

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

**WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ
GEBELİK KAYBI YAŞAYAN GEBELERİN
RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ**

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

Pınar TEKTAŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2015

T. C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK BAKIMININ
GEBELİK KAYBI YAŞAYAN GEBELERİN
RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

Doktora Tezi

Pınar TEKTAŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Adı Soyadı:

İmza:

Başkan: Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

(Danışman)

Üye: Prof.Dr. Hülya OKUMUŞ

Üye: Prof. Dr. Fatma DEMİRKİRAN

Üye: Doç. Dr. Oya KAVLAK

Üye: Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 20.11.2015

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim süresince beni her zaman destekleyen, deneyimlerini, içtenliğini, samimiyetini esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. M. Olcay ÇAM' a,

Araştırma süreci boyunca verdikleri değerli önerilerden ve katkılardan dolayı Sayın Doç. Dr. Oya KAVLAK'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN'a,

İnsan Bakım Modeli'nin teorisi ve uygulaması ile ilgili bilgi ve deneyimlerini paylaştan Sayın Yrd. Doç. Dr. Yeter DURGUN OZAN ve Sayın Yrd. Doç. Dr. İlkey ÖZKAN'a,

Tezimin istatistik değerlendirmesinde destek ve görüşlerini paylaştan Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araşt. Gör. Dr. Ali CEYLAN' a,

Verilerimi uygun koşullarda toplamamı sağlayan Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği hekimlerine ve tüm personeline,

Araştırmama katılmayı kabul eden, acılarını, hüznlerini, hayallerini ve umutlarını benimle paylaştan tüm Annelere,

Bu zorlu süreçte beni her zaman destekleyen, sonsuz sabır ve anlayış gösteren sevgili eşime,

Bu süreçte hayatımıza katılan ve hayatıma yeni bir anlam katan canım kızım İNCİM' e çok teşekkür ederim.

İzmir

Pınar TEKTAŞ

20.11.2015

ÖZET

WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ HEMŞİRELİK BAKIMININ GEBELİK KAYBI YAŞAYAN GEBELERİN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ

Amaç: Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanmalarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Deneysel, öntest-son test düzeni kullanılarak yapılan randomize kontrollü bir çalışmadır. İki üniversite hastanesinde yürütülmüştür. Girişim grubuna Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Girişim grubunda 68, kontrol grubunda 60 olmak üzere toplam 128 gebe araştırmaya alınmıştır. Veriler tanıtıcı bilgi formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler, Ki-Kare testi, t testi, Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi ve Intention to Treat analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Girişim ve kontrol grubunun girişim sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.000$).

Sonuç: Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin anksiyete, depresyon ve umutsuzluk düzeylerinde azalma, prenatal bağlanma düzeylerinde ise artış olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik Kaybı, Depresyon, Anksiyete, Prenatal Bağlanma, Watson İnsan Bakım Modeli

ABSTRACT

EFFECTS OF NURSING CARE BASED ON WATSON' THEORY OF HUMAN CARING ON THE MENTAL HEALTH OF WOMEN IN PREGNANCY SUBSEQUENT TO PREGNANCY LOSS

Objective: Evaluate the nursing care program based on Watson' Theory of Human Caring on the the anxiety, depression, hopelessness and prenatal attachment levels of pregnant women subsequent to pregnancy loss.

Method: This research employed experimental, randomized, controlled study using pretest-post test design. This research is conducted at two university hospitals. Nursing care based on Watson's Theory of Human Caring was applied to the intervention group. The number of women was 128 in total, 68 in the intervention group, 60 in the control group. Data were collected through personal information form, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Beck Hopelessness Scale and Prenatal Attachment Inventory. Data were evaluated with chi-square, t test, mannwhitney-u, kruskal wallis and intention to treat analysis.

Findings: After intervention statistically significant differences was found between the intervention and control group according to their Beck Anxiety, Beck Depression, Beck Hopelessness and Prenatal Attachment scores ($p=0.000$).

Conclusion: It was determined that nursing care based on Watson's theory of human caring decreases the anxiety, depression and hopelessness level and increases the prenatal attachment level of women in pregnancy subsequent to pregnancy loss.

Key words: Pregnancy Loss, Depression, Anxiety, Prenatal Attachment, Watson's Theory of Human Caring.

İçindekiler

ÖZET.....	I
ABSTRACT	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Sayıtlılar	6
1.3. Sınırlılıklar	6
1.4. Karşılaşılan Güçlükler.....	6
1.5. Araştırmanın Amacı	6
1.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	6
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Kayıp	7
2.2. Gebelik Kaybı	9
2.2.1. Gebelik Kaybı ve Yas	10
2.2.2. Gebelik Kaybına Babanın Yanıtı	12
2.2.3. Gebelik Kaybına Diğer Aile Üyeleri Ve Arkadaşların Yanıtı	13
2.2.4. Gebelik Kaybında Profesyonel Yaklaşım	13
2.2.5. Gebelik Kaybında Hemşirelik Yaklaşımı	15
2.3. Gebelik Kaybının Sonraki Gebeliğe Etkisi	20
2.4. Watson'ın İnsan Bakım Modeli	25
2.4.1. İnsan Bakım Modeli'nin Temel Varsayımları	27
2.4.2 İnsan Bakım Modeli'nin Yapısını Oluşturan Kavramlar	28
2.4.3.İnsan Bakım Modeli'nin Araştırma ve Uygulamaya Yansıması	35
2.4.4. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği.....	37
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3. 1. Araştırmanın Tipi	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	38
3.3. Evren ve Örneklem	38
3.3.1. Deney ve Kontrol Grubu İçin Örnekleme Alma Kriterleri	38
3.3.2. Örneklem Büyüklüğü	38

3.3.3. Randomizasyon	39
3.4. Hemşirelik Bakım Programını Hazırlama ve Uygulama Süreci	43
3.4.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar	43
3.4.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar	48
3.4.3. Araştırmanın Kavramsal-Deneysel ve Kuramsal Yapısı	48
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	50
3.6. Veri Toplama Araçları	50
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	50
3.6.2. Beck Anksiyete Ölçeği	50
3.6.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği	51
3.6.4. Beck Depresyon Ölçeği	51
3.6.5. Prenatal Bağlanma Ölçeği	52
3.7. Araştırmanın Planı	53
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	54
3.9. Araştırma Etiği	56
4. BULGULAR	57
4. 1. Bölüm 1	58
4.1.1. Gebelerin Sosyo Demografik Özellikleri	58
4.1.2. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı	59
4.1.3. Gebelerin Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamaları	60
4.1.4. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
4.1.5. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
4. 2. Bölüm 2	66
4.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	66
4.2.2. Intention to Treat Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	68

5. TARTIŞMA	70
5.1.Gebelerin Depresyon Puanlarının Tartışılması	70
5.2.Gebelerin Anksiyete Puanlarının Tartışılması	72
5.3.Gebelerin Umutsuzluk Puanlarının Tartışılması	75
5.4. Gebelerin Prenatal Bağlanma Puanlarının Tartışılması	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	80
7. KAYNAKLAR	81
8. EKLER.....	91
Ek 1 Hemşirelik Bakım Rehberi.....	92
Ek 2 Tanıtıcı Bilgi Formu.....	101
Ek 3 Beck Anksiyete Ölçeği.....	102
Ek 4 Beck Umutsuzluk Ölçeği	103
Ek 5 Beck Depresyon Ölçeği.....	104
Ek 6 Prenatal Bağlanma Ölçeği	108
Ek 7 Sema Yılmaz Dereli'nin İzni.....	109
Ek 8 Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul İzni.....	110
Ek 9 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı Uygulama İzni.....	111
Ek 10. Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Uygulama İzni.....	112
Ek 11. Bilgilendirilmiş Onam Formu	113
9. ÖZGEÇMİŞ.....	114

Tablolar Dizini

Tablo 1. Bowlby ve Parkers’a Göre Yasın Evreleri	8
Tablo 2. Kayba Verilen Tepkiler	11
Tablo 3. Kayıp Durumlarında Yapılması Önerilen ve Önerilmeyen Davranışlar	16
Tablo 4. İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri	31
Tablo 5. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği	37
Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılması	42
Tablo 8. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Girişim Grubu Bakım İyileştirme Süreci İçeriği	45
Tablo 9. Kontrol Grubu Çalışma Süreci	48
Tablo 10. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Programlar ve Analizlerin Alanlarına Göre Dağılımı	55
Tablo 11. Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	58
Tablo 12. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	59
Tablo 13. Gebelerin Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamaları	60
Tablo 14. Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	61
Tablo 15. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	63
Tablo 16. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	67
Tablo 17. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	68

Şekiller Dizini

Şekil 1. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması	40
Şekil 2. Araştırmanın Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı	49
Şekil 3. Araştırma Planı	53



1. GİRİŞ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik kaybı, erken ve geç fetal ölümleri (düşük, ölü doğum) ve yeni doğanın doğumdan sonraki ilk 28 güne kadar olan ölümlerini kapsamaktadır (1). Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemelere rağmen; düşük, ölü doğum ve yeni doğan ölümleri sık olmakta ve her yıl milyonlarca aileyi etkilemektedir (2). Ülkemizde istemsiz düşük oranı 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre %10 (3); 2008 TNSA verilerine göre %10.5 (4); 2013 TNSA verilerinde ise %23 (5) olarak belirtilmiştir. Ülkemizdeki ölü doğum oranı ise 1993 yılında %1.9; 1998 yılında %1.5; 2003 yılında %1.3; 2008 yılında ise %1.1 olarak bildirilmiştir. 2013 TNSA verilerine göre ise ölü doğum oranı %3 tür. Ülkemizde neonatal ölüm hızı ise 2003 yılında %0.17; 2008 yılında %0.13; 2013 yılında ise %0. 7 olarak belirtilmiştir.

İstemsiz düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle yaşanan kayıp, yas ve depresyon gibi duygusal yanıtlara yol açmaktadır (6). Kaybedilen bebek için her zaman matem tutulmakta ve hiç unutulmamaktadır (7). Kadınlar, aralarında doğumları ile ilgili deneyimlerini paylaşırken, üzüntülü hikayeleri tekrar etmekte ya da rutin jinekolojik, obstetrik öykü sırasında benlik kontrollerinin zorlandığını belirtmektedirler. Genellikle gebeliğin kaybı ya da bebeğin ölümü ile ilgili ayrıntılar büyük bir açıklıkla ve üzüntülü anılar olarak anlatılmaktadır (8).

