafaza ediliyor olması avantajıdır. İshal, mide bulantısı, kusma, baş ağrısı, karın ağrısı, kabızlık, kızarıklık ve yüksek ateş ve uterus rüptürü olasılığı yöntemin yan etkileri arasındadır (ACOG 2014; Hammond ve ark. 2017c; Dragoman ve ark. 2018).

Gebeliğin tıbbi terminasyonunda Mizoprostol'un örnek uygulanma protokolü şu şekildedir;

13 - 22 gebelik haftası → Hastaneye yatış gereklidir. 400 mcg vajinal ya da sublingual yolla, 3-6 saat arayla (maksimum 5 doz) olacak şekilde ya da 600 mcg vajinal yolla her 12 saatte bir uygulanır. Eğer indüksiyon başarısız olursa 24 saat sonra doz tekrarlanır (Hammond 2017a; Hammond ve ark. 2017b; Dragoman ve ark. 2018).

23 ve daha büyük gebelik haftası → Hastaneye yatış gereklidir. Gestasyonel haftanın artması ile birlikte uterusun prostaglandine olan duyarlılığı artacağı için 13-22. hafta gebelik sonlandırılmasına göre Mizoprostol daha düşük dozlarda verilir (Dragoman ve ark. 2018). Aile Planlaması Derneği (The Society for Family Planning) 100 to 200 mcg vajinal ya da bukkal Mizoprostol'ü 24 saatte her 4-6 saat ara ile verilmesini önermektedir (Perritt ve ark. 2013). Mizoprostol'den önce mümkünse Mifepriston (200 mg) verilmelidir (Steinauer ve ark. 2017).

Prostaglandin E₂ (PGE₂ - Dinoproston): Prostaglandin E₂'nin Amerika Birleşik Devletleri Besin ve İlaç Uygulamaları (U.S Food and Drug Administration, FDA) tarafından kullanılmasına onay verilen preparat dinoprostondur. PGE₂ uterus hiperstimülasyonu açısından risk faktörü bulunmayan gebelere uygulanır. Tablet, jel ve kontrollü salınımlı pesserler şeklinde uygulanır. Jel formu 2,5 mL'lik enjektör içerisinde 0,5 mg dinoproston içerir, vajinal pesserde ise 10 mg dinoproston içermektedir. Vajinal

pesserler, jel formatına göre karşılaştırıldığında daha düşük hızda prostaglandin salgılamaktadır (0,3 mg/saat) (Çetinkaya ve Söylemez 2013; Dragoman ve ark. 2018). Gebelik sonlandırılmasında yaygın olarak 20 mg içeren prostaglandin E₂ suppozituar arka vajinal fornikse yerleştirilerek uygulanır. Bu yöntem basit ve etkin bir yöntemdir (Cunningham ve ark. 2010). Servikal dilatasyonun PGE₂ ile başlatılması servikal dilatasyonu hızlandırır, sentetik oksitosin ihtiyacını azaltır, ihtiyaç duyulan toplam oksitosin miktarını azaltır. Sonuç olarak PGE₂ ile doğum indüksiyonun başlatılmasının avantajları fazladır. Servikal olgunlaşmayı sağlamada PGE₂ kullanımının riskleri, uterin hiperstimülasyonu ve fetal kalp atım hızında düzensizliktir. Nadir de olsa bulantı, kusma, diyare, ateş ve baş dönmesi gibi yan etkileri görülmektedir (Taşkın 2011; Çetinkaya ve Söylemez 2013; Hammond ve ark. 2017c).

Oksitosin: Arka hipofiz bezinden salgılanan bir hormondur. Uterusun miyometriyum tabakasını aktive ederek düz kasların kasılmasında etkilidir. Oksitosin hormonunun etkisi yüksek doz östrojen varlığında artar. Bu nedenle gebelik terme ulaşana kadar etki göstermez (Caughey ve ark. 2003; Taşkın 2011).

Oksitosin hormonunun Pitosin ve Sintosinon gibi sentetik formları bulunur. Oksitosin, servikal olgunlaşma, doğum indüksiyonun başlaması ve hızlanması amacıyla kullanılır. İntravenöz, intramüsküler kullanım için solüsyon formu, nazal sprey, dil altı kullanımı için tablet formları vardır. Klinik pratikte yan etkilerinin az olması, absorpsiyon hızının tespit edilebilmesi ve infüzyonunun durdurulduğunda ilacın etkisinin kesilebilmesinden dolayı en yaygın kullanılan formu intravenöz perfüzyon formudur. Oksitosin solüsyonunun doğum indüksiyonunda kullanılması için servikal dilatasyonun en az 3 cm kadar ilerlemiş olması gerekir. Servikal dilatasyon yetersiz ise en az bir gün önceden servikal olgunlaşma sağlanılmalıdır (Caughey ve ark. 2003; Cunningham ve ark. 2010) Yüksek dozda (300 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu) tek indüksiyon ajanı olarak uygulandığında vakaların %80' ila %90'ında gebeliğin sonlanması gerçekleşir. İkinci trimester gebelik sonlandırılması için Alabama Lisans'sinde yaklaşık 15 yıldır yüksek güvenilirlik ve etkinlikte kullanılan örnek oksitosin protokolü Tablo 2-2'de gösterilmiştir (Cunningham ve ark. 2010).

Tablo 2-2 İkinci Trimester İçin İnfüzyon Oksitosin Protokolü

-
- 50 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
 - 100 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
 - 150 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
 - 200 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
 - 250 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
 - 300 ünite oksitosin 500 ml salin solüsyonu içinde 3 saatte uygulanır, 1 saatlik diürez takibi* yapılır.
-

*Diürez takibinde oksitosin infüzyonu kesilir (Cunningham ve ark. 2010).

Mifepriston (Ru-486): Progesteron reseptörüne bağlanarak progesteron ve glukokortikoid reseptörlerini bloke eder. Bir başka deyişle antiprogestin etki yapar. Kontraseptif ajan olarak kullanıldığı gibi düşük yaptırmak için de kullanılır. Uterin aktiviteyi artırarak servikal değişikliği sağladığı ifade edilmektedir. Serviksin efasmanını ve dilatasyonunu sağlar. İlaç Türkiye’de satılmamaktadır (Cunningham ve ark. 2010; Şahin 2017). Mizoprostol ile verildiğinde ekspulsiyon arasındaki interval kısalmış ve hissedilen ağrı azalmıştır. İkinci trimesterde mifepriston ve mizoprostol kullanımı her zaman güvenilir ve etkili bulunmuştur. Gebeliğin tıbbi terminasyonunda mifepriston ve oksitosin kullanımı ile ilgili yapılan randomize çalışmada indüksiyon ile ekspulsiyon arasındaki zaman ve yöntemin etkinliği açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Hammond ve ark. 2017b; Hammond ve ark. 2017c).

Gebeliğin tıbbi terminasyonunda kullanılan mekanik ve farmakolojik yöntemlerin, gebelik haftalarına göre uygulanma önerileri Tablo 2-3’de özetlenmiştir (Queensland Clinical Guideline 2018a).

Tablo 2-3 Gebelik Haftasına Göre Tıbbi Terminasyon Yöntemleri

Gebelik haftası	İndüksiyon öncesi	Geçirilmiş uterus ameliyat öyküsü olmayanlarda indüksiyon	Geçirilmiş uterus ameliyat öyküsü olanlarda indüksiyon*
13. – 22 ⁺⁶ GH (İkinci trimester)	Mifepriston 200 mg oral (tek doz)	200 mcg Mizoprostol vajinal ya da sublingual yolla, 3 - 6 saat arayla, toplam 6 doz, 24 saat boyunca uygulanır	200 mcg Mizoprostol 6 saatte bir, toplam 8 doz şeklinde verilir
23-33 ⁺⁶ GH	Mifepriston 200 mg oral (tek doz)	100 - 200 mcg Mizoprostol vajinal ya da sublingual yolla, 3 - 6 saat arayla, toplam 6 doz, 24 saat boyunca uygulanır	200 mcg Mizoprostol 6 saatte bir, toplam 8 doz şeklinde verilir
34. GH'dan büyük	Dinoprostol ya da Transservikal katater (Balon katater)	a) 100 - 200 mcg Mizoprostol vajinal ya da sublingual yolla, 3 - 6 saat arayla, toplam 5 doz, 24 saat boyunca uygulanır b) Oksitosin, doğum sonrası uterin membranların tamamıyla soyulup atılması için infüzyon şeklinde verilir	a) Transservikal katater (Balon katater) b) Doğum sonrası utererin membranların soyulması ve atılması için oksitosin infüzyonu c) Mizoprostol ve Dinoprostol kaçının

*Uterus skar komplikasyonu açısından dikkatle izlenir

(Queensland Clinical Guideline 2018a).

Hormonal yöntemlerde komplikasyonlar: Gebeliğin tıbbi terminasyonunda yeterli servikal olgunlaşma gerçekleşmiş ise komplikasyon oluşma ihtimali azdır. Gebeliğin sonlandırılmasında kullanılan farmakolojik ajana bağlı olarak ateş, bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı yaşanabilir. Eğer yetersiz servikal olgunlaşma olursa uterus

rüptürü ve başarısız indüksiyon yaşanabilir. Distozi, postpartum hemoraji ve intravasküler koagülasyon dissemine (DIC) yaşanabilecek obstetrik komplikasyonlardır. Fetal ölüm üzerinden dört hafta ve daha fazla zaman geçtiyse DIC oluşma olasılığı da artmaktadır (Queensland Clinical Guidelines 2018a).

c) Diğer yöntemler

Amniyotomi: Membranların amniohok adı verilen aseptik plastik bir çubukla rüptür edilmesi yöntemidir. Amniyotominin uygulanma amacı fetüsün prezente olan kısmının servikse olan basıncını artırarak prostaglandin salınımını sağlamaktır. Doğum kontraksiyonlarını tek başına başlatılmasında amniyotominin etkinliği kanıtlanmamıştır. Amniyotomi uygulamak için servikte 2 cm dilatasyonun olması beklenir. Amniyotomi sonrası kontraksiyonların başlaması ile ilgili kesin bir süre yoktur. On iki saat içinde başlaması gerekir. Süre 24 saate uzarsa enfeksiyon riski artar (Çetinkaya ve Söylemez 2013; Güngör ve Oskay 2017).

Membranların soyulması: Uterusun internal osta önde gelen kısmının parmakla basınç uygulayarak sıvazlanması işlemidir. Membran soyulmasındaki temel amaç lokal prostaglandin salınımını sağlamaktır. Özellikle postterm doğum eylemin indüksiyonunda sık kullanılan bir yöntemdir. Membranların sıyrılmasında sonra doğum eyleminin ne zaman başlayacağı kesin değildir. Gebeliğin hemen sonlandırılması gereken durumlarda sonuç alınmayabilir (Çetinkaya ve Söylemez 2013).

2.1.3.2. Histeretomi

Histeretomi uterusu yapılan insizyondur. Plasenta previa, makrozomi, transvers duruş veya fetal hidrops nedeniyle fetüsün doğum kanalından geçmesinin mümkün olmadığı durumlarda, geçirilmiş çoklu sezaryen öyküsüne bağlı mizoprostol kullanımı uygun olmayan gebelerde veya mizoprostolün düşük dozlarda kullanılmasına bağlı başarısız indüksiyonlarda maternal nedenlerden dolayı histeretomi yapılır. Gebeliğin terminasyonunda histeretomi normal vajinal doğumun gebe için kontrendike olduğu durumlarda yapılır. Hekim tarafından histeretomi kararını verirken gebenin geçirilmiş sezaryen öyküsü, gebelik haftası, fetüsün duruşu, annenin psikolojik durumu gibi risk faktörleri göz önünde bulundurulur (Cunningham ve ark. 2010; Büyükkurt 2017).

2.2. Gebeliğin Kaybı ve Yas Süreci

Perinatal kayıp abortus, ölü doğum gibi erken neonatal, geç fetal ölümleri ve yenidoğanın (doğum sonrası ilk 28 gündeki) ölümlerini kapsamaktadır. Küretaj veya tıbbi terminasyon yöntemi ile gebeliğin sonlandırılmasında perinatal kayıp içerisinde tanımlanır (Çam ve Tektaş 2016). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre perinatal ölüm hızı binde (%) 11 ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018 verilerine göre neonatal ölüm %6,4 olarak rapor edilmiştir (TNSA 2014; TÜİK 2017a).

Gebelik kaybı ebeveynler için baş edilmesi güç ve en acı yaşam deneyimlerindendir. Gebelik kaybı anne ve diğer aile fertlerini etkileyen biyo-psiko-sosyal ve spiritüel boyutu olan bir yaşam krizidir. Kayıp aile için sadece bir bebeğin kaybı ile sınırlı kalmaz ailelerin geleceğe yönelik ümitsizlik ve hayal kırıklığı yaşamasına da neden olur (Taşkın 2011; Yörük ve ark. 2016). İstemsiz gebelik kayıplarında ebeveynler daha fazla ruhsal çöküntü yaşar. Yaşanan kayıp ebeveynlerde yas ve mateme neden olur (Çam ve Tektaş 2016; Şahin 2016). Kayıp karşısında ailelerin verdikleri yas tepkilerinde doğru ya da yanlış davranışlar yoktur. Her ebeveynin yas süreci birbirinden farklıdır. Kayıp yaşayan kadın bu süreçte destekleyici bakıma ihtiyaç duyar. Ebeveynler hüznün, anksiyete, kaygı, suçluluk, öfke, kızgınlık, umutsuzluk ve çaresizlik duygularını yoğun ve güçlü bir şekilde hisseder. Kayıp karşısında sadece emosyonel değil konsantrasyon bozukluğu, unutkanlık, iştah kaybı ve yorgunluk gibi fiziksel ve bilişsel tepkiler de yaygın yaşanır. Yaşanan yasin son bulması ile ilgili kesin bir zaman yoktur. Yaşanan keder bazı ebeveynler için yaşam boyu devam eder ve bireyler kendilerini bir daha eskisi gibi normal hissetmeyebilir. Bu ebeveynler keder karşısında baş etmeyi öğrenmişlerdir (Queensland Clinical Guidelines, 2018b). Yapılan pek çok çalışmada, gebelik haftası ne kadar küçükse anne ve aile fertlerine yönelik travmatik etkilerin daha az görüleceği belirtilmiştir. Ancak gebelik haftası küçükte olsa kayıp sonrası ebeveynlerde psikolojik sorunlar yaşanabileceği unutulmamalıdır (Çam ve Tektaş 2016; Şahin 2016).

2.2.1. Kayıp kavramı

Kayıp, organ kaybından hayatın kaybına kadar geniş bir kavramdır. Bireyin doğumdan ölüme kadar karşılaştığı evrensel bir tecrübedir. Kayıp, birey için önemli ve anlamlı olan bir objenin yitirilmesidir. Kayıp, somut veya gelişimsel olarak ikiye

ayrılmaktadır. Somut kayıp; sevilen bir kişinin, duygusal olarak bağlanılan bir işin, arkadaşın, bebeğin perinatal kaybı veya engelli olması vb. içerir. Meme kanseri olan bir kadının mastektomi sonrası organını kaybetmesi somut bir kayıptır. Gelişimsel kayıp ise, kişinin hayatı boyunca karşılaşıacağı gelişimsel kayıplardır. Örneğin bir bebeğin yürümeye başlamasıyla birlikte kucakta taşınma konforunu kaybetmesi gelişimsel kayıptır. Çocuğun gelişimsel kayıplarla karşılaşması, ileride karşılaşıacağı somut kayıplarla baş etmesinde hazırlayıcı olacaktır (Volkan ve Zintl 2017).

2.2.2. Yas kavramı

Kayıp sonrası yaşanan duygulanımı anlatmak için keder, yoksunluk ve yas kavramları kullanılmaktadır. Keder, kayıp gerçeğinin kabullenilmesinin tamamlandığı süreçtir. Yoksunluk ise kaybın hissettirdiği duyguları hızlandıran dinamik bir süreçtir (Taşkın 2011). Yas, kayıpla ilgili duygusal, bilişsel ve somatik tüm tepkileri ve duyguları ifade eder (Worden 2009).

Yaşanan kayıp ani, kalıcı, geçici, gelişimsel veya somut olsun ya da olmasın kayıp sonrası birey yas süreci yaşar. Kayıp sonrası yaşanan yas süreci kaçınılmazdır (Küçükaya 2009; Şahin 2016). Kayba alışmak için yasını tutmak önemlidir. Yas sürecinin yaşanmaması, yok sayılması, baskılanması yasın kronikleşerek patolojik bir hal almasına neden olur. Bastırılmış, yaşanmamış yas ileride psikosomatik hastalıklar, depresyon veya patolojik yas gibi klinik tabloyla tekrar ortaya çıkar (Lasker ve Teoder 1991; Volkan ve Zintl 2017).

Yas sürecinde yaşananlar ile ilgili yeni teoriler geliştirilmekte ve güncellenmektedir. Modern psikoloji tarihinde yas ve komplike yas ile ilgili ilk çalışmanın (1917) Freud'a aittir. Freud'un "Yas ve Melankoli" isimli eseri ile psikanalizde bir dönüm noktasıdır (Worden 2009; Volkan ve Zintl 2017). Yas teorileri ile psikoanalitik kurama Lindemann (1944) ve Bowlby'in de (1980) önemli katkıları vardır. Teoriler yas modeli, yasa verilen duygusal tepki ve bunlarla baş etmeyle ilgilidir (Stroebe ve ark. 2005). Freud, yasın mutlaka bir sonu olduğunu vurgulamıştır. Yas sürecinde kaybedilen ile kaybı yaşayan kişi arasındaki duygusal ilişkinin önemi üzerinde yoğunlaşmıştır. Yas sürecinin sonlanmasında kişinin kaybettiği nesneye duyduğu duygusal enerjiyi dönüştürerek başka sevgi nesnelere aktarması ile mümkün olabileceğini savunmuştur. Lindemann normal bir yas sürecinin yaşanabilmesi için belirleyici olan öğeleri tanımlamıştır. Kişinin kayba verdiği ilk tepki yas sürecinin en

belirleyici özelliği olduğunu belirtmiş ve bunu “akut yas” olarak isimlendirmiştir. Psikanalitik düşünce tarihi incelendiğinde Freud, Melanie Klein, Lindemann ve Edith Jacobson’la birlikte yas kavşallaştırılmaya çalışılmıştır. Fakat yapılan incelemeler genellikle depresif hastalıklar üzerinden yapılandırılmış olup patolojik yas biçimleri ile ilgilidir. Sadece Lindemann “akut yas” tanımı ile normal yas sürecini incelemiştir. Normal yas tutmanın psikanalitik teorilerinin gelişimi Bowlby (1961) ile başlar. Bowlby Freud’un bakış açısına ek olarak kaybedilen ile kaybı yaşayan kişi arasındaki duygusal bağa dikkat çekmiştir. Bowlby’e göre yas, kişinin ölmüş kişi ile olan bağlarının zihinsel şema olarak yeniden yapılandırılmasıdır (Bowlby 1983; Stroebe ve ark. 2005; Nirven ve Diner 2015; Volkan ve Zintl 2017).

2.2.2.1. Yas evreleri

Yas tutmanın evreleri konusunda psikiyatristlerin farklı görüşleri mevcuttur. Bu görüşler araştırmacının hangi kuramsal yaklaşımı benimsediğiyle ilişkilidir. Yas evrelerin Worden, kişinin yas sürecine uyum sağlayabilmesi için yerine getirmesi gereken temel görevler olarak tanımlamıştır (Küçükkaya 2009; Volkan ve Zintl 2017). Worden’ın Yas Görevleri Modeli’ni; kaybın gerçekleştiğini kabul etme, acı ve keder yaşamak, kaybedilen kişi olmaksızın yaşama uyum sağlama, duygusal enerjiyi geri toplamak ve yaşama devam etmek olarak sınıflandırmıştır (Worden 2009). Yas süreci ve evrelerini anlamada Kubler-Ross kendi ölümüyle yüzyüze kalan bir kişinin hissettiklerini, Bowlby (1961), Peppers ve Knapp (1985) çocuğun beklenen ölümü karşısında ebeveynlerin yaşadığı yası anlamada temel yapı taşlarını oluşturmuştur (Taşkın 2011). Yas evreleri ve yas süreci ile ilgili literatür incelendiğinde ilk dönemlerde, normal yas süreci evrelerinin doğrusal biçimde ilerlediği kabul edilirken günümüzde dairesel ve kaotik olduğu görüşü hakimdir. Yani yas evreleri arasındaki geçişin karmaşık ve başa dönüp tekrar yaşanabileceği savunulmaktadır (Bildik 2013). Araştırmacılara göre yas evreleri Tablo 2-4’de özetlenmiştir.

Tablo 2-4 Yas Evreleri

Yas evreleri	Araştırmacı
İnkâr, Öfke, Pazarlık, Depresyon, Kabullenme	Kubler – Ross (1969)
Uyuşukluk, Kaybedilen Kişiyi Arama, Umutsuzluk, Yeniden Organize Olma	Bowlby (1973)
Alarm, Arama, Hafifleme, Öfke, Suçluluk, Yeni Bir Kimlik Kazanma	Parkes (1987)
Kaçınma, Yüzleşme, Uyum	Rando (1993)

(Taşkın 2011; Nirven ve Diner 2015; Volkan ve Zintl 2017).

2.2.2.2. Yasa verilen tepkiler

Erişkinlerin yasa verdikleri bireysel tepkileri açıklarken erişkinlerin çocuklukta yaşadığı olayları ve tepkileri dikkate almak gerekir. Bu teorinin dışında, bağlantılı olayların doğası, gelişim fazları, olayların ve tepkilerin kavramsallaştırılması konusunda görüş ayrılıkları vardır (Nirven ve Diner 2015). Volkan kitabında yası normal süreçte geçirebilme durumunun gelişimsel öyküye bağlı olduğunu belirtmektedir. Doğuştan itibaren bir şeyleri geride bırakarak yeni kazanımlar elde edilir. Eğer bir çocuğun kayıp ve kazanım geçişleri güvenli bir ortamda olursa, çocuk iyi gelişir ve yas için sağlıklı bir modele sahip birey olarak yetişir (Volkan ve Zintl 2017).

Yas süreci temelde duygusal tepkileri içerse de bireyi fiziksel, bilişsel ve davranışsal yönden de etkiler. Yasa verilen tepkiler sosyal izolasyon, uykusuzluk ve yeme bozuklukları gibi depresyon belirtileriyle benzer tepkilerdir. Dolayısıyla yas süreci incelenirken kayıp sonrası görülen reaktif depresyon belirtileri normal olarak değerlendirilir. Sosyal çekilme, yeme bozuklukları gibi belirtilerin yas sürecinde zamanla ortadan kalkması beklenir (Gizir 2006; Volkan ve Zintl 2017).

“Bilişsel Boyutta” Yas Süreci ve Tepkiler

Yaşamda karşılaşılan her durum, bireyin kendisinde ilgili dünyanın ve kendimizin bizdeki temsili modelleri çerçevesinde yorumlanır. Duyu organı aracılığı ile bize ulaşan bilgi seçilir. Seçilen bilgiler bireyin benimsediği model çerçevesinde şekillenir. Birey zarar görme riskini hissettiğinde olayı düzeltmek amacıyla ilk tepki

verilir. İlk tepki bir başka deyimle ilk dürtü, olayı düzeltmeye yönelik gösterilen çabadır. İnsan beyni neden olan durumu analiz eder, planını mevcut en kolay eylem çerçevesinde şekillendirir (Nirven ve Diner 2015; Kara 2016b).

Normal yas sürecinde, yadsıma sürecinden kabullenme sürecine gelene kadar birey bir çok zorluk yaşar. Ölüm bireyler için beklenen ve bilinen bir eylem olsa da gerçekleştiğinde kabullenilmesi oldukça güçtür. Kayıp sonrası bireyler kendilerini gerçeklerden uzaklaşmış, durumun farkında değilmiş ve uyuşmuş gibi olduklarını ifade eder, buna yadsıma denir. Aslında kayba verilen bu reaksiyon şokun birden yaşanmasını engelleyerek yavaş yavaş alışılmasını sağlar. Olayı yadsıma, kabullenmeme, kişinin yaşadığını düşünme yaşanabilecek bilişsel zorluklardan bazılarıdır. Bunlara ek olarak, odaklanma güçlüğü, kaygı, karar vermede güçlük, rüyalar, halüsinasyon, dalgınlık, zihne gelen imgeler ve hatıralar bilişsel boyutta yaşanabilecek zorluklardır. Yaşanan bu süreç birkaç saat olabileceği birkaç gün de olabilir (Canadian Paediatric Society Statement 2001; Lowdermilk ve ark. 2012; Kara 2016b; Volkan ve Zintl 2017).

“Duygusal Boyutta” Yas Süreci ve Tepkiler

Yasla ilgili yapılmış etnografik çalışmalar incelendiğinde kayba yönelik tepkilerin toplumlar arasında benzerlikler gösterdiği belirlenmiştir. Duygusal tepkiler toplumdan topluma, kültürden kültüre farklılaşsa da insanlar her yerde kayba karşı keder yaşar. Birey, kayıp gerçeğini algılamaya başladığı an itibarıyla kayba yönelik büyük bir özlem ve yalnızlık hissi duymaya başlar. Araştırmacılar yalnızlık kavramını sosyal yalnızlık ve duygusal boyutta yalnızlık olarak iki şekilde açıklar. Ölüm, kayıp sonrası bireylerin yaşadıkları duygusal boyutta yalnızlıktır. Kişi çevresinde birileri olsa dahil kendisini yalnız hisseder (Stroebe ve ark. 2005; Gizir 2006; Volkan ve Zintl 2017).

Kayıp sonrası bireyler içinde (mide bölgesinde) boşluk hissi, yalnızlık, aşırı özlem, korku, öfke, suçluluk gibi duygusal boyutta sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bu sıkıntıların şiddetinin zaman içinde azalması beklenir. Marris (1958) ve Parkes’ın dul kadınlarla yaptığı çalışmada eşlerinin ölümünden sonra yalnızlık hissettiklerini ve eşlerine karşı şiddetli özlem duyduklarını belirtmiştir. Araştırmada kaybın ikinci ayında yalnızlık hissi %59’dan %37’ye gerilemiştir. Aynı çalışma grubundaki kadınlar kalabalık sosyal ortamlarda dahil kendilerini yalnız hissettiklerini ifade etmişlerdir

(Stroebe ve ark. 2005; Nirven ve Diner 2015). Benzer şekilde perinatal kayıp sonrası da yoğun özlem ve yalnızlık hissi yaşanır (Grunebaum ve ark. 2017).

“Fiziksel Boyutta” Yas Süreci ve Tepkiler

Kayıp sonrası bireylerde somatik şikayetlerde artış olur. Yasın tüm evrelerinde, özellikle şok evresinde fiziksel tepkiler çok yoğun yaşanır. Kayıptan hemen sonraki saatlerde nefes almada zorlanma, boğazda düğümlenme, boğulacakmış gibi olma, kaslarda gevşeklik, iştahda değişme, kalpte çarpıntı, seslere karşı aşırı tepki, enerjisizlik ve ağız kuruluğu gibi fiziksel şikayetler yaşanır. Yas sürecinde fiziksel şikayetlerin kaybın erken dönemlerinde yaşanması endişe verici değildir. Yas tutma uzun sürerse fiziksel hastalıklara yol açabilir. Bu tür yoğun duygusal stresler bireyi fiziksel yakınma ve hastalık riski altında bırakır. Özellikle yasin erken dönemlerinde mortalite oranı yüksektir. İntihar etme, kaza geçirme, alkolle ilişkili hastalıklar, şiddete maruz kalma, iskemik kalp hastalıkları ve akciğer kanserini içermektedir (Martikainen ve Valkonen 1996; Küçükkaya 2009; Lowdermilk ve ark. 2012; Nirven ve Diner 2015).

“Sosyal Boyutta” Yas Süreci ve Tepkiler

Sevilen birinin veya aile üyelerinden birinin kaybı bireyin aile iç dinamiğinde süreçleri değiştirir. Bireydeki en önemli değişim “rol fonksiyon alanı” ile ilgilidir. Rol değişimi veya rol kaybında kişilerarası iletişimde önemli bir değişim olması beklenir. Örneğin; eşini kaybetmiş bir baba çocukları ile olan iletişimini değiştirmek, anne rolüne bürünmek zorunda kalır. Yas sürecindeki birey, kişilerarası sosyal ilişkilerinde de değişim yaşayabilir. Bebeğini kaybetmiş bir aile, çocuklu ailelerle arasında mesafe koyabilir (Canadian Paediatric Society Statement 2001). Marris ve Parkes’ın eşini kaybetmiş kadınlarla yaptığı çalışmada kadınların bir yıl boyunca eğlenceli ortamlarda bulunmadıklarını ve sosyal aktivitede bulunmak istemediklerini belirtmiştir (Nirven ve Diner 2015). Bazı insanlar yas sürecini başlatacak kayba yönelik tüm hatıralardan kaçınır. Ölen kişiye ait hatıralardan ve objelerden kaçınma geçici bir süreçtir. Eğer tüm hatıralar hemen yok edilirse yas komplikasyonlu bir şekilde tamamlanır (Küçükkaya 2009; Nirven ve Diner 2015). Ölen kişi ile arasında ambivalan duygular oluşur. Bireyler davranışsal olarak alkol ve madde kullanımı gibi sağlıksız davranışlar gösterebilir. Davranışsal tepkiler; uyku ve iştah düzensizliği, ağlama, sosyal içe çekilme, tekrarlayan rüyalar, kaçınma, aşırı hareketlilik, anlamsız etkinlikler sürdürme, organize bir etkinliği

devam ettirememe ve sürekli ölen kişiyi hatırlama çabası gösterme şeklindedir (Gizir 2006; Küçükkaya 2009).

“Spiritüel Boyutta” Yas Süreci ve Tepkiler

Bütüncül bakım felsefesinin temel yapı taşlarından birisi de insanın spiritüel boyutudur. Günümüze kadar spiritüalizme inanç, maneviyat, din gibi kavramlarla ilişkilendirilerek farklı farklı yorumlanmıştır. Günümüzde dini inancın ötesinde yaşamın anlamı ve varoluş üzerine odaklanılan bir kavram olarak yorumlanır. Her insanın spiritüel bir boyutu vardır. Ölüm ya da yaşamı tehdit eden hastalık durumunda spiritüel gereksinimler ortaya çıkar (Kara 2016a; Çınar ve Aslan 2017).

Kayıp, bireyin dünya bakış açısını değiştiren ve varoluşunu sorgulamasına neden olan önemli bir yaşam deneyimidir. Kayıp bireyde aile, sosyal çevre, din, eğitim, yaşam deneyimlerinin oluşturduğu temel felsefi inançlarının değişmesine veya sarsılmasına neden olabilir. Bireyin inandığı din ne olursa olsun ya da dini inancı olmasın, kayıp karşısında kişi inanç sistemini yeniden gözden geçirebilir (Gizir 2006; Kara 2016a).

Yasın biyolojik bir temele dayandığı savunulmaktadır. Bu bağlamda yas evrensel bir duygudur. Değişik kültürlerde ölüm sonrası baş etme yöntemleri farklılık gösterebilir. Bu nedenle ölüm sonrası yaslı bireylerle çalışırken kültürel farklılıkları da dikkate alınmalıdır (Taşkın 2011). Farklı kültürlerdeki yas tutma gelenekleri yas sürecini uzatıp patolojik hale getirebileceği gibi yas sürecini de normalleştirebilir (Nirven ve Diner 2015).

2.3. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu ve Hemşirelik Bakımı

Gebeye maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon seçeneğinin sunulması gebe ve ailesine ciddi stres ve kaygı yaşatır. Tıbbi terminasyon süreci gebenin anksiyeteyle, bilgi eksikliğine bağlı korkuyla ve tıbbi terminasyon kararı aşamasındaki zorluklarla baş etmesine ve uyum sağlamasına yönelik pek çok zorluğu içerir (Velioğlu 2012; Perry 2015). Kayıp yaşayan ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sağlanması profesyonel bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu sağlık ekibinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, pediatrist, psikiyatrist, ilgili diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler, hemşire, ebe, psikolog ve sosyal çalışma uzmanı yer alır (Büyükkurt 2017). Perinatal dönemde olduğu gibi gebeliğin tıbbi terminasyon

sürecinde de doğum öncesi, anı ve sonrasına ilişkin gebenin karşılanması gereken pek çok sağlık bakım gereksinimi vardır. Bu gereksinimlerin belirlenmesi ancak yakın gözlemle olasıdır. Hemşire belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde bakım verici rolüne ek olarak multidisipliner veya interdisipliner sağlık ekip üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rolü üstlenir. Kadının kendi bakımına aktif katılımını sağlar. Böylelikle planlanan hemşirelik bakımı süreklilik kazanır. Hemşire, kayıp yaşayan kadın ile güvenilir bir ilişki kurmalı ve sorunlarını belirlemek için kadına yeterli zaman ayırmalıdır. Hemşire, kayıp karşısında duygularının farkında olmalı ve bu konuyu konuşmaktan çekinmemelidir (Landy ve ark. 2017b).

Hemşirelik bakım ve uygulamalarının kuram ve modellere temellendirilmesi, hemşirenin ihtiyaca yönelik bütünsel bakım vermesini sağlar. Model ve kuramlar hemşireler için yol göstericidir ve hemşirelik bakımının etkinliğini artırıcı rolü vardır. Perinatal kayıp yaşayan kadın ve ailesinin bakım gereksinimlerini karşılarken Roy Adaptasyon Modeli, Watson İnsan Bakım Kuramı, Dorothea E. Orem Özbakım Kuramı, Worden'ın Yas Görevleri Modeli, Swanson Bakım Kuramı gibi model ve kuramlardan faydalanılabilir (Swanson 1991; Küçükkaya 2009; Roy 2009; Karaca ve Oskay 2017). Örneğin; Roy Adaptasyon Modeli'ne göre planlanan bakım, hemşireye bütünsel ve sistematik bir yaklaşım kazandırır. Roy Adaptasyon Modeli'ne göre hemşire, kuramın ana bileşenidir. Kişilerin adaptasyon gücü azaldığında onlara bütünsel bakım vererek, tekrar uyumlarını sağlayan dış güçtür. Sağlıklı bir gebelik hayali kuran kadın, tıbbi terminasyon kararı ile aniden kayıp ile karşı karşıya kalır ve yeniden adaptasyon gerektiren pek çok zorluk yaşar. Bu süreçte hemşirenin temel görevi gebenin uyum sağlayabilmesi için kadına kendi rol ve sorumlulukları kapsamında yardımcı olmaktır (Lee ve ark. 2011; Velioğlu 2012 pp. 369).

Literatür incelendiğinde özellikle gebeliğin, tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırıldığında kullanılabilecek destekleyici bir modele rastlanılmamıştır. Gebelikte düşük yaşayan kadınların Swanson Bakım Kuram'ı doğrultusunda destekleyici bakımın etkinliği çalışılmıştır (Adolfsson 2010). Gebelik kaybı yaşayan kadınların ruhsal etkilenmelerini incelemek için Watson İnsan Bakım Modeli (Tektaş ve Çam 2017) ve benzer şekilde Worden'ın Yas Görevleri Model'i (Küçükkaya 2009) doğrultusunda verilen destekleyici bakımın etkinliğinin de çalışıldığı görülmektedir. Ancak gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılması sadece kadının kayıp ve yas yaşamasına

değil doğum, doğum ağrısı, fetosit gibi pek çok zorlukla mücadele etmesini gerektiren bir durumdur. Bu nedenle maternal veya fetal nedenerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyon kararını alan kadının bakımını yapılandırmak için Roy Adaptasyon Modeli'ni kullanmak hemşireye süreç boyunca kadının karşılaşacağı zorluklarla başetmede, bakım gereksinimlerini belirlemede ve uygulamada yol gösterici olacaktır.

2.3.1. Girişim (doğum) öncesi hemşirelik bakımı

Gebeliğin tıbbi terminasyonunun aileye açıklanması multidisipliner bir kararla alınır. Hekim tıbbi terminasyon seçeneğini aileye önerirken yönlendirici olmayan bir tutum sergilemelidir (Büyükkurt 2017). Kötü haber vermek, sağlık personelinin en çok zorlandığı durumlardan birisidir. Acıya neden olma korkusu, durumdan dolayı suçlanma, sempati duyma, duygusal davranma gibi pek çok nedenden dolayı sağlık personeli kötü haber verirken zorlanır. Hastaya kötü haber verme uzmanlık, deneyim ve doğru iletişim becerisi kullanmayı gerektirir. Bu konuda geliştirilmiş rehberler ve modeller (Örn: Rabow ve McPhee tarafından geliştirilen ABCDE modeli) sağlık personeline çerçeve oluştursa da iletişimin bireysel ve hastaya özgü olması gerekir. Ebeveynler, sağlık personelinin kaybı önemsiz ve normal olarak görmesinden, açıklama esnasında tıbbi terimler kullanmasında ve yeterince dinlememesinden rahatsız olmaktadır (Güner 2006; Rinehart ve Kiselica 2012).

Gebeliğin sonlanması kadını fiziksel (ağrı, kanama vb.) ve ruhsal (korku, kaygı, pişmanlık, kayıp vb.) açıdan zorlayan travmatik bir süreçtir (Karaca ve Oskay 2017). Bu nedenle hemşire kayıp yaşayan kadın ve ailesinin ihtiyaçlarını ve bakım gereksinimlerini çok yönlü ele almalıdır. Kurulan iletişim anlaşılır, net ve ön yargısız nitelikte olmalıdır (Taşkın 2011; Kara 2016b).