İstemsiz düşük veya perinatal kayıp deneyimleyen kadınların yarıdan fazlası 22 ay içerisinde tekrar gebe kalmaktadır; fakat bu kadınların çoğu yeni bir gebelik için cesaret ve umuda gereksinimleri olduğunu belirtmektedirler (9). Bebeğin kaybı ile bu ebeveynler geleceğe yönelik umutlarını ve hayallerini de kaybetmişlerdir (10).

Bir kadın bir kere perinatal kayıp yaşadığı zaman, sonraki gebeliğini normal algılayamamaktadır. Büyük ölçüde anksiyete, güvensizlik, ambivalan duygular ve kuşku yaşamakta ve bu çocuğunu da kaybedeceğine ilişkin kaygı taşımaktadır (11,12,13). bu kadınlar kendilerini daha endişeli ve tedirgin hissettiklerini belirtmektedirler (14). Yapılan çalışmalar perinatal kayıp öyküsü olan kadınların gebelik anksiyete düzeyinin perinatal kayıp öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (1,10,15). Armstrong (2002) , kayıp öyküsü olan, ilk gebeliği olan ve sorunsuz gebelik geçirmiş olan kadınlarla yaptığı karşılaştırmalı

çalışmasında, kayıp öyküsü olan kadınların diğer iki gruba göre depresif semptom düzeyi ve gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (1). Cote-Arsenault (2003) gebelik kaybı öyküsü olan ve olmayan iki grubu karşılaştırdığı çalışmasında durumluluk anksiyetesi açısından her iki grup arasında fark olmadığını fakat kayıp deneyimleyen grubun gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (10). Armstrong (2007) kayıp yaşayan çiftlerin sağlıklı bir bebek dünyaya getirdikten sonra bile depresyon puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır (16). Uzunlamasına yapılan başka bir çalışmada da önceki gebelik kaybı ile ilgili anksiyete ve depresyonun sağlıklı bir gebelik sonrası dönemde de devam ettiği belirlenmiştir (17). Ülkemizde yapılan, bir çalışmada da kayıp öyküsü olan gebelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları kayıp öyküsü olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (14). Kayıp öyküsü olan ve gebelik anksiyetesi yüksek olan gebeler doktorlarını daha sık görmek istemekte, telefonda daha sık görüşmek istemekte ve daha çok rutin test yapmaya gereksinim duymaktadırlar (10,14).

Gebelikte yaşanan anksiyete ve kaybetme korkusunun annenin yeni bebeğe bağlanmasında da güçlük yaşattığı belirtilmektedir (15,18). Prenatal bağlanma, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağdır. Bağlanmış bir anne adayı doğmamış bebeğinin kendisi ile ilişki kurduğuna inanır ve onu ayrı bir birey olarak kabul eder. Bebeğin neye benzeyeceğini, nasıl hareket edeceğini ve yaşamı boyunca nasıl bir gelişim göstereceğini düşünür. Bağlanma ile ilgili bu duygular anne adayının bebeğine sevgi göstermesine, onu korumasına ve beslemesine, ona ilgi göstermesine yardımcı olur. Kayıp öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin ilk gebeliğini yaşayan kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (15). Hem nicel hem de nitel çalışmalar kayıptan sonraki gebeliklerde prenatal bağlanmanın azaldığını göstermektedir (13,19,20,21,22). Bu, kişinin kedisini tekrar benzer bir travma ve yas süreci yaşamaktan koruması ile ilgili olabilir. Bunun yanında Yılmaz (2010) çalışmasında daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebe kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır (14). Prenatal dönemde bağlanma ile ilgili çalışma sonuçları farklılık göstermektedir, bu nedenle bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır (1). Her ne kadar aksi yönde bulgular olsa da kayıp yaşayan ailelerin kaybı takiben oluşan gebeliklerinde bebeğe bağlanma

güçlükleri yaşadıkları ve depresyon düzeylerinde artış olduğuna dair bulgular dikkat çekicidir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda kayıp sonrası doğan ve 12 aylık olan çocukların bağlanma modellerinde, kayıp öyküsü olmayan ailelerde doğan çocukların bağlanma modellerinden daha fazla uygunsuzluk belirlenmiştir (23,24). Önceki kaybın çocuk-ebeveyn ilişkisine ve çocukla ilgili sonuçlara olumsuz etkileri olabilmektedir (17).

Kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlar sonraki gebeliklerinde anksiyete ve stresle baş etmede çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar. Cote-Arsenault (2007) çalışmasında perinatal kayıptan sonra meydana gelen gebeliğe karşı gebelerin duyguları, başa çıkmaları ve tehdit algılarını ardışık üç farklı zamanda değerlendirmiştir. Tehdit algısı, başa çıkma ve gebeliğe karşı hissedilen duyguların gebelik boyunca sabit kaldığını ve kullanılan başa çıkma tarzlarının bu etkileri iyileştiremediğini saptamıştır. Problem odaklı başa çıkmanın olumlu etkilenme, duygusal odaklı başa çıkmanın olumsuz etkilenmenin göstergesi olduğunu ve problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma arasında korelasyon olduğunu bildirmiştir. Cote-Arsenault (2007) kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda hem duygusal hem de problem odaklı başa çıkma tarzından faydalanılmasının daha uygun olacağını belirtmiştir. Çünkü kadın problem odaklı başa çıkma tarzını kullanarak hem kendisinin hem de fetüsün şu andaki durumunu değiştirebilecek objektif verileri toplamaya çalışmaktadır. Bunun yanında duygusal odaklı başa çıkma tarzını kullanmaya yol açan sürekli bir belirsizlik durumu ve gebeliği kontrol edememe hissi vardır. Ayrıca, Cote-Arseanult (2007) gebeliğin başlı başına bir stres olduğunu da belirtmektedir (25). Yılmaz (2010) tarafından yapılan çalışmada da kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin başa çıkma tarzları arasında fark olmaması gebeliğin başlı başına bir stres olması ve her iki gruptaki kadınların benzer yöntemleri kullanması ile açıklanmıştır (14).

Perinatal kayıp sonrası gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon düşünüldüğünde, bu dönemde gebelere verilecek hemşirelik bakımının önemli olduğu görülmektedir. Kadınların perinatal kayıptan sonra gebeliğe verdiği yanıtların incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerinin kullanmalarının sağlanması önemli bir hemşirelik sorumluluğudur (26).

Swanson (1999) perinatal kayıp sonrası beş süreci kapsayan hemşirelik modelini tanımlamıştır. Yirmi hafta ve öncesinde gebelik kaybı yaşayan kadınlarla

yaptığı çalışmasında verilen bakımın duygusal rahatsızlık, öfke ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu ve geçen zamanın öz saygıyı arttırdığını, anksiyete, depresyon ve öfkeyi azalttığını belirlemiştir (27). Ayrıca Cacciatore (2013) farkındalık temelli yoksunluk-matem bakım modelini tanımlamıştır (28). Fakat literatürde bu modelin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir çalışmada kayıp yaşayan ailelere gereksinimleri olan psikolojik girişimlerde bulunulduğunda kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde Beck Depresyon skorlarına sahip oldukları belirlenmiştir (29). Flenady, Wilson (2011) tarafından yapılan literatür taramasında da gebelik kaybı yaşayan anneler, babalar ve ebeveynler için yapılan girişimlerin (hemşirelik, sosyal, psikolojik destek ya da danışmanlık) etkililiğini gösteren randomize kontrollü çalışmalara rastlanmadığı belirtilmiştir (30). Perinatal kayıp yaşayan ailelere etkin ve uygun hemşirelik bakımının verilmesinde teori temelli yaklaşımların olması hemşireler için yol gösterici olacaktır. Burada ebeveyn ve ailenin bireysel olarak değerlendirilmesi uygun girişimlerin planlanması açısından önemlidir (2).

Kayıp deneyimleyen kadınların %80'e yakınının 18 ay içerisinde gebe kaldığı ve önceki kayıp nedeniyle bu gebelikte artan anksiyete ve depresyon düşünüldüğünde, bu gruba yönelik hemşirelik girişimlerinin de planlanmasının şimdiki gebeliğin sağlıklı geçirilmesi ve anne bebek arasındaki bağın sağlıklı kurulması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Artan anksiyete prenatal bağlanmayı azalttığından; anksiyeteyi azaltacak girişimlerin uygulanması önemlidir. Bunlar; annenin destek sistemlerinin tanınmasını, şimdiki gebelik ile ilgili bilgi verilmesini, daha fazla prenatal ziyaret ve test yapılmasını (ultrason gibi) içermektedir. Ailelere kaygıları ve önceki deneyimleri ile ilgili duygularını ifade etme olanağı sağlandığında aileler bu duyguları yaşamalarının normal olduğunu fark ederler. Bunun yanında bebeklerini ayrı bir birey olarak görme ve gebeliği ayrı bir olay olarak görme olanağı bulurlar. Bu ebeveynler aynı deneyimi paylaşan ailelerle yapılan kayıp sonrası gebelik destek gruplarına yönlendirilebilirler (15).

Kayıp sonrası gebelik destek grubunda bulunan kadınlar tarafından şimdiki gebeliklerine karşı olan duygu ve endişeleri kaydedilmiş, ortak duygularının anksiyete, korku ve umut olduğu saptanmıştır (31). Endişeler, bebeğin sağlığından yeni bir kaybın aile üzerine olacak etkilerine kadar geniş bir alanda etkilidir.

Gebelikte olan olayları anlamak ve tanımlamak bu annelere etkili bakım vermesi beklenen hemşireler için önemli bir adımdır. Aynı örnekte kadınlar gebeliğin ilk yarısında gebeliğin tüm semptom ve bulgularını dikkatli bir şekilde izlemekte ve bu bulguları nasıl yorumlaması gerektiği konusunda endişelenmektedir. Bulguları yorumlama süreci endişeyi artırmakta ve gebeliğin başarılı bir şekilde ilerlemesi ile artan güven duygusunun dalgalanmasına neden olmaktadır (32). Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri, geçmişte yaşanmış bir perinatal kaybın stresi daha çok arttırması konusunda uyanık olmalı, kayıp yaşayan ebeveynleri sağlık profesyonelleri ile duygu ve deneyimlerini paylaşması konusunda desteklemelidir.