Hemşire, kadının uyumunu etkileyen risk faktörlerinin farkında olmalıdır. Gebeliğin tıbbi terminasyonunda yaşanan emosyonel sıkıntının (distres) derecesi kadının var olan ruhsal sorunları, eş şiddeti, sosyal destek düzeyi, gebeliğin tıbbi terminasyonuna yönelik tutumu, aile yapısı, yaşayan çocuğunun olması, ailedeki birey sayısı ve gebeliğin sonlandırılmasının fetal anomaliye bağlı olması ile yakından ilişkilidir. Emosyonel sıkıntı gebelik haftası, daha önce tıbbi terminasyon yaşaması, sosyoekonomik durum, yaş, multifetal gebelik redüksiyonu ile ilişkili değildir (Landy ve ark. 2017a). Tıbbi terminasyon öncesi klinik değerlendirme, danışmanlık ve

uygulama bileşenleri aşağıda açıklanmıştır (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a);

Gebeliği değerlendirme

- Tıbbi terminasyon tüm ayrıntılarıyla detaylı bir şekilde belirlenir. Riskli gruplar ilgili özel alanlara (psikiyatri, adli tıp, genetik vb.) yönlendirilir. Fiziksel ve mental engel, tecavüz veya cinsel saldırıya uğrayan, aile içi şiddet yaşayan, doğurganlık sorunları olan ve kültürel inanç ve değerlerinden dolayı tıbbi terminasyona olumsuz bakış açısı olan kişiler ve adölesanlar riskli gruplardır. Aile öyküsünde kalıtsal veya genetik veya tanısı konulmamış nörolojik hastalık varlığında, gebe ve ailesi genetik danışmanlık için yönlendirilir (Aslanger ve Karabey 2017; Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017).

Fiziksel muayene ve öykü alma

- Fiziksel değerlendirme, tıbbi öykü ve semptomları içerir. Vital bulgular ölçülür, son adet tarihi sorgulanır, ultrason ile gebelik haftasının uyumu kontrol edilir. Gebelik sonlandırma yöntemini belirlemek ve fetosit işlemi için gebelik haftası belirlenir.
- Jinekolojik, obstetrik ve cinsel öykü alınır.
- Geçmiş ve şimdiki tıbbi öykü alınır.
- Ektopik gebeliği düşündüren klinik bulgu varsa daha detaylı değerlendirilir.
- Bakteriyel enfeksiyonların tedavisi için gebeliğin terminasyonundan önce serviko-vajinal sürüntü örneği alınır. Eğer bakteriyel vajinozis tespit edillirse terminasyondan önce tedavi edilir.
- Rutin antenatal laboratuvar taraması yapılır. Hemoglobin düzeyi bakılır. Kan grubu tayini ile gebe Rh negatif ise doğum sonrası Rhogam (anti-D) yapılır. Endikasyona bağlı ek laboratuvar testleri istenir. Örneğin, intrauterin fetüs kaybında gebede fibrinojen düzeyi bakılır (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a; Queensland Clinical Guidelines 2018b).

Sağlığı geliştirici bakım hizmetleri

- Sağlık taramalarının yapılması ve önerileri içerir. Örneğin; Pap – smear testi ve rubelle titresi tayini yapılır. Kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine vulva muayenesi ve pelvik taban kas egzersizleri öğretilir. Üreme sağlığı hizmetleri ve kontraseptif yöntem seçimi hakkında bilgi verilir. Sigarayı bırakma konusunda bilgilendirme yapılır (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a; Queensland Clinical Guidelines 2018b).

Danışmanlık ve koordinasyon

- Zamanında sevk ve koordinasyon için interdisipliner ve multidisipliner gerekli hazırlıklar yapılır. Örneğin; ilgili özel alanların (kardiyoloji, genetik birimi, patoloji birimi) koordinasyonu sağlanır. Psikososyal destek/danışmanlık verilir. Mental sağlığın değerlendirilmesi ve sürdürülmesinde destek/tedavi verilir. Gebelik sonlandırma işleminin uygulamasında koordinasyon sağlanır. Doğum için hasta odası veya doğumhane hazırlanır.
- Takibi kolaylaştırmak için randevu planı oluşturulur (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018).

Kontrasepsiyon

- Terminasyon sonrası kontrasepsiyonun hemen başlanması için teşvik edilir.
- Tüpligasyon, rahim içi araç gibi girişimsel yöntemler uygulanacaksa hazırlıklar yapılır (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a; Queensland Clinical Guidelines 2018b).

Tıbbi terminasyon yöntemi

- Medikal veya cerrahi yöntemler birlikte kullanılabileceği gibi ayrı ayrı da kullanılır.
- Yöntemin seçimi hekim tercihi, hasta uygunluğu, farmakolojik ajanların kullanılabilirliği, hasta tercihi ve gebelik haftası ile ilişkilidir.
- Komplikasyonlar ve riskler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılır.
- Yöntemin hasta için güvenirliliği tartışılır.

- Tıbbi terminasyon sürecinde beklenen (ağrı, anksiyete, korku) ve olası (mide bulantısı, kusma, ateş) şikayetler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılır.
- Olası ve beklenen şikayetler ile baş etme yöntemleri hakkında ayrıntılı danışmanlık verilir (Ağrı kontrolü, progresif gevşeme egzersizi, nefes farkındalığı gibi) (Hammond ve ark. 2017a; Hammond ve ark. 2017c; Roberts ve ark. 2017; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a; Queensland Clinical Guidelines 2018b).

2.3.2. Girişim (doğum) anı hemşirelik bakımı

Girişim anı hemşirelik bakımı doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evresini kapsamaktadır. Bireysel bakım tüm süreçte olduğu gibi doğum anında da vazgeçilmezdir. Ebeveynlerde kayıp hissi ve yas süreci aslında terminasyon kararının alınması ile başlar. Kadın bebeğinden ve kendisinden korkmayan, ona saygı gösteren, deneyimli hemşireden bakım alma ihtiyacı duyar. Hemşire doğacak olan bebeği canlı doğan bir bebek gibi narin ve değerli görmelidir (Durmaz ve ark. 2018 p. 341).

Kadınlar bu süreçte rahatlama, üzüntü, pişmanlık, suçluluk, kayıp hissi gibi ruhsal sıkıntıları yaygın yaşar. Gebelik terminasyonu süresince öğretilen başa çıkma yöntemleri kadının bu sürece olan uyumunu artıracak ve doğum sonrası duygu durum bozukluklarını azaltacaktır (Lafarge ve ark 2013). Kültürel ve dini farklılıklar kayba verilen tepkiyi etkileyebilir. Bu nedenle her kadının ihtiyacının farklı olduğu unutulmamalıdır (Durmaz ve ark. 2018).

Hissedilen doğum ağrısı biyokimyasal, nörofizyolojik, psikojenik, bilişsel, etnokültürel, dinsel, çevresel ve ruhsal birçok faktörün etkisinde olan bir durumdur (Rathfisch 2012). Tıbbi terminasyon esnasında başa çıkılması gereken önemli bir sıkıntı da ağrıdır (Hammond ve ark. 2017c). Ağrı korkusu, patolojik gerilim ortamı oluşturarak kadın tarafından hissedilen gerçek ağrıyı ortaya çıkarır. Bu süreç “korku-gerilim-ağrı sendromu” olarak bilinir (Grantly 1958; Rathfisch 2012). Tıbbi terminasyon sürecinde gebe büyük bir stres ve bilinmezlik yaşar. Özellikle gebenin ölü bir doğum yapacak olması ve doğumda ağrı duyacağını beklemesi, korku yaşamasına neden olur. Yaşanan korku bedende gerginlik yaratır. Çalışmalarda tıbbi terminasyon esnasında yaşanan anksiyete ve depresyonun doğum ağrısıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu da belirtilmiştir (Andersson ve ark. 2014). Doğum ortamının özel, sessiz olması gerektiği

gibi canlı doğum yapan diğer annelerden de ayrı olması sağlanmalıdır (Durmaz ve ark. 2018).

Fetüsün intrauterin ölümü üzerinden belli süre geçtiyse yaygın damar içi pıhtılaşma açısından değerlendirmek amacıyla hastadan tam kan sayımı ve pıhtılaşma için kan örneği alınmalıdır. Bu hastalar koagülopati açısından yakın takip edilmelidir. Servikal olgunlaştırma yöntemi ile doğum indüksiyonu başladıktan sonraki bakım, normal doğum eylemi ile benzerdir. Travayda fetal kalp atımı ve fetal sağlık değerlendirilmesinin yapılmasına gerek yoktur (Hammond ve ark. 2017a; Durmaz ve ark. 2018).

Hastaya doğum ve ilaçların beklenen ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilir. Bu sıkıntılarla baş edebilmesi için baş etme yöntemleri doğum öncesi öğretilir. Beklenen fiziksel yan etkiler ağrı, karında kramp, vajinal kanamadır. Hastaların yaşayabileceği olası fiziksel yan etkiler ise ateş, mide bulantısı, kusma nadir de olsa ishaldir. Bu beklenen ve olası fiziksel şikayetlere ek olarak kadın uykusuzluk, yorgunluk, kaygı, anksiyete, stres, korku ve huzursuzluk gibi ruhsal sıkıntılar da yaşayabilir. Şikayetlerle baş etme yöntemleri şu şekildedir. Fiziksel yöntemler; nefes farkındalığı, fiziksel gevşeme egzersizi, hareket ve pozisyon değişikliği, masaj ve sıcak uygulamadır. Ruhsal yöntemler ise zihinsel gevşeme egzersizi, masaj, müzik, odaklanma ve hayal etmedir (Hammond ve ark. 2017a; Steinauer ve ark. 2017).

Büyük üzüntü ve keder yaşayan ebeveyne verilen destek, onların olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olur. Doğum esnasında bebeğe yavaş ve nazik davranılmalıdır. Nazik ve hassas davranmak olası vücut zedelenmelerini azaltır. Ölü doğumlarda fetüste tonüs kaybının olması, anhidroamniyos, prematür bebek, makat gelişler nedeniyle ekspülsiyon evresi yavaştır. Bu durum annede stres yaratabilir. Doğum öncesi anneye bebeği görmek isteyip istemediği muhakkak sorulmalıdır. Anne bebeği görmek istemiyorsa bebek bir havluya ya da beze sarılır (Durmaz ve ark. 2018).

Doğumun üçüncü evresi, normal doğum eyleminde olduğu gibi aktif yönetim şeklinde olur. Üçüncü evrenin yönetimi maternal riskler değerlendirilerek yapılır. Örneğin fetüsün intrauterin ölümü uzun süre önce olduysa pıhtılaşma riskinden dolayı aktif yönetilir. Benzer şekilde zor doğumlar, uzamış erken membran rüptüründe de üçüncü evre aktif yönetilmelidir. Plasentadan örnek alınacaksa plasenta uygun şekilde (hastane prosedürüne göre) patolojiye gönderilir. Bazı aileler plasentanın da bebekle

birlikte gömülmesini isteyebilir. Böyle bir durumda işlem sonrası plasenta aileye verilir. Eğer ebeveynler bebekleri için hatıra ve anılar oluşturmak isterse onlara yardımcı olunabilir. Hatıralar yas sürecini kolaylaştıran imgelerdir. Mevcut koşullarda olabildiğince fazla hatıra ve özel anılar oluşturulmaya çalışılmalıdır (Kadioğlu ve Oskay 2014; Durmaz 2018).

2.3.3. Girişim (doğum) sonrası hemşirelik bakımı

Doğum sonrası dönemdeki sağlık bakımı kadın ve ailesinin fizyolojik, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılanmasını kapsar. Hemşire gebelik kaybı yaşamış kadının bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda yeterli bakımı ve desteği sağlayarak postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Balkaya 2017). Hemşire doğum sonrası da yaslı aileye desteğini sürdürmeye devam eder. Ebeveynler asıl doğum sonrası kayıp ile karşı karşıya kalır. Kötü haberi aile bireylerine ve diğer çocuklara söyleme, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar gibi pek çok zorlukla baş etmeye çalışır. Doğum sonrası ebeveynler, bebeğinin öldüğünü diğer aile bireyleri ve arkadaşlarına söylemekte zorluk çeker. Aileler kaybı hemen kabul edip diğer aile fertlerini söylemesi konusunda acele ettirilmemelidir. Anne kendini ne zaman hazır hissederse o zaman söylemelidir. Hemşire bu konuda ebeveynlere destek olmalıdır. Belki de doğru ifadenin neler olabileceği kadın ve eşi ile konuşulmalıdır. Ebeveynler, aile bireyleri ve arkadaşlarına bebeklerini kaybettiklerini söylemek isterse, bebeği nasıl kaybettiklerini ve şu anda kendisini nasıl olduğu konusunda detayları içeren bilgiler vermesi gerektiği söylenmelidir. Ebeveynler, diğer çocuklarına bebeğin nasıl öldüğünü ve ne söyleceklerini çocuğun yaşı, gelişimi ve kendileri ile olan iletişimini dikkate alarak karar vermelidir. Her çocuğun kayıp karşısında farklı tepkileri ve soruları vardır. Çocuklar kayıp karşısında öfke ve kızgınlık hissedebilir ya da aşırı ilgiye ihtiyaç duyabilir. Bunun yanı sıra kaba veya saldırgan tavırlar da sergileyebilir. Bazen çocuklar kardeşleri öldüğünde, kendisinin de öleceği hissine kapılarak endişe duyabilir. Büyük çocuklar ise ölüm sonrasında korkabilir. Aileler çocukların sordukları soruları, onların anlayabilecekleri ve dürüst bir şekilde cevaplamalıdır. Aileler çocuklarına bebeğin ölümünden sorumlu olmadıklarını da söylemelidir. Bu çocukların baş etmelerini ve kaybı anlamalarını kolaylaştıracaktır. Çocuğun kayıp ile baş edemediği düşünülüyorsa pedagoga götürülmesi aileye söylenmelidir (Ramdaney ve ark. 2015; Roberts ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a, Queensland Clinical Guidelines 2018b).

Gebelik kaybı yaşamış bir kadının doğum sonrası hüznün yaşama olasılığı sağlıklı bebek doğurmuş kadından çok daha fazladır. Yaş, parite, gebelik ve doğum komplikasyonu, sezaryen ve emzirememe gibi obstetrik riskler hüznün ile yakından ilişkilidir. Gebelik ve doğum komplikasyonu yaşayan kadınlarda hüznün 3,21 kat daha fazla görülmektedir. Obstetrik risklere var olan psikiyatrik risk faktörleri de eklenince kadının hüznün yaşama ihtimali daha da artmaktadır. Bu nedenle hemşire doğum sonrası kadının bakım gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele almalıdır. Zamanında ve doğru bir şekilde verilen psikososyal destek kadınlar için hayata uyumu artıran önemli bir adımdır (Balkaya 2017). Doğum sonrası dönemde uygun, erişilebilir ve sürdürülebilir bakım çok önemlidir. Çünkü birçok ciddi komplikasyon işlem sonrası dönemde tespit edilir (Hammond ve ark. 2017a). Özellikle doğum sonrası erken dönemde yapılacak ayrıntılı hasta değerlendirilmesi, sağlık personelinin postpartum dönemde yakından izlenmesi gereken kadınları tanımaya olanak sağlayacaktır (Balkaya 2017). Gebeliğin tıbbi terminasyonu sonrası hasta bakımı ve takibi konusundaki dikkat edilmesi gereken önemli noktalar şunlardır;

Histopatoloji

- Klinik bulgu varsa terminasyon işlemi esnasında elde edilen dokulardan histopatolojik inceleme yapılır.

Rh uyuşmazlığı

- Tıbbi terminasyon sonrası ilk 72 saat içerisinde kadına Rhogam (anti-D) yapılır.

Ağrı ile baş etme

- Tıbbi terminasyon sırasında, sonrasında ya da cerrahi terminasyondan sonra hastanın ağrı düzeyine göre analjezik verilir.
- Ağrı ile baş etmede medikal tedavi ve nonfarmakolojik yöntemler önerilir.
- Ağrı, uterus perforasyonu ve retansiyonun göstergesi olabileceği için analjezikler klinik gözetim altında verilir.

Doğum sonrası bakım

- Kadının konforu sağlanır (beslenmesi sağlanır, pozisyon verilir ve üstü örtülür).

- Yakın gözlem ve takip yapılır.
- Yaşam bulguları takip edilir.
- Fundus büyüklüğü ve kıvamı değerlendirilir (gebelik haftasına göre yapılır).
- Kanama kontrolü yapılır.
- Perine bakımı verilir.
- Varsa epizyotomi bakımı yapılır.
- Vulva hematom açısından değerlendirilir (soğuk uygulama yapılabilir).
- Ped takibi yapılır.
- İlk dört saat içerisinde ayağa kaldırılır.
- Miksiyon kontrolü yapılır.
- Mesane distansiyonu açısından değerlendirilir.
- Kayba yönelik verilen tepkiler ve yaşananlar değerlendirilir.
- Aile üyelerinin birbirlerini desteklemesi için cesaretlendirilir.
- Ailenin acısını paylaşması için özel ve mahrem alanlar sağlanır.
- Ailenin yasını yaşamasına izin verilir.
- Stres ile baş etme yöntemleri öğretilir.
- Kayıp ile baş etme yöntemleri öğretilir.

Taburculuk

- Taburculuk zamanı planlanır.
- Taburculuk eğitimi yapılır.
- Bir sonraki gebeliği planlama konusu aile ile görüşülür.
- Psikososyal destek için hasta yönlendirilir.
- Takip için randevu planı oluşturulur.
- Acil durumlar ve belirtiler hakkında bilgi ve yazılı materyal verilir.

İzlem

- Psikososyal destek ve bakım sağlanır.
- Hasta uzun süreli destek sisteminden faydalanabilmesi için desteklenir.
- Doğumdan 6-8 hafta sonrası kontrol ve takip için randevu verilir.
- Patoloji sonuçları için randevu verilir. Özellikle fetal anomaliye bağlı yapılmış histopatoloji ve otopsi için randevu oluşturulur.
- Hasta başka bir sağlık profesyoneline yönlendirilecekse, hasta hakkında detaylı bilgi içeren konsültasyon yazılır.
- Terminasyon sonrası ruhsal ve emosyonel sıkıntıları uzun süren hastaları daha detaylı bakım hizmeti alabilmesi için ilgili birimlere sevk edilir. Partner/eş desteği yetersiz olanlar, kültürel, sosyal ve spiritüel faktörlerden dolayı terminasyonun yanlış olduğunu inananlar ve baş etme düzeyi yetersiz olanlar bu konuda desteklenir.
- Destek grupları hakkında bilgi verilir.
- Doğum kaydı ve defin/cenaze işlemleri için bilgi verilir. İlgili kuruma yönlendirilir.

Gebelik sonlandırılması sonrası hasta bakımındaki öneriler Tablo 2-5’de özetlenmiştir (Queensland Clinical Guidelines 2013; Hammond ve ark. 2017a; Roberts ve ark. 2017; Steinauer ve ark. 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a).

Tablo 2-5 Gebelik Sonlandırması Sonrası Hastalara Öneriler

Durumlar	Öneriler
Vajinal kanama	• Kanama pıhtılı ya da pıhtısız gelebilir • Kanama küretaj, vakum aspirasyonu gibi cerrahi terminasyon sonrası 2 haftaya yakın, tıbbi terminasyon sonrası 6 haftaya yakın sürebilir • Kanamanın miktarı azalarak devam eder • Enfeksiyonu önlemek için hijyenik pedler kullanılır (vajinal tampon kullanılmaz) • Eğer kanama miktarı fazla ise acil sağlık kuruluşuna gidilir ya da acil ekibini çağırılır (1 saate 1 pedden fazla – 3 saatlik ped gibi kanama olursa)
Ağrı	• Ağrı ile baş etme yöntemleri (nefes farkındalığı) uygulanır • Karın (abdominal) kramplarını azaltmak için sıcak uygulama (sıcak su torbası veya sıcak pedler) yapılır, kanama açısından takip edilir • Hekimin önerdiği ilaçlar alınır

Enfeksiyon	• Enfeksiyon belirtileri: ateş, halsizlik, yorgunluk, kötü kokulu akıntı ve aşırı ağrıdır. • Enfeksiyon belirtileri varsa hemen sağlık kuruluşuna gidilir.
Memelerde hassasiyet	• İki haftaya yakın sürebilir (özellikle ikinci trimester ve daha büyük gebelik haftasında) • Süt (laktasyon) gelebilir • Memedeki hassasiyeti azaltmak için sıkı destekleyici sütyen giyilir, soğuk uygulama yapılır • Memeye uyaran verilmez, sıkılmaz • Ağrı kesici alınır • Hekimin önerdiği farmakolojik ajanlarla laktasyon inhibisyonu sağlanır
Cinsel yaşam	• Vajinal kanama bitene kadar yaklaşık altı hafta cinsel ilişkiye girilmez
Doğurganlık durumu	• Doğurganlık hemen başlayabilir bu nedenle cinsel ilişkiye girmeden önce etkili bir kontrasepsiyon yöntemi belirlenir
Menstrüasyon	• Terminasyon sonrası üç hafta içinde başlayabilir. Bazı durumlarda dokuz haftaya kadar uzayabilir • Gebelik sonlandırmasından sonra 4 - 6 hafta içinde menstrüasyon başlamazsa gebelik testi yapılır (İdrarla yapılan gebelik testleri, gebelik sonlandırmasından en az 4-6 hafta sonrasına kadar güvenilir sonuç vermez)

2.3.4. Psikososyal bakım

Psikososyal bakım hasta bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Hemşirelerin benimsediği, bütünsel hasta bakımı ve fiziksel bakım psikososyal bakımın temelini oluşturur (Kocaman 2005). Psikososyal bakımı Özkan (1993) “hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız” ve “sadece vücut organları ile değil, bir bütün olarak insan varlığı ile uğraşılması gerektiğini” şeklinde ifade eder (Özkan 1993). Gebeliğin tıbbi terminasyon süreci hem kadının hem de aile üyelerinin baş etmede zorlandığı ciddi karmaşa yaratan bir durumdur. Bu süreçte kadının aile ve eş desteğini yetersiz hissetmesi öfke, suçluluk, pişmanlık, anksiyete, stres, yalnızlık, korku gibi pek çok ruhsal sıkıntı yaşamasına neden olur (Ramdaney ve ark. 2015; Aba ve Ergün 2016; Shear ve ark. 2018).

Hemşirenin tıbbi terminasyon sürecinde hastayla güven duygusu üzerine temellendirilmiş, terapötik bir ilişki kurması gerekir. Hemşire iyi bir gözlemci ve dinleyici olarak bireyin yaşadığı zor dönemi anlamalıdır. Gebeliğin sonlandırmasından sonra kadının süreci sağlıklı atlatabilmesi için psikososyal destek ve bakım almak zorundadır. Avrupa’da kayıp yaşayan kadın ve ailesine kapsamlı hizmet veren klinikler bulunmaktadır. Bu kliniklerde kadının herhangi bir olası psikolojik sorun yaşamaması

için danışmanlık hizmetleri verilmektedir (Aba ve Ergün 2016; Shear ve ark. 2018). Türkiye’de bu konuda sistemli ve yapılandırılmış klinikler yoktur. Bu nedenle baş etmede zorluk yaşayan hastalar serviste ve sevk edildikleri kliniklerde dir. Hemşirenin buradaki en önemli misyonu bu hastaları tespit edip ilgili birimlere ya da kişilere yönlendirmek olmalıdır. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireleri gebelik sonlandırması yaşayan hastaya psikolojik bakım düzeyine uygun hizmet verir (Kocaman 2005; Aba ve Ergün 2016).

Kayıp yaşayan yaşlı bir ebeveyn ile konuşurken hemşire etkili iletişim tekniklerini kullanır. Aile ile iletişimde, geçmişten ziyade şu anki durumu konuşmak ailenin ölüm gerçeğini kabullenmesine yardımcı olur. Ebeveynler kayıp sonrasında öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı gibi farklı duyguları bir arada yaşayabilir. Kendilerini “delirecekmiş gibi hissettiklerini” dile getirebilir. Hemşire bu durumun normal olduğunu ve onları anladığını söylemelidir. Öfke kayıp sonrası yaşanan en yoğun duygudur. Sağlık personeli burada, ailenin hissettiği öfkenin kendilerine yönelik olmadığını bilmelidir. Keder ve yas sürecinde aile ile etkili iletişim kurabilmenin temel ögesi etkin dinlemedir. Hemşire göz teması kurarak yürüttüğü etkin dinlemede, kadına onunla ilgilendiği ve güvende olduğu mesajını verir. Hemşire ebeveynlerin sorularını özenle, açık, anlaşılır ve dürüstçe cevaplandırmalıdır. Yas sürecindeki ailenin duyguları ve kayıp hakkında gereksiz yorum yapmaktan kesinlikle kaçınılmalıdır. Örneğin; “üzülmeyin bir daha çocuğunuz olur”, “en azından başka çocuklarınız var” gibi. Bunun yerine hemşire sadece onlarla birlikte olduğunun mesajı vererek, etkin dinlemesi yeterli olacaktır. Hemşire kadının duygu ve düşüncelerini anlayabilmek için açık uçlu sorular sormalı ve empati kurmalıdır. İletişim esnasında kadının kendi duygularının farkında olabilmesi için, hislerini içeren kelimeleri tekrar edip yansıtma kullanmalıdır. Örneğin; “Gebeliğinizin sonlandırılmasına siz karar verdiğiniz için kendinizi suçlu mu hissediyorsunuz?” Hemşire tarafından kadına “Evet anladım” gibi geri bildirimde verilmelidir (Işıl ve Karaca 2009; Ramdaney ve ark. 2015; Durmaz ve ark. 2018).

Kayıp sonrası ebeveynlere doğru, tarafsız ve anlaşılması kolay bilgiler vererek, karar verme sürecinde yardımcı olunmalıdır. Bu ebeveynlerin kaygısını azaltacaktır. Her hastane kendine özgü geliştirdiği form veya eğitim kitapçığı ile bunu yapabilir. Karar verme sürecinde yardımcı olunabilecek konular; genetik inceleme, bebeği görme, hatıralarını alma, dini uygulamalar gibi konulardır. Psikososyal bakım kapsamında

hemşire, kadını destek gruplarına yönlendirebilir. Benzer duygu ve olayları yaşamış kişiler ile bir araya getirmek baş etmeyi kolaylaştıracaktır (Steinauer 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a). Postpartum dönemdeki ruhsal sorunlar gerek sağlık personeli gerekse toplum tarafından önemli bir sorun olarak görülmemektedir. Oysa ki zamanında fark edilmeyen sorunlar sonrasında posttravmatik stres bozukluğu, depresyon veya patolojik yas olarak karşımıza çıkabilir. Ailelerin postpartum depresyon ve yas hakkındaki yetersiz ya da yanlış bilgisi kadının tedavi arama sürecini olumsuz etkiler. Bu nedenle kadınlar taburcu edilmeden önce yeterince bilgilendirilmeli ve yardıma ihtiyaç duyarsa doğru birimlere ulaşabilmesi için sağlık kuruluşlarının iletişim bilgileri yazılı olarak verilmelidir. Doğum sonrası kadınların ruh sağlığını değerlendirme birinci basamağın rol ve sorumlulukları arasındadır. Sağlıklı bir doğum yapmış kadına doğum sonrası ilk 15 dakika ve iki hafta sonra verilen kapsamlı bir eğitimin postpartum depresyon belirtilerini azalttığı çalışmalarda bildirilmiştir (Balkaya 2017). Benzer şekilde gebelik kaybı yaşamış bir kadın da taburcu olmadan önce hastanede, taburcu olduktan sonra ev ziyaretleri ile evde değerlendirilmeli ve desteklenmelidir (Balkaya 2017; Queensland Clinical Guidelines 2018a).

2.4. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonunun Yasal ve Etik Boyutu

Gebelik sonlandırılması, 1970 yılında Oslo Bildirgesi ile ilk defa gündeme gelmiştir. Dünya Tıp Birliği'nin yayınladığı bildirge 'Tedavi Amacı İle Küretaj Uygulanması' ile ilişkilidir. Bildirgede Cenevre Bildirgesinde vurgulanan "İnsan yaşamına döllenme anından itibaren saygı göstereceğim" ifadesi kabul görür. Bu görüşün ardından alınan karar şu şekildedir; gebelik sonlandırması uygulanacak ülkenin yasaları izin verdiği sürece, konu ilgili iki uzman hekimin yazılı kararı ile konu ile ilgili uzman hekimler kabul ederse gebelik sonlandırması uygulanabileceği belirtilmiştir. Türkiye'de ise gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili iki hukuki metin bulunmaktadır. Bunlar, 1983 yılında yayınlanan "2827 sayılı Nüfus Planlaması hakkında Kanun" ve 18 Aralık 1983 tarihli "510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" tür. Tüzüğün kapsamı gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılması ve maternal/fetal nedenlerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyonunu içermektedir. İkincisi ise, cinsel saldırı mağduru bir kadının gebeliğini 20. gebelik haftasına kadar sonlandırabileceğini içeren "5237 sayılı kanunla düzenlenen

Türk Ceza Kanunu'nun 99. maddesidir" (T.C. Resmi gazete 18.12.1983/18255; TCK m-99.; Ceylan ve Aslan 2017) .

Gebeliğin fetal anomali ya da maternal nedenlerden dolayı sonlandırılması tıbbi, etik, maddi, dini, ahlaki, toplumsal unsurları içinde barındıran özel bir durumdur. Gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasında sadece fetüsün yaşam hakkı ve annenin özerklik hakkı tartışılırken, böylesine karmaşık bir durumda pek çok faktör devreye girer (Ceylan ve Aslan 2017). Ayrıca gebelik sonlandırılması kararı sadece kadın doğum uzmanının tek başına alabileceği bir karar değildir. Multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Kadın doğum uzmanı fetal ve maternal sağlığın değerlendirilmesinde emin olmadığı her durumda başka bir üst birime sevk etmelidir. Bu da yararlılık ve zarar vermeme ilkesine dayalıdır. Gebeliğin devamı ya da sonlandırılması kararı verilirken gebeliğin süresi, tedavi olanakları, toplumsal beklentiler ve yasal boyut dikkate alınır (Kurt ve Tunca 2016).

Gebelik anne ve fetüsün birlikte sürdürdüğü bir süreçtir. Fetüs için yapılacak her girişim önce annenin rızası alınarak yapılmalıdır. Gebenin kişilik, insanlık ve sağlık hakkı her zaman korunmalıdır. Fetüs için yapılacak prenatal testler olabildiğince viabilite sınırından önce tamamlanmalıdır. Anne adayına bebeğine karşı kişisel sorumlulukları olduğu hatırlatılmalıdır. Viabilite sınırına erişmiş her fetüs bir hasta olarak görülmelidir. Aileye tıbbi terminasyon seçeneği sunulurken yönlendirici olunmamalıdır. Sağlık ekibi güncel gelişmelerden haberdar olmalıdır. Gebelik sonlandırılması kararı öncesi multidisipliner yaklaşım sergilenmeli ve hasta etik kurul danışmanlığına yönlendirilmelidir (Kurt ve Tuca 2016; Ceylan ve Aslan 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon kararı verilen gebelere tedavi süreci boyunca Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Değişkenleri

H_{1a}: Roy Adaptasyon Modeli'ne göre temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların durumluk kaygılarını azaltır.

H_{1b}: Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların stresle başa çıkma tarzlarını olumlu etkiler.

H_{1c}: Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların rol fonksiyonu uyumunu artırır.

H_{1d}: Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların terminasyon sürecindeki fiziksel şikayetlerini azaltır.

H_{1e}: Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların perinatal yas puanlarını düşürür.

H_{1f}: Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı, kadınların baş etme düzeyini artırır.

Bağımsız Değişken:

→ Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik destek programı

Bağımlı Değişken:

→ kadınların kaygı düzeyi, stres düzeyi, rol fonksiyonun uyumu, perinatal yas ve baş etme durumları

→ fiziksel şikayetler; bulantı- kusma, doğum ağrısı, vücut sıcaklığında artış, nabız artışı, solunum artışı

3.3. Araştırmanın Türü

Ön test-son test düzeni kullanılarak yapılan, prospektif, tek körlü, randomize kontrollü tipte deneysel bir çalışmadır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Kasım 2016 - Nisan 2018 tarihleri arasında Riskli Gebelikler ve Doğum Servisi, Jineko-Onkoloji Servisi, Doğumhane ve 2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'nde yürütüldü.

Riskli Gebelikler ve Doğum Servisi postpartum hasta takibi ve bakımının, riskli gebeliklerin takibinin ve gebeliğin tıbbi terminasyonu sürecinde hasta takibinin yapıldığı 33 yataklı bir servistir.

2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'nde prenatal ileri tarama ve tedavi yöntemleri, riskli gebelik takibi, konsey (genetik, kardiyoloji ve üroloji) yapılmaktadır. Gebeliğin tıbbi terminasyonu ile ilgili karar ve raporlar bu birimde hazırlanmaktadır. Birimde gebeliğin tıbbi terminasyonu kararı alınan gebelere, viabilite sınırına ulaşmış ise fetosit işlemi yapılmaktadır.

Jinekolojik-Onkoloji Servisi 20 yatak ve Jinekoloji Servisi 25 yataktan oluşmaktadır. Jinekolojik-Onkoloji Servisinde 5 yataklı bir oda gebeliğin sonlandırılmasında hasta takibi için kullanılmaktadır.

Doğumhane ünitesinde doğum, riskli gebelik takibi, acil jinekoloji ve jinekoloji-onkoloji hastalarının takibi, tedavi ve bakımlarının yapıldığı bir birimdir. Bu ünite 4 yataklı ilk müdahale odası, 2 yataklı ara yoğun bakım odası, 4 yataklı travay odası, 2 yataklı septik odası bulunmaktadır. Gebeliğin sonlandırma işleminde hastalar doğum ve doğum sonrası küretaj için bu birime alınmaktadır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda; toplam 20 hemşire görev almaktadır. Hekim olarak 9 asistan, 12 uzman, 2 doçent ve 12 profesör görev yapmaktadır. Birimin yıllık gebelik tıbbi terminasyonu sayısına ulaşamamıştır. Aylık ortalama tıbbi terminasyon ve gebelik sonlandırılması sayısı 32'dir. Bu sayı, intrauterin mort fetüs, medikal abortus ve viabilite altı ve/veya üstü tıbbi terminasyonu içermektedir.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi 2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'ne başvuran, maternal ve fetal nedenlerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyonunu kabul eden tüm kadınlar oluşturdu.

Grupların örneklem sayısını belirleyebilmek için literatür doğrultusunda, gebeliğin tıbbi terminasyon işlemi sürecinde kadınların durumluk kaygı puanları göz önünde bulundurularak güç analizi uygulandı. Örneklem büyüklüğünü hesaplamak amacıyla çalışmanın gücü, G*Power (v3.1.7) programında hesaplandı. Çalışmada ana parametre olarak Durumluk (STAI-1) ve Sürekli Kaygı (STAI-2) Ölçeği'nden Durumluk Kaygı (STAI-1) puanı baz alındı. STAI-2 puanı ise örnekleme dahil edilme kriterlerinde kullanıldı. STAI-1 puanı Pud ve Amit'in yaptığı kaygı ve ağrı ilişkisinin incelendiği çalışmadan alındı. Çalışmada STAI-1 puanının %9,52 oranında düşmesi, örneklem grubu için kaygının anlamlı düzeyde azaltan bir değişim olduğu hesaplanmıştır. Çalışmada deney grubunda STAI-1 puanı ortalaması $38,3 \pm 0,9$, kontrol grubunda ise $43,8 \pm 11,4$ olarak bulunmuştur (Pud and Amit 2005). Bu çalışmanın sonuçları esas alınarak yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre, örneklem sayısı çalışmanın alfa güvenirlik düzeyi 0,05, gücü %80, %1 hata ve etki büyüklüğü 0,8 alınarak deney grubunda en az 25, kontrol grubunda en az 21 kadın olacak şekilde hesaplandı. Çalışma sürecinde kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak gruplara 30'ar kişi alınmasına karar verildi. Sonuç olarak, güç analizi sonuçlarına göre çalışmada bir deney ve bir kontrol grubu olmak üzere her bir grup için alınacak gebe sayısı 30 olup, toplam çalışmaya alınacak gebe sayısı 60 olarak belirlendi.

Çalışma Grupları:

Deney grubu: Tıbbi terminasyon işleminde uygulanan rutin klinik bakıma ek olarak Roy Adaptasyon Modeli'ne göre temellendirilmiş hemşirelik destek programı uygulanan kadınlar deney grubunu oluşturdu.

Kontrol grubu: Tıbbi terminasyon işleminde uygulanan rutin hemşirelik bakımı uygulanan kadınlar kontrol grubunu oluşturdu.

Araştırma görüşmelerinin yapıldığı yer: Çalışma Riskli Gebelikler ve Doğum Servisi, Jineko-Onkoloji Servisi ve 2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'nde yapıldı.

Görüşmeler için hasta tek kişilik odada ise kendi odası veya daha önceden eğitim için hazırlanmış uygun odada yapıldı.

Örnekleme dahil edilme kriterleri:

- Gebeliğin tıbbi terminasyonu kararını kabul eden,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve üzerinde,
- 20. gebelik haftası ve üzeri fetal kayıp yaşayan,
- Hasta dosyasından elde edilen bilgiler doğrultusunda tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı bulunmayan,
- Sürekli kaygı puanı 42 altı olan kadınlar.

İstanbul Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı, Hemşirelik Bakım Protokolleri Rehberi; Hemşireler tarafından 2010 yılında hemşirelik bakım kalitesini artırmak ve hemşirelik bakımında standardizasyon oluşturabilmek amacıyla geliştirilen hemşirelik bakım talimatlarıdır. Gebeliğin tıbbi terminasyonu ve hemşirelik bakım protokolü kliniğe hasta kabulü, gebeliği sonlandırılan kadının olası bakım gereksinimleri, ilaçların olası yan etkileriyle baş etme, hastane prosedürleri ve taburculuk sürecini içermektedir.

İstanbul Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Tedavi Protokolleri Rehberi; Hekimler tarafından tedavi ve bakım kalitesini artırmak amacıyla oluşturulan hasta tedavi talimatlarıdır. Gebeliğin tıbbi terminasyonu protokolünde gebeliği sonlandırma endikasyonları, yöntemleri ve olası komplikasyonlar yer almaktadır. Protokolde gebeliği sonlandırma yöntemlerine gebelik haftası, doğum sayısı, geçirilmiş sezaryen öyküsü ve hastanın maternal riskleri dikkate alınarak karar verilmektedir.

3.6. Randomizasyon

1. Adım: Randomizasyon Yöntemi

Kardiyoloji, üroloji ve genetik konseyine gelen gebelerin isimleri, bölüm sekreteri tarafından randevu defterine polikliniğe geliş sırasına göre yazılmaktadır. Deney ve kontrol grubunu ayırabilmek için araştırmacı tarafından kayıpların olabileceği düşünülerek, üzerinde 1'den 90'na kadar randevu sırası olan bir defter hazırlandı. Deney-kontrol grubunun ayrımı; basit rastgele örnekleme yöntemi ile yapıldı.

Örnekleme girecek numaralar www.random.org sayı üret ile belirlendi. Gebeliğin tıbbi terminasyonu işlemini kabul eden tüm kadınların önce STAI-2 puanları hesaplandı. Daha sonra örnekleme dahil edilme kriterlerine uygun olan kadınlar 2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'nde çalışan birim sekreteri tarafından deftere yazıldı. Randevu defterinde randomize sayılara göre belirlenen sayılar randevu sırası olacak şekilde ayarlandı. Deney-kontrol grubu randevu sırasına göre belirlendi. Deney ve kontrol grubunu oluşturan sayılar şu şekildedir;

Deney grubu: 1, 2, 7, 15, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 49, 50, 51, 53, 58, 59, 60, 62, 67, 68, 69, 71, 73, 77, 78, 80, 81, 82

Kontrol grubu: 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11,12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 22, 26, 29, 33, 35, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57, 61, 63, 64, 65, 66, 70, 72, 74, 75, 76, 79

2. Adım: Randomizasyon bilgisinin gizlenmesi

Deney ve kontrol grubunun ayrılması araştırma ile ilgisi olmayan üçüncü bir kişi olan bölüm sekreteri tarafından yapıldı. Sekreter tıbbi terminasyon kararını veren kadınların geliş sırasına göre araştırmacı tarafından hazırlanan deftere isimlerini yazdı. Defterde hangi sayıların deney hangi sayıların kontrol grubuna ait olduğunu içeren herhangi bir bilgi yer almamaktaydı. Sekreter tarafından çalışmaya dahil olan kadının kaç numaralı hasta olduğunu içeren zarf ile araştırmacıya yönlendirildi.

3. Adım: Uygulama

Araştırmacı, zarfı açtıktan sonra kadının kaç numaralı hasta olduğunu öğrendi. Daha önceden belirlediği deney ve kontrol grubuna ait sayılardan kadının deney veya kontrol grubuna dahil olacağını belirledi.

4.Adım: Maskeleye (Körleme)

Araştırmanın örneklemine alınan kadınlar hangi grupta olduklarını bilmemektedir. Klinik çalışanlarından da deney ve kontrol grubunun bilgisi gizlendi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların birbirileri ile iletişime geçmelerini önlemek için tek tek görüşmeye alındı.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu iki bölümden oluşmaktadır. Literatür doğrultusunda hazırlanan hasta tanıtım formu, toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların sosyodemografik bilgileri, obstetrik özellikleri ve daha önce kayıp yaşama durumuna ilişkin sorular yer almaktadır. Sosyodemografik bilgiler; yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim ve gelir düzeyidir. Obstetrik bilgiler; gebelik haftası, gravida, partus, abortus, küretaj, neonatal ölüm yaşama ve yaşayan çocuk sayısıdır. İkinci bölümde ise gebeliği sonlandırma endikasyonları (maternal ve fetal) yer almaktadır (Ek-3).

3.7.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-1, STAI-2)

Ölçek 1970 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Spielberger ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve standardizasyonu Öner ve Le Comte tarafından 1974–1977 yılları arasında yapılmıştır (Öner ve Le Comte, 1998). Kırk sorudan oluşan ölçek, iki ayrı ölçeği içeren öz bildirim ölçeğidir. Durumluk kaygı düzeyini ölçen 20, sürekli anksiyete düzeyini ölçen 20 sorudan oluşmaktadır (Ek-4).

Durumluk Kaygı Ölçeği; kişinin içinde bulunduğu durumu göz önüne alarak değerlendirdiği, belirli bir zamanda ve belirli koşulda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesidir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise kişinin genellikle kendini nasıl hissettiğini değerlendirmesini içerir. Cevap seçenekleri dörtlü likert tipindedir. Sorulara verilen cevapların ağırlık değerleri 1-4 arasında değişir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde cevap seçenekleri “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” şeklindedir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise cevap seçenekleri “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çoğu zaman” ve “hemen her zaman” şeklindedir. Ölçekte doğrudan (olumsuz duyguları) ve tersine dönmüş (olumlu duyguları) dile getiren iki tür ifade yer almaktadır. Tersine dönmüş ifadeler; Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20. maddeler olmak üzere toplam 10, Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 21,26,27,30,33,36,39. maddeler olmak üzere toplam yedi tanedir. Doğrudan ifadelerden elde edilen toplam ağırlıklı puan, ters ifadelerde elde edilen toplam ağırlıklı puandan çıkartılır. Elde edilen değere önceden belirlenmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35 değeri eklenir. Elde edilen son değer bireyin kaygı puanıdır. Ölçeklerden elde edilecek toplam puan 20 - 80 arasında değişir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması bireylerin kaygı seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. STAI-1 ölçeğinin

iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0,85 – 0,96 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte, 1998). Çalışmamda STAI-1 güvenirlik katsayısı Cronbach alfa değeri: 0,86 olarak saptandı.

3.7.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ)

1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Ways of Coping Inventory”’den (Başa Çıkma Yolları Envanteri) uyarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması ve standardizasyonu Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır (Ek-5). Geçerlik ve güvenirliği lisans öğrencileri ile yapılan ölçeğin yeni adıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir ifadeye verilecek cevaplar “bana hiç uygun değil” (%0), “bana uygun değil” (%30), “bana uygun” (%70), “bana çok uygun” (%100) şeklinde dağılmaktadır. Başa çıkma, temel olarak duygulara karşı verilen tepkiler olarak tanımlanmaktadır. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım”, “çaresiz yaklaşım”, “boyun eğici yaklaşım”, ve “sosyal desteğe başvurma” şeklindedir. Ölçekte yer alan alt boyutlar araştırmacılar tarafından konu ile ilişkili ölçeklerle olan korelasyonu ve psikosomatik semptomlarla açıklanmıştır. İyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım tarzları sergileyen kişilerin depresyon ve anksiyete belirtilerini daha az sergileyeceği buna ek olarak yaşam doyumu ve genel iyimserlik puanı arttıkça iyimser yaklaşım ve kendine güvenli yaklaşım tarzları sergileme sıklığında artacağı belirtilmiştir. Çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt boyutlarının anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönlü bir korelasyon belirtilmiştir. A tipi davranışlar arttıkça, iyimser ve kendine güvenli yaklaşımlar azalmakta çaresiz yaklaşım tarzının arttığı açıklanmaktadır. Sosyal desteğe başvurma alt boyutu cinsiyetlere farklılık gösterdiği, kadınların stresli durumlarda daha fazla sosyal desteğe başvurduğu belirtilmiştir. Ölçeğin alt boyut madde ve puanları dağılımı Tablo 3-2’de gösterildi. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları sırasıyla Cronbach alfa değeri: 0,80, 0,68, 0,73, 0,70, ve 0,47’dir. Ölçek puanlamasında; maddeler 0-3 arasında puan almakta ve 1-9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin her alt boyutuna ait puanlar ayrı ayrı hesaplanır. Her bir alt boyuttaki faktöre ait sorulardan elde edilen puanlar toplanır. Faktöre ait toplam puan soru sayısına bölünerek faktöre ait ortalama puan elde edilir. Her alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 3’tür. Ölçeğe ait toplam puan yoktur (Şahin ve Durak 1995).

Tablo 3-1 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değeri

	Madde numaraları	Cronbach alfa	Cronbach alfa*
Kendine Güvenli Yaklaşım	8,10, 14, 16, 20, 23, 26	,80	,85
İyimser Yaklaşım	2,4, 6, 12, 18	,68	,68
Çaresiz Yaklaşım	3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28	,73	,78
Boyun Eğici Yaklaşım	5, 13, 15, 17, 21, 24	,70	,33
Sosyal Desteğe Başvurma	1, 9, 29, 30	,47	,67

*Çalışma için Cronbach alfa değeri

3.7.4. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu (RFADF)

Deney grubunda birinci ve dördüncü görüşme esnasında, kontrol grubunda ise birinci ve ikinci görüşme esnasında kullanılan ve araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur. Form, literatür ve Tez İzleme Komitesi'ndeki öğretim üyelerinin rehberliğinde Roy Adaptasyon Modeli temel alınarak hazırlandı (Akyıl ve Ergüney 2013). Formda Roy'un modelinde tanımlanan rol fonksiyon uyum alanını değerlendiren yedi soru mevcuttur. Rol fonksiyonu uyumu sorularına verilen yanıtlar dörtlü likert formatındadır. Bunlar; “katılmıyorum”, “kısmen katılıyorum”, “oldukça katılıyorum” ve “tamamen katılıyorum” şeklindedir. İfadelere verilen toplam puan 1-4 arasında değişmektedir. Formda tersine ve doğrudan ifadeler yer almaktadır. Form ağırlıklı olarak olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Doğrudan ifadeler (olumsuz ifadeler) “tamamen katılıyorum” dört, “katılmıyorum” bir puan alırken, doğrudan ifadelerde puanlama tam tersi yapılmaktadır. Formda üç ve beşinci sorular tersine ifadelerdir. Formdan alınabilecek en yüksek puan 27'dir. Yüksek puan rol fonksiyon uyum alanına yeterli uyum sağlanamaması olarak değerlendirilmektedir.

Form güvenilirliğini sağlamak için; ön test, iç tutarlık (cronbach alfa) değeri ve test re-test yapıldı. Form örneklemini belirlerken geçerlilik çalışmalarındaki örneklem önerisi dikkate alındı. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir (Şencan 2002). Bu nedenle yedi

maddeden oluşan RFADF'nin örnekleme için madde sayısının 7 katı olan en az 49 kadının örneklem kapsamına alınması planlandı. Form güvenilirliği belirlemek için araştırma örnekleme haricinde toplam 50 kişi ile çalışma yürütüldü. Örnekleme maternal veya fetal nedenlerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyonu uygulanan, 18 yaşından büyük ve çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlar dahil edildi. Form, kadınlara doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurtuldu. Test re-test ise doğum sonrası 15. günde 20 kadınla telefon ile görüşülerek yapıldı.

Formun Cronbach alfa katsayısı 0,82 olarak hesaplandı. Ölçeği oluşturan maddelerin ölçeğin bütünü ile ne kadar ilişkili olduğunu saptamak amacıyla madde analizi yapıldı. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0,39-0,76 arasında bulundu. Rol fonksiyonu uyum alanına yönelik adaptasyon değerlendirme formunun on beş gün ara ile yapılan ilk test ve son test toplam puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, her iki ölçüm arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($t:1,881$, $p>0,05$) belirlendi. Her iki ölçümde toplam puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı, orta düzeyde ve pozitif yönlü korelasyon olduğu ($r: 0,549$, $p<0,05$) bulundu. Rol fonksiyonu uyum alanına yönelik adaptasyon değerlendirme formu Ek-6'te belirtildi.

3.7.5. Perinatal Yas Ölçeği (33 Maddeli Kısa Sürüm) (PYÖ)

Perinatal Yas Ölçeği, kayıp sonrası yasın derecesini belirlemek için 1988 yılında Toedter ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması ve standardizasyonu Köneş ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır (Köneş ve ark. 2017). Her bir ifadeye verilecek cevaplar “kesinlikle katılıyorum” ile “kesinlikle katılmıyorum” arasında beşli likert formunda cevaplanmaktadır. Ölçek, perinatal yas puanı ve aktif keder, umutsuzluk, başa çıkmada zorlanma olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Aktif keder; kayıp sonrası kayba verilen, ağlıyorum, üzülüyorum vb. şeklinde keder tepkileridir. Perinatal kayıp sonrası, yakın vadede kadınların aktif keder puanları diğer alt boyutlara göre daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Başa çıkmada zorlanma; kayıp sonrası normal yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorlanma durumu, kişilerarası ilişkiler ve sosyal destek düzeyi değerlendirilmektedir. Umutsuzluk; kaybın çaresizlik, yaşama sevincinin yitimi vb. gibi olası en ciddi etkilerini tanımlamaktadır. Toplam perinatal yas puanı kayıp sonrası yasın düzeyini açıklamaktadır. Toplam 91 puanın üstü değerler potansiyel psikiyatrik morbiditeyi göstermektedir. PYÖ'nin alt

boyut madde sayısı, numaraları ve puanları Tablo 3-3’de gösterildi. Cronbach alfa değeri toplam ölçek için 0,96, üç alt boyut için sırasıyla 0,91, 0,91 ve 0,93’tür. Ölçekte ters ve doğrudan ifadeler yer almaktadır. Doğrudan ifadeler 11 ve 33’üncü maddelerdir. Ters yönlü puanlamada “kesinlikle katılıyorum” cevabına 1 puan, “kesinlikle katılmıyorum” cevabına 5 puan verilerek hesaplanır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanmış halinde 32 soru bulunmaktadır. Toplam perinatal yas puanı ve alt boyutlardan alınan toplam puan artıka bireyin yas düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam perinatal yas puanı 32-160 arasındadır (Ek-8).

Tablo 3-2 Perinatal Yas Ölçeği Alt Boyut Madde Numaraları ve Cronbach Alfa Değeri

	Madde numaraları	Cronbach alfa	Cronbach alfa*
Perinatal Yas Ölçeği	1,2,3,4,5,6,7,8,9....33	,96	,98
Aktif Keder	1,3,5,6,7,10,13,14,19,27	,91	,94
Başı Çıkmada Zorlanma	2,4,8,11,21,24,25,26,28,30, 33	,91	,95
Umutsuzluk	9,15,16,17,18,20,22,23,29, 31,32	,93	,93

*Çalışma için Cronbach alfa değeri

3.7.6. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)

GKÖ, sayısal olarak değeriendirilemeyen bazı değerieleri sayısal verilere çevirerek ölçmeyi sağlamaktadır. GKÖ’de 10c m.’lik bir çizginin iki ucuna değeriendirilmek istenilen parametrenin iki uç tanımı yazılır. Örneğin; çok şiddetli ağrım var (10), hiç ağrım yok (1) gibi. Hastaya çizgi üzerinde kendi durumu en iyi ifade eden yere çizgi veya nokta koyması istenir. Hasta tarafından konulan işaretiin uzunluğu ölçülerek bir puan verilir. Testin dilinin olmaması, hızlı ve kullanılmasının kolay olması önemli avantajıdır. Yapılmış çalışmalarda testin kısa bir süre sonra hastalardan tekrar doldurulması istenildiğinde verilen cevaplar ile bir önceki cevaplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. Testin sonuçları, verilen değerielerin ortalaması alınarak hesaplanır (Wewers and Lowe 1990). Çalışmada sosyal desteğin

derecesi, uykusuzluk düzeyi, bulantı-kusma şiddeti, ağrı şiddeti ve baş etme durumu GKÖ ile değerlendirildi (Ek-7).

Araştırmada TTDP kapsamında Roy Adaptasyon Modeli uyum alanlarının değerlendirildiği ölçüm araçları Tablo 3-4’de açıklandı.

Tablo 3-3 Roy Adaptasyon Modeli’nin TTDP’na Uyarlaması ve Ölçme Araçları

Davranış	Uyaran	Hedefler	Değerlendirme	Ölçme Aracı
Fizyolojik Uyum Alanı	Odak Uyaran	Ağrı ile baş etme	Ağrı	GKÖ
	Vajinal Doğum	Stres ile baş etme	Stres	SBÖ
	Etkileyen Uyaran	Fiziksel şikâyetler ile baş etme	Fiziksel şikâyetler	Yaşam bulguları
	Ağrı (Akut Ağrı) Stres			
Benlik Kavramı Uyum Alanı	Odak Uyaran	Gerginlik ve endişe duygusunu azaltmak	Durumluk kaygı düzeyi	STAI-1
	Fetal Kayıp	Rahatlamayı sağlamak		
	Etkileyen Uyaran			
	Anksiyete Kaygı (Gerginlik, Endişe Duygusu)			
Rol Fonksiyonu Uyum Alanı	Odak Uyaran			
	Fetal Kayıp			
	Etkileyen Uyaran	Rollerini yerine getirmeye destek olmak	Rol performansı	RFADF
	(Anksiyete Kaygı – Stres) Gerginlik, Endişe Duygusu	Yeni rolüne uyumunu artırmak		
	Odak Uyaran			
	Vajinal Doğum			
Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı	Etkileyen Uyaran			
	Ağrı			
	Stres			
	Odak Uyaran	Sosyal etkileşimi arttırmak	Sosyal destek arayışı	SBÖ’nin Alt Boyutu
	Fetal Kayıp	Sosyal destek sağlamak	Sosyal ilişkilerinden memnuniyet	Sosyal Desteğe Başvurma
	Etkileyen Uyaran	Sosyal etkileşimi bozan durumları tanımlayabilmek		GKÖ, Sosyal Destek
	Sosyal İlişkilerin Bozulması			
	Sosyal Etkileşimin Bozulması			

3.8. Araştırmanın Uygulanması ve Verilerinin Toplanması

Çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı 2. Düzey Ultrasonografi Polikliniği'ne başvuran, araştırma kriterlerine uyan toplam 82 kadınla yapıldı. Araştırmanın ön değerlendirme aşamasında kadınlara önce STAI-2 ölçeği uygulandı. Değerlendirme sonucunda STAI-2 toplam puanı 42'den düşük olan kadınlar deney ve kontrol grubuna dahil edildi. STAI-2 puanına göre 77 kişinin toplam puanı 42'den düşük, 3 kişinin toplam puanı 42 ve 42'den fazla olduğu ve 2 kişinin ise antidepresan kullandığı belirlendi. STAI-2 puanı yüksek olan ve antidepresan kullanan kadınlar örneklem grubuna dahil edilmedi fakat etik açıdan araştırmacı tarafından Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı (TTDP) uygulandı. Gerekli tüm bilgiler verildikten sonra araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu dolduruldu (Ek-1 ve Ek-2). Araştırma süreci boyunca; örneklem grubuna dahil edilen kadınlardan 1'i tıbbi terminasyon kararından vazgeçti, 10'u gebeliğin tıbbi terminasyonu için başka hastaneye gitti, 5'i histeretomi ve 1'i ise uterus rüptürü olması sonucu çalışma gruplarından çıkarıldı. Uterus rüptürü ve histeretomi olan hastalar çalışma gruplarından çıkarılsalar da etik açıdan TTDP uygulanmaya devam edildi. Sonuç olarak çalışma 30 deney ve 30 kontrol olmak üzere toplam 60 kadın ile tamamlandı. Kontrol grubundaki kadınlar ile son oturumda ölçek formları doldurulduktan sonra stres ve yasla baş etme yöntemleri konuşuldu.

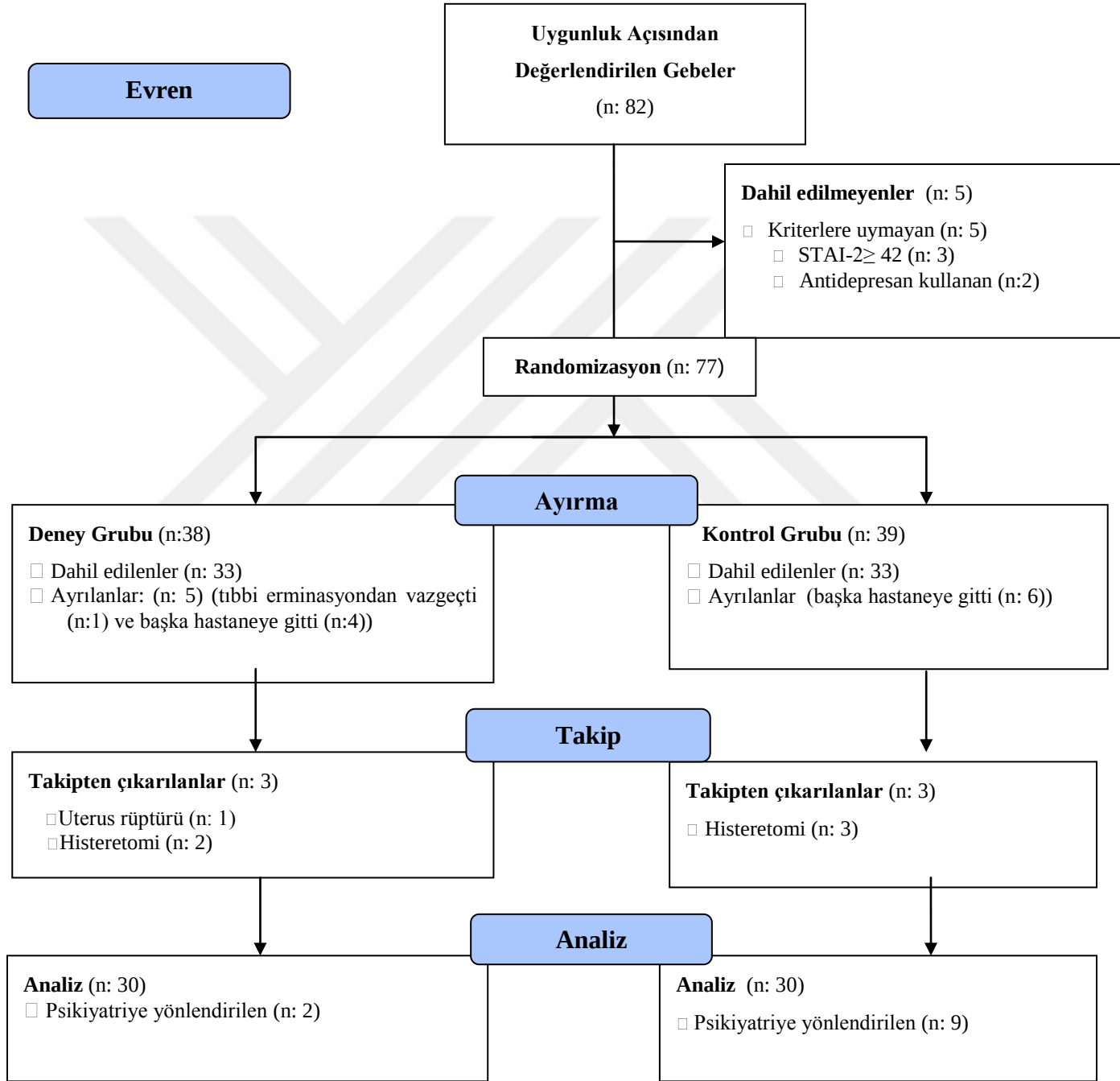
Literatürde randomize kontrollü çalışmaların kontrolü ve her adımının Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar'a (Consolidated Standards of Reporting Trials: CONSORT) göre yapılması önerilmektedir (Schulz ve ark. 2010). Çalışma online olarak CONSORT sistemine kaydedi. Araştırmanın dizaynı ve araştırma adımları CONSORT akış şemasına göre yapıldı. CONSORT akış şeması Şekil 3-1'de verildi.



CONSORT

TRANSPARENT REPORTING of TRIALS

CONSORT 2010 Flow Diagram



Şekil 3-1 Araştırmanın CONSORT Akış Şeması

3.7.1.1. Tıbbi terminasyon hemşirelik destek programının (TTDP) hazırlanması ve uygulanması

Tıbbi terminasyon hemşirelik destek programının hazırlanmasında ilk aşama kadınların bu süreçte yaşadıkları zorlukları tespit edebilmek için araştırmacı tarafından literatür incelemesi ve klinik gözlemin yapılması oldu. Uygulanacak hemşirelik bakımının sistemli ve bütünsel olabilmesi için yaşanan süreçte kadının uyumunu artırabilmek ve bakım gereksinimlerini karşılayabilmek amacıyla hemşirelik destek programı Roy Adaptasyon Modeli'ne göre şekillendirildi. Roy Adaptasyon Modeli; fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyonu uyum alanı ve karşılıklı bağıllık uyum alanı olmak üzere dört temel ögeden oluşur (Roy 2009; Lee ve ark. 2011, Velioğlu 2012 p.369). Şekil 3-2'de tıbbi terminasyon sürecinde karşılaşılan sorunlara yönelik hemşirelik tanıları, Roy Adaptasyon Modeli'nin uyum alanlarına göre sınıflandırıldı. Bu modelin kullanıldığı çalışmalar tarandı, elde edilen araştırma verilerinin eleştirel değerlendirilmesi yapıldı. Bunun sonucunda araştırmanın deney grubuna uygulanacak girişimler ve TTDP'nin içeriği belirlendi. Tıbbi terminasyon hemşirelik destek programı ve akış şeması Ek 14'de belirtildi.

TTDP kapsamında kullanılan temel eğitim materyalleri, araştırmacı tarafından hazırlanan tıbbi terminasyon hemşirelik destek programı eğitim atlası (Ek-12) doğrultusunda verilen danışmanlığın hatırlatıcı olabilmesi için oluşturulan görsel hasta kitapçığı (Ek-13) kullanıldı. Doğum sonrası aile planlaması yöntemlerini anlatabilmek amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber'i kullanıldı (AÇSAP 2010).

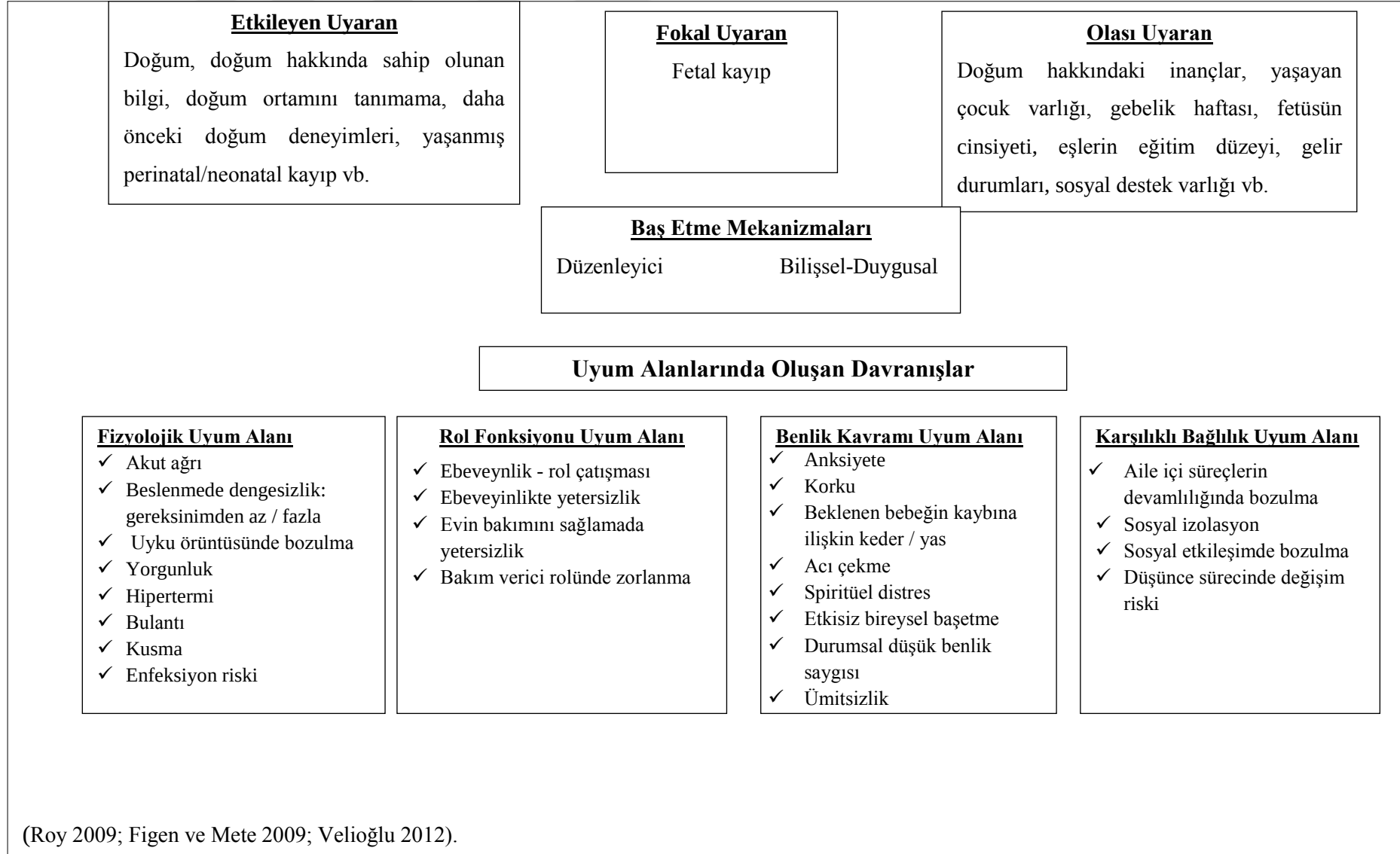
Tıbbi terminasyon hemşirelik destek programı eğitim atlası (Ek-12); Roy Adaptasyon Modeli'nde belirtilen fizyolojik uyum alanı, benlik kavramı uyum alanı, rol fonksiyonu uyum alanı ve karşılıklı bağıllık uyum alanı temel alınarak hazırlandı. Eğitim atlası, verilen eğitim programında rehber olarak kullanıldı. Eğitim atlası araştırma kapsamında kullanılmadan önce; yedi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, dört Kadın Hastalıkları ve Doğum hemşiresi, iki Psikiyatri hemşiresi, beş Kadın Hastalıkları ve Doğum uzman hekimi ve iki Kadın Hastalıkları ve Doğum asistan hekimi olmak üzere toplam 20 uzmanın görüşü alındı. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılarak eğitim atlasına son şekli verildi.

Uygulamaya geçmeden önce eğitim atlasının ve veri toplama formlarının hastalar tarafından anlaşılır olduğunu değerlendirmek için beş hasta ile ön uygulama yapıldı. Ön uygulama değerlendirilmesine göre atlasta ve veri toplama formlarında gerekli değişiklikler ve düzeltmeler yapılarak son haline getirildi.

Roy Adaptasyon Modeli'nin uyum alanlarına göre verilen eğitimin ve eğitim atlasının içeriği şu şekildedir;

- ✓ **Fizyolojik Uyum Alanı;** Tıbbi terminasyon yöntemi ve süreci, vajinal doğum (temel doğum bilgisi, doğum pozisyonları, nefes farkındalığı), ağrı ile baş etme yöntemleri, stres ile baş etme yöntemleri, enfeksiyondan korunma, bulantı-kusma-hipertermi durumu, semptomlarla baş etme, doğum sonu bakım, laktasyon inhibisyonun sağlanması hakkında bilgi verildi.
- ✓ **Benlik Kavramı Uyum Alanı;** Stres yönetimi ve gevşeme teknikleri öğretildi.
- ✓ **Rol Fonksiyonu Uyum Alanı;** Değişen rol ve sorumluluklar, cinsellik konusunda duygu ve düşüncelerin paylaşımı sağlandı ve bilgi verildi. Gevşeme teknikleri öğretildi.
- ✓ **Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı;** Sosyal yaşama katılma ve sosyal destekten faydalanma hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşımı sağlandı ve bilgi verildi.

Şekil 3-2 Roy Adaptasyon Modeli ve Hemşirelik Tanıları Tablosu



3.7.1.2. Deney ve kontrol grubuna yapılan uygulamalar

Araştırma kapsamına alınan kadınlara şu işlemler yapıldı.

Deney grubuna yapılan uygulamalar

İlk görüşmede;

- Hasta Tanıtım Formu
- Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1)
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ)
- Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu (RFADF)

İzlem değerlendirmesinde;

- Perinatal Yas Ölçeği (33-Maddelik Kısa Sürüm) (PYÖ)

TTDP oturumları; tıbbi terminasyon süreci boyunca ailenin tıbbi terminasyon kararını verdiği gün, servise kabul esnasında, doğum öncesi ve doğum sonrası (en az 4 en geç 24 saat aralığında) en az bir saat olmak üzere planlandı. Klinikteki rutin bakımın yanısıra gebenin aynı gün içerisinde hastaneye yatışı planlanıyorsa birinci ve ikinci oturumlar tek oturum şeklinde verildi. Doğum sonrası kadınların perinatal yas düzeylerini belirlemek ve izlem amacıyla postpartum 6 - 8 hafta sonra (izlem) telefon ile görüşüldü. Örnekleme dahil edilen hastaların çoğunun şehir dışından gelmesinden dolayı izlem telefonla gerçekleştirildi. Deney grubundaki kadınlara son görüşmede, ilk görüşmede uygulanan form ve ölçekler tekrar uygulandı. İzlem görüşmesinde kadınlara Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) uygulandı. Perinatal kayıp sonrası yetersiz baş etme yaşayan kadınlar Psikiyatri Kliniği'ne yönlendirildi. Yetersiz baş etme PYÖ'nin "baş etmede zorlanma" alt boyutuna göre karar verildi. Deney grubundan iki kişi psikiyatriye yönlendirildi.

Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

İlk görüşmede;

- Hasta Tanıtım Formu
- Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-1)
- Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÖ)
- Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu (RFADF)

İzlem değerlendirmesinde;

- Perinatal Yas Ölçeği (33-Maddelik Kısa Sürüm) (PYÖ)

Gebelere tıbbi terminasyon sürecinde kliniğin uyguladığı rutin bakım uygulandı. Kontrol grubu ile toplam üç defa görüşüldü. Birinci oturumda kadın ile tanışıldı ve formlar dolduruldu. Kontrol grubundaki kadınlara ikinci oturumda, ilk görüşmede uygulanan form ve ölçekler tekrar uygulandı. Son oturum olan izlem görüşmesinde, kadınlara Perinatal Yas Ölçeği uygulandı. Ölçek doldurulduktan sonra kadınlara yas ve stres ile baş etme yöntemleri anlatıldı. Perinatal kayıp sonrası yetersiz baş etme yaşayan kadınlar Psikiyatri Kliniği'ne yönlendirildi. Kontrol grubundan dokuz kişi psikiyatriye yönlendirildi. Deney ve kontrol grubunun çalışma süreci Tablo 3-1'de açıklandı.

Tablo 3-4 Deney - Kontrol Grubu Çalışma Süreci

Deney Grubu*	1. görüşme Tıbbi terminasyon kararı alınan gün Yer/süre: 2. Düzey Pol./60dak	-Hasta Tanıtım Formu, STAI-1, SBÖ, RFADF ölçüm araçlarının uygulanması -TTDP uygulanması ve broşür verilmesi
	2. görüşme Servise kabul esnasında Yer/süre: Servis/60dak	-TTDP uygulanması
	3. görüşme Doğum öncesi Yer/süre: Servis /60dak	-TTDP uygulanması
	4. görüşme Doğum sonrası (4-24 saat arası) Yer/süre: Servis /60dak	-TTDP uygulanması -Hasta Tanıtım Formu, STAI-1, SBÖ, RFADF ölçüm araçlarının uygulanması
	5. görüşme İzlem (Postpartum 6-8. hafta arası) Yer/süre: Telefon ile/20 dak.	-TTDP uygulanması -PYÖ ölçüm aracının uygulanması
Kontrol Grubu**	1. görüşme Tıbbi terminasyon kararı alınan gün Yer/süre: 2. Düzey Pol./15dak	-Hasta Tanıtım Formu, STAI-1, SBÖ, RFADF ölçüm araçlarının uygulanması
	2. görüşme Doğum sonrası (4-24 saat arası) Yer/süre: Servis /15dak	- Hasta Tanıtım Formu, STAI-1, SBCTÖ, RFADF ölçüm araçlarının uygulanması
	3. görüşme İzlem (Postpartum 6-8. hafta arası) Yer/süre: Telefon ile/30 dak***	- PYÖ ölçüm aracının uygulanması

*Rutin hemşirelik bakımına ek olarak TTDP uygulandı. **Rutin hemşirelik bakımı verildi. ***Tüm ölçüm araçları doldurulduktan sonra etik açıdan kadınlara stres, yas ve kaygı ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi verildi.

3.9. Verilerin Analizi

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamına aktarıldı. Veriler İstanbul Üniversitesi lisanslı IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 21 programında analiz edildi.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenirlikleri Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları ile tekrar hesaplandı. Kadınların sosyodemografik özellikleri ve GKÖ için betimleyici-tanımlayıcı analizler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) kullanıldı. Deney ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerini karşılaştırabilmek için bağımsız gruplarda t testi ve Ki-kare testi kullanıldı.

Deney ve kontrol gruplarının ölçüm araçlarından elde edilen verilerin karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi (independent sample t-test) kullanılırken, deney grubunun eğitim öncesi sonrası ölçümlerinin karşılaştırılmasında eşleştirilmiş gruplarda t testi (paired sample t-test) kullanıldı. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi %95 güven aralığında, $p < 0,05$ olarak belirlendi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için araştırmacı tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan yazılı izin alındı. Kurumdan alınan yazılı izin (Ek-9) ile birlikte T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izni alındı (Sayı:10840098-604.01.01-E.4660 Tarih:14/12/2015) (Ek-10). Araştırmaya dahil olan deney ve kontrol grubu için ayrı ayrı Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanan onam formu dolduruldu (Ek-1, Ek-2). Araştırma oturumları bittikten sonra kontrol grubu ile TTDP'da yer alan stres ve yas ile baş etme yöntemleri konuşuldu.