Literatürde kayıp sonrası gebelere yönelik standardize girişimler tanımlanmamıştır. Bu gruplar için destek grupları bulunmaktadır. Destek gruplarının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, bu grupların kadınlara iyileşme, gelişme, paylaşma ve öğrenme olanağı sağladığı belirlenmiştir (33). Literatürde perinatal kayıp sonrası tekrar gebe kalan kadınlara yönelik doğum sınıflarından da bahsedilmektedir (34). Prenatal kayıp deneyimlemiş gebelerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bakım temelli hemşire ev ziyaretlerinin yapılabilirlik ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiş, kadına güvenli ve destekli bir çevre sağlamak, kayıp sonrası yaşanan gebeliği normalize etmeyi kolaylaştırmak, anksiyete ve depresyonu azaltmak, prenatal bağlanmayı artırmak amaçlanmıştır. Sonuç olarak kadınların ev ziyaretleri ile ilgili değerlendirmeleri olumlu olmuş; grupların depresyon, anksiyete ve prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında fark olmadığı; girişim grubunun sosyal destekten memnuniyet düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (35). Ülkemizde bu gruba yönelik standardize girişimlerin olmamasının yanında, destek grupları, bu gruba özel doğum eğitim sınıfları ya da bu grupla yapılmış deneysel bir çalışma bulunmamaktadır.

Kayıp öyküsü olan gebelerin kayıp sonrası yaşadığı duygular düşünüldüğünde, bu gebelerin güçlendirilmesi, umutlarının artırılması ve bebekleri ile sağlıklı bir bağlanmanın gerçekleştirilmesi inancıyla, bu çalışmada tedavi merkezlikten uzaklaşmayı hedefleyen, “bakım” odaklı bir hemşirelik modeli olan ve felsefesi psikiyatri hemşireliği felsefesi ile örtüşen Watson İnsan Bakım Modeli’nin kullanılmasına karar verilmiştir.

1.2. Sayıtlılar

Araştırmaya katılan girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim süresince maruz kaldıkları çevresel etkilerin aynı olduğu ve deney süresince çevreden farklılık yaratacak kadar önemli bir etkilenme olmadığı varsayılmıştır.

Tüm katılımcıların ölçekleri içtenlikle yanıtladığı varsayılmıştır.

1.3. Sınırlılıklar

1. Araştırmanın sonuçları yalnızca çalışılan grup için genellenebilir. Örneklem ağırlıklı olarak orta eğitim düzeyi ve orta gelir düzeyindeki kadınlardan oluşmaktadır. Bu nedenle daha geniş gruplarla da çalışılabilir.
2. Araştırma bulguları, araştırmanın bağımsız değişkeni olan ve araştırmacı tarafından planlanan hemşirelik girişimleri ile ve araştırmacının planlanan girişimleri uygulamadaki etkinliği ile sınırlıdır.
3. Araştırma bulguları araştırmada kullanılan ölçeklerin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

1.4. Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmada kullanılan teorik çerçeve (Watson İnsan Bakım Modeli) uluslararası kullanımı yaygın olmasına rağmen, modelin Türkiye’de iki doktora tezinde ve bir çalışmada kullanıldığı görölmüştür. Bu nedenle literatür edinme, modelin kavramsallaştırılması ve içselleştirilmesi zaman almıştır.

1. 5. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; Watson İnsan Bakım Modeli’ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanmalarına etkisini belirlemektir.

1. 6. Araştırmanın Hipotezleri

1. H1: Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların depresyon düzeyleri kontrol grubundaki gebe kadınlardan daha düşüktür.
2. H1: Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri kontrol grubundaki gebe kadınlardan daha düşüktür.
3. H1: Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların umutsuzluk düzeyleri kontrol grubundaki kadınlardan daha düşüktür.
4. H1: Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların Prenatal Bağlanma düzeyleri kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kayıp

Kayıp genel anlamda birey için önemli ve değerli nesnelerin (kişi, organ, işlev, obje, hayvan, vb.) uzaklaştırılması ya da yitirilmesidir (8,36). Kayıp ne olursa olsun yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Literatürde kayıp ölümle eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (37). Kayıp evrensel bir deneyim olup kayba verilen tepkiler de evrenseldir (36,37).

Kaybın özellikleri:

- Kaybın anlamı kişiden kişiye farklılık gösterir.
- Kayıp geçici ya da sürekli olabilir.
- Kayıp kısmi ya da bütündür.
- Kayıp gerçek ya da tehdit edici olabilir.
- Kayıp çok ani ya da uzun sürede oluşabilir.
- Kayıp başka kayıplara neden olabilir.
- Her kayıp tüm geçmiş kayıpları canlandırır.
- Her kayıp sağlıklı bir süreçle atlatılırsa, ruhsal olgunluk için bir araç olabilir (36).

Yaşamın herhangi bir döneminde kayba karşı ortaya çıkan doğal tepki yastır (8). Kayba verilen tepki yastır. Yas bir yakınının ölümü ile ortaya çıkan duygusal, bilişsel, davranışsal, bedensel ve sosyal alanda değişimlerle belirlenen karmaşık bir yaşantı, insan için kaçınılmaz ve evrensel bir deneyimdir. Yas dönemindeki bir kişide ruhsal ve bedensel belirtiler ile birlikte bir depresif tablo söz konusudur. Yapılan araştırmalar kayıp ya da benzer yaşam olayları sonrası ruhsal ve bedensel hastalıkların insidansında bir artış olduğunu göstermektedir (38).

Bowlby ve Parkers' a göre yasin evreleri tablo 1'de belirtilmiştir: (39).

Tablo 1. Bowlby ve Parkers'a Göre Yasın Evreleri

Evre	John Bowlby	Evre	CM Parkers
1	Hissizlik veya Protesto: Huzursuzluğu korku veya tepki ile tanımlanabilir. Şok dakikalar, günler veya aylarca sürebilir.	1	Alarm: Fizyolojik değişikliklerle karakterize stresli bir durum. (kan basıncında ve kalp atım hızında artış) Bowlby'nin ilk evresine benzer.
2	Kaybedilmiş olanı görmek için can atmak ve aramak: dünya boş ve anlamsız görülür. Fakat benlik saygısı korunur. Kaybedilmiş olan kişi ile aşırı uğraşı, fiziksel huzursuzluk, ağlama ve öfke ile karakterizedir. Aylar ve hatta yıllar sürebilir.	2	Hissizlik: Kişi, kayıptan yüzeysel olarak etkilenmiş gibi görünür. Fakat aslında kendisini akut sıkıntıdan korumaktadır.
3	Dezorganizasyon ve Umudu Kesmek: huzursuzluk ve hedefsizlik. Beden ile ilgili aşırı uğraşı olur. İç çekilme, iç dönem ve aşırı irritabilite. Anılar tekrar tekrar yaşanır.	3	Özlem Duyma (Arama): Kişi kaybettiği diğer kişiyi arar ya da herşey onu hatırlatır. Bowlby'nin ikinci evresine benzer.
4	Reorganizasyon: yeni üzüntülerin, nesnelerin kazanımıyla keder azalır ve yerini sevilen anılara bırakır ve ölen kişi ile sağlıklı bir özdeşim olur.	4	Depresyon: Kişi gelecek konusunda umutsuzdur. Yaşama devam edemez ve arkadaş ailesinden çekilir, iç kapanır.
		5	Düzelme ve Reorganizasyon: Kişi yeni yaşamına uyum sağlar ve yaşamının farklı şeylerle devam edeceğini anlar.

Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiği, onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediği, harekete geçirdiği ve hangi eski acıları tazelediği her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Her birimizin yaşam süreci, bu streslerle yüz yüze gelme becerilerimiz, kayıp karşısında gösterdiğimiz uyum ve bu kayıp olgusunu büyümek için bir değişim aracı olarak nasıl kullanabildiğimize bağlıdır (40).

Hemşire kayıp deneyimleri olan birçok hasta ile çalışır. Hemşire hastanın kültürel durumuna göre kaybı anlamaları ve kabul etmeleri için onlara yardım eder ve böylece hayatlarına devam edebilmeleri konusunda destekler (36).

2.2. Gebelik Kaybı

Ölüm, yaşam döngüsünün son aşaması olmasına rağmen önceden nadiren tahmin edilir. Gestasyon süresince ve doğumdan hemen sonra, ölümün görülmesi çok az bir olasılıktır. Ölüm olayından sonra her toplumda geleneksel olarak yapılan sosyal törenler vardır. Oysa gebeliğin kaybı, bir sosyal tören olarak çok az kabul görmektedir. Doğurganlık çağındaki insanlar arasında bu deneyim sıklıkla yaşanmakla beraber, fetal ve neonatal ölümlerin sadece ailelerin gözyaşları ile kutsandığı bilinen bir gerçektir. Oysa gebelik kaybı bir ebeveyn krizidir ve yalnızca bebeğin ölümü ile sınırlı olmayıp, geleceğe yönelik ümitsizlik ve olumsuz düşünceleri de beraberinde getirmektedir (8). Anne ister düşük yapmış olsun, ister çocuğunu doğurduktan sonra neonatal bir ölümle karşılaşmış olsun, ölüm, geleceğin yitimi, bebekle ilgili ümitlerin, hayallerin kaybı anlamına gelmektedir (37). Kayıp sonrası süreçte ebeveynlerin yaşadıklarını bilmek sağlık ekibinin verdiği bakımın niteliğini etkileyecektir.

Perinatal kayıp, erken ve geç fetal ölümleri (düşük, ölü doğum) ve yeni doğanın doğumdan sonraki ilk 28 güne kadar olan ölümlerini kapsamaktadır (1). Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemelere rağmen; düşük, ölü doğum ve yeni doğan ölümleri sıkça olmakta ve her yıl milyonlarca aileyi etkilemektedir (2). Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i istemsiz düşük, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmektedir (41). Ülkemizde istemsiz düşük oranı 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmalarına (TNSA) göre %10; 2008 TNSA verilerine göre %10.5; 2013 TNSA verilerinde ise %23 olarak belirtilmiştir. Ülkemizdeki ölü doğum oranı ise 1993 yılında %1.9; 1998 yılında %1.5; 2003 yılında %1.3; 2008 yılında ise %1.1 olarak bildirilmiştir. 2013 TNSA verilerine göre

ise ölü doğum oranı %3 tür. Ülkemizde neonatal ölüm hızı ise 2003 yılında %0.17; 2008 yılında %0.13; 2013 yılında ise %0.7 olarak belirtilmiştir.

İstemsiz düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle yaşanan kayıp, yas ve depresyon gibi duygusal yanıtlara yol açmaktadır (6). Kaybedilen bebek için her zaman matem tutulmakta ve hiç unutulmamaktadır (7). Bir kadın bebek kavramını düşünmeye başladığı andan ya da bebeğin ultrasonda ilk görüntülerini gördüğü andan itibaren, doğmamış bebeğe hem fiziksel hem de duygusal olarak güçlü bir şekilde bağlanmaktadır. Bundan dolayı fetal hareketlerin hissedilmesinden önce, fetal ayırım gerçekleşebilmektedir. Bebeğin öldüğü ya da öleceği söylendiğinde kadın başarısızlık duygusu ve suçluluk duygusu hissedebilmektedir (8). Ayrıca, ebeveynler ani bir boşluk ve yas yaşamaktadırlar (37). Bebeğin geleceği ile ilgili heyecan ve umut dolu olan O'nun geleceği ile ilgili planlar yapan ebeveynler için gebelik sürecinde gelen ölüm, onların umutlarını kırmakta ve hayallerini yok etmektedir. Bu noktada yaşanan yas süreci de daha travmatik olabilmektedir (10,29).

2.2.1.Gebelik Kaybı ve Yas

Yas, bireyde sevilen bir nesnenin kaybindan sonra meydana gelen ağır üzüntü durumudur. Yas kedere verilen tepkidir ve şiddeti kişiye bağlı olarak değişebilmektedir (36). Bununla birlikte, yas tepkilerinde görülen kişilerarası farklılıklar ve yas sürecine etki eden faktörlerin çeşitliliği nedeniyle yas, kavramsal olarak normal yas, karmaşık yas ve travmatik yas olarak üç farklı şekilde tanımlanmaktadır (42). Normal yas, bir kayıp sonrası bireylerde gözlenen ve kaybın doğal bir parçası olarak ortaya çıkan bir dizi ortak fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerin varlığını tanımlamaktadır (43).

Karmaşık yas, kaybın ardından en az altı ay geçmesine rağmen bireyin sosyal ve mesleki yaşam alanlarındaki işlevselliğinin giderek bozulması olarak tanımlanmaktadır (44). Kronik yas, gecikmiş yas, abartılmış yas, maskelenmiş yas ya da patolojik yas gibi çeşitli biçimlerde kendini gösterebilmektedir (45). Travmatik yas ise zamansız ve beklenmedik bir anda ve özellikle şiddet ya da korkunç bir olay sonucu meydana gelen ölümlerin ardından bireyde oluşan tepkilerdir.

Yasın süresi bireyseldir. Çocuğun kaybı bir erişkinin ölümünden daha şiddetli bir deneyim olduğundan bu sürenin aylar hatta yıllar alabileceğine yönelik fikir

birliği bulunmaktadır (46). Gebelik kaybı sonrası yaşanan yas genellikle 1-2 yıl sürmekte, hatta bu süre bazı kültürlerde üç yıla kadar uzayabilmektedir (47). Bebeğin kaybı gibi durumlarda yasin tamamen bittiği söylenememektedir (46).

Gebelik kaybında yas tutmanın duygusal durumların kombinasyonu olup olmadığına bakmaksızın uyum sağlanabilen veya sağlanamayan bir süreç olması değerlendirilmelidir. Yasin çeşitli patolojik formları meydana gelebilir. Kronik yas depresyon, anksiyete atakları, ciddi fobiler, obsesif düşünceler ve psikotik reaksiyonlara yol açabilir. Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kaybedilen çocuğun yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan başka bir patolojik biçimdir (48,49).

Kayba verilen tepkiler, normal tepkilerden, şiddetli tepkilere ve uzamış yasa kadar uzanabilmektedir. Yas tepkisi, cinsiyete, yaşa, kayıp algısına, kültürel, spiritüel ve dini inançlara, kaybın getirdiği yaşam değışikliklerine, bireyin kayıpla baş etme becerisine ve destek sistemlerine bağlı olarak değışebilmektedir. Korku, hayal kırıklığı, öfke, kendine acıma, yetersizlik, başarısızlık duygusu, sosyal izolasyon, çaresizlik bu süreçte yaşanan duygulardır (50,51). Kayıp sonrası gebeliklerde anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu ve depresif semptomların da daha fazla olduğu görülmektedir (1,10,15,52). Tablo 2' de kayba verilen tepkiler belirtilmiştir (53,54).

Tablo 2. Kayba Verilen Tepkiler

Fiziksel/Somatik Tepkiler	Baş ağrısı, mide ağrısı, kalp atışlarında ve solunum sayısında değışim, boğazda düğümlenme hissi, iştahta azalma, uyuyamama, yorgunluk.
Psikososyal Tepkiler	Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe, geri çekilme, izolasyon.
Duygusal Tepkiler	İnkâr, öfke, suçluluk, acı çekme.
Bilişsel Tepkiler	Karar vermede güçlük

Erken ve geç gebelik kaybından sonra kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon görülmektedir (1,10,15,55). Karşılaştırmalı bir çalışmada, kayıp deneyimleyen annelerin, sağlıklı bebek dünyaya getiren annelerden daha fazla depresif semptom gösterdikleri belirlenmiştir (29). Yaşanan anksiyete ve depresyon sonraki gebeliğe kadar uzanmakta ve bu gebeliği de etkilemektedir. Kayıp öyküsü olan gebelerle yapılan fenomenolojik bir çalışmada gebeler, tekrar gebe kaldıklarında mutlu olduklarını, fakat bu mutluluklarının kısa sürdüğünü belirtmişlerdir. Çünkü sonrasında bebeğini tehdit eden durumu fark ettiklerini söylemişlerdir. Bu durum onlarda stres ve anksiyeteye neden olmaktadır. Dolayısıyla kadınlar sonraki gebelik deneyiminin hiçbir zaman eğlenceli olmadığını belirtmektedirler (11). Bu nedenle kayıp deneyimlemiş ailelere verilen destek sonraki gebelikte de devam etmelidir.

2.2.2. Gebelik Kaybına Babanın Yanıtı

Çiftlerin kayıp sonrasında gösterdikleri tepkiler cinsiyete bağlı olarak değişebilmektedir. Kaybın erkekler üzerindeki etkileri ile ilgili yapılmış çalışmaların sayısı az olmakla birlikte, çalışmalar kayıp sürecinde erkeklerin duygularını bastırdıklarını göstermektedir. Erkekler bu süreçteki görevlerini “güçlü olmak” ve “koruyucu olmak” şeklinde düşünmekte ve kadın ağladığında, üzülduğünde bu görevleri yerine getiremediklerini düşünmektedirler. Fakat kadının yasını onunla paylaşmak isteyebileceği gerçeğini fark edememektedirler (2,9).

Beş baba ile yapılan niteliksel bir çalışmada, babaların söyledikleri ya da yaptıkları birşeyle anneleri daha çok üzmetten korktukları belirlenmiştir. Babalar üzüntü, öfke ve kayıp duygularını bastırarak eşlerini üzmemeye çalışmaktadırlar (56). Babalarla yapılan başka bir çalışmada da babaların fark edilme gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Babalar, kendi anksiyete ve korkularını paylaşamadıklarını belirtmişlerdir. Bunun nedeni olarak da anneleri koruma isteğini göstermektedirler. Ayrıca “erkekler güçlü olur” , “erkekler paylaşmaz” gibi sosyal baskıların da babaların destek almalarını engellediği belirtilmektedir. Kayıp sonrasında ve sonraki gebeliklerde babaların da destek gereksinimlerinin olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (9). Bununla birlikte erkeklerin yas sürelerinin kadınlara göre daha kısa olduğu belirtilirken (27); erkeklerin de kayıp sonrası süreçte yalnızlık, izolasyon ve acı tanımladıkları görülmektedir (57).

2.2.3. Gebelik Kaybına Diğer Aile Üyeleri Ve Arkadaşların Yanıtı

Yaşanan bir gebelik kaybında ebeveynlerin arkadaşları ve diğer yakınları ne söyleyeceklerini ve ne yapacaklarını bilemeyebilirler. Bu durum ebeveynlerden uzaklaşmalarına ya da duyarsız ya da öğüt verici yaklaşımda bulunmalarına neden olabilir. Arkadaşlar bebek hakkında konuşmaktan kaçınabilir ya da ebeveynlerden uzaklaşabilirler. Genellikle de bu davranışın nazik bir davranış olduğuna inanırlar ve bilgi eksikliği nedeniyle bu yaklaşımın sorunu çözeceğine inanırlar. “ En azından bebeği hiç tanımadın” , “ Her an yeni bir bebeğin olabilir”, “ En iyisi oldu, belki de bebek sakat olacaktı” gibi duyarsız ya da öğüt verici tepkilerde bulunabilirler (37,58). Öyle ki insanlar çoğu zaman kaybı konuşmazlar, konuyu değiştirip, daha neşeli konulardan bahsederler. Bu durumda ebeveynler gereksinimlerinin fark edilmediğini ya da küçümsendiğini düşünürler. Bu iletişimi kuramamak ebeveynlerin iyileşmesi için gerekli olan iletişim kanallarını kapatmaktadır (11). Tepkisiz kalmak ya da uygun olmayan şekilde tepki vermek aile ilişkilerini olumsuz etkileyebilir (2). Çünkü ebeveynler bu tutumlar karşısında aile üyeleri ile konuşmamayı, onlardan destek almamayı ve onlara duygularını ifade etmemeyi tercih etmektedirler (58). Oysa yapılan bir çalışmada kayıp yaşayan kadınlar tarafından aile ile ağlamak, aile ile birlikte olmak ve dinlemek en yararlı girişimler olarak belirtilmiştir. Kadınlara ağlamamasının söylenmesi, hiçbirşey olmamış gibi davranılması, “daha gençsiniz, tekrar denersiniz” gibi ifadelerin kullanılması ise en az yararlı girişimler olarak tanımlanmıştır (59). Bununla birlikte kayıp yaşayan kadınlarla yapılmış nitel bir çalışma, aile ve arkadaş desteğinin kadınlar için önemli olduğunu göstermektedir (51). Bu noktada kayıp yaşayan ebeveynlerin diğer aile üyelerinin ve yakın arkadaşlarının da ebeveyne uygun yaklaşım konusunda bilgilendirilmesinin gerekliliği önemlidir.