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü deneysel bir tasarımda olması,
- Hemşirelik destek programının model doğrultusunda geliştirilmiş olması,
- Görsel ve yazılı materyal geliştirilmesi,
- Gebeliğin tıbbi terminasyonu yapıldığı ileri merkezde yapılıyor olması,

Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın tek merkezde yapılması,
- Araştırma kapsamına babaların alınmaması,
- Uzun dönem sonuçlarının bilinmemesi.

4. BULGULAR

Fetal ve maternal nedenlerden dolayı gebeliği tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılan kadınlara, rutin hemşirelik bakımına ek olarak uygulanan Roy Adaptasyon Modeli'ne temellendirilmiş TTDP'nin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 30 kadından oluşan deney ve 30 kadından oluşan kontrol grubu yer almaktadır.

Çalışma bulguları dört bölümde ele alınmıştır. Bunlar;

4.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulgular

4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı'nın Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

4.3. Deney ve Kontrol Grubu Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4. Deney ve Kontrol Grubunun Son Değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulgular

4.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde sırasıyla sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özelliklerin deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmasına dair bulgulara yer verildi. Çalışma kapsamına dahil edilen gebelerin tıbbi terminasyon için fetal anomali ve hastalıkların sıklığı ile, gebeliğin tıbbi terminasyon kararı sonrası kadınların yaşadıkları duygulara ilişkin ifadeler yer almaktadır.

Tablo 4-1 Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	p
Yaş ortalaması		30,10	4,98	31,23	6,32	,772	,444
Min-Maks		20-39			21-43		
Evlilik süresi (ay)		56,00	48,85	69,90	48,41	1,107	,273
Min-Maks		6-240			6-196		
		n	%	n	%	X ²	p
Medeni durumu	Evli	29	96,7	30,0	100,0		
	Bekâr	1	3,3	0	00		
Aile tipi	Çekirdek aile	29	96,7	28	93,3	,357	,550
	Geniş aile	1	3,3	2	6,7		
Eğitim durumu	İlköğretim	9	30,0	9	30,0		
	Lise	5	16,7	9	30,0	1,714	,424
	Lisans ve üstü	16	53,3	12	40,0		
Çalışma durumu	Çalışıyor	13	43,3	9	30,0	1,148	,284
	Çalışmıyor	17	56,7	21	70,0		
Sağlık güvencesi	Var	30	100,0	30	100,0		
Gelir düzeyi	Az/denk	14	46,7	19	63,3	1,684	,194
	Fazla	16	53,3	11	36,7		

Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test, X²:Pearson Chi-Square Test

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı Tablo 4-1’de verildi. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (p>0,05) belirlendi.

Deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 30,10±4,98, evlilik süresi 56,00±48,85 (ay) olarak hesaplandı. Deney grubunun %96,7’si (n=29) evli ve çekirdek

aile tipinde yaşamaktadır. Deney grubunun eğitim seviyesi ve çalışma durumu incelendiğinde, kadınların %53,3'ünün (n=16) lisans ve üstü eğitim aldığı ve %43,3'ünün (n=13) çalışmakta olduğu saptandı. Deney grubu gelir düzeyi incelendiğinde %46,7'si (n=14) geliri giderinden az veya denk ve %53,3'ü (n=16) geliri giderinden fazla olarak belirtirken, deney grubunda sadece 1 kişi geliri giderinden az olarak ifade etti.

Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması $31,23 \pm 6,32$, evlilik süresi $69,90 \pm 48,41$ (ay) olarak hesaplandı. Kontrol grubunun tamamının (%100) evli, %93,3'ünün (n=28) çekirdek aile tipinde olduğu, %40,0'ının (n=12) lisans ve üstü eğitim aldığı ve %30'unun (n=9) çalışmakta olduğu belirlendi. Kontrol grubu gelir düzeyi incelendiğinde ise %63,3'ü geliri giderinden az veya denk (n=19), %36,7'si (n=11) geliri giderimden fazla olarak belirtti.

Tablo 4-2 Deney ve Kontrol Grubunun Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Gruplar	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
		n	%	n	%	X ²	p
Gebelik planlı mı?	Evet	24	80,0	24	80,0	,000	1,000
	Hayır	6	20,0	6	20,0		
Gebe kalma şekli	Spontan	27	90,0	29	96,7	1,071	,301
	IVF	3	10,0	1	3,3		
Bebek cinsiyeti	Kız	19	63,33	19	63,33	1,000	,650
	Erkek	11	36,67	11	36,67		
Gebelik sonlandırma öyk.	Var	9	30,0	5	16,7	1,491	,222
	Yok	21	70,0	25	83,3		
Düşük	Var	5	20,0	6	16,7	,111	,739
	Yok	25	80,0	24	83,3		
Ölü doğum	Var	2	6,7	0	0	2,069	,150
	Yok	28	93,3	30	100,0		
Küretaj	Var	2	6,7	1	3,3	,351	,554
	Yok	28	93,3	29	96,7		
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	p
Gebelik haftası		24,77	4,84	24,53	3,91	,205	,838
Min-Maks		20-35		20-35			
Gravida		2,37	1,40	2,47	2,0	,225	,823
Min-Maks		1-5		1-11			
Doğum sayısı		1,87	1,17	1,83	,70	,134	,894
Min-Maks		1-5		1-4			
Yaşayan çocuk sayısı		,80	1,21	,83	,65	,133	,895
Min-Maks		0-4		0-2			
Son gebelikten bu yana geçen süre (ay) Min-Maks		44,32	51,09	51,50	37,99	,515	,609
		4-216		6-120			

Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test, X2:Pearson Chi-Square Test

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların obstetrik özellikleri Tablo 4-2'de görülmektedir. Çalışmaya dahil edilen kadınların çoğunlukla planlayarak ve spontan bir şekilde gebe kaldıkları ve çalışmanın yapıldığı sırada büyük çoğunluğunun ikinci trimesterde oldukları belirlendi. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Deney grubunun büyük çoğunluğu planlı (%80, n=24) ve spontan (%90, n=27) gebe kaldığını belirtti. Deney grubundaki kadınların ortalama gebelik haftası $24,77 \pm 4,84$, gravida $2,37 \pm 1,40$, doğum sayısı $1,87 \pm 1,17$ ve yaşayan çocuk sayısı $0,80 \pm 1,21$ olarak belirlendi. Deney grubunda yer alan kadınların %30'unun (n=9) ise daha önce gebelik sonlandırma yaşadığı belirlendi.

Kontrol grubunun %80'i isteyerek (n= 24) ve %96,7'si (n= 29) spontan gebe kaldığını belirttiler. Kontrol grubunda yer alan kadınların ortalama gebelik haftası $24,53 \pm 3,91$, gravida $2,47 \pm 2,0$, doğum sayısı $1,83 \pm 0,70$ ve yaşayan çocuk sayısı $0,83 \pm 0,65$ olarak belirlendi. Kontrol grubunda yer alan kadınların %16,7'sinin (n= 5) daha önce gebelik sonlandırma yaşadığı saptandı.

Çalışmaya katılan gebelerin ortalama gebelik haftası $24,65 \pm 4,36$ (min= 20-maks= 35), gravida $2,42 \pm 1,71$ (min=1-maks=11), doğum sayısı $1,85 \pm 0,95$ (min= 1-maks= 5), yaşayan çocuk sayısı $0,82 \pm 0,97$ (min= 0-maks= 4) son gebelikten bu yana geçen süre (ay) $48,17 \pm 44,11$ (min= 4-maks= 216) olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki fetüs cinsiyeti açısından değerlendirildiğinde her iki grupta da %63,33 kız ve %36,67 erkek olduğu belirlendi.

Tablo 4-3 Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu için Fetal Anomali ve Maternal Hastalık Endikasyonu

Anomaliler*(N:60)	n	%	
Merkezi sinir sistemi anomalisi	23	38,3	Hidrocefali, korpus kallosum, korpus kallosum agenezisi, kolposefali, parsiyel agenezisi, parsiyel korpus kallosum, spina bifida
Kromozom anomalisi	15	25,0	Down sendromu, turner sendromu, ESCOBER sendromu, Koolen de vries sendromu, MECKEL, Trizomi 18, Trizomi 21
Konjenital kalp hastalıkları	12	20,0	AVSD, ARSA, VSD, ventrikül hipoplazisi, hipoplastik sol kalp ventrikül septum bozukluğu, pulmoner kapak
İskelet displazisi	11	18,3	Akroni skolyoz, ESCOBER sendromu, skolyoz, iki elde postaksiyel polidaktili, vertebrada odd kifoskolyoz, Tip2 tanatoforik displazi
Konjenital anomalisi: Santral sinir sistemi	10	16,7	Ağır hidrocefali, fetal beyin hasarı, fetal anemi, serebellar bilateral ayrışma
Konjenital anomalisi: Yüz ve boyun	9	15,0	NT kalın, nazal kemik yok reteomikognati
Amnion sıvı anomalisi	9	15,0	Polihidroamnios, anhidroamnios, erken membran rüptürü
Fetus karın ön duvarı ve gastrointestinal sistem anomalisi	8	13,3	Diyafragmatik herni, mide yok, karaciğer ve bağırsakları içeren geniş omfodel, mesane agenezisi, interhemisferik kist
Anne sağlığını tehdit eden hastalık	6	10,0	KrHt maternal renal tutulum, ayna sendromu, koryoamniyonit riski
Fetal üriner sistem anomalisi	5	8,3	Polikistik böbrek, böbrek agenezisi, crossed fused böbrek
Fetal hidrops	4	6,7	Skalp ödem, hidrops, yaygın ödem ve asit

*Birden fazla endikasyon yer almaktadır.

Tablo 4-3'te gebeliğin tıbbi terminasyonu için fetal anomali ve maternal hastalık endikasyonlarına yer verilmiştir. Deney ve kontrol grubunda toplam %38,3 merkezi sinir sistemi anomalisi, %31,7 konjenital anomalisi (santral sinir sistemi, yüz ve boyun), %25 kromozom anomalisi, %20 konjenital kalp anomalisi ve %10'unda anne sağlığını tehdit eden hastalık olduğu tespit edildi. Tıbbi terminasyon için fetal anomali ve maternal hastalık endikasyonları gruplandırıldığında, %80 (n=48) fetal, %11,7 (n=7) maternal-fetal ve %8,3 (n=5) maternal nedenler olarak kendi içerisinde sınıflandırıldı.

Tablo 4-4 Kadınların Gebeliğin Tıbbi Terminasyon Kararı Sonrası Yaşadığı Duygular

Temalar (N:60)	İfadeler
Fiziksel şikayetler	- Kalbim duracak gibi - Beynim uyuşuk - Hiç uyuyamadım - Boğazım düğüm düğüm... nefes almak hiç bu kadar zor olmamıştı - Nefesim daralıyor - Midem bulanıyor - Yemek dahil yiyemiyorum - Ağlamaktan göz pınarlarım kurudu
İnanmama ve inkar	- Son ana kadar inanmadım...söyledikleri doğrudur değil mi...en iyi doktorlar sonuçta...nasıl olur - Bebeğime bir şey olmaz sandım...belki dedikleri gibi değildir - Bir mucize olsun lütfen! - Gerçek değil gibi küçük bir bedende bunlar nasıl olur
Konfüzyon	- Sanki burada değilim... dışarıdan olanlara bakıyorum - Bedenim sanki burada değil... - Sadece bir başkasının kötü anını tanıklık ediyor gibiyim..
Şaşkınlık, şok	- Bu ikinci kez geliyor başıma neden ben...olasılık bu kadar mı yüksek...tesadüf mü ...ne - Kendime şaşıyorum o kadar kolay kabullendim ki onu öldürmeye - Şaşkınlığım ...kabus gibi...her yer gri - Hayal kırıklığına uğradım...herkesi yıktım
Olumsuz duygulanım	- Çok büyük bir acı - Tüm bedenim yanıyor sanki - Ben hiç bu kadar üzülmedim hayatta - İnsan aynı anda bu kadar duyguyu nasıl hisseder..çok kızgınlım...çok üzgünüm...çok korkuyorum - Düşünmekten delireceğim sanki - Eskisi gibi mutlu olmak ne mümkün... - Bebeğimi öldürmek için buradayım...bu çok acı - Pişmanım çok pişmanım...ama kabul ediyorum... - Öfke hissediyorum ama kime neye bilmiyorum
Rahatlama	- Çok zor bir karar...bir cana son vermek...ama ne olursa olsun bu kararı almış olmak beni rahatlattı...en azından sonuçlandı - Belirsizliğin bitmiş olması beni rahatlattı - Duygularım çok karışık...huzur hissediyorum - Benim sağlığım tehlikedeydi..bu nedenle yapmak zorundayım

Temalar	İfadeler
Suçlama	- Bu yaştan sonra hamile kalırsam olacağı buydu. Hep benim yüzümden - Ona o kadar iyi baktım ki...her şeyden korudum...neden böyle yaptın kızım - Eşim bu bebeği istemedi...evet evet erken mi acaba dedi başlarda..ondan oldu - Allah bizi cezalandırıyor - Hep kızım olsun diye dua ettim..Allah beni cezalandırıyor... kızım yaşayamayacak kadar hasta - İlk hamile kaldığımda erken diye küretaj oldum...onun cezası - Eşim hasta olunca kendimi çok üzdüm... ondan oldu
Güçlü durmaya çalışma	- Benim başka çocuklarım da var...onlar için güçlü durmak zorundayım - Yeniden iyi olmak için güçlü durmalıyım - Annem hasta beni böyle görürse çok üzülür...burada olmak ve konuşmak bana çok iyi geldi - Eşim bir hafta önce kalp krizi geçirdi...güçlü durmalıyım...eşim ve çocuklarım için

Tablo 4-4’de deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebeliğin tıbbi terminasyonu kararı verildikten sonra yaşadığı duygularını içeren temalar ve ifadeler yer almaktadır. Kadınların ifadeleri kodlanarak içerik analizi yapıp temalar oluşturuldu. Karar sonrası kadınların tamamının bulantı, kusma, kalp atışında hızlanma, ağlama gibi fiziksel şikayetler ve inanmama, şok, suçlama, öfke, kızgınlık, pişmanlık gibi ruhsal sıkıntılar yaşadıkları belirlendi. Güçlü durmaya çalışma (n=12), konfüzyon (n=10) ve ılık, ses gibi fiziksel uyaranlara aşırı tepki (n=4) kadınların yaşadıkları diğer şikayetler ve duygulardı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların (n=8) yaşadıkları bir diğer duygu ise rahatlama idi.

Tablo 4-5 Deney ve Kontrol Grubunun Destek Alma Durumuna İlişkin Özellikleri

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
		n	%	n	%	X ²	p
Destek aldığınızı	Evet	29	96,7	29	96,7	,000	1,000
düşünüyor musunuz?	Hayır	1	3,3	1	3,3		
Kimden destek aldınız?*	Eş	29	96,7	27	90,0	1,071	,301
	Anne	23	76,7	26	86,7	1,002	,317
	Baba	19	63,3	24	80,0	2,052	,152
	Kardeş	18	60,0	23	76,7	1,926	,165
	Arkadaş	19	63,3	22	73,3	,693	,405
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	p
Aldığınız desteğin		9,05	1,87	8,39	2,34	1,199	,235
derecesi (Min-maks)		1-10		1-10			

Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test, X²:Pearson Chi-Square Test, *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların destek alma durumuna ilişkin bulgular Tablo 4-5’de verildi. Her iki gruptaki kadınların çoğunlukla destek aldıkları ve bu desteğin çoğunlukla eş ve annelerinden olduğu belirlendi.

Gruplar arasında destek alma ve destek aldığı kişiler konusunda, deney ve kontrol gruplarındaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) bulundu.

Çalışmaya alınan deney ve kontrol grubunun %96,7’si bu süreçte destek aldıklarını belirttiler. Deney grubundaki kadınlar aldığı bu desteği sıklıkla eş (%96,7), anne (%76,7) ve babadan (%63,3) gördüğünü belirttiler. Kontrol grubu da benzer şekilde aldığı bu desteğin eş (%90), anne (%86,7) ve babadan (%80) olduğunu belirttiler. Alınan desteğin derecesi GKÖ’ne göre değerlendirildiğinde deney grubu için $9,05\pm1,87$ (min= 1; maks= 10), kontrol grubu için $8,39\pm2,34$ (min= 1,7; maks= 10) olarak saptandı.

Tablo 4-6 Deney ve Kontrol Grubunun İlk Değerlendirmede Belirlenen Fiziksel Şikayetleri

		Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
		Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	p
Uykusuzluk düzeyi		2,61	2,15	2,67	2,14	,109	,914
Min-maks		1-10		1-9			
Bulantı ve kusma düzeyi		1,74	1,94	1,86	1,94	,256	,799
Min-maks		1-10			1-10		
		n	%	n	%	X ²	p
İştah durumu	Değişti	18	60,0	20	66,7	,287	,592
	Değişmedi	12	40,0	10	33,3		

Ort:ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t Test, X²:Pearson Chi-Square Test, ^bp: Pearson Chi-Square Test

Tablo 4-6’da deney ve kontrol grubunun ilk değerlendirmede belirlenen fiziksel şikayetlerinin düzeyi ve iştah durumu belirtildi. Çalışma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları uykusuzluk düzeyi GKÖ’ne göre deney grubu için $2,61 \pm 2,15$ (min= 1; maks= 9) ve kontrol grubu için $2,67 \pm 2,14$ (min= 1; maks= 10) olarak belirlendi. Bulantı kusma düzeyi GKÖ’ne göre deney grubunda $1,74 \pm 1,94$ (min= 1; maks= 10) ve kontrol grubunda $1,86 \pm 1,94$ (min= 1; maks= 10) olarak belirlendi.

İştah durumunun hem deney (%60) hem de kontrol grubundaki kadınlar (%66,7) için farklılık gösterdiği belirlendi. Deney grubunun %60’ı ve kontrol grubunun %66,7’si iştah durumunun değiştiğini bildirdi. İştah durumu değişen deney grubundaki kadınlarda %53,3’ü iştahının azaldığını, %6,7’si arttığını belirtirken, kontrol grubunda %63,3’ü azaldığını, %3,3’ü ise arttığını ifade etti. Gruplar arasında iştah değişikliği ve fiziksel şikayet düzeyi açısından anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p > 0,005$).

4.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Hemşirelik Destek Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliği, sırasıyla kadınların kaygı düzeylerinde, stresle başa çıkma tarzlarında, rol ve işlevlerine uyum düzeyinde, sosyal destek düzeyinde, baş etme düzeyinde, fiziksel şikayetlerin sıklığı ve düzeyinde ve perinatal yas düzeyinde değişikliklere ilişkin bulgular tablolar halinde sunulmaktadır.

Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliği deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk değerlendirme ve son değerlendirme puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

Tablo 4-7 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçek	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	^a t	^a p
STAI-1						
STAI-1 ilk değer.	47,53	5,49	45,43	6,37	1,368	,176
Min-maks	32-57		35-60			
STAI-1 son değer.	44,80	4,48	43,70	6,30	,779	,44
Min-maks	33-58		33-59			
İlk ve son değer. farkı	3,26	8,38	2,23	8,43	,476	,676
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t= 1,877 ^b p=,071		^b t= 1,283 ^b p=,210			

Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, ^at: Independent Samples t test, ^ap: Independent Samples t test, ^bt: Paired-Samples t test, ^bp: Paired-Samples t test

Tablo 4-7’de Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek üzere çalışmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların STAI-1 ölçeğine göre değerlendirilmesinden elde edilen bulgular yer almaktadır.

Çalışma örneklemine dâhil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyi ortalamasında TTDP sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark

saptanmadı ($p=0,176$). Deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirme durumluk kaygı puanlarında kontrol grubuna göre daha fazla bir azalma görülse de bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edildi ($p=0,071$). Kontrol grubundaki kadınlarında ilk ve son değerlendirme durumluk kaygı puanlarındaki değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edildi ($p=0,210$).



Tablo 4-8 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Stresle Başa Çıkma Tazrları Ölçeği Puanlarının Karşılaştırlması

SBÖ	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	^a p
Kendine güvenli yaklaşım ilk değır. Min-maks	1,88 ,43-3	,77	1,92 ,86-3	,63	,236	,815
Kendine güvenli yaklaşım son değır. Min-maks	2,61 1,14-3	,45	1,96 1,14-3	,54	5,083	,000***
İlk ve son değır. farkı	-,73	,88	-,04	,52	-3,713	,000***
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t= -4,578 ^b p=,000***		^b t= -,45 ^b p=,656			
İyimser yaklaşım ilk değır. Min-maks	1,63 ,40-3	,73	1,81 ,80-3	,59	1,049	,298
İyimser yaklaşım son değır. Min-maks	2,55 1,20-3	,53	2,05 1-3	,55	3,610	,001**
İlk ve son değır. farkı	-,92	,85	-,24	,51	-3,748	,000***
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=-5,920 ^b p=,000***		^b t=-2,562 ^b p=,016*			
Çaresiz yaklaşım ilk değır. Min-maks	1,66 ,50-3	,70	1,41 0-2,63	,68	1,382	,172
Çaresiz yaklaşım son değır. Min-maks	,57 0-1,75	,43	1,29 ,13-2,5	,63	5,123	,000***
İlk ve son değır. farkı	1,09	,64	,12	,60	5,993	,000***
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=9,270 ^b p=,000***		^b t=1,140 ^b p=,264			
Boyun eğici yaklaşım ilk değır. Min-maks	2,11 1,33-3	,41	1,85 ,83-3	,52	2,185	,034*
Boyun eğici yaklaşım son değır. Min- maks	1,76 1,33-2,53	,35	1,95 ,50-2,83	,51	1,668	,101
İlk ve son değır. farkı	,35	,51	-,10	,53	3,613	,001**
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=4,583 ^b p=,000***		^b t=-1,016 ^b p=,318			
Sosyal desteğe başvurma ilk değır. Min- Maks	2,11 0-3	,41	1,85 1,25-3	,52	2,185	,034*
Sosyal desteğe başvurma son değır. Min- Maks	1,76 1,25-3	,35	1,95 1-3	,51	1,668	,101
İlk ve son değır. farkı	,35	,82	-,10	,52	-2,478	,016*
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=2,237 ^b p=,033*		^b t=-2,162 ^b p=,039*			

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, ^at: Independent Samples t test, ^ap: Independent Samples t test,

^bt: Paired-Samples t test, ^bp: Paired-Samples t test

Tablo 4-8’de Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek üzere çalışmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların SBÖ’ne göre değerlendirilmesinden elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

Deney ve kontrol grubu ilk değerlendirme sonuçlarına göre, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, çaresiz yaklaşım alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) belirlenmezken boyun eğici ve sosyal desteğe başvurma alt boyutlarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Deney grubundaki kadınların TTDP sonrası kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$) ve sosyal desteğe başvurma ($p<0,001$) sergileme davranışlarında kontrol grubu ortalamasına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Deney grubundaki kadınların son değerlendirme sonucuna göre boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma yaklaşımlarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Deney grubundaki kadınların SBÖ’nin alt boyutlarından aldığı ilk ile son değerlendirme puanlarındaki değişim incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$) ve çaresiz yaklaşım ($p<0,001$) sergileme davranışlarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı. Sosyal desteğe başvurma (deney $p=0,033$; kontrol $p=0,033$) ve iyimser yaklaşım (deney $p<0,001$; kontrol $p=0,016$) alt boyutunda ise hem deney hem de kontrol grubunda ilk ve son değerlendirme ortalama madde puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi.

Tablo 4-9 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Rol Fonksiyon Alanı Uyum Değerlendirme Formu ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Karşılaştırılması

RFADF	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	^a t	^a p
Rol fonksiyonu uyum değerlendirme formu ilk değer. Min-maks	15,23	5,36	13,23	3,80	1,667	,101
	6-24		6-20			
Rol fonksiyonu uyum değerlendirme formu son değer. Min maks	9,40	2,67	13,47	4,20	4,474	,000***
	6-16		6-24			
İlk ve son değer. farkı	5,83	5,03	-,23	3,94	5,197	,000***
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=6,350	^b p=,000***	^b t=-,324	^b p=,748		
Algılanan sosyal desteğin düzeyi ilk değer. Min-maks	9,05	1,87	8,39	2,34	1,199	,235
	1-10		1,70-10			
Algılanan sosyal desteğin düzeyi son değer. Min-maks	9,67	,66	8,83	1,97	2,200	,032*
	8-10		2-10			
İlk ve son değer. farkı	-,61	1,51	-,44	1,11	-1,700	,096
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=-2,237	^b p=,033*	^b t=-2,162	^b p=,039*		
Baş etme düzeyi son değer. Min-maks	9,18	1,47	5,81	2,71	5,883	,000***
	1-10		1-10			

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, ^at: Independent Samples t test, ^ap: Independent Samples t test,

^bt: Paired-Samples t test, ^bp: Paired-Samples t test

Tablo 4-9’da çalışmaya dahil edilen kadınların RFADF’den aldıkları puan ortalaması, algılanan sosyal destek düzeyi ve baş etme düzeyine ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

Deney ve kontrol grupları arasında ilk değerlendirmede RFADF’den aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken (p=0,101), kontrol grubunun son değerlendirmede RFADF’den aldığı puan ortalaması istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlendi (p<0,001). Deney ve kontrol grubunun RFADF’den değerlendirme formundan elde ettikleri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece deney grubunun ilk ve son değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu (p<0,001).

Deney grubundaki kadınların tıbbi terminasyon süreci boyunca algıladıkları ilk değerlendirmede sosyal destek düzeyi kontrol grubu ile benzerken son değerlendirmede kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek (p=0,032) tespit edildi. Algılanan sosyal destek düzeyi hem deney (p=0,033) hem kontrol (p=0,039) grubundaki

kadınlarda ilk ve son değerlendirme arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olduğu tespit edildi.

Deney ve kontrol grubunun baş etme düzeyleri karşılaştırıldığında deney grubunun TTDP sonrası baş etme düzeyinde istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark belirlendi ($p<0,001$).

Tablo 4-10 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yaşadıkları Fiziksel Şikayetlerin Karşılaştırılması

Fiziksel şikayetler	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	^a t	^a p
Doğum anına kadar ağrı şiddeti	7,08	2,35	8,45	1,78	2,544	,014*
Min-maks	2,4-10		4-10			
Doğum anı ağrı şiddeti	7,53	2,02	9,51	,92	4,882	,000***
Min-maks	3-10		7-10			
Doğumdan sonraki ikinci saat ağrı şiddeti	1,38	,77	2,68	2,24	3,005	,005**
Min-maks	1-4		1-9			
Uykusuzluk düzeyi ilk değer.	2,61	2,15	2,67	2,24	,109	,914
Min-maks	1-9		1-10			
Uykusuzluk düzeyi son değer.	7,82	2,53	5,24	3,47	3,289	,002**
Min-maks	2-10		1-10			
İlk ve son değer. farkı	-5,21	3,23	-2,57	3,50	-2,497	,005*
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=-8,316	^b p=,000***	^b t=-4,021	^b p=,000***		
Bulantı kusma düzeyi ilk değer.	1,74		1,86		,256	,799
Min-maks	1-10	1,94	1-10	1,94		
Bulantı kusma düzeyi son değer.	2,53	2,24	3,26	2,63	1,160	,251
Min-maks	1-8,7		1-10			
İlk ve son değer. farkı	-,79	3,13	-1,40	2,60	,810	,421
<i>Test ve anlamlılık</i>	^b t=-1,391	^b p=,175	^b t=-2,944	^b p=,006**		

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$ Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, ^at: Independent Samples t test, ^ap: Independent Samples t test,

^bt: Paired-Samples t test, ^bp: Paired-Samples t test

Tablo 4-10'da çalışmaya dahil edilen kadınların tıbbi terminasyon sürecinde yaşadığı fiziksel şikayetlere ilişkin bulgulara yer verilmektedir.

Deney grubunda yer alan kadınlarda, GKÖ'ne göre doğum anına kadar olan ağrı şiddeti ($p=0,014$), doğum anı ağrı şiddeti ($p<0,001$) ve postpartum erken dönem/2.saat

ağrı şiddeti ($p=0,005$) ortalamaları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha düşük olduğu saptandı.

Deney grubundaki kadınlarda TTDP sonrası uykusuzluk düzeyi, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az ($p=0,002$) belirlendi. Uykusuzluk düzeyinin hem deney ($p<0,001$) hem kontrol ($p<0,001$) grubundaki ilk ve son değerlendirme farkı her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptandı.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların bulantı kusma düzeyleri incelendiğinde, ilk ve son değerlendirme sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$). Bulantı-kusma düzeyinin ilk ve son değerlendirmeki farkı kontrol grubunda istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p=0,006$).

Tablo 4-11 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Perinatal Yas Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

PYÖ	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	t	p
Aktif keder	20,23	3,18	35,17	9,27	8,346	,000***
Min-maks	14-27		20-50			
Başa çıkmada zorlanma	13,03	2,01	25,73	11,11	6,159	,000**
Min-maks	11-18		11-46			
Umutsuzluk	12,60	2,36	24,83	10,87	6,024	,000***
Min-maks	11-23		11-53			
PYÖ toplam puanı	45,87	5,78	85,73	30,05	7,137	,000***
Min-maks	37-62		42-148			

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test,

Tablo 4-11’de çalışmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların PYÖ’ne göre değerlendirilmesinden elde edilen bulgulara yer verilmektedir.

Çalışmaya katılan kontrol grubundaki kadınların deney grubuna göre aktif keder (deney= $20,23\pm3,18$; kontrol= $35,17\pm9,27$), başa çıkmada zorlanma (deney= $13,03\pm2,01$; kontrol= $25,73\pm11,11$) ve umutsuzluk (deney= $12,60\pm2,36$; kontrol= $24,83\pm10,87$) alt boyutlarından ve toplam puandan (deney= $45,87\pm5,78$; kontrol= $85,73\pm30,05$) daha yüksek puan aldıkları tespit edildi. Deney grubundaki kadınların PYÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve aktif keder ($p<0,001$), başa çıkmada zorlanma ($p<0,001$), umutsuzluk

($p<0,001$) alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı.

Tablo 4-12 Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Vital Bulgularının Karşılaştırılması

	Deney (n=30)		Kontrol (n=30)		İstatistik	
	Ort. (Min-maks)	Ss.	Ort. (Min-maks)	Ss.	t	p
^aLatent Faz						
Sistolik kan basıncı (mmHg)	67,33 (50-80)	9,07	65,67 (50-90)	10,73	,778	,518
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	105,0 (90-120)	9,38	105,0 (90-150)	13,58	1,706	1,00
Nabız (/dk)	83,20 (64-96)	7,69	86,43(64-99)	8,69	,177	,132
Ateş (°C)	36,37 (36-37,2)	,36	36,40 (36-37)	,38	,214	,755
Solunum (/dk)	19,2 (18-22)	1,13	20,27 (18-24)	1,95	1,517	,012*
^bAktif Faz						
Sistolik kan basıncı (mmHg)	64,33 (50-90)	11,04	67,0 (50-90)	11,79	,351	,370
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	105,67 (90-120)	7,74	107,33 (90-140)	11,43	1,368	,511
Nabız (/dk)	85,33 (18-22)	5,76	86,03 (18-24)	8,38	1,942	,708
Ateş (°C)	37,47(36-38,5)	0,66	38,55(36-38,8)	12,37	7,798	,178
Solunum (/dk)	20,67 (18-22)	1,21	21,53(18-24)	1,72	2,548	,028*
^cİnnatal Dönem						
Sistolik kan basıncı (mmHg)	67,67 (60-80)	6,26	67,33 (60-80)	6,91	0,702	,846
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	111,0 (90-120)	9,95	109,67 (90-140)	12,45	1,686	,649
Nabız (/dk)	85,03 (72-98)	6,39	88,70 (80-120)	7,15	,221	,041*
Ateş (°C)	37,18 (36-38)	,50	37,02 (36-38,1)	,50	,120	,223
Solunum (/dk)	20,67 (18-22)	1,09	21,33 (18-24)	1,32	,789	,038*
Postpartum 1.saat						
Sistolik kan basıncı (mmHg)	64,53 (50-80)	8,12	63,40 (50-80)	10,45	2,988	,641
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	107,0 (90-120)	9,52	105,00 (90-140)	13,83	5,258	,517
Nabız (/dk)	79,63 (70-98)	8,52	81,90 (70-120)	9,94	,290	,347
Ateş (°C)	36,98 (35,8-37,6)	,51	36,79 (35,8-37,6)	,55	,066	,188
Solunum (/dk)	19,53 (18-22)	1,01	20,00 (18-22)	1,17	,551	,104
Postpartum 4.saat						
Sistolik kan basıncı (mmHg)	63,33 (50-70)	7,58	65,33 (50-80)	9,00	1,003	,356
Diyastolik kan basıncı (mmHg)	106,00 (90-120)	10,03	104,33 (90-140)	12,23	,493	,566
Nabız (/dk)	77,20 (60-100)	9,11	82,83 (68-100)	10,49	,334	,030*
Ateş (°C)	36,69 (35,8-37)	,38	36,55(35,8-37)	,41	,337	,165
Solunum (/dk)	19,4 (18-20)	,93	20,07 (18-22)	1,23	,129	,021*

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test, a: Doğum indüksiyonunun başladığı - effasman ve dilatasyonun olmadığı dönem, b: Effasman ve dilatasyonun başladığı – doğum anına kadar olan dönem, c: Doğum anı ve hemen sonrası

Tablo 4-12’de deney ve kontrol grubunun vital bulgularına ait verilerin karşılaştırılması yer almaktadır.

Latent faz solunum sayısı, aktif faz solunum, innatal dönem solunum ve nabız, postpartum 4. saat solunum ve nabız sayısı deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0,05$) olduğu belirlendi. Kontrol grubunda nabız ve solunum sayıları deney grubuna göre daha yüksek bulundu.



4.3. Deney ve Kontrol Grubu Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, gebelik haftası, gravida ve gebeliğin sonlandırılma endikasyonu değişkenleri ile ilk ve son değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den aldığı puanların karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi.

Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasının yanı sıra çalışmada kullanılan STAI-1, SBÖ ve RFADF'nun son değerlendirme toplam puanlarının PYÖ ile karşılaştırılmasına ilişkin bulgular da yer almaktadır.



Tablo 4-13 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle STAI-1'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Toplam Puan Farkının Karşılaştırılması

STAI-1			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)		İstatistik <i>p</i>	Son değer. farkı (Ort.±Ss.)		İstatistik <i>p</i>
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	1,50±2,53	t= ,592	^a ,599	1,58±2,82	t=,259	^a ,797
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,65± ,25	t= ,694	^a ,493	-,90±2,85	t= -,315	^a ,755
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 25,158	F=,825	^b ,449	^c 17,837	F=,712	^b ,500
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 65,739	F=1,443	^b ,254	^c 128,454	F=2,735	^b ,083
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	3,28±1,97	t=1,687	^a ,103	-,50±1,84	t= -,271	^a ,788
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	-2,32±2,76	t= -,843	^a ,406	2,32±2,76	t=,842	^a ,347
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	1,23±2,29	t=,540	^a ,594	,534±2,07	t=,257	^a ,799
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	3,25±2,89	t=1,123	^a ,271	2,12±3,34	t=,635	^a ,289
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-1,55±2,14	t= -,723	^a ,476	-2,20±1,90	t= -1,153	^a ,250
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	3,84±2,57	t=1,492	^a ,147	-1,63±3,03	t= -,540	^a ,549
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	2,25±2,51	t=,895	^a ,378	,291±2,30	t=,127	^a ,900
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	3,41±2,88	t=1,184	^a ,246	-3,16±3,31	t= -,955	^a ,348

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, , t: Independent Samples t Test, F: One-Way Anova Testi, , a: Independent Samples t test, b: One-Way Anova Testi, c: Tukey testi,

İlk.: Eğitim durumu, ilk-orta öğretim, Term: Terminasyon

Tablo 4-13’de çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri STAI-1 ölçeğine göre ilk ve son değerlendirme toplam puan farklarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, gebelik haftası, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu ile STAI-1 karşılaştırılması incelendiğinde; gruplar arası ilk değerlendirme puan farkı ve son değerlendirme puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Deney grubunda yer alan kadınların yaş grupları arasında incelendiğinde; ilk ve son değerlendirmede 20-34 yaş grubu kadınların daha kaygılı olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise son değerlendirmede 35 yaş ve üstü kadınların daha kaygılı olduğu fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların eğitim düzeyleri ile kaygı puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, deney grubunda ilk ve son değerlendirmede ilk-orta öğretim mezunlarının kaygı puanlarının daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise ilk değerlendirmede ilk-orta öğretim mezunlarının daha kaygılı, son değerlendirmede lisans ve üstü mezunlarının kaygı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. Fakat hem deney hem de kontrol grubunda STAI-1 toplam puan farkları arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan kadınların gelir düzeyleri ile STAI-1 toplam puan farkları incelendiğinde, deney grubunda geliri yüksek olan kadınların son değerlendirmede kaygı puanları geliri az ve orta olanlara göre daha yüksek olduğu, kontrol grubunda ise ilk değerlendirme sonucuna göre geliri yüksek olan kadınların kaygı düzeyleri yüksek bulundu. Fakat bu farkın deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların STAI-1 toplam puan farkları obstetrik özellikler açısından değerlendirildiğinde, hem deney hem kontrol grubunda 2. trimester olan kadınların kaygı puanları ilk ve son değerlendirmede de 3. trimestere göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney grubunda ilk ve son değerlendirme kaygı puan farkları multi gravidalarda daha yüksek, kontrol grubunda ise ilk değerlendirmede primigravida daha yüksek tespit

edildi. Fakat bu farkın deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).