2.2.4. Gebelik Kaybında Profesyonel Yaklaşım

Kayıp sonrasında profesyonel destek, sağlık çalışanları ya da ruh sağlığı çalışanları tarafından verilmektedir. Bu destekleyici hizmetler, öğretmeyi, rol model olmayı, cesaretlendirmeyi, danışmanlığı ve problem çözmeyi içermektedir (60).

Kayıp yaşayan aileler ile çalışan sağlık ekibi içinde obstetrisyen, pediatrist, ebe, klinik hemşiresi, sosyal çalışma uzmanı ve klinikte çalışan personeller yer almaktadır. Obstetrisyenin sorumluluğu aileye yas süreci konusunda bilgi vermek,

ailenin konu ile ilgili sorularını cevaplamaktır. Pediatrist de aileye, eğer varsa ailenin diğer çocuklarına bu konuyu nasıl anlatabilecekleri konusunda yaş dönemine özgü bilgi vermelidir. Perinatal destek grupları ile ilgili bilgi vermek de pediatrist ve sosyal çalışma uzmanının sorumluluğundadır. Aile doktorları ve obstetrisyenler tarafından ailenin yas sürecinin takibi de önemlidir (61).

İngiltere'de gebelik kaybı yaşayan gebeleri kayıp süresince, kayıp olayından sonra ve sonraki gebeliklerde destekleyen iyi yapılandırılmış sistemler bulunmaktadır. Bunlar hastaneler, toplum temelli kurumlar ve sağlık bakım kurumlarından bağımsız birimler olabilmektedir. Avustralya ve Kanada'da ise İngiltere kadar yapılandırılmış olmasa da gönüllü organizasyonlar tarafından bu ailelere destek verilmektedir. Bunlar Avustralya'da Stillbirth and Neonatal Death Association (SANDS), Kanada'da ise Compassionate Friends gruplarıdır (11).

Hong Kong' ta da birçok hastane, personelin gebelik kaybı yaşayan ebeveynlere destek ve danışmanlık verebilmesi için perinatal yas programları geliştirmiştir. Bu ekibin amacı yaslı ailelere duygusal destek vermek ve yas sürecini yaşarken onların iyileşmesine yardımcı olmaktır (62).

Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. Oysa kayıp yaşayan aileler, dikkatli, duyarlı, onları anlamaya çalışan sağlık ekibine gereksinim duymaktadırlar. Yapılan bir sistematik derlemede doktor, hemşire ve hastane personelinin kayıp yaşayan ailelere tutumunun aileler için ne kadar önemli olduğu belirtilmektedir (63). Bu sistematik derlemede ebeveynlerin sağlık çalışanları ile ilgili deneyimlerinin hem pozitif hem de negatif olabileceği sonucuna varılmıştır. Ebeveynlerin birçoğu hemşireleri, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarından daha destekleyici bulmalarına rağmen, hemşirelerden de yeterli destek alamadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık bakım profesyonelleri ile yaşanan olumlu ve olumsuz iletişim ailelerin üzerinde yaşam boyu süren bir etki bırakmaktadır. Sağlık personeli arasındaki yetersiz iletişim, kayıp sonrası doktor ve hemşirelerin ebeveynlerin bakımlarına katılmaları konusundaki isteksizlikleri, sağlık çalışanlarının ölü bebeğe uygun olmayan şekilde davranmaları ebeveynleri rahatsız eden ve üzen tutumlar olarak belirtilmektedir (63,64).

Kayıp yaşıyan ailelere bakım vermede tüm sağık ekibi üyelerinin önemi büyüktür. Bunun yanında hastalarla en çok zaman geçiren hemşirelerin aileye desteğı, bakımı ve yaklaşımı büyük önem kazanmaktadır.

2.2.5. Gebelik Kaybında Hemşirelik Yaklaşımı

Hemşireler ailelere gebelik öncesi dönemde, gebelik süresince, doğum eylemi ve doğumdan sonraki dönemde bakım vermektedirler. Bu bakım birbirinden farklı gelişimsel, sosyal, kültürel süreçleri içermektedir. Bununla birlikte hemşireler, düşük, ölü doğum, prematüre doğum, doğum travması ya da çeşitli hastalıklar nedeniyle bebeğini kaybeden annelerle ve ailelerle de karşılaşmaktadırlar. Bu durumda hemşireler ebeveynlik umutlarını beklenmedik şekilde kaybeden, derin kayıp duygusu ve yasla yüzleşen ailelerle çalışmak durumundadırlar (65).

Kayıp yaşıyan ailelere verilecek hemşirelik bakımının odak noktasını iyileştirici iletişim oluşturmaktadır. Burada önemli olan nokta ebeveynlerin gebelik, çocuklarının hayatı ve ölümü ile ilgili öyküleri tekrar tekrar anlatmalarına izin vermektir (53).

“Bebeğini kaybeden ebeveyne ne söyleyebilirim ki?” Diğer kayıplarda olduğu gibi bebeğini kaybeden ebeveynlerin yaşadıkları kayıp, acı ve keder uygun şekilde onaylanmalıdır. Örneğin: “Bebeğiniz için üzıldüm, konuşmak isterseniz ben buradayım” gibi duyguyu anlatan açık ve net ifadeler kullanılabilir. “Başka çocuklarınız olur, daha gençsiniz” gibi teselli edici sözler ailenin yaşadıklarını anlamadığınızı düşünmesine neden olacaktır (54). Kısa ve net cümleler ile duyguların ifade edilmesi, ailenin acısının paylaşıldığının iletilmesi uygun olacaktır. Kayıp durumlarında yapılması önerilen ve önerilmeyen durumlar tablo üçte verilmiştir.

Tablo 3. Kayıp Durumlarında Yapılması Önerilen ve Önerilmeyen Davranışlar

Yapılması Önerilenler	Yapılmaması Önerilenler
Kısa ve anlaşılır cümleler kurun.	Ağlamamasını söylemeyin.
Duygularınızı gösterme konusunda rahat olun. “üzgünüm”, “ne söyleyeceğimi bilemiyorum”, “senin için buradayım, konuşmak istersen buradayım” şeklinde ifadeler kullanın.	“Böyle olması daha iyi oldu”, “ daha kötüsü olabilirdi”, “başka çocuğunuz olur”, “zamanla geçecek” gibi ifadeler kullanmayın.
Onlarla birlikte olun.	Olayı görmemezlikten gelmeyin.
Ebeveynleri dinleyin, duygularını anlatmalarına fırsat verin.	Annenin duygularını paylaşmasını engellemeyin.
Diğer aile üyelerinin (babanın, kardeşlerin, büyükanne ve büyükbabanın) de yasını tanıyın.	Diğer aile üyelerini olayın dışında tutmayın.
Ailenin sorularını dürüstçe yanıtlayın.	Ailenin sorularını yanıtsız bırakmayın.

Kaynak: (37,53,59,61,63).

Kayıp yaşayan ailelere etkin ve uygun hemşirelik bakımının verilmesinde teori temelli yaklaşımların olması hemşireler için yol gösterici olacaktır. Ebeveyn ve ailenin bireysel olarak değerlendirilmesi uygun girişimlerin planlanması açısından önemlidir (2). Bu noktada Swanson’ın tanımladığı bakım modeli hemşireler için yol gösterici olabilir. Yapılan girişimler ailelerin acılarını dindirmeyebilir, kayıp ile ilgili yası yok etmeyebilir; fakat aileye; yanında bulunduğu, acılarının paylaşıldığı, ailenin bizim için önemli olduğu, dinlemek için orada olduğu mesajı verilmektedir. Bu da kaybın aile üzerindeki travmatik etkisini azaltmada önemli rol oynayabilir.

Bakım verenlerin önce bakımın doğasını anlamaları çok önemlidir. Bu nedenle Swanson (1999) gebelik kaybı sonrasında beş süreci içeren hemşirelik bakım modelini tanımlamıştır (27):

- 1. Bilmek (Knowing):** Kaybın çiftler için anlamını açığa çıkarmaktır. Çiftin kayba bakış açısı tanımlanır. Bu süreç önyargılara yer vermemeyi gerektirmektedir.
- 2. Birlikte Olmak (Being with):** Birlikte olmanın anlamı hazır bulunma, duyguların paylaşımı, tüm sorumluluğu bireye yüklememe, yanında olma, sözünü tutmaktır ki bu da tüm varlığı ile hemşirenin de orada olduğunu ve ailenin duygusuna eşlik ettiğini ve ailenin hemşire için önemli olduğunu vurgulamaktadır.

- 3. Onlar İçin Birşeyler Yapmak (Doing for):** Hastayı rahatlatmayı, gereksinimlerini karşılamayı ve saygı duymayı içermektedir.
- 4. Güçlendirme (Enabling):** Güçlendirmenin anlamı, bilgi verme/açıklama, destekleme/ onaylama, alternatif sunma, eğitici ve cesaretlendirici geribildirim verme, zor kararlar için zaman tanımadır.
- 5. İnancı devam ettirme (Maintaining Belief):** Kayıp sonrası ailelerin iyileşmesi için uzun sürede güven ve inancı belirtmektedir.

Gebelik kaybı destek grupları da profesyonel desteğin önemli bir parçasıdır. Sağlık çalışanları çiftlere bu destek gruplarına katılabileceklerini söyleyebilirler. Çiftler kayıptan sonraki birkaç hafta içinde bu gruplara katılmak istemeyebilirler. Fakat bu tür grupların olduğu çiftlere söylenebilir, sonrasında gruplara katılım konusunda fikir değiştirebilirler (66). DiMarco, Menke ve McNamara (2001) çalışmalarında destek gruplarının bazı kadınlar için faydalı olduğunu, fakat bazı kadınlar için etkili olmadığını belirlemiştir. Çünkü kadınların bir kısmı profesyonellerden yardım almak yerine aile üyelerinden destek almayı tercih etmektedirler (59). Cote-Arsenault ve Freije (2004) gebelik kaybı deneyimleyen destek gruplarıyla yaptıkları çalışmada, bu gruptaki kadınların ilişkilerinin geliştiğini, yeni baş etme yöntemleri öğrendiklerini ve kayıp sonrası gebelik paradoksuyla barıştıklarını belirlemiştir (33). Destek grupları ile aynı deneyimi yaşayanların duygularını paylaşmaları, yalnız olmadıklarının farkına varmaları için uygun ortam sağlandığı ve bu nedenle ebeveynlerin rahatlamasının mümkün olduğu düşünülebilir.