Tablo 4-14 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle SBÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılması

SBÖ			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>	Son değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>
Kendine Güvenli Yaklaşım						
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	-,09±,35	t= -,266 ^a ,792	,23±,20	t= 1,131 ^a ,268
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,26±,24	t=1,083 ^a ,288	,15±,20	t= ,748 ^a ,461
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c ,132	F= ,210 ^b ,812	^c ,345	F= 1,781 ^b ,188
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c ,509	F= 1,302 ^b ,288	^c ,075	F= ,244 ^b ,785
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	-,30±,28	t= -1,080 ^a ,289	,14±,16	t= ,899 ^a ,376
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	-,29±,23	t= -1,230 ^a ,229	-,22±,20	t= 1,103 ^a ,279
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	,51±,30	t= 1,661 ^a ,108	-,11±,18	t=,594 ^a ,558
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	-,13±,29	t= -1,564 ^a ,658	-,37±,23	t= 1,564 ^a ,129
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	,46±,29	t= 1,597 ^a ,121	-,27±,17	t= -1,637 ^a ,113
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	,28±,26	t=1,080 ^a ,290	,02±,22	t=,122 ^a ,904
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	,06±,35	t= ,183 ^a ,856	,30±,20	t=1,503 ^a ,144
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	-,04±,29	t= -,162 ^a ,872	-,04±,24	t= -,167 ^a ,869

Tablo 4 – 14 Devamı

SBÖ			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>		Son değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>	
İyimsiz Yaklaşım								
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	,08±,33	t= ,247	^a ,807	,40±,23	t=1,718	^a ,097
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,23±,23	t=1,00	^a ,832	-,01±,21	t= -,046	^a ,963
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c ,577	F= 1,097	^b ,348	^c ,625	F= 2,479	^b ,103
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c ,368	F= ,504	^b ,610	^c ,288	F= ,967	^b ,393
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	-,33±,26	t= -1,252	^a ,221	,141±,194	t= ,725	^a ,474
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	-,29±,22	t= -1,32	^a ,195	-,20±,20	t= ,981	^a ,335
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	,18±,30	t= ,598	^a ,554	-,20±,21	t= ,917	^a ,367
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	-,40±,26	t= -1,507	^a ,143	-,39±,24	t= -1,616	^a ,504
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	,31±,28	t=1,104	^a ,279	-,32±,19	t= -1,610	^a ,119
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	,01±,24	t= ,064	^a ,950	-,03±,22	t= -,169	^a ,867
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	,04±,33	t= ,13	^a ,903	,26±,23	t= 1,113	^a ,275
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	02±,27	t= 0,91	^a ,928	-,06±,25	t= -,263	^a ,794

Tablo 4-14 Devamı

SBÖ			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>		Son değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>	
Çaresiz Yaklaşım								
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	,06±,32	t= ,208	^a ,741	-,11±,22	t= -,603	^a ,551
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,24±,26	t=,928	^a ,362	,41±,23	t= 1,737	^a ,093
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 1,056	F= 2,350	^b ,115	^c ,069	F= ,358	^b ,703
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c ,566	F= 1,257	^b ,301	^c ,278	F ,675	^b ,518
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	,06±,25	t= 1,411	^a ,169	-,10±16	t= -,624	^a ,537
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	,40±,25	t= 1,602	^a ,120	,29±,24	t= 1,228	^a ,230
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-,03±,29	t= -,135	^a ,894	-,24±,17	t= -1,398	^a ,173
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	,46±,30	t= 1,535	^a ,136	,07±,29	t= ,248	^a ,806
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-,68±,24	t=- 2,820	^a ,009	-,33±,15	t= -2,102	^a ,045
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	-,6±,25	t= -2,523	^a ,018	-,24±,26	t= -,925	^a ,363
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	,08±,32	t= ,272	^a ,787	-,06±,19	t= -,313	^a ,756
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	-,22±,31	t= -,736	^a ,468	-,41±,21	t= -1,448	^a ,159

Tablo 4-14 Devamı

SBÖ			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>		Son değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>	
Boyun Eğici Yaklaşım								
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	,24±,18	t= 1,326	^a ,195	,04±,16	t= ,300	^a ,766
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,22±,20	t= 1,121	^a ,272	-,02±,20	t= -,124	^a ,902
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c ,253	F= 1,593	^b ,222	^c ,005	F= ,037	^b ,964
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 1,114	F= 5,349	^b ,011	^c ,692	F= 2,997	^b ,067
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	,05±,15	t= ,394	^a ,697	-,06±,12	t= -,506	^a ,617
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	,05±,20	t= ,251	^a ,804	,35±,18	t= 1,889	^a ,069
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-,10±,16	t= -,614	^a ,544	-,43±,12	t= -3,631	^a ,001
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	,36±,23	t= 1,590	^a ,123	,04±,23	t= ,175	^a ,862
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-,21±,15	t= -1,398	^a ,173	-,11±,13	t= -,859	^a ,398
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	-,05±,21	t= -,234	^a ,817	-,13±,21	t= -,611	^a ,546
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	,31±,17	t= 1,742	^a ,093	,02±,16	t= ,128	^a ,899
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	,43±,22	t= 1,892	^a ,069	-07,±,23	t= -,321	^a ,750

Tablo 4 – 14 Devamı

SBÖ			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>	Son değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik <i>p</i>		
Sosyal Desteğe Başvurma								
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	,66±,32	t= 2,059	^a ,049	,04±,26	t=,159	^a ,875
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	,06±,24	t=,258	^a ,798	,23±,24	t= ,987	^a ,332
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c ,666	F: 1,208	^b ,315	^c ,673	F: 2,292	^b ,120
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c ,227	F: ,583	^b ,565	^c ,447	F: 1,172	^b ,329
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	,08±,27	t= ,297	^a ,769	,56±,18	t=3,095	^a ,004*
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	-,24±,23	t= -1,044	^a ,305	-,43±,22	t= -1,918	,065
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	,11±,31	t= ,372	^a ,713	,48±,21	t= ,2,217	^a ,035*
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	-,18±,28	t= -,662	^a ,514	-,11±,28	t= -,398	^a ,693
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	,31±,28	t= 1,082	^a ,288	,03±,22	t= ,168	^a ,867
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	,36±,24	t= 1,448	^a ,159	,29±,25	t= 1,159	^a ,26
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	-,09±,34	t= -,270	^a ,789	,42±,24	t= 1,709	^a ,008**
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	,34±,27	t= 1,236	^a ,227	,06±,28	t= ,217	^a ,830

*p<0,05, **p<0,01,***p<0,001, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, , t: Independent Samples t Test, F: One-Way Anova Testi, , a: Independent Samples t test, b: One-Way Anova Testi, c: Tukey testi,

İlk.: Eğitim durumu, ilk-orta öğretim, Term: Terminasyon

Tablo 4-14’de deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri SBÖ alt boyutlarına göre ilk ve son değerlendirme puan farklarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim düzeyi, gebelik haftası, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu kendine güvenli yaklaşım tarzı ile karşılaştırıldığında; gruplararası ilk ve son değerlendirme toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan kadınların iyimser yaklaşım alt boyutundan aldığı toplam puan farkı yaş, eğitim düzeyi, gebelik haftası, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu grupları arasında karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların çaresiz yaklaşım alt boyutundan aldığı ilk ve son değerlendirme puan farkı yaş, eğitim düzeyi, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0,05$), gebelik haftası arasında hem deney hem de kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$). Deney grubunda multigravidalarda çaresiz yaklaşım sergileme tarzı ilk ve son değerlendirmede istatistiksel olarak fazla bulundu ($p<0,05$). Benzer şekilde kontrol grubunun ilk değerlendirmesinde multigravidalarda çaresiz yaklaşım tarzı alt boyutu puan farkı istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi ($p<0,05$).

Çalışmada yer alan kadınların boyun eğici yaklaşım alt boyutundan aldığı puan farkı yaş, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu grupları arasında karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken ($p>0,05$) eğitim durumu ve gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlendi ($p<0,05$). Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların boyun eğici yaklaşım alt boyutundan aldığı puan farkları eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; sadece kontrol grubunda ilk değerlendirme puan farkı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptandı ($p: 0,011$). Farklılıkların hangi ikili gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi (Tukey testi) yapıldı. Bu test sonucuna göre ilk-orta öğretim ($\bar{x}= 2,20\pm0,54$) ve lisans ve üstü mezunu ($\bar{x}=1,84\pm,55$) kadınlarla boyun eğici yaklaşım tarzı sergilemede anlamlı fark olmadığı,

farklılığın ilk-orta öğretim ve lise ($\bar{x}= 1,50\pm0,47$) eğitim seviyeleri arasında olduğu belirlendi.

İkinci ve 3. trimester ile boyun eğici yaklaşım tarzları ilk değerlendirme puan farkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Deney grubunda 3. trimesterde olan kadınların son değerlendirme puanı 2. trimesterde olan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek bulundu ($p=0,001$).

Çalışmada yer alan kadınların sosyal desteğe başvurma alt boyutundan aldığı puan farkı eğitim düzeyi ve gravida grupları arasında karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Deney grubunda yer alan kadınların sosyal desteğe başvurma alt boyutu, ilk değerlendirme puan farkı yaş grupları arasında ($p=0,049$), son değerlendirme puan farkı gebelik haftası ($p=0,004$) ve tıbbi terminasyon endikasyonu ($p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlendi.

Tablo 4-15 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri ile RFADF'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılması

			İlk değer. farkı (Ort.±Ss.)		İstatistik <i>p</i>	Son değer. farkı (Ort.±Ss.)		İstatistik <i>p</i>
RFADF								
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	2,79±2,43	t= 1,147	^a ,261	,29±1,24	t=,235	^a ,816
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	-2,35±1,43	t= -1,642	^a ,112	,55±1,65	t= ,333	^a ,742
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 11,297	F=,376	^b ,690	^c 22,503	F= 3,46	^b ,037
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 11,336	F= ,772	^b ,472	^c 20,900	F= 1,201	^b ,316
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	3,58±1,87	t= 1,906	^a ,067	-1,15±,97	t= -1,186	^a ,246
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	1,80±1,42	t= 1,265	^a ,216	3,32±1,49	t= 2,225	^a ,034*
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-1,21±2,24	t= -,543	^a ,592	-2,01±1,05	t= 1,386	^a ,202
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	4,04±1,59	t= 2,538	^a ,017*	2,66±1,84	t= 1,415	^a ,168
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-2,45±2,06	t=-1,188	^a ,245	,00±1,05	t=,00	^a 1,000
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	-1,17±1,58	t= -,755	^a ,457	-1,31±1,74	t= -,755	^a ,457
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	3,45±2,40	t= 1,439	^a ,161	-,708±1,23	t= -,574	^a ,571
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	-,29±1,76	t= -,165	^a ,870	,25±1,95	t= ,128	^a ,899

*p<0,05, Ort:ortalama, Ss:Standart sapma, , t: Independent Samples t Test, F: One-Way Anova Testi, Ort:ortalama, Ss:Standart sapma, , a: Independent Samples t test, b: One-Way Anova Testi, c: Tukey testi, İlk.: Eğitim durumu, ilk-orta öğretim, Term: Terminasyon

Tablo 4-15’de çalışmaya katılan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri RFADF’na göre ilk ve son değerlendirme puan farkları arasındaki karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yaş, gebelik haftası, gravida ve tıbbi terminasyon endikasyonu RFADF ile karşılaştırıldığında; gruplarda ilk ve son değerlendirme toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanırken ($p>0,05$), eğitim düzeyi ve gebelik haftasında son değerlendirmede toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olarak belirlendi ($p<0,05$).

Deney grubunda olan kadınların yaş değişkeni ile RFADF’den aldığı toplam puan incelendiğinde; deney grubunda ilk ve son değerlendirme toplam puan farkı 20-34 yaş grubunda daha yüksek olarak belirlendi. Kontrol grubunda ise 35 yaş ve üstü kadınların ilk değerlendirmede aldıkları toplam puan daha fazla iken son değerlendirmede 20-34 yaş grubuna göre daha az saptandı. Fakat bu farkın hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların RFADF aldığı toplam puan farkları eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında; deney grubunda ilk değerlendirme toplam puan farkı arasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmazken, son değerlendirme toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi ($p=0,037$). Farklılıkların hangi ikili gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla çoklu karşılaştırma testi (Tukey testi) yapıldı. Bu test sonucuna göre ilk-orta öğretim ($\bar{x}= 7,77\pm1,89$) ve lisans ve üstü mezunu ($\bar{x}= 9,68\pm2,74$) kadınların RFADF puanları arasında anlamlı fark olmadığı, buna karşılık lise, ilk-orta öğretim grupları arasında anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,037$). RFADF’a göre uyumu en az olan grup eğitim seviyesi lise ($\bar{x}=11,40\pm3,84$) olan kadınlardır.

Gelir düzeyi ve RFADF toplam puan farkı karşılaştırılmasında, kontrol grubunda, az ve denk gelir düzeyine sahip kadınların son değerlendirmede aldıkları toplam puanın gelir düzeyi fazla olan kadınlardan istatistiksel olarak fazla olduğu tespit edildi ($p=0,034$). Son değerlendirmede ise toplam puan farkı arasında anlamlı ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alan 2. trimesterde olan kadınların rol fonksiyon uyum alanındaki olumlu yöndeki değişim 3. trimesterde olan kadınlara göre daha az olduğu

tespit edildi ($p=0,017$). Son değerlendirmede ise 2. ile 3.trimester arasındaki toplam puan farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmadı ($p>0,05$).

Deney grubunda gebeliği fetal anomaliden dolayı tıbbi terminasyon olan kadınların RFADF'dan aldıkları toplam puan farkı son değerlendirmede daha fazla bulunurken, kontrol grubunda daha az tespit edildi. Fakat bu farkın deney ve kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0,05$).



Tablo 4-16 Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özellikleri İle PYÖ'den Aldığı İzlem Değerlendirme Toplam Puan Farklarının Karşılaştırılması

PYÖ			izlem değer.farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik p	
Aktif Keder					
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	,91±1,46	t= ,625	^a ,537
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	4,30±3,56	t= 1,207	^a ,238
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 4,672	F=,444	^b ,646
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 117,181	F= 1,401	^b ,264
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	-1,24±1,16	t= -1,069	^a ,294
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	-,02±3,57	t= -,007	^a ,995
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-,70±1,32	t= - ,530	^a ,600
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	2,50±4,28	t= ,584	^a ,564
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	,85±1,24	t=,684	^a ,500
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	1,81±3,87	t=,469	^a ,643
Deney (n=30)	Tıbbi term.	Maternal+fetal /fetal	-1,95±1,43	t= -1,369	^a ,182
Kontrol (n=30)	endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	-2,50±,4,28	t= -,584	^a ,564
Başa Çıkmada Zorlanma					
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	-1,20± ,90	t= -1,336	^a ,192
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	3,20±,4,33	t= ,738	^a ,467
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 5,237	F: 1,328	^b ,282
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 218, 878	F= 1,880	^b ,172
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	,07±,74	t= ,096	^a ,995
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	1,30±4,27	t= ,304	^a ,735
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-,65±,78	t= -,831	^a ,413
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	5,98±4,53	t= 1,322	^a ,197
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	,55±,83	t= ,665	^a ,511
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	12,32±5,2	t= 2,450	^a ,021*
Deney (n=30)	Tıbbi term.	Maternal+fetal /fetal	-,25±,93	t= - ,268	^a ,790
Kontrol (n=30)	endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	-3,62±5,11	t= -,708	^a ,485

Tablo 4 – 16 Devamı

PYÖ			izlem değer. farkı (Ort.±Ss.)	İstatistik p	
Umutsuzluk					
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	-1,95±1,03	t= -1,900	^a ,068
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	2,60±,4,25	t= ,611	^a ,546
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	^c 2,700	F= ,468	^b ,631
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	^c 343,887	F=3,390	^b ,049
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	-,85±,86	t= -,993	^a ,329
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	2,89±,4,15	t= ,697	^a ,492
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-1,05±,90	t= -1,157	^a ,257
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	3,29±4,52	t= ,728	^a ,472
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-,03±,99	t= -,034	^a ,973
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	-,83±5,04	t= -,165	^a ,870
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	-,95±1,08	t= -,887	^a ,382
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	-6,04±4,91	t= -1,228	^a ,230
PYÖ Toplam Puan					
Deney (n=30)	Yaş	20-34 / 35 ve üstü	-2,25±2,64	t= -,849	^a ,403
Kontrol (n=30)		20-34 / 35 ve üstü	10,10±11,78	t= 8,64	^a ,395
Deney (n=30)	Eğitim durumu	İlk. / lise /lisans ve üst	,056	F= ,320	^b ,729
Kontrol (n=30)		İlk./lise /lisans ve üst	,722	F= 3,734	^b ,037*
Deney (n=30)	Gelir düzeyi	Az - denk / fazla	-2,02±2,11	t= -,957	^a ,347
Kontrol (n=30)		Az - denk / fazla	4,17±11,55	t= ,361	^a ,690
Deney (n=30)	Gebelik haftası	2. / 3. trimester	-,69±2,42	t= -,286	^a ,777
Kontrol (n=30)		2. / 3. trimester	4,66±12,92	t= ,335	^a ,740
Deney (n=30)	Gravida	Primi / multi gravida	-,85±2,27	t= -,374	^a ,711
Kontrol (n=30)		Primi / multi gravida	11,10±12,44	t= ,892	^a ,380
Deney (n=30)	Tıbbi term. endikasyonu	Maternal+fetal /fetal	-3,16±2,61	t= -1,211	^a ,236
Kontrol (n=30)		Maternal+fetal /fetal	12,16±13,76	t= ,884	^a ,384

*p<0,05, Ort:Ortalama, Ss:Standart sapma, t: Independent Samples t test, a: Independent Samples t test, b: One-way Anova, c: Tukey testi, İlk: İlköğretim, Term: Terminasyon

Tablo 4-16’da çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre PYÖ ve alt boyutlarından izlem değerlendirmesinde aldıkları toplam puan farklarının karşılaştırılmasına ait bulgular yer almaktadır.

İzlem değerlendirmesi toplam puan farkı yaş grupları arasında incelendiğinde, deney grubunda 20 -34 yaş grubunda yer alan kadınların aktif keder toplam puanı 35 yaş ve üzeri kadınlara göre daha yüksek bulunurken başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve PYÖ toplam puanları daha düşük tespit edildi. Kontrol grubunda ise izlem değerlendirmesi toplam puan farkı yaş grupları arasında incelendiğinde 20 -34 yaş grubunda yer alan kadınların aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve toplam PYÖ’den aldıkları toplam puan 35 yaş ve üstü kadınlara göre daha fazla bulundu. Fakat bu farkın hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

İzlem değerlendirmesi toplam PYÖ puan farkı deney ve kontrol grubunda eğitim grupları arasında incelendiğinde, deney grubunda aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve PYÖ’den aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmezken ($p>0,05$) kontrol grubunda PYÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p=0,037$). Farklılıkların hangi ikili gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ileri analiz (Tukey testi) yapıldı. Bu test sonucuna göre ilk-orta öğretim ($\bar{x}= 1,77\pm0,44$) ile lise mezunu ($\bar{x}= 1,33\pm0,50$), ilk-orta öğretim ile lisans ve üstü mezunu ($\bar{x}= 1,83\pm0,33$) kadınların PYÖ puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı buna karşılık ilk-orta öğretim ve lisans ve üstü eğitim düzeyi grupları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p=0,037$).

Gelir düzeyi ve PYÖ toplam puan karşılaştırılmasında, deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların gelir düzeyleri arası izlem değerlendirmesi farkı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Çalışmanın deney grubunda yer alan 3. trimesterde olan kadınların PYÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan farkı 2. trimesterde olan kadınlara göre daha fazla belirlendi. Kontrol grubunda ise tam tersi 2. trimesterde olan kadınların PYÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan farkı 3. trimesterde olan kadınlara göre daha fazla belirlendi. Fakat izlem değerlendirmesinde trimesterler arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmada yer alan primigravida ve multigravida kadınlar PYÖ ve alt boyuları toplam puan farkı izlem değerlendirmesinde trimesterler arasında değerlendirildiğinde, deney grubunda anlamlı bir fark belirlenmezken ($p>0,05$) kontrol grubunda primigravidalarda başa çıkmada zorlanma puanı istatistiksel olarak fazla saptandı ($p=0,027$).

Gebeliğinin tıbbi terminasyon endikasyonları PYÖ ve alt boyutları toplam puan farkı ile değerlendirildiğinde hem deney hem de kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$).



4.4. Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulgular

Bu bölümde kadınların çalışmanın ilk değerlendirme kısmında elde ettiği STAI-1, SBÖ, RFADF puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Bu bölümün ikinci tablosunda ise tıbbi terminasyon sonrası kadınların STAI-1, SBÖ, RFADF puanlarının PYÖ ve alt boyutları arasındaki ilişkiye ait veriler yer almaktadır.



Tablo 4-17 Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ ve RFADF'nun İlk Değerlendirme Sonuçlarının İlişkisi (N=60)

	STAI-1	SBÖ					RFADF
		Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal desteğe başvurma	
STAI-1		,063	-,082	^a ,383**	^a ,480**	,193	^a ,358**
Kendine güvenli yaklaşım	,063		^a ,695**	- ^a ,445**	-,094	,253	- ^a ,494**
İyimser yaklaşım	-,082	^a ,695**		- ^a ,420**	-,031	,154	- ^a ,521**
Çaresiz yaklaşım	^a ,383**	- ^a ,445**	- ^a ,420**		^a ,438**	-,154	^a ,494**
Boyun eğici yaklaşım	^a ,480**	-,094	-,031	^a ,438**		-,003	^a ,322*
Sosyal desteğe başvurma	,193	,253	,154	-,154	-,003		-,162
RFADF	^a ,358**	- ^a ,494**	- ^a ,521**	^a ,494**	^a ,322*	-,162	

*p<0,05, **p<0,01, a: Pearson korelasyon analizi (2-tailed)

Tablo 4-17’de çalışmaya katılan kadınlardan ilk değerlendirme aşamasında elde STAI-1, SBÖ ve RFADF puanları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır.

Çalışmaya katılan kadınların STAI-1 puanına göre; tıbbi terminasyon uygulanan kadınların kaygı düzeyleri ile çaresiz yaklaşım ($p=0,003$) ve boyun eğici yaklaşım ($p=0,000$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Buna ek olarak kaygı düzeyi ile RFADF arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,005$). Diğer deyişle kaygı düzeyi yüksek olan tıbbi terminasyon uygulanan kadınların rol fonksiyon uyum alanına olan adaptasyonun olumsuz etkilendiği görüldü.

Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların kendine güvenli yaklaşım tarzı sergilemesi ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; iyimser yaklaşım ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$) belirlenirken çaresiz yaklaşım ($p<0,001$) ve RFADF arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$).

Stresle başa çıkma tarzı olarak iyimser yaklaşım sergileyen kadınların çaresiz yaklaşım ($p=0,001$) ile negatif yönü zayıf ve RFADF ($p<0,001$) ile negatif yönlü orta büyüklükte bir ilişki saptandı.

Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların SBÖ’ne göre çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Buna ek olarak RFADF ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki de belirlendi ($p<0,001$).

Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların boyun eğici yaklaşım tarzı sergilemesi ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; RFADF ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,012$).

Tablo 4-18 Deney Grubunun Son Değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF İle PYÖ Arasındaki İlişki (N=30)

PYÖ	STAI-1	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					RFADF
		Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal desteğe başvurma	
Aktif Keder	-,131	^a -,429*	-,355	,240	,098	-,317	,187
Başa Çıkmada Zorlanma	,048	-159	-,220	^a ,561**	,061	-,154	-,022
Umutsuzluk	-,245	^a -,515**	^a -,565**	^a ,543**	-,029	^a -,488**	^a ,387*
PYÖ Toplam	-,176	^a -,502**	^a -,503	^a ,549**	-,061	^a -,427*	,254

* p<0,05, **p<0,01, a: Pearson korelasyon analizi (2-tailed)

Tablo 4-18’de deney grubunun son değerlendirme aşamasında STAI-1, SBÖ ve RFADF elde ettikleri puanın PYÖ ve alt boyutları ile ilişkisine bulgular yer almaktadır.

Kendine güvenli yaklaşım tarzı sergileyen kadınların aktif keder (p=0,018) ile negatif yönlü zayıf, umutsuzluk (p=0,004) ve perinatal yas puanı (0,005) ile negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edildi.

Çalışmaya katılan kadınların iyimser yaklaşım tarzı ile PYÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında; umutsuzluk (p=0,004) ve PYÖ toplam puanı arasında (p=0,005)ile negatif yönlü orta bir ilişki olduğu belirlendi.

Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile başa çıkmada zorlanma (p=0,001), umutsuzluk (p=0,002) ve toplam PYÖ (p=0,026) arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlendi.

Sosyal desteğe başvurma tarzı sergileyen kadınların umutsuzluk (p=0,006) ve toplam PYÖ (p=0,019) ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı.

Deney grubunda yer alan kadınların RFADF (p=0,034) ile umutsuzluk ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptadı.

Tablo 4-19 Kontrol Grubunun Son Değerlendirme STAI-1, SBÖ, RFADF İle PYÖ Arasındaki İlişki (N=30)

PYÖ	STAI-1	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					RFADF
		Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Boyun eğici yaklaşım	Sosyal desteğe başvurma	
Aktif Keder	-156	,153	,019	-,091	,076	-,019	-,308
Başa Çıkmada Zorlanma	,067	-,026	-,162	-,152	,031	-,110	-,158
Umutsuzluk	,206	-,060	-,148	,014	,266	-,203	-206
PYÖ Toplam	,148	,016	-,108	-,079	,131	-,151	-,263

Tablo 4-19’da kontrol grubunun son değerlendirme aşamasında STAI-1, SBÖ ve RFADF elde ettikleri puanın PYÖ ve alt boyutları ile ilişkisine bulgular yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan kadınların STAI-1, SBÖ ve RFADF elde ettikleri puanın PYÖ ve alt boyutları ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

5. TARTIŞMA

Prenatal dönemde fetal tarama ve tanılama yöntemlerinin etkinliği ve çeşitliliği arttıkça gebeliğin tıbbi terminasyon ile sonlandırılması kavramı daha da önem kazanmaktadır. Gebeliğin tıbbi terminasyon kararını kabul eden aileye uygulanacak destekleyici hemşirelik bakımı; kadın ve ailesinin süreçte daha az etkilenmesine, kaygı ve stresinin azalmasına, fiziksel iyiliğin artmasına, yas sürecini sağlıklı bir şekilde atlatmasına, benlik algısının ve aile süreçlerinin devamının sağlanmasına ve geleceğe yönelik umutla bakmasına neden olacaktır. Bu nedenle gebeliğin tıbbi terminasyon ile sonlandırılması kararı verilen ailenin destekleyici bakım alması ve bakımın sürekliliği önemlidir (Cote-Arsenault ve ark. 2004).

Literatür incelendiğinde özellikle gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırıldığında kullanılan destekleyici bir modele rastlanılmamıştır. Fakat gebelikte düşük yaşayan kadınların Swanson Bakım Kuram'ı doğrultusunda destekleyici bakımın etkinliği çalışılmıştır (Adolfsson 2010). Gebelik kaybı yaşayan kadınların ruhsal etkilenmelerini incelemek için Watson İnsan Bakım Modeli (Tektaş ve Çam 2017) ve benzer şekilde Worden'ın Yas Görevleri Model'i (Küçükkaya 2009) doğrultusunda verilen destekleyici bakımın etkinliğinin de çalışıldığı görülmüştür. Ancak gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılması sadece kadının kayıp ve yas yaşamasına değil doğum, doğum ağrısı, fetosit gibi pek çok zorlukla mücadele etmesini gerektiren bir durumdur. Yaşanan bu zorluklar kadını biyo-psiko-sosyal ve spiritüel yönden etkilemekte ve birçok zorlukla baş etmesini gerektirmektedir. Bu nedenle kayıp yaşayan kadını her boyutu ile ele alabilmek ve destek olabilmek için çalışmamızı Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda planlanıp uygulandı. Maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon kararı verilen gebelere tedavi süreci boyunca rutin hemşirelik bakımına ek olarak verilen Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini randomize kontrollü tasarımla inceleyen bu çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda dört başlık altında tartışıldı.

Bunlar;

5.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulguların Tartışılması

5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların ve TTDP Öncesi ve Sonrası Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Ölçekler İle Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması



5.1. Hasta Tanıtım Formundan Elde Edilen Bulguların Tartışılması

Bu bölümde çalışma örneklemine dahil edilen kadınların sosyodemografik özellikleri; yaşı, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi, çalışma durumu ile obstetrik ve jineolojik özellikleri; gebelik haftası, gravida, doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısına ilişkin bulgular tartışıldı. Gebeliğin tıbbi terminasyon için fetal anomaliler ve maternal hastalıkların dağılımı ve tıbbi terminasyon kararı sonrası kadının yaşadığı duygulara ilişkin bulgulara tartışıldı.

Deney ve kontrol grubuna dahil edilen kadınların yaş ortalaması, evlilik süresi, medeni durumu, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir düzeyi benzerlik göstermektedir. Deney ve kontrol grupların bu özellikler açısından benzer olması çalışmanın sonuçlarını etkilememesi açısından önemlidir.

İleri anne yaşı yüksek riskli doğurganlık davranışı kriterlerinden birisi olup gebede ve fetüste oluşabilecek komplikasyonların artmasına neden olabilmektedir (Cunningham ve ark. 2010). Kadınların yaş ortalamaları; Olgun ve ark.'nın (2012) gebelik terminasyonu ve endikasyonlarını değerlendirdikleri retrospektif çalışmada $27,0 \pm 6,1$, Turan ve ark.'nın (2013) Çukurova bölgesindeki kadınların terminasyonu etkileyen faktörlerini inceledikleri çalışmada $30,43 \pm 5,00$, Güleç ve ark.'nın (2013) $28,9 \pm 6,6$, Aydın ve ark.'nın (2016) $27,72 \pm 5,45$, Tektaş ve Çam'ın (2017) daha önce gebelik kaybı yaşamış gebe kadınlara Watson İnsan Bakım Modeli'ne dayalı verilen destek programının anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada %89,1'i 15-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Olgun ve ark. 2012; Turan ve ark. 2013; Aydın ve ark. 2016; Tektaş ve Çam, 2017). Lafarge ve ark.'nın (2013) perinatal keder yaşayan kadınların, baş etme yöntemlerini incelediği retrospektif çalışmada kadınların yaş ortalaması $35,5 \pm 4,9$ ve Ramdaney ve ark.'nın (2015) tıbbi terminasyon sonrası destek isteyen kadınlarla yaptıkları çalışmada $32,29 \pm 6,25$ olarak belirlenmiştir (Lafarge ve ark. 2013; Ramdaney ve ark. 2015). Maniatelli ve ark. (2018) birinci ve ikinci trimester gebelik kayıplarında PYÖ'nin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirdiği çalışmada kadınların yaş ortalaması $34,1 \pm 5,2$ olarak saptanmıştır (Maniatelli ve ark. 2018). Hutti ve ark. (2018) ise yaş ortalamasını $31,22 \pm 5,60$ olarak tespit etmiştir (Hutti ve ark. 2018). Çalışmada yaş ortalaması, deney grubu için $30,10 \pm 4,98$, kontrol grubu için $31,23 \pm 6,32$ olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan tüm kadınların yaş ortalaması ise $30,66 \pm 5,66$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-1). Bu çalışmada kadınların yaş ortalamasının yapılmış diğer çalışmalardaki sonuçlar ile uyum gösterdiği saptanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin toplam evlilik süresi $62,95 \pm 48,72$ (ay) (yaklaşık 5,5 yıl) olarak belirlenmiştir. Tektaş ve Çam'ın (2017) çalışmasında evlilik süresi $4,60 \pm 3,00$ yıl olarak belirtilmiştir (Tektaş ve Çam 2017). Bu çalışmadaki evlilik süresi verisi Tektaş ve Çam'ın çalışması ile uyum göstermektedir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre 25-29 yaş arasındaki kadınların %44,4'ünün lise ve üzeri eğitim aldığı ve 30-34 yaş arasındaki kadınların ise %34,7'sinin lise ve üzeri eğitim aldığı saptanmıştır. Türkiye'de perinatal kayıp yaşayan üreme çağındaki (20 -39 yaş) kadınların %47,2'sinin eğitim düzeyi 8 yıl ve altı olarak bildirilmiştir (TNSA 2013). Tektaş ve Çam'ın (2017) çalışmasında kadınların %24,2'si lisans ve üstü eğitim aldığı belirlenmiştir (Tektaş ve Çam 2017). Çalışmada yer alan kadınların eğitim durumu incelendiğinde deney grubundaki kadınların %53,3'ü ve kontrol grubunun %40'ı lisans ve üstü eğitim aldığı belirlenmiştir (Tablo 4-1). Türkiye'de 1977 yılında zorunlu eğitimin 8 yıla çıkarılması ile birlikte kadınların eğitim seviyesinde artış yaşansa da bu kadınların eğitim durumları literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılığın nedeni TNSA verisindeki perinatal kayıp; düşük, küretaj gibi gebeliğin kendiliğinden veya erken kayıplarını içermesinden kaynaklandığını düşünülmektedir. Bu çalışmada kayıplar endikasyon sonucu ailenenin kendi verdiği bir karar sonrası yaşanan perinatal geç kayıpları içermektedir. TNSA-2013 raporuna göre Türkiye'de üreme çağındaki kadınların sadece %31,1'i bir iş kolunda çalıştığı bildirilmiştir (TNSA 2013). Çalışma deney grubundaki kadınların %43,3'ü ve kontrol grubunun ise %30'unun çalıştığı saptanmıştır (Tablo 4-1). TNSA-2013 raporunda belirtildiği gibi eğitim seviyesi ve çalışma durumu birbiri ile ilişkili faktörlerdir. Bu bağlamda bakıldığında bu çalışma TNSA-2013 verileri kontrol grubunda benzerlik gösterirken deney grubunda fazla bulunmuştur. Diğer yandan eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir birbiri ile yakından ilişkili olan bir diğer faktördür. TÜİK-2018 verilerine göre eğitim seviyesi ve gelir dağılımı şu şekildedir; en az lise ve altı mezun kadınların yıllık gelir düzeyi toplam 11345 TL, lise ve dengi okul mezunu 17107 TL, yükseköğretim mezunu 32847 TL gelir düzeyi olduğu belirtilmiştir (TÜİK 2017b). Turan ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada kadınların ortalama gelir düzeyini orta ve üstü (2800 ± 1550 TL) saptamıştır. Çalışmada deney grubundaki kadınların %53,3'ü ve kontrol grubunun %36,7'si gelir düzeyini fazla olarak belirtilmiştir (Tablo 4-1). TÜİK-2018 verileri ve literatüre göre kıyaslandığında çalışmaya katılan kadınların gelir düzeylerinin fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Yılmaz ve Beji'nin (2013) daha önce gebelik kaybı yaşayan gebeler ile yaptıkları çalışmada, önceki gebeliğinde kayıp yaşayan kadınların %75,6'sının ve gebelik kaybı yaşamayan kadınların ise %75,2'sinin isteyerek gebe kaldığını belirtmişlerdir (Yılmaz ve Beji 2013). Benzer şekilde Turan ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada da bu oran %80,7, Tektaş ve Çam'ın (2017) çalışmasında %93 olarak belirtilmiştir (Turan ve ark. 2013; Tektaş ve Çam 2017). Çalışmaya katılan kadınların %80'i isteyerek gebe kaldığını belirtmişlerdir (Tablo 4-2). Bu çalışma yapılmış diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çalışmaya katılan kadınların neredeyse tamamının (deney grubu=%90 ve kontrol grubu=%96,7) spontan gebe kaldığı saptanmıştır (Tablo 4-2). Turan ve ark.'nın çalışmasında da (2013) kadınların %86,3'ü spontan gebe kaldığı saptanmıştır (Turan ve ark. 2013). Bir toplumdaki infertilite sıklığı ve doğurganlığı etkileyen faktörler; yaş, ırk, din, eğitim, gelir, sağlık hizmetlerine erişim, toplumsal çevre, çevresel ve mesleki ortam vb.'dir (NICE 2013). Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi faktörler göz önüne alındığında spontan gebe kalma oranının yüksek olması olası olarak düşünülmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki kadınların %30'u, kontrol grubundaki kadınların %16,7'si daha önceki gebelik sonlandırması yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gebelik sonlandırma dağılımlarına bakıldığında %11'i düşük, %5'i küretaj ve %3,3'ü tıbbi terminasyon (ölü doğum) yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-2). Ramdaney ve ark.'nın (2015) çalışmasında kadınların %1,96'sı fetal anomali nedeni ile ve %13,7'si sosyal nedenlerden dolayı daha önce gebeliklerini sonlandırdığını belirlemiştir (Ramdaney ve ark. 2015). Ramdaney ve ark. (2015) yaptıkları çalışma farklı bir ülkede yapılmasına rağmen sonuçları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

TNSA 2013 verilerine göre perinatal ölüm hızı binde (%)11 ve TÜİK - 2018 verilerine göre neonatal ölüm %6,4 olarak rapor edilmiştir (TNSA 2014; TÜİK 2017a). Ülkemizde 11-24. gebelik haftalarında ayrıntılı ultrason yapılmakta ve gebeliğinde risk olan kadınlar tespit edilmektedir (Taşkın 2011). Çalışmanın yapıldığı hastanede takip edilen gebelerin ilk ultrasonları 6-11. haftalarda ve ayrıntılı ultrasonları 11-24. haftada yapılmaktadır. Risk tespit edilen gebeler yakın takip ile viabilite sınırı öncesi teşhis ve tanı konulmaya çalışılmaktadır (Kurt ve Tunca 2016). Gebelik haftası ortalaması çalışmalarda; Aydın ve ark. (2016) $22,0 \pm 4,36$, Ramdaney ve ark. (2015) $16,77 \pm 3,63$, Güleç ve ark. (2013) $19,5 \pm 4,0$ ve Lafarge ve ark. (2013) $18,5 \pm 4,9$ olarak bildirilmiştir (Güleç ve ark. 2013; Lafarge ve ark. 2013; Ramdaney ve ark. 2015 ve Aydın ve ark. 2016). Literatürde yer alan çalışmalardaki gebelik haftası farklılığı çalışmaların

yönteminden kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada gebelik haftası ortalaması deney grubu için $24,77 \pm 4,84$, kontrol grubu için $24,53 \pm 3,91$ olarak saptanmıştır (Tablo 4-2). Çalışmanın yapıldığı hastanenin tersiyer bir hastane olması, bazı hastalıkların gebeliğin geç dönemlerinde kesin tespit edilmesinden ve çalışmanın tasarımında 20. ve 20. gebelik haftasından büyük gebeliklerin çalışma gruplarına dahil edilmesinden dolayı bu çalışmada gebelik haftası ortalaması literatüre göre daha büyük bulunmuştur.

Aydın ve ark. (2016) çalışmasında gravidayı $2,12 \pm 1,37$, pariteyi $1,0 \pm 0,9$ olarak belirtmiştir (Aydın ve ark. 2016). Güleç ve ark (2013) çalışmasında gravidayı $2,6 \pm 1,6$, pariteyi $1,2 \pm 1,3$ olarak saptamıştır (Güleç ve ark. 2013). Aydın ve ark. (2016) çalışmasında kadınların %46,2'sinin ilk gebeliği, %33,8'inin primipar ve %20'sinin multipar olduğunu tespit etmiştir. Lafarge ve ark.'da (2013) örnekleminin %42,2'sinin ilk gebeliği olduğunu belirtmiştir (Lafarge ve ark. 2013). Çalışmada kadınların %30'unun ilk gebeliği (gravida= $2,41 \pm 1,71$), %38,3'ü primipar ve %61,7'si multipar (parite= $1,85 \pm 0,95$) olarak saptanmıştır (Tablo 4-2). Bu çalışmaya katılan gebelerin gravidası ve paritesi literatür ile benzerlik göstermektedir. Güleç ve ark. (2013) son gebelikten bu yana geçen süreyi ortalama $4,4 \pm 3,3$ (yıl) olarak belirtmişlerdir (Güleç ve ark 2013). Bu çalışmada son gebelikten bu yana geçen süre yapılmış çalışmayla (deney grubu= $44,32 \pm 52,09$ (ay) (yaklaşık 4yıl), kontrol grubu= $51,50 \pm 37,99$ (ay) (yaklaşık 5 yıl)) benzerlik göstermektedir.

Yılmaz ve Beji'nin (2013) çalışmasında daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların %53,3'ünün ve gebelik kaybı yaşamayan kadınların ise %47,7'sinin yaşayan çocuklarının olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve Beji'nin 2013). Aydın ve ark. (2016) çalışmasında kadınların %48,8'inin, Ramdaney ve ark. (2015) ise %41,2'sinin yaşayan çocuğunun olmadığını belirtmiştir. Aydın ve ark. (2016) örnekleminin %58,8'nin ve Ramdaney ve ark. (2015) ise %35,3'ünün yaşayan en az bir çocuğu olduğunu belirtmiştir (Aydın ve ark. 2016; Ramdaney ve ark. 2015). Bu çalışmada kadınların %43,3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığını ve %56,7'sinin az yaşayan bir çocuğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-2). Bu çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Olgun ve ark. (2012) gebelik terminasyonu ve endikasyonlarını değerlendirdikleri 1629 kadının verilerini inceledikleri retrospektif çalışmada, gebeliklerin %64,5'i yapısal anomaliler, %10,5'i amniyon mayii anomalileri, %9,5 kromozom anomalileri, %5,1'i fetal hidrops ve %4,4'ü maternal hastalıklar nedeniyle gebeliğinin sonlandırıldığı saptanmıştır (Olgun ve ark. 2012). Bu çalışmada gebelikler

sırasıyla (%73,33) fetal anomaliler, kromozom anomalileri (%25), amniyon sıvı anomalilikleri (%15), fetal hidrops (%6,7) ve maternal hastalıklar/riskler (%10) nedeniyle sonlandırılmıştır (Tablo 4-3). Çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Buna ek olarak Aydın ve ark. (2016) çalışmasında da fetal anomali oranı %70 bulunmuştur (Aydın ve ark. 2016).

Kadınların yaşadıkları bu zorlu süreçte hissettiklerini daha iyi anlayabilmek için, kadınların tıbbi terminasyon kararı sonrası yaşadığı duyguları açık uçlu bir soru ile değerlendirildi. Her insanın kayıp karşısında verdiği tepki birbirinden farklıdır (Küçükaya 2009). Çalışmada kadınların tamamı “kalbim duracak gibi, beynim uyuşuk, hiç uyuyamadım, nefesim daralıyor” şeklinde fiziksel şikayetleri içeren ifadeler kullanmıştır. Kayıp karşısında vücudun yaşanan bu büyük enerji dalgasına fiziksel tepkiler vermesi olağandır. Fiziksel şikayetlere ek olarak kayıp karşısında verilen yaygın tepkilerden bazıları inanmama, inkar, şok ve konfüzyon vb.’dir (Volkan ve Zintl 2017). Bu çalışmada da kayıp sonrası kadınlar inanmama, şok, inkar, uyuşukluk, gerçeğin farkında olamama gibi tepkiler verdiği görülmüştür (Tablo 4-4). Yaşanan yadsıma aslında kayıp sonrası verilen bilişsel tepkilerin bazılarıdır. Kabullenmeme, inkar, uyuşma, gerçeğin farkında olamama şokun birden yaşanmasına engeller ve bireyi kayba yavaş yavaş alıştırmır (Kara 2016b; Volkan ve Zintl 2017). Çalışma sonuçları “Andersson ve ark.’nın (2014)” ikinci trimester gebelik kaybı yaşayan kadınların deneyimlerini, duygu ve düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptıkları “nitel çalışmadaki” duygularla benzerdir. Kadınların hissettikleri duygular; yas (%63), korku (%53), acı (%43), inanmama (%40), suçluluk (%37), öfke (%13) ve ambivalans (%10) duygulardır. Fottrell ve ark.’nın (2010) çalışmasında perinatal kayıptan sonra ebeveynlerde depresif belirtiler, suçluluk hissi, uzun süreli üzüntü ve kontrol kaybı hissi sıklığında artış olduğu ve Kersting ve ark. (2007) prospektif çalışmasında ise kadınların perinatal kayıp sonrası üzüntü, öfke suçluluk ve kızgınlık yaşadıklarını tespit etmiştir (Kersting ve ark. 2007; Fottrell ve ark. 2010). Kadınlar yaşadıkları bu zorlu ve karmaşık sürecin olumsuzda olsa sonuçlanması karşısında “rahatlama” yaşadıklarını belirtmişlerdir. Andersson ve ark.’nın (2014) çalışmasında da benzer şekilde kadınlar “rahatlama” (%37) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Andersson ve ark. 2014). Sutan ve ark.’da (2010) yaptıkları çalışmada kadınların kayıp sonrası yoğun bir üzüntü (%98,39) ve nadirde olsa huzur (%3,23) yaşadıklarını belirtmiştir (Sutan ve ark. 2010). Saflund ve Wredling (2006) 22 kadın ile yaptığı nitel çalışmasında sadece 3 kadın bebeğinin ölümünden bir başkasını sorumlu tuttuğu görülmektedir (Saflund ve Wredling 2006).

Kayıp karşısında ölen kişiyi, kendini ya da bir başkasını suçlama kayıp karşısında beklenen tepkilerden bir tanesidir. Bu çalışmada da eşini, kendini hatta ona çok iyi baktığı halde ölen bebeğini suçlayan kadınlar yer almaktaydı (Tablo 4-4).

Her ebeveynin yas süreci birbirinden farklıda olsa süreçte kayıp yaşayan kadın desteklenmeye ihtiyaç duyar (Queensland Clinical Guidelines 2018b). Sutan ve ark.'nın (2010) kayıp yaşayan kadınların destek düzeyi ve depresyon ilişkisini inceledikleri retrospektif çalışmada, kadınların %98,39'u destek aldığını ve bu desteği en fazla eşinden (%93,55), ailesinden (%87,10), kardeşinden (%46,77) ve arkadaşlarından (%53,23) olduğu belirlemiştir (Sutan ve ark. 2010). Allahdadian ve ark.'nın (2015) nitel çalışmasında perinatal kayıpta eş desteğinin önemi tekrar vurgulanmıştır. Kadınlar eşlerinin yanlarında oldukları için onlara “minettar olduklarını” ve eşlerin destekleri için “Tanrı’ya şükür ettiklerini” ifade etmişlerdir. Allahdadian ve ark.'nın çalışmasının en çarpıcı sonucu ise hastanede eş ve refakatçi desteği ön plana çıkarken kadınların taburcu olduktan sonra en büyük destekçilerinin akrabaları olduğu belirtilmiştir (Allahdadian ve ark. 2015). Bu çalışmada hem deney hem kontrol grunundaki kadınların %96,7’si destek aldığını ve bu desteği eş (deney= %96,7; kontrol=%90), anne (deney= %76,7; %86,7), baba (deney= %63,3; kontrol=%80) ve kardeşden (deney= %60; %76,7) olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4-5). Bu çalışma literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışmanın literatür ile benzerlik gösterdiği bir diğer sonuç ise algılanan desteğin derecesidir. Sutan ve ark. (2010) çalışmasında kadınların %83,87’si yeterli düzeyde destek aldığını belirtmiştir (Sutan ve ark. 2010). Çalışmada algılanan desteğin derecesi GKÖ ile değerlendirildiğinde, deney grubu için $9,05 \pm 1,87$ (min=1-maks=10), kontrol grubu için $8,39 \pm 2,34$ (min=1,7-maks=10) olarak saptanmıştır (Tablo 4-5). Bu değere göre kadınların aile ve çevrelerinden yeterli desteği aldığı görülmektedir.

Tıbbi terminasyonda, doğum indüksiyonu için kullanılan PGE_1 'in en yaygın yan etkisi ishal, mide bulantısı, kusma, baş ağrısı, karın ağrısı, kabızlık, kızarıklık, yüksek ateş ve uterus rüptürü olasılığıdır (ACOG 2014). Bunun yanı sıra yaşanan yoğun stres, kaygı ve özellikle kayıp kadınlarda bulantı, kusma, uykusuzluk gibi fiziksel şikayetlerinde artırmasına neden olur (Küçükkaya 2009; Queensland Clinical Guidelines, 2018b). Çalışmada fiziksel şikayetler, şiddet olarak “GKÖ göre değerlendirildi. Hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların yaşadıkları fiziksel şikayetlerin şiddeti benzer olduğu belirlendi. Değişkenlerin homejen dağılımı uygulamanın değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Kayıp karşısında iştah değişikliği, artması veya azalması gibi fiziksel tepkiler yaygın yaşanır (Queensland

Clinical Guidelines, 2018b). Çalışma örneklemine dahil edilen kadınlarda iştah durumu hem deney (%60) hem de kontrol grubundaki kadınlar (%66,7) için farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 4-6). Çalışmadaki kayıp karşısında iştah değişimi literatür bilgisini destekler niteliktedir. PGE₁ kullanımındaki en riskli yan etki uterus rüptürü olasılığıdır. Aslan ve ark. (2004) yaptıkları retrospektif analizde misoprostol indüksiyonunun sezaryen geçirmiş olgularda uterus rüptürü riskini iki kat arttırdığını ve maternal güvenilirlik açısından dikkatli olunması gerektiğini belirtmişlerdir (Aslan ve ark., 2004). Güleç ve ark. (2013) ise uterus rüptürü oranını %1,1 olarak saptamıştır (Güleç ve ark. 2013). Bu çalışmada sadece bir kişi uterus rüptürü olması sonucu çalışma grubundan çıkarıldı (Şekil 3-1).



5.2. Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programının Etkinliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Normal bir gebelik sürecinde beklenmeyen bir anda fetüse veya anneye ait bir sağlık riskinin oluşması gebe ve ailesinde kaygı ve strese neden olabilir. Gebeliğe ait risk şüphesi dahil gebe ve ailesinin yoğun kaygı yaşamasına neden olur. Saflund ve Wredling (2006) 22. gebelik haftası ve daha büyük gebelik kaybı yaşamış çiftlerin deneyimlerini araştırdıkları nitel çalışmada, örnekleminin neredeyse tamamının gebelik sürecinde antenatal kontrollerde dâhil yoğun kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Saflund ve Wredling 2006). Hutti (2018) kaygının perinatal keder ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, perinatal kaybın kaygıya neden olduğunu ve benzer şekilde Scheidt ve ark.'nın (2007) sistematik derlemesinde de perinatal kaybın kaygı ve anksiyete bozukluğuna neden olabileceği belirtilmiştir (Scheidt ve ark. 2007; Hutti 2018). Wiebe'nin (2001) çalışmasında kadınların anksiyete skoru orta ve üstü tespit edilmiştir (Wiebe 2001). Slade ve ark.'nın (1998) medikal ve cerrahi abortus yaşayan kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada her iki gruptaki kadınların işlem öncesi sınırdan anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (Slade ve ark., 1998). Kersting ve ark. (2007) prospektif çalışmasında fetal anomaliye bağlı tıbbi terminasyon yaşayan kadınların STAI-1 puanı $47,5 \pm 12,13$ olarak bildirilmiştir (Kersting ve ark. 2007). Çalışmada hem deney ($47,53 \pm 5,49$) hem de kontrol ($45,43 \pm 6,37$) grubunda TTDP öncesi kaygı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Bu durum deney ve kontrol grubunun karşılaştırılması açısından önem taşımaktadır. Çalışmaya dahil edilen kadınların ilk ve son değerlendirme puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney ($p = 0,071$) ve kontrol ($p = 0,210$) grubunda kaygı puanlarının azaldığı ancak bu düşüşün her iki grup için istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı saptanmıştır. Fakat deney grubundaki kaygı puan ortalamasının düşüşü, anlamlılık düzeyine ($p = 0,05$) çok yakın olduğu görülmektedir (Tablo 4-7). Ek olarak, Hutti ve ark. (2018) gebelik kaybindan bu yana 3 – 5 ay geçmiş kadınların, perinatal keder yoğunluğu, depresyon ve kaygı durumlarını inceledikleri tanımlayıcı çalışmada kayıp sonrası kadınların yoğun kaygı yaşadıklarını belirtmiştir. Slade ve ark.'nın (1998) çalışmasında kayıp sonrası kaygı puan ortalaması anlamlı düzeyde düştüğü ve kaygı puanının normal sınırlara gerilediği görülmüştür (Slade ve ark., 1998). Çalışmanın TTDP öncesi ve sonrası kaygı puan ortalaması literatür ile uyum göstermektedir. **TTDP Roy Adaptasyon Modeli'nin benlik kavramı uyum alanına istatistiksel olarak hedeflenen düzeyde etki**

sağlamadığı fakat deney grubunun ilk ve son değerlendirme kaygı puanı farkının daha fazla olduğu görülmüştür. H_{1a} reddedildi. Bu bağlamda tüm kadınların tıbbi terminasyon işleminden dolayı yoğun bir kaygı yaşadıkları ve yaşanan bu kaygının doğum sonrasında devam ettiği görülmektedir. Tıbbi terminasyon öncesi kaygının bu denli yüksek olmasının nedeni gebeliğin sonlandırma şekli ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Doğum şekli çiftlerde kaygı yaratan bir faktördür. Saflund ve Wredling (2006) çalışmasında örneklemin yarısı sezaryen olma ihtimalini sormuştur. Saflund ve Wredling'in çalışması bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Doğum sonrası kaygı puanının halen yüksek olması, pek çok kadın için süreç ile ilgili belirsizliğin devam etmesinden kaynaklanmaktadır. Bu belirsizlik patoloji, genetik sonucunun belirlenmemesi, yapıldıysa tıbbi terminasyon öncesi genetik testlerin sonuçlanmamasından oluşmaktadır

Stres ile baş edebilme, bireylerin kayıp sonrası hayatına uyumunu artıran önemli bir faktördür. Gebelerin stresle başa çıkma tarzları anksiyete düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım sergileyen gebelerin anksiyete düzeyleri daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Dağlar ve Nur 2014). Gebeliğin tıbbi terminasyon ile sonlandırılmasında stres ile baş etmede sosyal destek önemli bir yere sahiptir. Hemşireler kayıp yaşayan aileye rol model olarak onları cesaretlendirmelidir. Özellikle uygun hemşirelik girişimleri ile psikososyal destek sağlamalıdır. Ailelere muhakkak kayıp sonrası profesyonel ve sosyal destek hizmetleri hakkında bilgi verilmelidir (Hutti 2005). Saflund ve Wredling (2006) çalışmasında, çiftlerin doğum öncesi tıbbi terminasyon ile ilgili bilgi almaya ve sağlık çalışanı ile konuşma ihtiyacı duyduklarını belirtmiştir (Saflund ve Wredling 2006). Karaca ve Oskay (2018)'ın düşük deneyimi yaşayan kadınlarla yaptıkları çalışmada kadınların sıklıkla kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımları sergiledikleri belirlenmiştir (Karaca ve Oskay, 2018). Davies ve ark.'nın (2005) karşılaştırmalı çalışmasında ise ikinci trimester gebelik kayıplarının birinci trimester gebelik kayıplarına göre kadınlarda daha fazla strese neden olduğunu belirtmiştir (Davies ve ark. 2005). Yaşanan bu stresin en önemli nedenini ikinci trimester gebelik kayıplarında kadının tıbbi terminasyon yöntemi ile bebeğini doğururken, birinci trimester gebelik kayıpları anestezi eşliğinde uygulanan cerrahi yöntem ile fetüsün alınmasından kaynaklandığını belirtmektedir (Davies ve ark. 2005). Bu çalışmada da kadınlar tıbbi terminasyon yöntemi ile gebelikleri sonlandırılmakta, hatta viabilite sınırına ulaşmış pek çok gebeye fetosit işlemi uygulanmıştır. Her bir işlem kadının baş etmesi gereken kriz ve stres faktörüdür. Tıbbi

terminasyon sürecinde “Sosyal desteğe başvurma” kadınlar için önemli bir baş etme yöntemidir. Sosyal destek sistemi yetersiz olan bir kadın sosyal destek arayışı içerisine girecektir. Kadın sosyal desteği eş, anne, akraba gibi yakın çevresinden alabileceği gibi hemşire veya sosyal destek gruplarından da alabilir. Allahdadian ve ark.’nın (2015) çalışmasında, kadınlar doğum ve postpartum dönemde sağlık çalışanları tarafından destekleyici bakıma ve tıbbi girişime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Özellikle doğum esnasında kadınlar sağlık çalışanlarının doğum için söyledikleri önerleri unuttuklarını ve bunun için ek stres yaşadıklarını tespit etmiştir (Allahdadian ve ark. 2015). Bu nedenle sağlık çalışanları kayıp yaşayan kadınlara kısa, net ve yakın vade için öneriler sunmalıdır. Bir diğer önemli kriter ise bakımın sürekliliğidir. Allahdadian ve ark.’nın (2015) çalışmasında sosyal destek gruplarının etkinliğinden de bahsedilmiştir. Çalışmada, kadınlar kendileri gibi perinatal kayıp yaşamış ve bu zorlu süreci sağlıklı atlatmış kişileri gördüklerin de cesaretlendiklerini ve süreci kabul etmenin daha kolay olduğu ifade etmişlerdir (Allahdadian ve ark. 2015).

Bu çalışmada tıbbi terminasyon işlemi öncesi kadınların stresle başa çıkma tarzları SBÖ ile belirlendi. Hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların kendine güvenli, iyimser, sosyal destek arama, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması kontrol grubu ile istatistiksel olarak benzer olduğu saptandı. Çalışmada her iki gruptaki kadınların en sık başvurdıkları baş etme yöntemi sosyal desteğe başvurma ve boyun eğici yaklaşım tarzları olduğu belirlendi. Bu bulguların çalışmanın başlangıç aşamasında benzer olması Roy Adaptasyon Modeli’ne göre oluşturulan TTDP’nin etkinliğini değerlendirmek açısından önemlidir. Çalışmadaki ilk ve son değerlendirme arasındaki fark incelendiğinde; rutin hemşirelik bakımına ek olarak uygulanan Roy Adaptasyon Modeli’ne göre temellendirilmiş TTDP alan deney grubunun stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarında kendine güvenli ($p<0,001$) ve iyimser yaklaşım ($p<0,001$) tarzlarındaki madde ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, çaresiz yaklaşım ($p<0,001$), boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$) ve sosyal desteğe başvurma ($p=0,033$), tarzlarındaki madde puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4-8). Karaca ve Oskay (2018)’ın düşük yapan kadınlarla yaptıkları destekleyici bakımının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmada deney ve kontrol grubunda stresle başa çıkma alt boyutlarında istatistiksel olarak bir farklılığın yaşanmadığı saptanmıştır (Karaca ve Oskay, 2018). Queensland Klinik Rehberi’nde (Queensland Clinical Guidelines, 2018b) belirtildiği gibi “hemşirelerin verdiği sistemli ve profesyonel psikososyal destek, kayıp yaşayan ailenin gerek

duyduğu sosyal desteği karşılamada yeterli olacaktır” bilgisini destekler niteliktedir (Queensland Clinical Guidelines, 2018b). **Bu sonuca göre Roy Adaptasyon Modeli’ne göre temellendirilmiş TTDP kadınların olumlu stresle baş etme tarzları kazandırarak fizyolojik uyum ve karşılıklı bağlılık uyum alanına hedeflenen etkiyi göstermiştir. H_{1b} kabul edildi.**

Kayıp yaşayan ebeveynin süreci sağlıklı atlatabilmesi için sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Yapılmış çalışmalar incelendiğinde gebelik kaybında stresle başa çıkma ve sosyal destek üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Çalışmalar ve klavuzlar incelendiğinde yeterli sosyal ve/veya profesyonel psikososyal destek alan kadınların kayıp sonrasında posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, patolojik yas gibi riskleri daha az yaşadıklarını bildirilmiştir (Cacciatore ve ark. 2010; Koopmans ve ark. 2013; Queensland Clinical Guidelines, 2018b). Sosyal destek kadının baş etme becerisini geliştirir ve iyilik halini sürdürmesine yardımcı olur (Harris ve ark. 2014) Korenromp ve ark.’nın (2005) fetal anomali nedeniyle tıbbi terminasyon uygulanan kadınların uzun dönemde psikolojik sonuçlarını değerlendirdikleri çalışmada, yeterli destek alan, özellikle eş desteğinin kayıp sonrası döneme uyum sağlamada önemli olduğunu saptamıştır (Korenromp ve ark. 2005). Sun ve ark. (2018) fetal anomali nedeniyle tıbbi terminasyon uygulanan kadınların aile destek programının etkinliğini değerlendirdikleri, randomize kontrollü çalışmada danışmanlık alan grupta aile destek düzeyi danışmanlık sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür ($p<0.05$). Çalışmada samimiyet ve uyum ölçek alt boyutlarında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu tespit edilmiştir (Sun ve ark. 2018). Gold ve ark.’nın (2010) prospektif çalışmasında perinatal kayıp yaşayan çiftlerin uzun vadede %40 oranında ayırılma riski olduğunu, benzer şekilde Shreffler ve ark. (2012) çalışmasında da perinatal kayıp yaşayanların yaşamayan çiftlere göre boşanma riskinin artırdığı ($OR= 1,70$) saptanmıştır (Gold ve ark. 2010; Shreffler ve ark. 2012). Bir başka çalışmada ise perinatal kayıp yaşayan ailelerin, aile ilişkilerinin bozulma ihtimali perinatal kayıp yaşamamış bir aileye göre 4 kat daha fazla olduğu yönünde bulgular sunulmuştur (Turton 2009).

Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların algıladıkları sosyal destek ve baş etme GKÖ ile rol uyum alanı ise RFADF toplam puan açısından değerlendirildi. Tıbbi terminasyon işlem öncesi deney/kontrol grubundaki kadınların sosyal destek sistemleri ve rol uyum açısından birbirine benzediği, grupların homejen dağıldığı ve algılanan sosyal desteğin orta üstü olduğu bunundu (Tablo 4-9). Bu durum

deney ve kontrol grubunun karşılaştırılması açısından büyük önem taşımaktadır. Deney grubundaki kadınların tıbbi terminasyon süreci ile baş etme düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların rutin hemşirelik bakımına ek olarak TTDP uygulanması onların RFADF puan ortalamasından aldığı puanı istatistiksel olarak azaltmış ve algılanan sosyal desteği artırmıştır. Sonuç olarak **Roy Adaptasyon Modeli'ne göre temellendirilmiş TTDP'nın uygulanması kadınların fizyolojik uyum alanı, rol fonksiyonu uyum alanı ve karşılıklı bağlılık uyum alanı üzerine olumlu etki oluşturduğu belirlenmiştir. H_{1c} kabul edildi.**

Doğum sürecinde yaşanan stres, kotrikotropin-relasing hormonun artışına neden olarak uterus kontraksiyonlarının artmasına neden olmaktadır. Stres endokrin sistem değişikliğine neden olduğu gibi aynı zamanda prostoglandin, oksitosin hormonlarının salınımını artırır. Beta-endorfin, progesteron gibi kadının rahatlamasını sağlayan hormonların salınımını azaltarak ağrının daha şiddetli hissedilmesine neden olur (Mete 2013). Travayda nefes farkındalığı ve non-farmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolünün sağlanması kadının rahatlayarak endorfin salgılamasını sağlar. Böylece Dick-Read'ın tanımladığı korku-gerginlik-ağrı siklusunun yaşanması engellenir (Dick-Read 2004). Çalışmanın yapıldığı klinikte kadınlara doğum indüksiyonu için PGE_1 ve ağrı kesici olarak yaygın ibuprofen kullanılmaktadır. Bu nedenle yapılan çalışmalarda ağrı kesici olarak İbuprofen ve yöntem olarak PGE_1 'in kullanıldığı çalışmalara yer verdik. Bilindiği üzere tıbbi terminasyon kadınlar üzerinde yoğun anksiyeteye neden olmaktadır. Wiebe'nin (2001) çalışmasında belirtildiği gibi ağrı ile anksiyete skoru arasında doğrusal pozitif bir ilişki vardır. Anksiyete skoru arttıkça ağrı skorunda arttığı bildirilmiştir (Wiebe 2001). Slate ve ark.'nın (1998) medikal ve cerrahi abortus yaşayan kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların birinci gün ağrı ortalaması $4,4 \pm 3,0$ olarak saptanmıştır (Slate ve ark. 1998). Wiebe'nin (2001) medikal abortusta ağrı kontrolünü değerlendirdiği randomize kontrollü çalışmada; ortalama ağrı skoru $6,2 \pm 2,6$ ve Livshits ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise ibuprofen alan grup için ortalama ağrı skoru $8,2 \pm 1,72$ olarak belirlenmiştir. Gold ve ark.'nın (2007) sistematik derlemesinde tıbbi terminasyonda ağrı kontrolünün yetersiz olduğu belirtilmiştir (Gold ve ark. 2007). Bu çalışmada ağrı skoru doğum sürecinin evrelerine göre değerlendirilmiştir. Buna göre doğum anına kadar olan süreçte kadınların ortalama ağrı skorları deney grubunda $7,08 \pm 2,35$, kontrol grubunda $8,45 \pm 1,78$, doğum anında deney grubu için $7,53 \pm 2,02$, kontrol grubu için $9,51 \pm 0,92$ ve

doğumdan sonraki ikinci saatte deney grubu için $1,38 \pm 0,77$, kontrol grubu için $2,68 \pm 2,24$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 4-10). Doğum anı ağrı skoru literatür ile karşılaştırıldığında, deney grubu ağrı düzeyinin daha az, kontrol grubunda ise ağrı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ağrı skorları deney grubu için istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Tıbbi terminasyon sürecinde ağrı, bulantı-kusma ve uykusuzluk hem kaybın hem de kullanılan PGE_1 'in olası yan etkisidir (Wiebe 2001; ACOG 2014). Kadınlar yaşadıkları bu stresli süreçte bu olası fiziksel şikayetlerle baş etmek zorunda kalırlar. Wiebe'nin (2001) çalışmasında ibuprofen kullanılan kadınların %15'inde kusma ve %46'sında mide bulantısı yaşandığı saptanmıştır (Wiebe 2001). Uyku pek çok faktörden etkilenen durumsal bir değişkendir. Literatürde çalışma örneklemine uygun bir çalışmaya rastlanılmadığı için uyku örüntüsünde gebelerle ilgili veri kullanıldı. Pınar ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada gebelerin uyku kaliteleri ile algıladıkları stres arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu saptamışlardır. Gebelerin uyku örüntüleri bozuldukça stres düzeylerinde artışı belirlenmiştir (Pınar ve ark. 2014). Çalışmada uyku örüntüsü hem deney hem de kontrol grubundaki kadınlar için kayıp sonrası anlamlı oranda düzelmiştir. Uyku kalitesindeki bu artışı şu şekilde açıklayabiliriz. Öğrenilmiş doğum korkusu kadınlarda yoğun bir kaygı ve strese neden olur. Doğum ve travay esnasında harcanan yoğun enerjinin ardından kadınlar yorulur. Korku, ağrı ve doğumun gerçekleşmesi gibistresörlerin ortadan kalkması ve salgılanan yoğun endorfin hormonu ile birlikte kadınlar doğum sonrası derin bir uykuya dalması olasıdır (Mete 2013). Çalışmaya katılan deney grubundaki kadınların hemşirelik destek programı sonrası bulantı-kusma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma olduğu belirlenmiştir. **Böylelikle TTDP Roy Adaptasyon Modeli'nin fizyolojik uyum alanına olumlu yönde etki sağladığı kanıtlanmıştır. H_{1d} kabul edildi.**

Kayıpla ilgili patolojik durumlar; kayba bağlı majör depresyon bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu, post travmatik anksiyete bozukluğu ve komplike yas durumunu içermektedir (Strobee 2008; Koopmans ve ark. 2013). Bu nedenle kadınların perinatal yas durumlarını tartışırken, çalışma örneklemimize benzeyen majör depresyon bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu ve post travmatik anksiyete bozukluğunu içeren bazı çalışmalarda yer verildi. Kersting ve ark.'nın (2007) prospektif çalışmasında kadınların tıbbi terminasyondan 2 hafta sonra %22,6'sında 6 ay sonra %21,3'ünde DSM-IV göre psikiyatrik rahatsızlık tanısı aldığı görülmüştür. Çalışmada DSM-IV göre psikiyatrik rahatsızlık; 2 hafta sonra anksiyete bozukluğu (%6,4) ve stres

bozukluğu (%2,1), 6 ay sonra anksiyete bozukluğu (%6,4) ve stres bozukluğu (%2,1) şeklinde olduğu bildirilmiştir (Kersting ve ark. 2007). Keten ve ark.'nın (2015) gebelik kaybı sonrası oluşan akut stres bozukluğunu değerlendirdiği çalışmada gebelik kaybı yaşayan kadınların yaşamayanlara göre anlamlı oranda akut stres bozukluğu yaşadıkları tespit edilmiştir (Keten ve ark. 2015). Scheidt ve ark.'nın (2007) sistematik derlemesinde ise perinatal kayıpların depresyon, anksiyete bozukluğu, post-travmatik stres bozukluğu, somatoform bozukluklarla yakından ilişkisini belirten çeşitli çalışmaların olduğunu raporlamıştır (Scheidt ve ark. 2007). Hutti ve ark.'nın (2018) prospektif çalışmasında katılımcıların %26'sının anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi olduğu tespit edilmiştir (Hutti ve ark., 2018). Koopmans ve ark. (2013) meta-analizinde akut yasin tepkileri ve yoğunluğu bireysel farklılıklar gösterebileceği kayıptan “6-12” ay içerisinde azalacağını bildirmiştir. Fakat tam tersi meta-analizde perinatal kayıp sonrası yas sürecinin normalleşmesinin 5 ila 18 yıl sürebileceğini belirtilen çalışmalarda bulunmaktaydı. Bamniya ve ark. (2018) perinatal kayıp yaşayan kadınlarla kayıp sonrası yas danışmanlığının etkinliğini değerlendirdiği çalışmada; kadınların 1. hafta ve 6. hafta perinatal yas ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamasının anlamlı düzeyde düştüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada kadınların kayıptan kısa bir süre sonra aktif keder yaşamaya başladığını fakat bu durumun yas sürecinin normal bir tepkisi olduğunu ve zaman içerisinde azalması gerektiğini belirtmiştir (Bamniya ve ark. 2018). Bamniya ve ark.'nın (2018) bu bilgisi, çalışmanın “aktif keder” alt boyutunun PYÖ'nin diğer alt boyutlarına göre niçin fazla olduğunu açıklar niteliktedir. Maniatelli ve ark. (2018) çalışmasında PYÖ alt boyut puan ortalamalarını aktif keder 31,47±9,31, başa çıkmada zorlanma 23,13±7,54, umutsuzluk 21,07±7,07 olarak bildirmiştir (Maniatelli ve ark. 2018). Benzer sonuçlar Davies ve ark. (2005) ve Korenromp ve ark. (2005) çalışmasında da tespit edilmiştir (Davies ve ark. 2005; Korenromp ve ark. 2005). Teoder ve ark.'nın (2001) gebelik kaybı yaşayan 2485 kadını içeren 22 çalışmayı inceleyerek yaptıkları metaanalizde, tüm çalışmalardaki perinatal yas ölçeği toplam puan ortalamasının en az 60,1 en fazla 121,55 olarak belirtilmiştir. PYÖ alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında aktif keder en az 24,9 en fazla 42,4, başa çıkmada zorlanma en az 15 en fazla 40,70 ve umutsuzluk en az 16,6 en fazla 42,02 olarak belirtilmiştir (Teoder ve ark. 2001). Tıbbi terminasyona bağlı gebelik kayıplarında kadınlar tekrar hayata uyum sağlasa da komplike yas yaşama riskleri çok yüksek olarak belirtilmiştir (Koopmans ve ark. 2013). Horowitz ve ark (1997) kayıptan 14 ay sonra komplike yas görülme oranını %13,7 olarak bildirmiştir (Horowitz ve ark. 1997). Bu nedenle bu

kadınların uzun vadede takip edilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda çalışmada perinatal yas puan ve alt boyut puan ortalaması incelendiğinde deney grubu için literatüre göre daha düşük olduğu ve kontrol grubunun ise literatür ile uyum sağladığı görülmektedir (Tablo 4-11). Çalışma sonucunda verilen sistemli destekleyici hemşirelik bakımı ile kadınların yas ile daha kolay baş edebildikleri görülmektedir. Literatürde tıbbi terminasyon ile gebeliği sonlandırılan ve fetal geç kayıpları içeren yöntem olarak bir model veya kavram doğrultusunda temellendirilmiş prospektif randomize kontrollü bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Sun ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada tıbbi terminasyon yöntemi ile gebeliği sonlandırılan kadınlara, kayıp sonrası aile destek programının etkinliği değerlendirilmiştir. Sun ve ark. (2018) çalışmasında danışmanlık verilen deney grubundaki kadınların postpartum depresyon puan ortalamaları anlamlı oranda düşük bulunmuştur (Sun ve ark. 2018). Düşük yapan kadınlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde ise Swanson Bakım Kuramı ile yapılandırılmış destekleyici bakımın yas ve depresyon belirtilerini hafiflettiği belirlenmiştir (Swanson ve ark. 2009; Karaca ve Oskay 2018). Adolfsson'nın (2010) çalışmasında düşük yapan kadınların yas düzeyleri PYÖ ile değerlendirildiğinde 4. ayda anlamlı düzeyde yas puan ortalamaları azaldığı bildirilmiştir (Adolfsson, 2010). **Böylelikle, Roy Adaptasyon Modeli'ne göre temellendirilmiş TTDP'nın uygulanması kadınların kayıp karşısında baş etme becerilerini artırarak onların yas sürecini kolay atlatmasını sağladığı kanıtlanmıştır. H_{1e} ve H_{1f} kabul edildi.**