Kayıp durumlarında babalar da unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları babaları duygularını paylaşmaları konusunda cesaretlendirmelidirler. Babalar eşlerinin kendilerinin göstermiş oldukları yas davranışlarını yanlış anlayabileceklerini unutmamalıdır. Eğer erkek, duygularını saklarsa, kadın bunu "bebeği sevmiyordu" şeklinde yorumlayabilir. Hemşire kadına eşinin de aynı şekilde üzgün olduğunu anlatmalıdır. Zor olmasına rağmen duygu ve düşüncelerin paylaşımı kayıp deneyimi süresince çiftler için önemlidir. Bu paylaşım süresince kadının daha fazla ağlaması eşinin onu üzdüğü anlamına gelmez, aksine kadına duygularını dışa vurmada yardımcı olduğu anlamına gelir. Eğer çiftler duygularını farklı şekilde ifade ettiklerinin farkında olurlarsa ilişkilerinde daha az stres yaşayabilirler (2,9).

Özellikle gestasyon yaşı büyük olan kayıplarda ya da ölü doğumlarda karşılaşılan bir durum da ailenin bebeği görüp görmemesi ile ilgili karardır. Yıllarca ebeveynleri bebeklerini görmeleri konusunda desteklemek standart bakımın bir parçası iken, günümüzde bu konu tartışmalıdır. Çalışmalar ailelerin bebeklerini görmenin iyileşmelerine katkıda bulunduğunu (66), ölü bebekleriyle daha fazla zaman geçiren annelerin bebekleriyle daha az zaman geçiren annelerden daha az anksiyete yaşadıklarını (67), bebekleriyle istedikleri kadar zaman geçiremeyen annelerin depresyon riskinin yedi kat daha fazla olduğunu (63) göstermektedir. Başka bir çalışmada ise bebeğini gören ve kucağına alan annelerin depresyon ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (68). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise öldükten sonra bebeğini gören, dokunan ve bebeğine ait bir fotoğrafa sahip olan ebeveynlerin yasa uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (69).

Bu nedenle hemşireler bu konuda ailelere bebeği görmenin olası pozitif ve negatif sonuçlarını anlatmalı ve kendileri için en doğru kararı vermeleri konusunda ebeveynleri cesaretlendirmelidirler (2).

Bebeğin hatıralarını hazırlamanın da yararlı olduğuna inanılmaktadır. Bebeğin fotoğrafları, el ve ayak izleri, kimlik bilekliği ve hatıra olabilecek diğer uygun parçalardan bir hatıra kutusu oluşturulabilir (47,67). Kayıp deneyimleyen aileler duygu ifadesini, yanında olmayı, hatıra fotoğraflar oluşturmayı ve bu deneyimden anlam çıkarılmasını en yararlı girişimler olarak tanımlamaktadırlar (59). Bir çalışmada da ebeveynler için hazırlanan görsel hatıraların anlamlı olduğu ve iyileşme sürecini olumlu etkilediği belirlenmiştir (70).

Kayıp yaşayan ailelere verilecek hemşirelik bakımının önemli noktaları şu şekilde özetlenebilir:

- Aileleri aile üyelerinden, arkadaşlarından ve sağlık çalışanlarından gelebilecek tepkiler konusunda bilgilendirmek.
- Bu tepkilerinin altında yatan nedenler (ölüm ile ilgili konuşmak konusundaki kişisel rahatsızlığı, önceki deneyimler, destek vermede yetersizlik) konusunda bilgilendirmek.
- Bebeğin defnedilmesi ile ilgili yasal süreç ve hastane politikaları ile ilgili basit ve anlaşılır bilgi vermek.

- Aileleri toplumdaki uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (destek grupları, psikolog, uzman hemşire)
- Diğer aile üyelerinin bebeğin ölümü ile ilgili duygularını ifade etmesine fırsat vermek.
- Ebeveynleri konu ile ilgili aile üyeleri, arkadaşları ve sağlık çalışanları ile konuşmaları konusunda cesaretlendirmek.
- Ebeveynlere; gereksinimlerini, beklentilerini aile üyelerine, arkadaşlarına ve sağlık çalışanlarına açıkça ifade etmeleri konusunda cesaret vermek.
- Ailenin yaşadığı bu deneyim de hemşire olarak sizin de nasıl hissettiğinizi belirtmek.
- Aileye karar vermeleri için zaman tanımak.
- Ailenin güçlü yönlerini vurgulamak.
- Önceki yaşam krizleri ile nasıl baş ettiklerini belirlemek.
- Aile üyelerinin ölümden sonraki yaşam, ölüm ve ölümden sonrası ile ilgili dini ve kültürel inançlarını belirlemek.
- Bebeklerini ölümsüzleştirmek ile ilgili önerilerde bulunmak (ağaç dikmek, bebeğe isim vermek gibi) (58).

Hemşireler, kayıp yaşayan ailelere duyarlı ve destekleyici bakım verirken bu arada kendi duygusal yanıtları ile de baş etmek durumundadırlar. Bazı hemşireler bu bakımı verebilme konusunda uzmanlaşmış olmalarına rağmen, bazı hemşireler için bu ailelere bakım vermek çok zor olmaktadır (71). Çalışma sonuçları hemşirelerin kayıp ve yas, aile ile iletişim ve yas bakımı ile baş etme konusunda eğitim gereksinimleri olduğunu göstermektedir (71,72). Bu grup ile çalışacak hemşirelerin temel eğitim alması ve hemşireler için hizmet içi eğitimin planlanması önerilmektedir. Bu ailelere yardım özel beceriler gerektirmektedir ki, hemşireler bu eğitimleri, aldıktan sonra kayıp ile baş etmede kendilerini daha iyi hissedeceklerdir. Chan, Lou, Arthur, ve ark. (2008) hemşirelerin perinatal yas bakımına ilişkin tutumlarını inceledikleri çalışmada, hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve deneyim gereksinimleri vurgulanmakta, iletişim konusunda gelişmeye ihtiyaç duydukları ve ekip üyeleri ve hastaneden konu ile ilgili destek gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (62).

Kayıp yaşayan aileler, duyarlı, dikkatli, kendini onların gereksinimlerini anlamaya yönlendirmiş hemşirelere ve sağlık çalışanlarına ihtiyaç duymaktadırlar. Hemşirelik mesleği kayıptan sonra sağlıklı bir yas süreci yaşanmasında önemli bir role sahiptir. Hemşirenin sağladığı destek zorlu yas sürecindeki aile üzerinde yaşam boyu süren bir etki bırakacaktır (73). Bu nedenle hemşirelerin kayıp yaşayan ebeveynlerin gereksinimlerini fark etmeleri ve bu gereksinimlerine yönelik bakım stratejileri geliştirmeleri önemlidir.

2.3. Gebelik Kaybının Sonraki Gebeliğe Etkisi

Gebelik kaybı yaşayan kadınlar için tekrar gebelik kararı önemlidir. Bazı aileler başka bir çocuk sahibi olma konusunda istekli iken bazı ebeveynler ise kayıp acısını tekrar deneyimlemekten korkmaktadırlar. Yeni bir çocuk kaybedilen bir çocuğun yerini alamaz ve gebe kalmaya rağmen kaybedilen çocuk için olan yas devam eder (46).

Kayıp sonrası gebelik kadınlar tarafından stresli bulunmakta ve gebelik tehlike olarak algılanmaktadır. Bu algı gebelik boyunca da devam etmektedir. Bu nedenle kayıp sonrası gebelik stresli bir dönem olarak tanımlanabilir (25). Gebelik boyunca yaşanan bu maternal stresin anne, bebek ve yeni doğan üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (25,74).

Özellikle kayıp öyküsü olan gebeler şimdiki gebeliklerinde başka bir bebeği kaybetme korkusunu yaşamaktadırlar (31), gebeliğe özgü daha fazla anksiyete yaşamaktadırlar (1,10,75), incinebilirlik duygusunda artış, gebelik belirtilerine karşı daha fazla tetikte olma görülmektedir (32) ve bir bebeğe sahip olma ile ilgili psikolojik ve biyolojik yeterlilikleri konusunda şüphe yaşamaktadırlar. Bu gebelikler tehdit olarak değerlendirilmektedir. Gebeliğin tehdit olarak algılanması gebelik anksiyetesinin belirleyicisidir (25).

Kayıp yaşayan kadınlar sonraki gebeliklerinde mutluluklarını tam olarak yaşayamamaktadırlar. Önceki deneyimlerinden dolayı bebeklerini tehdit eden durumun farkındadırlar. Sonraki gebelikte sürekli olarak “acaba yaşıyor mu?” kaygısı taşınmaktadır (11). Gebelik artık bebek sahibi olmakla eş anlamlı olmamaktadır (13,32). Gebelik kaybı öyküsü olan olamayan kadınların gebe kaldıklarını öğrendiklerinde hissettikleri duygular karşılaştırıldığında; mutlu olma ve

sevinç duygusu yaşayanların oranı kayıp yaşamayanlarda daha yüksek iken, korku ve karmaşık duygular yaşayan gebelerin oranı kayıp yaşayan grupta daha yüksektir. Aynı çalışmada önceki gebeliğinde kayıp yaşayan grupta tedirgin/endişeli olanların oranı kayıp yaşamayanlarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (14). Bu gebeler gebeliklerinin her belirtisine daha fazla dikkat etmekte ve bakım vericilerini daha sık görmek istemektedirler. Kadınlar gebelik kaybı deneyimi sonrası gebeliklerinin pozitif sonuçlanacağı inanmamaktadırlar (21).

Yapılan çalışmalar perinatal kayıp öyküsü olan kadınların gebelik anksiyete düzeyinin perinatal kayıp öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (1,10,15). Armstrong (2002), kayıp öyküsü olan, ilk gebeliği olan ve sorunsuz gebelik geçirmiş olan kadınlarla yaptığı karşılaştırmalı çalışmasında, kayıp öyküsü olan kadınların diğer iki gruba göre depresif semptom düzeyi ve gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (1). Cote-Arsenault (2003) gebelik kaybı öyküsü olan ve olmayan iki grubu karşılaştırdığı çalışmasında durumluluk anksiyetesi açısından her iki grup arasında fark olmadığını fakat kayıp deneyimleyen grubun gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (10). Armstrong (2007) kayıp yaşayan çiftlerin sağlıklı bir bebek dünyaya getirdikten sonra bile depresyon puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır (16). Uzunlamasına yapılan başka bir çalışmada da önceki gebelik kaybı ile ilgili anksiyete ve depresyonun sağlıklı bir gebelik sonrası dönemde de devam ettiği belirlenmiştir (17). Ülkemizde yapılan, bir çalışmada da kayıp öyküsü olan gebelerin depresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları kayıp öyküsü olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (14). Kayıp öyküsü olan ve gebelik anksiyetesi yüksek olan gebeler doktorlarını daha sık görmek istemekte, telefonda daha sık görüşmek istemekte ve daha çok rutin test yapmaya gereksinim duymaktadırlar (10,14), bu gebelerin ultrasona girme isteği de kayıp olmayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksektir (76).

Gebelikte yaşanan anksiyete ve kaybetme korkusunun annenin yeni bebeğe bağlanmasında da güçlük yaşattığı belirtilmektedir (15,18). Prenatal bağlanma, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağdır. Bağlanmış bir anne adayı doğmamış bebeğinin kendisi ile ilişki kurduğuna inanır ve onu ayrı bir birey olarak kabul eder. Bebeğin neye benzeyeceğini, nasıl hareket edeceğini ve yaşamı boyunca nasıl bir gelişim göstereceğini düşünür. Bağlanma ile ilgili bu

duygular anne adayının bebeğine sevgi göstermesine, onu korumasına ve beslemesine, ona ilgi göstermesine yardımcı olur. Kayıp öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanma düzeyinin ilk gebeliğini yaşayan kadınlara göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (15). Hem nicel hem de nitel çalışmalar kayıptan sonraki gebeliklerde prenatal bağlanmanın azaldığını göstermektedir (13,19,20,21,22). Bu, kişinin kendini tekrar benzer bir travma ve yas süreci yaşamaktan koruması ile ilgili olabilir. Bunun yanında Yılmaz (2010) çalışmasında daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebe kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını saptamıştır (14). Prenatal dönemde bağlanma ile ilgili çalışma sonuçları farklılık göstermektedir, bu nedenle bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya gerek duyulmaktadır (1) . Her ne kadar aksi yönde bulgular olsa da kayıp yaşayan ailelerin kaybı takiben oluşan gebeliklerinde bebeğe bağlanma güçlükleri yaşadıkları ve depresyon düzeylerinde artış olduğuna dair bulgular dikkat çekicidir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda kayıp sonrası doğan ve 12 aylık olan çocukların bağlanma modellerinde, kayıp öyküsü olmayan ailelerde doğan çocukların bağlanma modellerinden daha fazla uygunsuzluk belirlenmiştir (23,24). Önceki kaybın çocuk-ebeveyn ilişkisine ve çocukla ilgili sonuçlara olumsuz etkileri olabilmektedir (17).

Kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlar sonraki gebeliklerinde anksiyete ve stresle baş etmede çeşitli yöntemler kullanmaktadırlar. Cote-Arsenault (2007) çalışmasında perinatal kayıptan sonra meydana gelen gebeliğe karşı gebelerin duyguları, başa çıkmaları ve tehdit algılarını ardışık üç farklı zamanda değerlendirmiştir. Tehdit algısı, başa çıkma ve gebeliğe karşı hissedilen duyguların gebelik boyunca sabit kaldığını ve kullanılan başa çıkma tarzlarının bu etkileri iyileştiremediğini saptamıştır. Problem odaklı başa çıkmanın olumlu etkilenme, duygusal odaklı başa çıkmanın olumsuz etkilenmenin göstergesi olduğunu ve problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma arasında korelasyon olduğunu bildirmiştir. Cote-Arsenault (2007) kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda hem duygusal hem de problem odaklı başa çıkma tarzından faydalanılmasının daha uygun olacağını belirtmiştir. Çünkü kadın problem odaklı başa çıkma tarzını kullanarak hem kendisinin hem de fetüsün şu andaki durumunu değiştirebilecek objektif verileri toplamaya çalışmaktadır. Bunun yanında duygusal odaklı başa çıkma tarzını kullanmaya yol açan sürekli bir belirsizlik durumu ve gebeliği kontrol edememe hissi

vardır. Ayrıca, Cote-Arseanult (2007) gebeliğin başlı başına bir stres olduğunu da belirtmektedir (25). Yılmaz (2010) tarafından yapılan çalışmada da kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin başa çıkma tarzları arasında fark olmaması gebeliğin başlı başına bir stres olması ve her iki gruptaki kadınların benzer yöntemleri kullanması ile açıklanmıştır (14).

Perinatal kayıp sonrası gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon düşünüldüğünde, bu dönemde gebelere verilecek hemşirelik bakımının önemli olduğu görülmektedir. Kadınların perinatal kayıptan sonra gebeliğe verdiği yanıtların incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerinin kullanmalarının sağlanması önemli bir hemşirelik sorumluluğudur (26).

Swanson (1999) perinatal kayıp sonrası beş süreci kapsayan hemşirelik modelini tanımlamıştır. Yirmi hafta ve öncesinde gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yaptığı solomon dört grup randomize çalışmasında verilen bakımın duygusal rahatsızlık, öfke ve depresyonu azaltmada etkili olduğunu ve geçen zamanın öz saygıyı arttırdığını, anksiyete, depresyon ve öfkeyi azalttığını belirlemiştir (27). Ayrıca Cacciatore (2013) farkındalık temelli yoksunluk-matem bakım modelini tanımlanmıştır (28). Fakat literatürde bu modelin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bir çalışmada kayıp yaşayan ailelere gereksinimleri olan psikolojik girişimlerde bulunulduğunda kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde Beck Depresyon skorlarına sahip oldukları belirlenmiştir (29). Flenady, Wilson (2011) tarafından yapılan literatür taramasında da gebelik kaybı yaşayan anneler, babalar ve ebeveynler için yapılan girişimlerin (hemşirelik, sosyal, psikolojik destek ya da danışmanlık) etkililiğini gösteren randomize kontrollü çalışmalara rastlanmadığı belirtilmiştir (30). Perinatal kayıp yaşayan ailelere etkin ve uygun hemşirelik bakımının verilmesinde teori temelli yaklaşımların olması hemşireler için yol gösterici olacaktır. Burada ebeveyn ve ailenin bireysel olarak değerlendirilmesi uygun girişimlerin planlanması açısından önemlidir (2).

Bakım vericiler olarak hemşireler kayıp sonrası gebe kalan kadınların deneyimlerini, duygularını, kaygılarını anlamak zorundadırlar. Bu içgörü onların daha terapötik ve duyarlı bakım vermesini sağlayacaktır (13). Duyarlı fakat tam bir öykü almak önemlidir. Kaybedilmiş olan bebeği görmezden gelmemek gerekir. Gebelik kaybı yaşayan gebelere ve ailelerine onlar için neyin yararlı ya da destekleyici olacağı sorulabilir. Hemşire her kadınının gebelik deneyimi ile ilgili

önyargılı olmaktan kaçınmalıdır. Yaşayan çocuk sayısı kadının korkularına engel olmamakta, bebeği ile ilgili duygularını azaltmamaktadır. Perinatal kayıp ve kayıp sonrası gebelik ile ilgili destek gruplarının listesi verilebilir. Yoğun anksiyete, suçluluk ve korku yaşayan kadınlar destek için ruh sağlığı çalışanına yönlendirilebilir (31).

Kayıp deneyimleyen kadınların %80'e yakınının 18 ay içerisinde gebe kaldığı ve önceki kayıp nedeniyle bu gebelikte artan anksiyete ve depresyon düşünüldüğünde, bu gruba yönelik hemşirelik girişimlerinin de planlanmasının şimdiki gebeliğin sağlıklı geçirilmesi ve anne bebek arasındaki bağın sağlıklı kurulması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Artan anksiyete prenatal bağlanmayı azalttığından; anksiyeteyi azaltacak girişimlerin uygulanması önemlidir. Bunlar; annenin destek sistemlerinin tanınmasını, şimdiki gebelik ile ilgili bilgi verilmesini, daha fazla prenatal ziyaret ve test yapılmasını (ultrason gibi) içermektedir. Ailelere kaygıları ve önceki deneyimleri ile ilgili duygularını ifade etme olanağı sağlandığında aileler bu duyguları yaşamalarının normal olduğunu fark ederler. Bunun yanında bebeklerini ayrı bir birey olarak görme ve gebeliği ayrı bir olay olarak görme olanağı bulurlar. Bu ebeveynler aynı deneyimi paylaşan ailelerle yapılan kayıp sonrası gebelik destek gruplarına yönlendirilebilirler (15).

Kayıp sonrası gebelik destek grubunda bulunan kadınlar tarafından şimdiki gebeliklerine karşı olan duygu ve endişeleri kaydedilmiş, ortak duygularının anksiyete, korku ve umut olduğu saptanmıştır (31). Endişeler, bebeğin sağlığından yeni bir kaybın aile üzerine olacak etkilerine kadar geniş bir alanda etkilidir. Gebelikte olan olayları anlamak ve tanımlamak bu annelere etkili bakım vermesi beklenen hemşireler için önemli bir adımdır. Aynı örnekte kadınlar gebeliğin ilk yarısında gebeliğin tüm semptom ve bulgularını dikkatli bir şekilde izlemekte ve bu bulguları nasıl yorumlaması gerektiği konusunda endişelenmektedir. Bulguları yorumlama süreci endişeyi artırmakta ve gebeliğin başarılı bir şekilde ilerlemesi ile artan güven duygusunun dalgalanmasına neden olmaktadır (32). Bu nedenle hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri, geçmişte yaşanmış bir perinatal kaybın stresi daha çok arttırması konusunda uyanık olmalı, kayıp yaşayan ebeveynleri sağlık profesyonelleri ile duygu ve deneyimlerini paylaşması konusunda desteklemelidir.