Emosyonel ve hormonal durumlara fizyolojik cevap olarak nabız, solunum ve kan basıncında artış ya da azalmalar meydana gelebilir. Oluşan fizyolojik değişimin kontrolü, nefes ve gevşeme ile mümkündür. Kişilerin stresli, kaygılı veya korktuğunda sadece akciğerin üst kısmını aktive ederek, kısa aralıklarla düzensiz nefes aldıkları gözlemlenmiştir. Oysa ki akciğerin tam kapasite ile çalışması bedensel, zihinsel ve duygusal dengenin oluşmasını sağlar (Rathfisch 2015; Kartal 2016). Tıbbi terminasyon sürecinde yaşanan bu kaygılı sürece ek PGE_2 'nin kusma, bulantı, ateş gibi yan etkisinde olması kadınların fizyolojik uyum alanı ile dengesini tamamen bozmaktadır. PGE_2 'nin plazma konsantrasyonu yaklaşık olarak 30 dakika içinde en üst seviyeye ulaşır ve hızla düşer (Zieman ve ark. 1977). Bu nedenle tıbbi terminasyon sürecinde oluşan yan etkilerini kontrol altında tutmayı olanak sağlar. Literatürde nefes farkındalığı ve gevşemenin tıbbi terminasyon sürecinde vital bulgulara etkisini inceleyen “randomize kontrollü bir çalışmaya” rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışma verilerimizi, “nefes farkındalığı” ve gevşemenin kullanıldığı bazı randomize kontrollü çalışmaları

kullanarak açıkladık. Bindu ve ark.'nın (2013) genç yetişkinler ile yaptığı çalışmada derin nefesin nabız ve solunum sayısında azalmaya neden olduğu fakat bu “değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını” belirtmiştir (Bindu ve ark. 2013). Kaviani ve ark.'nın (2014) gestasyonel diyabetli kadınlar ile yaptığı “prospektif çalışmada” relaksasyonun birinci ayın sonunda sistolik kan basıncında “anlamlı bir düşüş sağladığı” fakat diastolik basınçta “istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki olduğunu” bildirmiştir (Kaviani ve ark. 2014). Literatür inceleme sonucunda çalışmaların genellikle uzun vadede yapıldığında diastolik ve sistolik kan basıncı üzerindeki etkiyi gözlemlendiği fakat sağlıklı bireylerde yapılan çalışmalarda ise sonuçların tutarsız olduğu görülmüştür (Bindu ve ark. 2013; Chinagudi ve ark. 2014; Kaviani ve ark. 2014; Turankar ve ark. 2011). Bu çalışmada deney ve kontrol grubunun vital bulgularının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 4-12), hem deney hem de kontrol grubunda kan basınçlarının normal sınırlarda olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,005$) tespit edilmiştir. Aynı zamanda TTDP uygulanan “deney grubunda” solunum ve nabız sayısı ortalamalarında anlamlı bir azalma ($p<0,005$) tespit edilmiştir (Tablo 4-12). Fakat postpartum 1. saatte deney ve kontrol grupları arasında vital bulgularda anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Sonuçların literatür ile kısmen benzer olduğu düşünülmektedir. Bunun nedeni nefes farkındalığının bir teknik olarak düşünülmesi, farklı yöntemlerin kullanılması, uygulama süresi, kullanılan PGE_2 'nin farmakolojik etkisi ve örneklem özelliklerinin farklılığı olarak açıklayabiliriz. **Sonuç olarak; TTDP Roy Adaptasyon Modeli'nin fizyolojik uyum alanına olumlu yönde etki sağladığı kanıtlanmıştır. H_{1d} kabul edildi.**

5.3. Deney ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ'den Aldığı İlk ve Son Değerlendirme Puan Farklarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri STAI-1, SBÖ ve RFADF'dan aldıkları ilk ve son değerlendirme farkı gruplar arasındaki karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Allahdadian ve ark.'nın (2015) nitel çalışmasında, gelir düzeyi az olan kadınlar bebeklerinin ölüm nedenlerini ekonomik durumunun yetersiz olduğundan dolayı belirlenememesi kadınlarda stres ve kaygıya neden olduğu belirlenmiştir (Allahdadian ve 2015). Daugirdait ve ark.'nın (2006) sistematik derlemesinde perinatal kayıpta yaşanan kaygının gebelik haftası ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (Daugirdait ve ark. 2006) Gebelik haftasına bağlı yaşanan kaygının asıl nedeni perinatal bağlanma dışında tıbbi terminasyon yöntemi ve fetosit işlemi olarak değerlendirilmektedir (Davies ve ark. 2005; Gold ve ark. 2007; Yılmaz ve Beji 2013). Çünkü geç perinatal kayıpların incelendiği çalışmalarda kaygının yaş, gebelik haftası, eğitim durumu ve sosyoekonomik durum ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Landy ve ark. 2017a). Çalışmada deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik haftası ve eğitim durumu STAI-1 ilk ve son değerlendirme farkı karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Bu çalışmada tasarım göz önünde bulundurulduğunda gebelik haftası, yaş, eğitim durumu gibi gruplarda da benzer olmasından dolayı diğer tanıtıcı özelliklerde de anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4-13). Bu çalışma literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. **Bu sonuca göre; TTDP'nın kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile kıyaslandığında kaygı üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir.**

Gebeliğin tıbbi terminasyonunda yaşanan emosyonel sıkıntının (distres) derecesi kadının baş etme yönetmi ile yakından ilişkilidir. Kadının tıbbi terminasyona yüklediği sosyal ve etik anlam, aile yapısı, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşayan çocuğunun olması, ailedeki birey sayısı ve gebeliğin sonlandırılmasının fetal anomaliye bağlı olması kadının baş etme düzeyini doğrudan etkilemektedir (Landy ve ark. 2017a). Çalışmada deney ve kontrol grubundaki kadınların stres ile baş etme yaklaşımları incelendiğinde; sosyo-ekonomik ve obstetrik özelliklerin kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım tarzlarında ilk ve son değerlendirme puan farkları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bunun yanı sıra çaresiz yaklaşım tarzlarında; primigravida ve multigravidaalarda deney ve kontrol grubunda ilk

değerlendirme farkında, primigravidalarda daha fazla ve son değerlendirme ise sadece deney grubunda istatistiksel olarak daha fazla bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım tarzlarında ise kontrol grubunda lise eğitim düzeyinde olan kadınların ilk değerlendirmede toplam puanı daha fazla bulunmuştur. Boyun eğici yaklaşım tarzı ise deney grubunda 3. trimester gebelerde son değerlendirmede daha fazla bulunmuştur. Gelir düzeyi daha az ve denk olan deney grubundaki kadınlar son değerlendirmede farkında sosyal desteğe başvurma tarzları, gelir düzeyi fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Maternal ve fetal nedenlerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyonunu yaşayan kadınlarda son değerlendirmede deney grubunda boyun eğici yaklaşım puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur (Tablo 4-14). **Bu sonuçlara göre; TTDP çaresiz yaklaşım alt boyutunda primigravidalarda daha olumlu etki oluşturduğu, boyun eğici yaklaşımda 2. trimesterde olan kadınlarda daha etkili olduğu ve sosyal desteğe başvurma alt boyutunda gebeliğin maternal ve fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyonu yapılan grupta, gelir düzeyi fazla olan kadınlarda daha etkili olduğu saptanmıştır.**

Kayıp sonrası kadınların psikososyal iyilik hali rol fonksiyon alanına olan uyumunu etkiler. Kayıptan üç ay sonra kadınların psikososyal iyilik hallerinin değerlendirildiği, Saflund ve Wredling (2006) çalışmada; kadınların psikososyal iyilik halinin erkeklere göre daha kötü olduğu belirlenmiştir (Saflund ve Wredling 2006). Bu nedenle kadınların kayıp sonrası hayata uyumlarını artırabilmek için daha fazla sosyal ve psikososyal desteğe ihtiyacı vardır. Literatüre göre perinatal kayıp kadınların rol fonksiyon uyum alanına olan adaptasyonunu olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle eş ile olan ilişki zaman içerisinde zarar görmektedir (Gold ve ark. 2010; Shreffler ve ark. 2012). Bu çalışmada **TTDP etkinliği RADF son değerlendirme puan farkı kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri açısından karşılaştırıldığında; eğitim durumu lise ve gelir düzeyi az olan grupta en az etki oluşturduğu belirlenmiştir.**

Bu bölümde deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin PYÖ'den aldığı toplam puan farkına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Daugirdait ve ark.'nın (2006) sistematik derlemesinde yaşanan kaygı ve postravamatik stres bozukluğunun gebelik haftası ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada yaş, eğitim seviyesi, gelir düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklerin yaşanan

post-travmatik stresi etkilemediği belirlenmiştir (Daugirdait ve ark. 2006). Perinatal keder düzeyi düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm ile karşılaştırıldığında ise perinatal keder düzeyi neonatal ölüm ve ölü doğumda anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur (Hutti 2015). Ek olarak, Maniatelli ve ark. (2018) birinci trimester düşükleri karşılaştırıldığında kromozom anomalisine bağlı gebelik sonlandırılmalarında ve ikinci trimester gebelik sonlandırılmalarının perinatal yas düzeyi ve alt boyutları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (Maniatelli ve ark. 2018). Korenromp ve ark. (2005) fetal anomalinin yaşamla bağdaşma derecesi kadınların kayba yönelik uyumunu zorlaştıran bir faktör olarak bildirmiştir. Bu çalışmada kontrol grubunda primigravidalarda başa çıkmada zorlanma daha yüksek ve lisans ve üsü eğitim düzeyi olan kadınlarda ise perinatal yas puanı daha fazla belirlenmiştir. **Sonuç olarak; PYÖ ve alt boyutları toplam puan farkı kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri açısından karşılaştırıldığında; TTDP'nın gruplar arasında etkili olmadığı belirlenmiştir.**

5.4. Deney ve Kontrol Grubunun STAI-1, SBÖ, RFADF ve PYÖ Korelasyonuna Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde deney ve kontrol grubunun ilk değerlendirme STAI-1, SBÖ ve RFADF korelasyonu ve kadınların STAI-1, SBÖ, RFADF'dan son değerlendirmede aldıkları toplam puanların PYÖ ve alt boyutları ile ilişkisini içeren bulgular tartışılmıştır.

Literatür inceleme sonucunda çalışma örneklemine uyan ve benzer ölçeklerin ilişkisinin bakıldığı çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu nedenle var olan bulguların tartışılmasında daha önce gebelik kaybı yaşayan gebelerin verileri kullanıldı. Bu bağlamda literatürde daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların kaygı skorları daha yüksek olduğu ve boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım tarzını daha sık kullandıkları bildirilmiştir (Yılmaz ve Beji 2013; Dağlar ve Nur 2014). Gourounti ve ark.'nın (2013) sistematik derlemisinde daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların kullandıkları baş etme yöntemi ile kaygı arasında ilişki olduğunu bildirmiştir (Gourounti ve ark. 2013). Kayıp yaşayan kadın kendi yapabileceği bir şey olmadığını düşündüğü için sıklıkla çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzı kullandığı düşünüldü. Kadınların kullandıkları olumsuz baş etme yaklaşımları, belirsizlik, kayıp ve doğum korkusu kaygı düzeylerini daha fazla artırmaktadır. Dağlar ve Nur'un (2014) çalışmasında boyun eğici ve çaresiz yaklaşım ile anksiyete arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (Dağlar ve Nur 2014). Literatür ve çalışma sonuçlarına göre sosyal destek yaşanan kaygıyı azalttığı ve olumlu baş etme stratejileri geliştirdiği yöndedir (Kersting ve Wagner 2012; Landy ve ark. 2017a). Çalışmada STAI-1 puan ortalamasının çaresiz yaklaşım, boyun eğici ve RFADF puan ortalaması arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi. Çalışma bulguları literatür ile uyum göstermektedir.

Kadınların kendine güvenli yaklaşım tarzı sergilemesi ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; iyimser yaklaşım ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki, çaresiz yaklaşım ve RFADF arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. Kendine güvenli yaklaşım tarzı ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; iyimser yaklaşım ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki, çaresiz yaklaşım ve RFADF arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi. Stresle başa çıkma tarzı olarak iyimser yaklaşım sergileyen kadınların çaresiz yaklaşım ile negatif yönü zayıf ve RFADF ile negatif yönlü orta büyüklükte bir ilişki saptandı. Kadınların SBÖ'ne göre çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptanırken RFADF ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki de belirlendi. Çalışma sonucunda

kullanılan ölçüm araçlarının korelasyonu gözden geçirildiğinde, stresle baş etme alt boyutları kendi arasında mantıklı bir ilişki olduğu ve bunun literatür bilgisi ile desteklendiği görülmektedir.

Umut ve heyecanla bekledikleri bebeklerini kaybetmek ebeveynler için travmatik bir süreçtir. Kadınların kayıp sonrası yaşayacağı yasın şiddeti kaygı, baş etme tarzı ve sosyal destek ile yakından ilişkilidir. Gebeliğin tıbbi terminasyon ile sonlandırılmasında yaşanan kaygı var olan durumu zorlaştırmanın yanı sıra uzun vadede de kadınlar üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır (Landy ve ark. 2017a). Maniatelli ve ark. (2018) kaygı düzeyinin perinatal yas düzeyi ve alt boyutları ile ileri düzeyde pozitif yönde ilişki olduğunu ve özellikle başa çıkmada zorlanma alt boyunda ilişki ileri düzeyde anlamlı saptanmıştır (Maniatelli ve ark. 2018). Hutti (2015) çalışmasında anksiyete ile perinatal kederin pozitif ilişkili olduğunu ($p<0,05$), yüksek keder yaşayan gebelerde posttravmatik stres bozukluğu ölçeğinden alınan puan ortalamasında istatistiksel olarak fazla olduğunu belirtmiştir. Sosyal destek düzeyi yeterli olan kadınlar kayıp sonrası yas ile daha kolay baş edebilmektedir. Kersting ve Wagner'ın (2012) metaanlizinde prenatal kayıp sonrası komplike yasın gelişimini, yetersiz sosyal destek ve kişilerarası ilişkilerde zorlanmayla bağlantılı olduğunu belirtmiştir (Kersting ve Wagner 2012). Hutti'nin (2015) çalışmasında yetersiz partner/eş desteği gören kadınların keder puanlarının ortalaması da anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Cacciatore ve ark. (2010) perinatal kayıplarda sosyal desteğin kaygı ve depresyona etkisini incelediği çalışmada, sosyal destek ve aile desteğinin doğum sonrası kaygı skoru üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir (Cacciatore ve ark. 2010). Literatürde yetersiz eş, aile ve arkadaş desteği alan kadınların yas reaksiyonlarının daha uzun sürdüğü ve ruhsal sorun yaşama olasılığının arttığı bildirilmiştir (Hughes ve Riches 2003; Badenhorstve Hughes 2007). Bu çalışmada, kendine güvenli yaklaşım tarzı sergileyen kadınların aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk ile negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi. PYÖ toplam puanına göre ise negatif yönlü ve zayıf bir ilişki belirlendi. Çalışmaya katılan kadınların SBÖ alt boyutları ile PYÖ arasında, aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve toplam PYÖ ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve toplam PYÖ arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Boyun eğici yaklaşım tarzında ise sadece umutsuzluk alt boyutu ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi. Sosyal desteğe başvurma tarzı sergileyen kadınların, aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve toplam PYÖ ile negatif

yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı. RFAD formuna göre, rol fonksiyon uyumu yetersiz olan kadınların ile umutsuzluk alt boyutu ile pozitif yönlü bir korelasyon belirlendi. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerlik göstermektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç:

Bu çalışma; maternal veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon kararı verilen gebelere tedavi süreci boyunca rutin hemşirelik bakımına ek olarak uygulanan Roy Adaptasyon Modeli doğrutusunda geliştirilen hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirildi.

Çalışma hipotezlerine göre TTDP kadınlarda;

- H_{1a} reddedildi. H_{1b} , H_{1c} , H_{1d} , H_{1e} , H_{1f} , kabul edildi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Çalışma örnekleminde yer alan kadınların yaş ortalaması, deney grubu için $30,10 \pm 4,98$, kontrol grubu için $31,23 \pm 6,32$ olarak saptanmıştır. Çalışma kapsamında yer alan kadınların sosyodemografik özellikleri açısından istatistiksel fark olmadığı belirlendi (Tablo 4-1).
- Çalışmaya dahil edilen kadınların çoğunlukla planlayarak ve spontan bir şekilde gebe kaldıkları ve çalışmanın yapıldığı sırada büyük çoğunluğunun ikinci trimesterde oldukları belirlendi. Deney grubundaki kadınların ortalama gebelik haftası $24,77 \pm 4,84$ olarak saptanırken kontrol grubunda yer alan kadınların ortalama gebelik haftası $24,53 \pm 3,91$ olarak tespit edildi. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$) saptandı (Tablo 4-2).
- Tıbbi terminasyon için fetal anomali ve maternal hastalık endikasyonları %8,3 ($n=5$) maternal, %80 ($n=48$) fetal, %11,7 ($n=7$) maternal ve fetal nedenler olarak gruplandırıldı (Tablo 4-3).
- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebeliğin tıbbi terminasyonu kararı verildikten sonra sıklıkla yaşadıkları duygular; inanmama, şok, suçlama, öfke, kızgınlık, pişmanlık gibi ruhsal sıkıntılar ve ağlama, çarpıntı gibi fiziksel şikayetler olarak belirlendi (Tablo 4-4).
- Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların çoğunlukla destek aldıkları ve bu desteğin eş ve annelerinden olduğu belirlendi. Gruplar arasında destek alma ve destek aldığı kişiler konusunda, deney ve kontrol gruplarındaki kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 4-5).

- Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların neredeyse tamamı ilk değerlendirme aşamasında fiziksel şikayet ve iştahta artma veya azalma gibi değişiklikler yaşadıkları saptandı. Deney ve kontrol gruplarında yer alan kadınların yaşadıkları şikayetlerin şiddetinde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 4-6).
- Çalışma örneklemine dâhil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyi ortalamasında TTDP sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,176$). İlk ve son değerlendirme puan farkı deney grubunda $2,73 \pm 7,97$, kontrol grubunda $1,73 \pm 7,39$ olarak belirlendi. Deney grubundaki kadınların ilk ve son değerlendirme durumluk kaygı puanlarında kontrol grubuna göre daha fazla bir azalma görülsede, bu değişim istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edildi ($p=0,071$) (Tablo 4-7).
- Deney ve kontrol grubu ilk değerlendirme sonuçlarına göre, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) belirlenmezken ve çaresiz yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma alt boyutlarında deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Deney grubundaki kadınların SBÖ'nin alt boyutlarından aldığı ilk ile son değerlendirme puanlarındaki değişim incelendiğinde; kendine güvenli yaklaşım ($p<0,001$), iyimser yaklaşım ($p<0,001$) ve çaresiz yaklaşım ($p<0,001$) sergileme davranışlarında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 4-8).
- Deney ve kontrol grupları arasında ilk değerlendirmede RFADF'dan aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken kontrol grubunun son değerlendirmede RFADF'dan aldığı puan ortalaması istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlendi (Tablo 4-9).
- Çalışmaya dahil edilen kadınların tıbbi terminasyon sürecinde yaşadıkları fiziksel şikayetlere ilişkin bulgular incelendiğinde ağrı şiddeti tıbbi terminasyon sürecini her aşamasında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük tespit edildi. Uykusuzluk düzeyi, hem deney ($p<0,001$) hem de kontrol ($p<0,001$) grubunda ilk ve son değerlendirme farkı her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların bulantı kusma düzeyleri incelendiğinde, ilk ve son değerlendirme sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmezken

bulantı-kusma düzeyi ilk ve son değerlendirme farkı kontrol grubunda istatistiksel olarak yüksek saptandı ($p=0,006$) (Tablo 4-10).

- Çalışmaya katılan hem deney hem de kontrol grubundaki kadınların aktif keder alt boyutundan (deney= $20,23\pm3,18$ - kontrol= $35,17\pm9,27$) aldıkları toplam puan PYÖ'nin başa çıkmada zorlanma (deney= $13,03\pm2,01$ – kontrol= $25,73\pm11,11$) ve umutsuzluk (deney= $12,60\pm2,36$ – kontrol= $24,83\pm10,87$) alt boyutlarından daha fazla olduğu tespit edildi. Deney grubundaki kadınların PYÖ toplam puanı ($p<0,001$) ve alt boyutlarından; aktif keder ($p<0,001$), başa çıkmada zorlanma ($p<0,001$), umutsuzluk ($p<0,001$) aldıkları toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (Tablo 4-11).
- Çalışmaya dahil edilen kadınlar vital bulgular açısından değerlendirildiklerinde, latent faz solunum sayısı, aktif faz solunum sayısı, innatal solunum ve nabız sayısı, postpartum 4. saat solunum ve nabız sayısı ortalamaları deney ve kontrol grupları arasında deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$) düzeyde düşük olduğu belirlendi (Tablo 4-12).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile ilişkin bulgular STAI-1, SBÖ ilk ve son değerlendirme puan farkları gruplar arası karşılaştırmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir. STAI-1 toplam puan farkları arasındaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, boyun eğici yaklaşım kullanma ile eğitim durumu ve gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal desteğe başvurma yaklaşımı ile yaş ve gebelik haftası arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (Tablo 4-13, Tablo 4-14).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile ilişkin bulgular RFADF ilk ve son değerlendirme puan farkları gruplar arası karşılaştırmada eğitim durumu ve gelir düzeyi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi (Tablo 4-15).
- Çalışmaya katılan deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre PYÖ ve alt boyutlarından izlem değerlendirmesinde aldıkları toplam puan farkları arasında sadece PYÖ toplam puan farkı ile eğitim durumu grupları arasında anlamlı bir ilişki tespit edildi (Tablo 4-16).
- Çalışmaya katılan kadınların STAI-1 puanına göre; tıbbi terminasyon uygulanan kadınların kaygı düzeyleri ile çaresiz yaklaşım ($p=0,003$) ve boyun eğici yaklaşım ($p<0,001$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Buna

ek olarak kaygı düzeyi ile RFADF arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0,005$). Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların kendine güvenli yaklaşım tarzı sergilemesi ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; iyimser yaklaşım ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki ($p<0,001$) belirlenirken çaresiz yaklaşım ($p<0,001$) ve RFADF arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$). Stresle başa çıkma tarzı olarak iyimser yaklaşım sergileyen kadınların çaresiz yaklaşım ($p=0,001$) ile negatif yönlü zayıf ve RFADF ($p<0,001$) ile negatif yönlü orta büyüklükte bir ilişki saptandı. Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların SBÖ'ne göre çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile boyun eğici yaklaşım tarzı arasında pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptandı ($p<0,001$). RFADF ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki de belirlendi ($p<0,001$). Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların boyun eğici yaklaşım tarzı sergilemesi ile diğer ölçüm araçları kıyaslandığında; RFADF ile pozitif yönlü ve zayıf bir ilişki saptandı ($p=0,012$) (Tablo 4-17).

- Kendine güvenli yaklaşım tarzı sergileyen kadınların aktif keder ($p=0,002$), başa çıkmada zorlanma ($p=0,003$), umutsuzluk ($p=0,001$) ile negatif yönlü zayıf bir ilişki tespit edildi. PYÖ toplam puanına göre ise negatif yönlü ve zayıf bir ilişki belirlendi ($p=0,002$). Çalışmaya katılan kadınların iyimser yaklaşım tarzı ile PYÖ ve alt boyutları karşılaştırıldığında; aktif keder ($p=0,005$), başa çıkmada zorlanma ($p=0,005$), umutsuzluk ($p=0,002$) ve toplam PYÖ ($p=0,002$) ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Tıbbi terminasyon uygulanan kadınların çaresiz yaklaşım tarzı sergilemesi ile aktif keder ($p=0,002$), başa çıkmada zorlanma ($p=0,017$), umutsuzluk ($p=0,002$) ve toplam PYÖ ($p=0,003$) arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Çalışma örneklemine dahil olan kadınların boyun eğici yaklaşım tarzı sergilemesi ile umutsuzluk alt boyutu ile pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi ($p=0,022$). Sosyal desteğe başvurma tarzı sergileyen kadınların, aktif keder ($p=0,007$), başa çıkmada zorlanma ($p=0,028$), umutsuzluk ($p=0,004$) ve toplam PYÖ ($p=0,007$) ile negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4-18).

Öneriler:

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Perinatal kayıp sonrası kadınların uzun vadede izlenmesi ve bu alanda prospektif veya randomize kontrollü çalışmaların literatüre kazandırılması,
- Perinatal kaybın kadınların yaşamına etkisini belirlemek amacıyla epidemiyolojik çalışmaların yapılması,
- Prenatal ileri değerlendirme biriminde maternal veya fetal risk tespit edilen bir gebeye hemşire tarafından ilk psikososyal değerlendirmenin yapılması,
- Gebeliği sonlandırılma kararı alınan kadın ve ailesi destekleyici hemşirelik bakım hizmeti alması,
- Destekleyici bakımın tıbbi terminasyon süreci boyunca ve sonrasında da devam etmesi,
- Destekleyici bakım, hemşireler tarafından bir modele temellendirilerek uygulanması ve geliştirilmesi,
- Destekleyici bakım sadece annelere değil eşlere hatta ailedeki diğer bireylerde uygulanması,
- Psikososyal destekten sadece gebelik sonlandırılması kararı alan kadın ve ailesi değil aynı zamanda gebeliğin devamını isteyen ebeveynlerinde faydalanması,
- Sadece tıbbi terminasyon uygulanan geç fetal kayıplarda değil mol hidatiform, abortus, ektopik gebelik gibi gebeliğin erken evresindeki kayıplarda da kadın ve ailesi destekleyici bakım hizmeti alması,
- Bu alanda çalışan hemşirelerin teröpatik iletişim teknikleri, psikososyal destek ve perinatal palyatif bakım kurslarına ve hizmet içi eğitimlerine katılması,
- “Perinatal palyatif bakım”, “Teröpatik iletişim teknikleri” ve “Psikososyal destek” dersinin hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim müfredat programında yer alması ve var olan derslerin içeriğinin bu kapsamda genişletilmesi,
- Perinatal kayıp sonrası kadın ve ailesini destekleyebilmek ve bu desteğin sürekliliğini sağlayabilmek için farklı iletişim kanallarının (web sitesi, sosyal medya hesabı, çağrı merkezi, danışma hattı vb) kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aba, Y.A. ve Ergün, G. (2016). Post-Abortus sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. *Journal of Human Sciences*, **13** (1), 768-777.
- Adolfsson, A. (2010). Womwn's well-being improves after miscarriage with more active support and application pf Swanson's Caring Theory. *Psychology Research an Behaioer Management*, **4**, 1-9.
- Allahdadian, M., Irajpour, A., Kazemi, A. and Kheirabadi, G. (2015). Social support: An approach to maintaining the health of women who have experienced stillbirth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **20**, 465–470.
- Andersson, I., Christensson, K. ve Gemzell D.K. (2014). Experiences, feelings and thoughts of women undergoing second trimester medical termination of pregnancy. *Plo SONE*, **9** (12), 1-22.
- Aksu, M.F., Oral, E., Yedigöz, V., Atasü, T. ve Kazancugil, A. (1998). Therapeutic abortion in Cerrahpaşa Medical Faculty between 1982-1996. *Cerrahpaşa J Med*, **29** (4), 175-179.
- Akyıl, Ç.R. ve Ergüney, S (2013). Roy's adaptation model-guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Advenced Nuring*, **69** (5), 1063–1075
- Aslan, H., Unlu, E., Agar, M. ve Ceylan, Y. (2004). Uterine rupture associated with misoprostol laborinduction in women with previous cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. **15**, 113 (1), 8-45.
- Aslanger, A.D. ve Karabey, H.K. (2017). Prenatal Tanıda genetik danışmanın temel prensipleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetracs, Special Topics*, **10** (1), 6-12.
- Aydın, E., Turgal, M., Can, S. ve Özyüncü Ö. (2016). Posterior fossa anomalileri: ilişkili anomaliler ve gebeliklerin sonlanma şekilleri. *Perinatoloji Dergisi*, **24** (2), 89–95.
- Badenhorst, W. ve Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, **21**, 249–259.
- Balkaya, N.A. (2017). *Annelik Hüznü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Bamniya, J.S., Bhatia, G.O., Doshi, H.U. ve Ladola, H.M. (2018). Assessment of grief in mothers with pregnancy loss and role of post bereavement counselling: a prospective study. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, **7**(4), 1347-1350.

- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, **52**(4), 223-229.
- Canadian Paediatric Society Statement. (2001, Ekim). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatr Child Health Vol*, **6**(7), 469-477.
- Birol, L. (2007). *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım* (8nd ed). İzmir: Etki Matbaacılık; 78-83.
- Bindu, C.B., Dharwadkar, A.A. ve Dharwadkar, A.R. (2013). Comparative study of the immediate effects of deep breathing exercise coupled with breath holding up to the breaking point, on respiratory rate, heart rate, mean arterial blood pressure and peak expiratory flow rate in young adults. *Medical Science*, **1**(2), 33-38.
- Büyükkurt, S. (2017). Anomalili fetusun takibi, doğrultulması ve gebeliğin teminasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics, Special Topics*, **10** (1), 110-116.
- Cacciatore, J., Schnebly, S. ve Froen, J. F. (2010). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community*, **17**, 167-176.
- Caughey, A.B., Callahan, L. ve Heffner, L. (2003). Complications of Labor and Delivery. İçinde, *Blueprints Obstetric and Gynecology*. (3nd ed) ePhiladelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 65-78.
- Ceylan, Y. ve Aslan, H. (2017). Prenatal Tanıda Etik ve hukuki sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics, Special Topics*, **10** (1), 140 -144.
- Chen, C. M., Kuo, S. F., Chu, Y. H. ve Chen, H. C. (2007). Postpartum Taiwanese women: Their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *Journal of Clinical Nursing*, **16**, 1550-1560.
- Chinagudi, S., Badami, S., Herur, A., Patil, S., Shashikala, G.V. ve Ankad, R. (2014). Immediate effect of short duration of slow deep breathing on heart rate variability in healthy adults. *National Journal of Physiology, Pharmacy, Pharmacology*, **4**(3), 233-235.
- Cote-Arsenault D. ve Freije M.M. (2004). Support groups helping women through pregnancies after loss. *West J Nurs Res*, **26** (6), 650-70.
- Cunningham, F.G., Leveno, K., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J. ve Spong, C.Y. (2010). *Williams Obstetrik*. (3nd ed). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 226-237.
- Çam, MO. ve Tektaş, P. (2016). Gebelik kaybında hemşirelik yaklaşımı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, **6**, 105-122.

- Çetinkaya, Ş.E. ve Söylemez, F. (2013). Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **66** (1), 25 – 32.
- Çınar, F. ve Aslan E.S. (2017). Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi. *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, **1**(1), 37-42.
- Davies, V., GLEDHILL, J., Mcfadyen, A., WHITLOW, B. and ECONOMIDES, D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol*, **25**, 389–392
- Daugirdait, V., Olga van den Akker ve Purewal, S. (2006). Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, **85**, 9 – 1193.
- Dağlar, G. ve Nur, N. (2014). Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi. *Cumhuriyet Tıp Derg*, **36**, 429-441.
- Durmaz, A., Kavanagh, B. ve Charles, C. (2018). Ölü doğum ve Neonatal Ölüm. İçinde Chapman, V., Charles, C., Can, H.Ö., Yücel, U. ve Hadımlı, A. (Ed.), *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*. (3nd ed). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 336-353.
- Dündar, Ö., Müngen, E., Tütüncü, L., Muhcu, M., Bodur, S. vr Yergök, Y.Z. (2006). İkinci trimester gebelik sonlandırmasında interservikal Prostaglandin E₂ (Dinoproston) ve intervaginal Misoprostolün etkinliğinin araştırması. *Perinatoloji Dergisi*, **14** (1), 19-25.
- Dragoman, M., Shannon, C., Winikoff, B., Steinauer, J. ve Falk, S.J. (2018). Misoprostol as a single agent for medical termination of pregnancy. *Wolters Kluwer*. Erişim 15.05.2018, https://www.uptodate.com/contents/misoprostol-as-a-single-agent-for-medical-termination-of-pregnancy?topicRef=3313&source=see_link
- Erdem, D.Ö. (2016). Çocuk düşürtme düzenlemesi. *Ankara Üni. Hukuk Fak. Dergisi*, **65** (4), 1637-1688.
- Figen, S.P. ve Mete, S. (2009). Uyum modeli ve sosyal bilissel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. *DEUHYO ED*, **1** (1), 57-68.
- Fottrell, E., Kanhonou, L., Goufodji, S., Behague, D.P., Marshall, T., Patel, V. ve Filippi, V. (2010) Risk of psychological distress following severe obstetric

- complications in Benin: the role of economics, physical health and spousal abuse. *Br J Psychiatry*, **196**(1), 18-25.
- Gizir, CA. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan lisans öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2** (2), 195-213.
- Gourounti, K., Anagnostostopoulos F. ve Lykeridou, K. (2013). Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among greek women. *Archives Of Women's Mental Health*, **16** (5), 353 – 361.
- Güleç, K.U., Urunsak, I.F., Eser, E., Guzel, A.B., Ozgunen, F.T., Evruke, I.C. ve Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **120**, 85–87.
- Güngör, İ. ve Oskay, Ü. (2017). Riskli Doğum Eylemi. İçinde Beji, N.K (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (2nd ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 587-588.
- Güner, P. (2006). Kötü haber verme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **3** (2), 6-9
- Glenc, F. (1974). Induced abortion - a historical outline. *Polski Tygodnik Lekarski*, **29** (45), 8-1957.
- Gold, K.J., Dalton, V.K., Scwenk, T.L. (2007). Hospital care for parents after perinatal loss. *Obstetrics and Gynecology*, **109** (5), 1156-66.
- Gold, K.J., Sen, A., Hayward, R.A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, 2010, **152** (5), e1202-e1207.
- Grunebaum, A, Lockwood, C.J. ve Barss, V.A. (2017). Fetal death and stillbirth: Maternal care. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Grantly, D.R. (1958). Induction of labour. *Br Med J.*, **21**, (5085), 1478. Erişim Tarihi 30.05.2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2029279/?page=1>
- Hammond, C., Steinauer, J. ve Falk, S.J. (2017a). Overview of second-trimester pregnancy termination. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Hammond, C., Steinuer, J. ve Falk, S.J. (2017b). Second-trimester pregnancy termination: Dilation and evacuation. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.

- Hammond, C., Steinuer, J. ve Falk, S.J. (2017c). Second-trimester pregnancy termination: Induction (medication) termination. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Harris, L.F., Roberts, S.C., Biggs, M.A., Rocca, C.H. ve Foster, D.G. (2014). Percived stress and emotional social support among women who are denied or recieve abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Women's Health*, **14** (76), 2-11.
- Hughes P, Riches S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, **15**(2), 107–11.
- Hutti, M.H. (2005). Social and professinal support needs of families after perinatal loss. *Journal of obstetric, Gynecologic&Neonatal Nursing*, **34** (5), 630-8.
- Hutti, M.H, Myers, J.A., Hall, L.J., Polivka, B.J., White, S., Hill, J., Grisanti, M., Hayden, J. ve Kloenne, E. (2018). Predicting need for follow-up due to severe anxiety and depression symptoms after perinatal loss. *JOGNN* **47** (2), 125-136.
- Horowitz M.J, Siegel B, Holen A, Bonanno GA, Milbrath C, Stinson CH (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *Am J Psychiat*, **154**, 7904–7910.
- Işıl, Ö. ve Karaca, S. (2009). Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenebilecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2** (1), 82-87.
- Kadıoğlu, M. ve Oskay, Ü. (2016). *Profesyonel bir bakım destek modeli: perinatal palyatif bakım ve hemşirenin rolü*. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, **8** (1), 44-52.
- Kara, E. (2016a). Yas süreci ve dini danışmanlık. *DEÜİFD Din Piskolojisi Özel Sayısı*, 251-270.
- Kara, E. (2016b). J. William Worden, grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner, 4. bs., Springer Publishing Company, 2008, 314s. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, **8** (16), 180-188.
- Karaca, P.P. ve Oskay, Ü.Y. (2017). Düşük yapan kadınların bakımında Swanson Bakım Kuramı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **14** (3), 228-232.
- Karaca, P.P. ve Oskay, Ü.Y. (2018). Düşük deneyimi yaşayan kadınlara verilen destekleyici bakımın psikososyal sağlık durumuna etkisi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, Özel Sayı*, **4** (1), 194 – 195.
- Kartal, M. (2016). Nefes Teknikleri Nefesin Sihirli Gücü. Ray Yayıncılık İstanbul 4. Baskı, 43-200.

- Kaviani, M., Bahoosh, N., Azima, S., Asadi, N., Sharif, F. ve Sayadi, M. (2014). The effect of relaxation on blood sugar and blood pressure changes of 89 women with gestational diabetes: a randomized control trial. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity*, **6(1)**, 14-22.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P. ve Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **257**, 437–443.
- Kersting, A., Wagner, B. (2012) Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*, **14**, 187-194.
- Keten, H.S., Gençoğlu S., Dalgacı, A.F., Avcı, F., Satan, Y., Ölmez, S. ve Çelik, M. (2015). Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, **40** (2), 226-232.
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Lisanslı Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9** (1), 49 – 54.
- Korenromp, M.J., Christians, G.C.M.L., Van den Bout, J., Mulder, E.J.H., Hunfeld, J.A.M. ve ark. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal Diagnosis*, **25** (3), 253-260.
- Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J. ve Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death (review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 6, CD000452.
- Köneş, Ö.M., Kaydırak, M.M., Aslan, E. ve Yıldız, H. (2017). Perinatal Yas Ölçeği (33 maddeli kısa sürümü): Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **18** (3), 231-236.
- Kurt, E. ve Tunca, Y. (2016). Temel etik ilkeler çerçevesinde gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemlere bir bakış. *Med Bull Haseki*, **54**, 57-61.
- Küçükkaya, G.P. (2009). Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **6** (1), 8-13.
- Landy, U., Darney, P.D. ve Steinauer, J.S. (2017a). Counseling regarding pregnancy termination. *Wolters Kluwer*. Erişim 30.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.

- Landy, U., Darney, P.D. ve Steinauer, J.S. (2017b). Psychiatric aspects of pregnancy termination. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Lafarge, C., Mitchell, K. ve Fox, P. (2013). Women's experiences of coping with pregnancy termination for fetal abnormality. *Qualitative Health Research*, **23**(7) 924–936.
- Lasker, J.N. ve Toedter, L.J. (1991) Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry*, **61**, 22-510.
- Lowdermilk, D.L., Perry, S.E., Cashion, M.C. ve Alden K.R. (2012). Maternity & Women's Health Care. (10nd ed). USA: Elsevier, 932-955.
- Lee, L.Y.K., Tsang, A.Y.K., Wong, K.F. ve Lee, J.K.L. (2011). Using the roy adaptation model to develop an antenatal assessment instrument. *Nursing Science Quarterly*, **24** (4), 363-369.
- Livshits, A., Machtinger, R., David, L.B., Spira, M., Moshe-Zahav, A., Seidman, D.S. (2009). Ibuprofen and acetaminophen for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertil Steri*, **91**,1877–80.
- Maniatielli, E., Zervas, Y., Halvasiotis, Tsartsara, E., Tzavara, C., Briana, D.D., Salakos, N. (2018). Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **31** (1), 47-52
- Martikainen, P. ve Valkonen, T. (1996). Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *J Epidemiol Community Health*, **50**, 264–268.
- McKinney, B., James, S.R., Murray, S.S. ve Ashwill, J.W. (2005). Maternal Child Nursing. (2nd ed). USA: Elsevier Saunders.
- Mete, S. (2013). Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki, *DEUHYO ED*, **6** (2), 93-98.
- Nirven, N. ve Diner, D. (2015). *Kaybetme "John Bowlby"*. (1nd ed). İstanbul: Pinhan Yayıncılık.
- NICE- National Institute for Health and Care Excellence (2013). Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London.
- Olgun, A., Eyi, E.G.Y. ve Mollamahmutoğlu, L. (2012). Gebelik terminasyonu endikasyonları: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

- 2000-2011. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, **8** (33):1358-1364.
- Oltuoğlu, H., Budak, F., Küçükkeleşçe, D. ve Günay, Ü. (2017). Abortusa başvuran kadınların kaygı durumlarının incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6** (2), 30-37
- Öner, L. ve Le Compte A. (1998). *Süreksiz Durumluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. (2nd ed). İstanbul: Boğaziçi Lisans Yayınları, 1-164.
- Özkan, S.(1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. Roche İlaç Sanayi A.Ş., İstanbul
- Özel, Ş., Üstün, Y.E. ve Avşar, F. (2017). Türkiye’de Gebelik terminasyonunun yasal durumu. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, **14** (1), 34-38.
- Perry, S.E. (2015). Perinatal Loss and Grief. İçinde, Green, C.J. (Ed). (2015). *Maternal Newborn Nursing Care Plans*. Burlington; Jorles and Barleste.
- Peritt, J.B., Burke, A. ve Edelman, A.B. (2013) Interruption of nonviable pregnancies of 24-28 weeks' gestation using medical methods: release date. *SFP Guideline #20133. Contraception*, **88**, 341.
- Pınar, Ş.E., Arslan, Ş., Polat, K., Çifti, D., Cesur, B. ve Dağlar, G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *DEUHYO ED*, **7** (3), 171-177.
- Pud, D. ve Amit, A. (2005). Anxiety as a predictor of pain magnitude following termination of first-trimester pregnancy. *PAIN MEDICINE*, **6**, 2.
- Ramdaney, A., Hashmi, S.S., Monga, M., Carter, R. ve Czerwinski, J. (2015). Support desired by women following termination of pregnancy for a fetal anomaly. *J Genet Counsel*, **24** (6), 60-952.
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 96-97.
- Rathfisch, G. (2015). *Gebelikten Anneliğe Yoga*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 19-23.
- Rathfisch, G. ve Güngör, İ. (2017). Doğum Eyleminde Ağrı İle Birliktelik. İçinde Beji, N.K (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (2nd ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 378-388.
- Rinehart, M. ve Kiselica, M. (2012). Helping men with the trauma of miscarriage. *American Psychological Association*. **47**, (3).
- Roberts, D.J., Lockwood, C.J. ve Barss, V.A. (2017). Evaluation of stillbirth. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.

- Roy, C. (2009). The adaption model.(3nd ed). New Jersey: Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 35-50.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2011, Kasım). The Care of Women Requesting Induced Abortion Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Reports. Erişim 09.05.2017, <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2010, Mayıs). Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales report of a working party. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Reports. Erişim 09.05.2017, <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>
- Saflund, K. ve Wredling, R. (2006). Differences within couples' experience of their hospital care and well-being three months after experiencing a stillbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, **85**, 1193-1199
- Scheidt, C.E., Waller, N., Wangler, J., Hasenburg, A. ve Kersting, A. (2007). Mourning after perinatal death--prevalence symptoms and treatment--a review of the literature. *Psychother Psychosom Med Psychol*, **57**(1),4-11.
- Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. CONSORT Statement 2010 Flow Diagram. *BMJ* 2010; **340**, c332. Erişim 22.01.2017, <http://www.consortstatement.org/consort-statement/flow-diagram>.
- Shreffler, K., Hill, T., Cacciatore, J. (2012). The impact of infertility, stillbirth, and child death on marital dissolution. *Journal of Divorce and Remarriage*, **53** (2), 91 - 107.
- Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. ve Steward, P. (1998). A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **105**, 1288-1295.
- Stroebe, M.S., Stroebe, W. ve Hansson, R. (2005). *Handbook Of Bereavement Theory, Research, and Intervention*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

- Steinauer, J., Barbieri, R. ve Falk, S.J. (2017). Overview of pregnancy termination. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Sutan, R., Amin, R.M., Ariffin, K.M., Teng, T.Z., Kamal, M.F. ve Rusli, R.Z. (2010). Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *Journal of Zhejiang University SCIENCE B*, **11**(3), 209–217.
- Sun, Shiwen., Ma, Y. Ve Lou, Q. (2018). Effects of a family-support programme for pregnant women with foetal abnormalities requiring pregnancy termination: A randomized controlled trial in China. *Int J Nurs Pract.*, **24**, 1-9.
- Surkan, P. J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G., ve Dickman, P. W. (2009). Social support after stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, **88**, 1358–1364.
<https://doi.org/10.3109/00016340903317974>.
- Swanson, K.M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, **40**, (3), 6-161.
- Swanson, K.M., Chen, H.T., Graham, J.C. ve ark. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couplesfocused interventions. *J Womens Health (Larchmt.)* **18**, 1245–57.
- Şahin, N.H. (2017). Doğurganlığın Düzenlenmesi. İçinde Beji, N.K (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. (2nd ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 161-162.
- Şahin, H.N. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; lisans öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10** (34), 56-73.
- Shear, M.K., Roy, P.P. ve Solomon D. (2018). Grief and bereavement in adults: Clinical features. *Wolters Kluwer*. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
- Şencan. H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 37-77.
- Taşkın, L. (2011). *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. (2nd ed). Ankara: Palme Yayıncılık, 133- 186.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara. Erişim Tarihi: 20.01.2016 <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>
- T.C. Resmi Gazetesi. (Aralık, 1983). *Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük*. Erişim 01.02.2018,

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/rahim_tahliye_steril_hizmetleri_yurut_denet_tuzuk.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, AÇSAP (2010). Aile planlaması danışmanlığı için resimli rehber. Erişim tarihi, 04.04.2017 <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/resimli%20rehber-2010.pdf>

Tektaş, P. ve Çam, O. (2017). The Effects of Nursing Care Based on Watson's Theory of Human Caring on the Mental Health of Pregnant Women After a Pregnancy Loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, **31**, 440–446.

The American College of Obstetricians and Gynecologist. (Mart, 2014). *Medical Management of First – Trimester Abortion*. ACOG Practice Bülleten. Erişim 11.05.2018, <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Medical-Management-of-First-Trimester-Abortion>

The American College of Obstetricians and Gynecologist. (Mart, 2009). *Management of Stillbirth*. ACOG Practice Bülleten. Erişim 11.05.2018, <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid:19300347>

Toedter, L.J., Lasker, J.N. ve Janssen, H.J.E.M. (2001). International comparison of studies using The Perinatal Grief Scale: a decade of research of pregnancy loss. *Death Studies*, **25**, 205-228.

Turton, P. ve Hughes, P. (2009). Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase 2 of a nested case-control cohort study. *Archives of Womens' Mental Health*, **12** (1), 35-41.

Turankar, A.V., Jain, S., Patel, S.B., Sinha, S.R, Joshi, A.D., Vallish, B.N. ve ark. (2013). Effects of slow breathing exercise on cardiovascular functions, pulmonary functions & galvanic skin resistance in healthy human volunteers - a pilot study. *Indian Journal of Medical Research*, **137**(5), 916-921.

Turan, Ö., Tarım, E., Kalaycı, H. ve Özdemir, H. (2013). Çukurova bölgesinde gebelik terminasyonunu etkileyen faktörler. *XIV. Ulusal Perinatoloji Kongresi Bildiri Özetleri*, **21**, 77-78.

Türk Ceza Kanunu. Erişim Tarihi: 25.03.2018 <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>

Türkiye İstatistik Kurumu (Eylül, 2017a). *Ölüm Nedeni İstatistikleri*. Erişim 21.05.2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id:1083

- Türkiye İstatistik Kurumu (Eylül, 2017b). *Gelir Dağılımı ve Yaşam Koşulları İstatistikleri*. Erişim 21.05.2018, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id:1083
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Kasım, 2014). Erişim 01.02.2018, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Türk Psikologlar Derneği (2014). *Stresle Etkili Başa Çıkma Yöntemi: Gevşeme Egzersizleri*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları
- Uyumaz, A. ve Avcı, Y. (2016). Türk hukuku'nda gebeliğin sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 1 - 60.
- Yörük, S., Türkmen, H., Yalnız, H. ve Nebioğlu M. (2016). Gebelikte yas, kayıp ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6 (3), 207-212.
- Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2nd ed). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık
- Volkan, V.D. ve Zintl, E. (2017). *Kayıptan Sonra Yaşamak*. (1nd ed). Ankara: Pusula Yayınevi.
- Yılmaz S.D. ve Nezihe, K.B. (2013). Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery*, 29, 1272–1277
- Zieman, M., Fong, S.K., Benowitz, N.L., Banskter, D. ve Darney, P.D. (1997). Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstet Gynecol*, 90 (1):88-92.
- Wewers, M.E. ve Lowe, N.K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health*, 13, 227-236.
- Worden, J.W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy*. (4nd ed). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Wiebe, E. (2001). Pain control in medical abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 74, 275-280.
- WHO, World Health Organization (1995). *GENEVRE: Complications Of Abortiton*.
- WHO, World Health Organization. *Congenital anomalies*. (2016). Erişim 07.07.2018, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/>
- Queensland Clinical Guidelines. (Nisan, 2013). *Maternity and Neonatal Clinical Guideline. Queensland Clinical Guidelines: Therapeutic Termination Of Pregnancy*. Erişim 01.02.2018, www.health.qld.gov.au/qcg
- Queensland Clinical Guidelines. (Mart, 2018a). *Stillbirth Care*. Erişim 01.02.2018, www.health.qld.gov.au/qcg

Queensland Clinical Guidelines. (Nisan, 2018b). *Grief After Baby Dies*. Erişim
05.05.2018, www.health.qld.gov.au/qcg



EKLER

EK 1. Gönüllü Olur Formu – Deney Grubu

Ek 2. Gönüllü Olur Formu – Kontrol Grubu

EK 3. Hasta Tanıtım Formu

EK 4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

EK 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

EK 6. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu

EK 7. Görsel Kıyaslama Ölçekleri ve Vital Bulgular

EK 8. Perinatal Yas Ölçeği (33- Maddeli Kısa Formu)

EK 9. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kurum İzni

EK 10. Etik Kurul Kararı

EK 11. Gebelik ve Doğum Rehberliği Eğitici Eğitimi Sertifikası

EK 12. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu - Eğitim Atlası

EK 13. Hasta Bilgilendirme Broşürü

Ek 14. Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması

Ek 1. Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu İçin)

Ben, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. Gebeliğin tıbbi terminasyonu kararı alınan kadınlarla çalışmaktayım. Bu süreçte sizlerin bakım gereksinimlerinizi belirleyebilmek ve hemşirelik bakımını verebilmek için geliştirdiğim hemşirelik destek programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayım.

Çalışmamızın deney grubuna dahil olacaksınız. Size bu süreçte danışmanlık görüşmeleri yapılacak ve bakım gereksinimleriniz karşılanacaktır. Bu testteki sorular, sizin geçmiş ve bugün yaşamış olduğunuz duygu, düşünce ve deneyimlerinizle ilgilidir. Lütfen, sorularda, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Bu testte, 'doğru' ya da 'yanlış' cevap yoktur. Eğer nasıl cevaplayacağınız hakkında tam emin değilseniz, size en uygun cevabı seçiniz. Lütfen, bu testi sessiz bir ortamda ve yalnız cevaplayınız. Testi istediğiniz süre içinde doldurabilirsiniz.

Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket çalışmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ya da bağlı bulunduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Çalışmamızda yaklaşık 3 (üç) ay boyunca belirli aralıklarla takip edileceksiniz. Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size uygulanacak görüşmelere izin verme sürecine ilişkin sizin belirleyeceğiniz bir kişi, görüşme tanığı olarak katılabilir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu bilgiler sadece yetkili kişiler ve etik kurul tarafından görülecektir. Muhtemel zarar görülme veya sorunuz olduğu durumunda aşağıdaki telefon numarasından bana ulaşabilirsiniz;

Teşekkür ederim.

Araştırmacının adı: Meltem KAYDIRAK

İmzası:

Telefon: 0(532) 202 77 86

Gönüllü Katılımcının Adı, Soyadı:

Telefon:

Tarih:

İmza

Ek 2. Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu İçin)

Ben, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. Gebeliğin tıbbi terminasyonu kararı alınan kadınlarla çalışmaktayım

Bu testteki sorular, sizin geçmiş ve bugün yaşamış olduğunuz cinsel deneyimlerle ilgilidir. Lütfen, sorularda, size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz. Bu testte, 'doğru' ya da 'yanlış' cevap yoktur. Eğer nasıl cevaplayacağınız hakkında tam emin değilseniz, size en uygun cevabı seçiniz. Lütfen, bu testi sessiz bir ortamda ve yalnız cevaplayınız. Testi istediğiniz süre içinde doldurabilirsiniz.

Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstedığınız anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Anket çalışmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyecek ya da bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'dan herhangi bir ücret alınmayacaktır. Size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınan bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Çalışmamızda 1 (bir) yıl boyunca belirli aralıklarla takip edileceksiniz. Okuma- Yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size uygulanacak görüşmelere izin verme sürecine ilişkin sizin belirleyeceğiniz bir kişi, görüşme tanığı olarak katılabilir. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Bu bilgiler sadece yetkili kişiler ve etik kurul tarafından görülecektir. Muhtemel zarar görülme veya sorunuz olduğu durumunda aşağıdaki telefon numarasından bana ulaşabilirsiniz;

Teşekkür ederim.

Araştırmacının adı: Meltem KAYDIRAK

İmzası:

Telefon: 0(532) 202 77 86

Gönüllü Katılımcının Adı, Soyadı:

Telefon:

Tarih:

İmza:

EK 3. Hasta Tanıtım Formu

➔ Bölüm 1

Adınız Soyadınız:

1. Yaşınız:

2. Medeni durumunuz:

- a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

3. Kaç yıllık evlisiniz?

4. Aile yapınız :

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile

5. Eğitim durumunuz?

- a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Lisans ve üstü

6. Bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

7. Sağlık güvenceniz var mı?

- a) Evet b) Hayır

8. Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

9. Gebeliğe ilişkin bilgiler

Gebelik haftası:

Gravida:

Doğum sayısı:

Yaşayan çocuk sayısı:

Son gebelikten bu yana geçen süre: (ay)

10. Bu planlı bir gebelik miydi?

- a) Evet b) Hayır

11. Şu anki gebeliğiniz için infertilite tedavisi oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

Evet ise cevabınız kaçınıcı tedavi de gebe kaldınız.....

12. Bebeğinizin cinsiyeti?

- a) Kız b) Erkek

13. Yaşadığınız bu süreci 2 – 3 cümle ile nasıl değerlendirirsiniz?

.....

14. Son 1 ay içerisinde yakın birini kaybettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

15. Son 6 ay içerisinde yakın birini kaybettiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

Hasta Tanıtım Formu ➔ 2. Bölüm**Anket No:****Tel No:****Gebelik Sonlandırma Tarihi:**

1.Randevu	2.Randevu	3.Randevu	4.Randevu	5.Randevu

1. Daha önce gebelik sonlandırma yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır

Cevabınız evet ise;

- a) Düşük Zamanı.....
b) Ölü doğum..... Cinsiyeti.....
c) Neonatal ölüm.....Zamanı.....
d) Küretaj..... Zamanı.....

2. Gebeliği sonlandırma endikasyonu

- a) Yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler ve mental retardasyon
() Anensefali () Spina bifida () Ağır hidrocefali () Polikistik böbrek
() Diğer.....
b) Majör kromozom bozuklukları
() Down sendromu () Diğer
c) Teratojenler
() Radyasyon () Rubella, Sitomegalovirüs, Toxoplasma () İlaç kullanımı
d) Anne sağlığını tehdit eden hastalıklar
() Kalp – damar hastalığı () Hematolojik hastalıklar
() Genetik hastalıklar () Böbrek hastalığı
() Nörolojik hastalıklar () Tümörler
() Diğer

EK 4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bazı ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyarak, o anda nasıl hissettiğinizi sizce en iyi ifade eden cevabı işaretleyin.

Teşekkürler.

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen
21	Genellikle keyfim yerindedir				
22	Genellikle çabuk yorulurum				
23	Genellikle kolay ağlarım				
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30	Genellikle mutluyum				
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32	Genellikle kendime güvenim yoktur				
33	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35	Genellikle kendimi hüznü hissedirim				
36	Genellikle hayatımdan memnunum				
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

EK 5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen gebelik sonlandırmayı düşünerek sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığını karar verdiğiniz ifadeyi işaretleyin.

Teşekkürler.

	Sizi ne kadar tanımıyor, Size ne kadar uygun			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tamamen
Gebelik sonlandırma konusunda;				
1-Kimsenin bilmesini istemiyorum				
2-İyimser olmaya çalışıyorum				
3-Bir mucize olmasını bekliyorum				
4-Olayı büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışıyorum				
5-Başta gelen çekilir diye düşünüyorum				
6.Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışıyorum				
7-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8-Olayın değerlendirmesini yaparak en iyi kararı verdim				
9-İçinde bulunduğum bu kötü durumu, kimsenin bilmesini istemiyorum				
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kaybetmiyorum				
11-Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamıyorum				
12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışıyorum				
13-İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14-Mutlaka bir yol bulabileceğime inanıyor, bunun için çabalıyorum				
15- sağlıklı atlatabilmem için adak adadım				
16-Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde buluyorum				
17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanıyorum				
18-Olaydan olumlu bir şey çıkarmaya çalışıyorum				

20-Problemi adım adım çözmeye çalışıyorum				
21-Mücadeleden vazgeçiyorum				
22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünüyorum				
23-Hakkımı savunabileceğime inanıyorum				
24-Bu olay karşısında kaderim buymuş diyorum				
25-Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünüyorum				
26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı düşünüyorum				
27-Benim suçum ne diye düşünüyorum				
28-Hep benim yüzümden oldu diye düşünüyorum				
29-Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışıyorum				
30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni mutlu ediyor				

EK 6. Rol Fonksiyon Alanına Yönelik Adaptasyon Değerlendirme Formu

Aşağıdaki ifadeleri yanıtlarken son zamanlarda yaşadığınız mevcut duygu ve düşüncelerinizi düşünün. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun gelen seçeneği işaretleyin.

Teşekkürler.

	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Oldukça Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1.Kendime vakit ayıramıyorum.				
2.Kendimi eskisi kadar değerli hissetmiyorum.				
3. Eşime yeterli vakit ayırabiliyorum.				
4. Bakımından sorumlu olduğum kişilerin (çocuk, anne, baba, eş) bakımını sürdürmede zorlanıyorum.				
5.Aile üyeleri ile aramdaki iletişimde bir değişme olmadı.				
6. Arkadaşlarımla eski sıklıkta görüşmek istemiyorum.				
7.Ev işleri, işe gitme, alışveriş yapma gibi yapmam gereken zorunlu işleri yapmak istemiyorum.				

EK 7. Görsel Kıyaslama Ölçeği ve Vital Bulgular

Anket No:

1. Ailenizden ya da çevrenizden size destek olan yakınlarınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

Evet ise kim (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz):

- a) Eşim
b) Annem
c) Babam
d) Arkadaşım
e) Diğer.....

2. Yakınlarınız ve çevrenizden aldığınız sosyal desteğin derecesini belirtiniz. Aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz.

1	10
Hiç destek almadım	Çok fazla destek aldım

3. Son bir gününüzü genel olarak değerlendirdiğinizde uykusuzluk durumunuzu ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç uyuyamadım	Çok iyi uyudum

4. Son 12 saat içerisinde bulantı ya da kusma şikayetini ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç bulantı-kusma olmadı	Çok şiddetli bulantı-kusma oldu

5. Son zamanlarda (gebelik sonlandırma kararına kadar olan süreçte) **ıştahnızda** bir değişiklik oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

6. Ağrı değerlendirme skalası:

- Geçiş fazındaki hissettiğiniz ağrının şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç ağrı yok	Şiddetli ağrı var

- Doğum anındaki (ekspulsiyon fazındaki) hissettiğiniz ağrının şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç ağrı yok	Şiddetli ağrı var

- Doğum sonrası 2. saatte (erken postpartum dönem) hissettiğiniz ağrının şiddetini aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç ağrı yok	Şiddetli ağrı var

7. Doğum ağrısı esnasında **bulantı ya da kusma** şikayetini ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç bulantı-kusma olmadı	Çok şiddetli bulantı-kusma oldu

8. Postpartum 1. gün: Son bir gününüzü genel olarak değerlendirdiğinizde **uykusuzluk** durumunuzu ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç uyuyamadım	Çok iyi uyudum

9. Bu süreci değerlendirdiğinizde baş etme durumunuzu ölçek üzerinde işaretleyiniz;

1	10
Hiç Baş edemedim	Çok iyi Baş ettim

10. Doğumdan sonraki dönemde **iştahınızda** bir değişiklik oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

Vital Bulgu Tablosu

Tarih	Tansiyon	Nabız	Ateş	Solunum S.	Not

*Prepartum → Latent Faz → Aktif Faz	*Partum → İnnatal Dönem	*Postpartum → 1. St → 4. St → 24.st
--	-------------------------	---

Ek 8. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyonu)

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

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

EK 9. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Kurum İzni

Tarih ve Sayı: 09/02/2016-50147



T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı :54073746-806.01.03-
Konu :Etik Kurul Değerlendirilmesi

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

03.02.2016 tarihli Akademik Kurul Toplantımızda alınan karar gereği, Sorumlu araştırmacılığını Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Ergül Aslan' ın üstelendiği, araştırma görevlisi Meltem Mecdi Kaydırak' ın " Tıbbi Terminasyon Yapılan Gebelerde Roy Adaptasyon Kuramı ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı Doğrultusunda Yapılan Destek Programının Etkinliği" isimli tezin Etik Kurulda değerlendirilmesi için gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Önay YALÇIN
Anabilim Dalı Başkanı

EK :
03.02.2016 tarihli Akademik Kurul Kararımız

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEAC5KF5R

Ayrıntılı bilgi için irtibat : İlknur ÖZBEY Dahili : 31487

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL

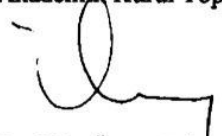
Tel : (212) 635 1150 Fax : (212) 635 2675

e-posta : itfkadindogum@gmail.com Elektronik Ağ : <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>

Sayı: 54073746/

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

03.02.2016 tarihinde Anabilim Dalımızda yapılan Akademik Kurul Toplantısında aşağıdaki konular görüşülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.


Prof. Dr. Önay Yalçın
Anabilim Dalı Başkanı

1- Sorumlu Araştırmacılığını Prof.Dr.Önay Yalçın' ın üstlendiği ve Doç.Dr.Funda Güngör Uğurlucan' nın yürüteceği "Türkiye' de Alt Üriner Sistem Semptomları Fekal İnkontinans Kronik Pelvik Ağrı ve Cinsel Disfonksiyon Prevelansı ve Risk Faktörleri" isimli çalışmanın Etik Kurul tarafından değerlendirilmesine karar verildi

2- Dr.İrem Demiral' ın "Konjenital ve Edinsel Nöroproliferatif Vulvar Vestibulitis Sendromu Olgularında TNF-Alfa, IL-1Beta, Lenfoid Doku Hücrelerinin İmmün Aktivasyondaki Yeri ve Patofizyolojideki Rolü" başlıklı tezinin Etik Kurulda değerlendirilmesine karar verildi

3-Tez Danışmanlığını Prof.Dr.Bülent Ergun' un üstlendiği ve Anabilim Dalımızda görevli Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Cansu Kızıto' ya "Abdominopelvik Kitlelerde HE4 ve CA125' in Tanısal Değeri " başlıklı tezin verilmesine ve tezin Etik Kurulda değerlendirilmesine karar verildi

4- Sorumlu araştırmacılığını Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Ergül Aslanın üstlendiği, araştırma görevlisi Meltem Mecdi Kaydırakın " Tıbbi Terminasyon Yapılan Gebelerde Roy Adaptasyon Kuramı ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı Doğrultusunda Yapılan Destek Programının Etkinliği" isimli tezinin Etik Kurulda değerlendirilmesine karar verildi

5- Hemşirelik Fakültesi öğretim üyesi Prof.Dr.Nevin Hotunşahin' in yürütücü olduğu "Menapoz Dönemindeki Kadınların Menapoz Semptomları ile Başetme Yöntemlerinin Belirlenmesi" isimli çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasına karar verildi

6- Anabilim Dalımızda görevli Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Tural İsmailov' un tez sınavına girmesine ve tez sınavı jüri üyelerinin Prof.Dr.Önay Yalçın, Prof.Dr.Ahmet Büyükkören ve Prof.Dr.Altay Gezer, yedek jüri üyelerinin Prof.Dr.Abdullah Turfanda ve Prof.Dr.Halil Saygılı' dan oluşmasına karar verildi

7- Anabilim Dalımızda görevli Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Dr.Bahar Yüksel ' in tez sınavına girmesine ve tez sınav jürisinin Prof.Dr.Önay Yalçın, Prof.Dr.Halil Saygılı ve Prof.Dr.Altan Gezer, yedek jüri üyelerinin Prof.Dr.Abdullah Turfanda ve Prof.Dr. Ahmet Büyükkören' den oluşmasına karar verildi

Ek 9-1 Devamı İTF Dekanlık İzni



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Meltem MECDİ KAYDIRAK'ın
Anket Çalışma İzni

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı)

İlgi :08/12/2015 tarihli, 386928 sayılı yazı

Fakülteniz Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ergül ASLAN'ın sorumluluğunda Meltem MECDİ KAYDIRAK'ın yürüteceği "*Perinatal Yaş Ölçeği (33-Maddeli Kısa Versiyon) : Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması* " başlıklı anket çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 20.01.2016 tarihinde toplanan Yönetim Kurulunca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza
Prof. Dr. Ümit Dilber TÜRKÖĞLU
Dekan Yardımcısı

EK :
20.01.2016 Tarihli Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 20/01/2016
Toplantı No : 2
Karar No : 35

İ.O. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ergül ASLAN'ın sorumluluğunda Meltem MECDİ KAYDIRAK'ın yürüteceği "*Perinatal Yaş Ölçeği (33-Maddeli Kısa Versiyon) : Türkçe Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması*" konulu anket çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmza
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri
Yönetim Kurulu Raportörü

EK 10. Etik Kurul Kararı



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.20835
 Konu : Etik Kurulu Hk.

20/10/2016

Sayın Meltem Mecdi Kaydırak

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09/12/2015 tarihli 622 karar no ile onay verilen "Tıbbi Terminasyon Yapılan Gebelere Roy Adaptasyon Kuramı ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı Doğrultusunda Yapılan Destek Programının Etkinliği" isimli çalışma başlığının "Tıbbi Terminasyon Kararı Alınan Gebelere Roy Adaptasyon Modeli Doğrultusunda Geliştirilen Destek Programının Etkinliği" olarak değiştirilmesi talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
 Etik Kurulu Başkanı



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



E-İmza'dır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.4660
Konu : Etik Kurulu Kararı

14/12/2015

Sayın Meltem MECDİ KAYDIRAK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Tıbbi Terminasyon Yapılan Gebelerde Roy Adaptasyon Kuramı ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı Doğrultusunda Yapılan Destek Programının Etkinliği" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 14.12.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
İzmir Köprü: <http://sys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmat/onCodeDocumentViewer.aspx?Code=6C7C34A9X8>

Kavacık Mahallesi Ekinçiler Caddesi No: 10

Scanned with CamScanner

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Tıbbi Terminasyon Yapılan Gebelerde Roy Adaptasyon Kuramı ve Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı Doğrultusunda Yapılan Destek Programının Etkinliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Meltem MECDİ KAYDIRAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	17.11.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	17.11.2015		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	Karar No: 622	Tarih: 09/12/2015		
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Haneî ÖZBEK

Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Tanguî MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Haneî ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Pulko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Yrd. Doç. Dr. İlker KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

* :Toplarsda Belirtilir

Ek 11. Gebelik ve Doğum Rehberliği Eğitici Eğitimi Sertifikası

 İ.C. İSTANBUL ŞİŞLİ MESLEK YÜKSEKOKULU	Gebelik ve Doğum Rehberliği (Doğum Koçluğu) Eğitici Eğitimi Sertifikası	 İstanbul Eğitim Vakfı
Meltem Mecdi KAYDIRAK		
İstanbul Eğitim Akademisi ve T.C. Şişli Meslek Yüksekokulu İş birliği ile 12.09.2015 - 17.09.2015 tarihleri arasında düzenlenen Doğum Koçluğu sertifika programı' nı başarıyla tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.		
İstanbul Eğitim Akademisi Program Koordinatörü Selma N. İNAN	Şişli Meslek Yüksekokulu Doç. Dr. Cihan ERDÖNMEZ	

Ek 12. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Eğitim Atlası**GEBELİĞİN TIBBİ TERMİNASYONU***Eğitim Atlası***Araş. Gör. Meltem MECDİ KAYDIRAK****Doç. Dr. Ergül ASLAN**

**İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

Kasım- 2016

Ek 13. Hasta Bilgilendirme Broşürü

Ek 14. Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması

Tıbbi Terminasyon Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması			
Otu No	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
Oturum I	- Tanışma - Uygulama planı hakkında bilgi paylaşımı - Gebeliğin tıbbi terminasyon kararı hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşımı - Hastaneye kabul/yatış süreci konusunda bilgi verme - Anksiyete ve stres ile baş etme konusunda bilgi verme	Anlatım Soru - cevap Tartışma Demonstrasyon (60dak.)	<i>Kadının;</i> - Güven duyması - Yaşadığı fetal kayba yönelik duygu ve düşüncelerini ifade etmesi - Daha önce kullandığı başarılı baş etme yöntemlerinin saptaması - Baş etme yöntemlerinin tekrar kullanılmasının sağlanması - Anksiyete ve stres ile baş etmesi için gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi - Gebeliğin tıbbi terminasyonu için hastaneye kabul ve hastane prosedürü konusundaki bilgilendirilmesi
İçerik Planı; <i>Hemşire;</i> Hedef 1. Empati ile yaklaşır			

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TIBBİ TERMİNASYON KARARI ALINAN GEBELERE ROY ADAPTASYON MODELİ DOĞRULTUSUNDA GELİŞTİRİLEN DESTEK PROGRAMININ ETKİNLİĞİ

ORJİNALLİK RAPORU

%**4**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**3**

İNTERNET
KAYNAKLARI

%**3**

YAYINLAR

%**1**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

www.phdernegi.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

2

www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org

İnternet Kaynağı

<%**1**

3

mucizyedokun.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

4

www.scribd.com

İnternet Kaynağı

<%**1**

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Meltem	Soyadı	Mecdi KAYDIRAK
Doğ.Yeri	Weissenburg – (D)	Doğ.Tar.	04.06.1987
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	49825289894
Email	meltemecdi@gmail.com	Tel	0 532 202 77 86

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	Halen
Yük.Lis.	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2013
Lisans	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2010
Lise	İzmir Hulusi Ucaçelik Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak.	2014-halen
2.	Araştırma Görevlisi	Bezm-i Alem Üniversitesi	2014 (3ay)
3.	Hemşire	İstanbul Tıp Fakültesi	2010 - 2014

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
	İyi	İyi	İyi	65	İELTS – 6,5

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MICROSOFT OFFICE	İYİ
SPSS	İYİ

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

1. Kaydırak, M.M, Beji, N.K. ve Zengin, M. (2017). İnfertil Çiftlerin Değerlendirilmesi ve Hemşirenin Rolü. Nurdan Demici, Kızılkaya Beji Nezihe. *İnfertilite Hemşireliği El Kitabı*. Nobel Tıp Kitabevleri
2. Küçük, N., Kaydırak, M.M., Bilge, Ç.A. ve Hotun, N.Ş. (2018). Kadınlarda obezitenin benlik saygısı ve cinselliğe etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, **19** (2), 126-134.
3. Köneş, M., Kaydırak, M.M., Aslan, E. ve Yıldız, H. (2017). The Perinatal Grief Scale (33-item short version): validity and reliability of the Turkish version. *Anadolu Psikiyatri Derg.*, 18 (3), 231-236
4. Fışkın, G., Kaydırak, M.M. ve Oskay, Ü. (2017). Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. *Worldviews On Evidence-Based Nursing*, **14** (1), 55-64.
5. Bilge, Ç., Kaydırak, M. ve Aslan, E. (2016). Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(3), 31-38.
6. Mecdi, M. ve Hotun N. (2015). Gebelikte ağız ve diş sağlığı. *STED*, 2015 24(4),163 – 168.
7. Mecdi M. ve Kızılkaya N. (2014). Gestasyonel diyabet gelişen gebelerin postpartum süreçte diyabet taramasına gitmelerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **22** (1),30-39.
8. Mecdi, M. ve Rathfich, G. (2013). Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. İstanbul Lisans Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **21**, 129-138
9. Gokyildiz, S., Aslan, E., Beji, N.K. ve Mecdi, M. (2013). The effects of menorrhagia on women's quality of life: a case-control study. *ISRN Obstetrics and Gynecology*, **1**, 1 – 7.

Uluslararası Bilimsel Toplantılar

1. Gebelerin Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. 1. Uluslararası 2. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi 23 – 24. Mart 2018 (Sözel Sunum: Arş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Prof. Dr. Nevin Hotun Şşhin)
2. Cerrahi Menopozun Cinsel Yaşam Üzerine Etkileri. Uluslararası 2. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi 23 – 24. Mart 2018 (Poster:Arş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Prof. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay)
3. Postpartum Kanama Değerlendirilmesinde Yeni Bir Yaklaşım: Postpartum Kanama Skorum. Uluslararası 2. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi 23 – 24. Mart 2018 Sözel Sunum: Duygu Dişli, Arş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Prof. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay)
4. Küçük N., Kaydırak M., Bilge Ç. "Evaluation Of The Effect Of Obesity On Self-Respect And Sexuality In Women", 6th World Nursing And Healthcare Conference, London, İngiltere, Sözel Sunum, 16-17 Ağustos 2016, Vol.5, No.4, pp.187-189
5. Bilge Ç., Kaydırak M., Aslan E., The Effects Of Gynecological Cancer On Sexual Life, 6th World Nursing & Healthcare Conference, Londra, İngiltere, 15-17 Ağustos 2016, Sözel Sunum, pp.325-325
6. Adak T., Baykal Ü., Mecdi M. Hemşirelerin Depreme İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi, Uluslararası Afet 14-Kongresi, İstanbul, Türkiye, 31-2 Ekim 2014,Sözel Sunum, pp.10-10
7. Yurtçiçek, A., Aslan, E., Kaydırak, M.M. (2017).Gebelikte görülen jinekolojik kanserler ve hemşirelik bakımı. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Kongre Özet Kitabı s.259-260, 5-6 Ekim 2017, Kocaeli
8. Kaydırak, M.M, Şahin, N.Ş. (2017). Gebelikte Ağız Ve Diş Sağlığını Geliştirmeye Yönelik Verilen Danışmanlığın Önemi. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, Kongre Özet Kitabı s.259-260, 5-6 Ekim 2017, Kocaeli

Ulusal Bilimsel Toplantılar

1. Sağlıklı ve Riskli Gebelerde Duygusal Zekâ İle Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, (Poster: Zuhal Ertürk, Rümeyza Balatlıoğlu, Arş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Prof. Dr. Ümran Yeşiltepe Oskay)
2. Kronik Pelvik Ağrı Ve Hemşirelik Yaklaşımı, Pelvik Rehabilitasyon Kongresi, İstanbul, Türkiye, 5-6 Mayıs 2017, (Araş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak)

3. Menopoz Dönemindeki Kadınların Menopoz Semptomları İle Baş etme Yöntemlerinin Belirlenmesi, 15. Ulusal Hemşirelik Öğreci Kongresi, Eskişehir, Türkiye, 28 Mayıs - 29 Nisan 2016, (Sözel Sunum: Öğrenci Seval Kandemir, Arş. Gör. Meltem Mecdi Kaydırak, Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin).
4. Kaydırak, M., Kızılkaya Beji N. Gebelik Ve Doğumda Pelvik Tabanı Koruyucu Yaklaşımlar Ve Hemşirenin Rolü. 7. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, İstanbul, Türkiye, 14-17 Ekim 2015, ss.1-1., sözel Sunum,
5. Fışkın G., Mecdi M., Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerde Psikososyal Uyum Ve Depresif Belirti Gösterme Durumlarının Belirlenmesi. 12. Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kongresi, Bursa, Türkiye, 5-8 Mart 2015, ss.1-2, sözel sunum.

Katıldığı Eğitim/Kongre/Sempozyum/Kurslar

6. Haptonomi Kursu Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği 22 Mart 2018
7. Ölüm Riski Yüksek Hastalarla Çalışma Kursu, Onkoloji Hemşireliği Derneği İstanbul, 27 – 28 Ekim 2017
8. TJOD Bilimsel Pazar Toplantısı. İnfertilite Hemşireliği Programı, 29 EKİM 2017, Pazar, Hilton Kozyatağı Otel (Konuşmacı)
9. Doğum Koçluğu ve Eğitici Eğitimi Sertifikası, Şişli Meslek Yüksek Okulu, 2015
10. Üriner İnkontinans Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multiidisipliner Yaklaşım Kursu, İstanbul Tıp Fakültesi, 2014
11. Zor Şartlarda CPR Uygulamaları Kursu, Bezmi Alem Üniversitesi Uluslararası Afet Kongresi, 2014

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