Literatürde kayıp sonrası gebelere yönelik standardize girişimler tanımlanmamıştır. Bu gruplar için destek grupları bulunmaktadır. Destek gruplarının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, bu grupların kadınlara iyileşme, gelişme, paylaşma ve öğrenme olanağı sağladığı belirlenmiştir (33). Ebeveynler destek gruplarında diğer ebeveynlerin de kendileri ile aynı deneyimi, benzer düşünce ve duyguları paylaştıklarını, duygusal bağ kurmaktan korktuklarını görürler (77). Bu gruplarda başetmeyi öğrenirler. Aileler bu gruplarda bebeklerin birçok şekilde kaybedilebileceğini görebilirler. Bu da destek gruplarının önemli risklerinden biridir. Bu nedenle başkalarının öykülerini duymaktan dolayı kendilerini kötü hissedebilirler (33). Buna rağmen çalışmalar bu destek gruplarına katılan ailelerin kendilerini daha iyi hissettiklerini ve doğan bebeklerine daha iyi bağlandıklarını göstermektedir (78,79,80).

Literatürde perinatal kayıp sonrası tekrar gebe kalan kadınlara yönelik doğum sınıflarından da bahsedilmektedir (34). Prenatal kayıp deneyimlemiş gebelerle yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bakım temelli hemşire ev ziyaretlerinin yapılabilirlik ve kabul edilebilirliği değerlendirilmiş, kadına güvenli ve destekli bir çevre sağlamak, kayıp sonrası yaşanan gebeliği normalize etmeyi kolaylaştırmak, anksiyete ve depresyonu azaltmak, prenatal bağlanmayı artırmak amaçlanmıştır. Sonuç olarak kadınların ev ziyaretleri ile ilgili değerlendirmeleri olumlu olmuş; grupların depresyon, anksiyete ve prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında fark olmadığı; girişim grubunun sosyal destekten memnuniyet düzeyinin anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir (35). Ülkemizde bu gruba yönelik standardize girişimlerin olmamasının yanında, destek grupları, bu gruba özel doğum eğitim sınıfları ya da bu gruba yapılmış deneysel bir çalışma bulunmamaktadır.

2.4. WATSON' IN İNSAN BAKIM MODELİ (İBM)

Hemşirelik modelleri bir hemşire olarak neye odaklanılacağını ve bakış açısını belirler. Hemşirelikteki kavramsal modellerin değeri hemşireliğin temel kavramlarına ortak bir anlam getirmeleridir. Hemşirelik mesleği böylece kendine özgü özellikleri ortaya koyabilir (81). Aynı zamanda hemşirelik kuramları bireyin sorgulanmasını, gözlemlenmesini ve sorunlarına odaklanmayı, sistematik düşünmeyi sağlamakta ve hemşirelik uygulamalarına rehber oluşturmaktadır (82,83). Hemşirelik kuramlarının uygulamada kullanılması, hemşireliği iş odaklı bir meslek olmaktan

kurtarıp tıbbi uygulamalara değil hemşirelik uygulamalarına odaklanmayı sağlar (81). Bu nedenle hemşirelikte model kullanımı önemlidir. Bu araştırmanın kavramsal çerçevesi Watson'ın İnsan Bakım Modeline temellendirilmiştir. İnsan bakım Modeli, gebelik kaybı olan gebelerin anlaşılması, onlara verilecek bakımın çerçevesinin oluşturulması ve hemşirelik girişimlerinin şekillendirilmesinde kullanılmıştır.

İBM Jean Watson tarafından 1975-1979 yılları arasında geliştirilmiştir. Jean Watson "Watson Bakım Bilimi Enstitüsü'nün" kurucusu, Colorado Üniversitesi'nde Hemşirelik Okulu Profesörü ve Bakım Bilimi başkanıdır. Modelini 1979 yılında "bakım bilimi ve felsefesi" adlı kitabında yayınlamıştır. Watson görüşlerini, "Hemşirelik: İnsan Bilimi ve İnsan – Bakımı-Bir Hemşirelik Kuramı", "Postmodern Hemşirelik ve Ötesi" ve son olarak da "Gizli/Kutsal bir Bilim Olarak Bakım Bilimi" kitabında anlatmıştır (84). Watson çalışmalarını "bir kuram, dünya görüşü, felsefe ve disiplinlerarası bir bakım ve iyileşme paradigması" olarak tanımlamıştır (85). Watson modelini oluştururken başta Carl Rogers olmak üzere Nightingale, Henderson, Leininger, Selye, Sartre, Peplau ve Yalom'dan etkilenmiştir (84).

Watson'a göre birey yaşayan ve büyüyen bir yapıdır. Birey basit bir organizma değildir, doğanın bir parçasıdır, ne tamamen fiziksel ne de tamamen ruhsaldır, her ikisinin karmasından oluşmaktadır. Watson'ın birey ile ilgili kavramsal tanımlamaları incelendiğinde, bireyin var oluşsal olarak akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alandan oluştuğu belirtilmektedir. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması bireyin sağlıklı olmasını sağlar. Watson, aklın, bireyin zekası ve anılarına karşılık geldiğini ifade etmektedir (86,87).

Watson ruh kavramını ise, kişinin içsel niteliği, iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır. Ruh görülemeyen, dokunulmayan ve insanların duygularından oluşan, soyut bir kavram olması nedeni ile de bilim tarafından henüz kanıtlanamamıştır. Ancak "yok" olarak kabul edilemez. Watson, manevi özün hemşirelik mesleğindeki en önemli unsurlardan biri olduğuna inanmaktadır (86). Maneviyat bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamı ile amacını anlama ve kabul etme çabası olarak tanımlanmaktadır. Tanımından anlaşıldığı üzere maneviyat sağlıklı ilgili bireylerin tutum ve davranışları üzerine etkili olmakla birlikte hemşirelik bakımında çok sınırlı bir şekilde ele alınmaktadır. Ülkemizde hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ve yetersiz düzeyde manevi bakım verdikleri belirtilmektedir (88,89). İBM ile bireylerin manevi gereksinimleri ve duygularını

ifade etmelerinin sağlanması ve böylece manevi bakımın da sağlanabileceği vurgulanmaktadır (90).

Watson’a göre hemşirelik süreci insandan-insana bakım verme sürecidir. Bu süreçte birey-hemşire ilişkisi ile bireyin kendi kendini iyileştirme kapasitesi artabilir ve üst düzeyde bilinçlilik gelişebilir (84). Watson “girişim” kelimesinin mekanik bir anlamı olduğunu düşündüğü için hemşirelik girişimlerini tanımlamamıştır. Girişimden daha kapsamlı olan uygulamaları “iyileştirme süreci” olarak tanımlamıştır (90).

Modelin çerçevesini “kişilerarası bakım ilişkisi”, “bakım durumu ve bakım anı” , ile iyileştirme süreçleri olmak üzere üç ana kavram oluşturmaktadır (84). Bu model Amerika, Kanada, Brezilya, İspanya, Avustralya başta olmak üzere pek çok ülkede, birçok hastane ve üniversitede hemşireler tarafından eğitim, uygulama yönetim ve araştırma alanlarında bir rehber olarak kullanılmaktadır (85).

2.4.1.İnsan Bakım Modeli’nin Temel Varsayımları

Watson’ın İnsan Bakım Modeli, hemşirelerin katı sağlık doktrinleri ve tedavi merkezlilikten uzaklaşmasını hedeflemekte ve model insan bakımına yeni kavrayışlar getirerek bakım merkezli yaklaşımlar üzerinde durmaktadır. Bu doğrultuda kuram bakım bilimi hakkında yedi temel varsayımda bulunmaktadır:

1. Bakım, sadece kişilerarası süreçlerde etkili bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir.
2. Bakım, bireylerin belirli gereksinimlerinin karşılanmasında memnuniyet oluşturan terapotik iyileştirme süreçlerinden oluşmaktadır.
3. Etkili bir bakım, bireyi, aileyi ve sağlığı geliştirir.
4. Bakım bireyi sadece “o” olarak değil bir varlık olarak kabul eder.
5. Bakım çevresi bireyin şu anda ve durumda “ne olduğu değil” aynı zamanda “ne olabileceğine” verdiği yanıttır.
6. Bakım tedaviden daha fazla sağlık odaklıdır. Bakım uygulamaları insan davranışları ile biyolojiyi birleştirdiğinden bakım bilimi, tedavi bilimlerinin bütünleyicisidir.
7. Bakım uygulamaları hemşireliğin odağıdır (91).

2.4.2 İnsan Bakım Modeli'nin Yapısını Oluşturan Kavramlar

İBM' nin çerçevesini; kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu ve bakım anı ile iyileştirme süreçleri olmak üzere üç ana kavram oluşturmaktadır (84).

1. **Kişilerarası Bakım İlişkisi:** Kişilerarası bakım ilişkisi insanın zihin-beden-ruhtan oluşan bütünlüğüne, uyumuna ve özgünlüğüne saygı gösteren iki insan arasındaki özel bir iletişim ve bağlılıktır (84). Kişilerarası bakım, duyarlılık, uyumluluk, doğruluk, güvenirlik, saygı, empati, içtenlik, samimiyet, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk içermektedir (87,92). Kişilerarası bakım ilişkisi kavramı, hemşire ve birey arasındaki bilimsel, profesyonel, etik, estetik, yaratıcı ve kişiselleştirilmiş alma-verme davranışları ve tepkileridir (84,93). Kişilerarası bakım ilişkisi üç boyuttan oluşmaktadır: benlik, varoluşsal alan, öznelarasılık.

Benlik, kişinin geçmişinden getirdiği, kendine, başkalarına ve yaşama ilişkin algılarından ve bu algılarına ilişkin değerlerinden oluşan bir kavramdır. Hemşire ve hasta/sağlam birey, özgün benliklere ve varoluşsal alanlara sahiptirler. Varoluşsal alan, bireyi birey yapan, sadece ona özel yaşadığı deneyimleri, duyguları, düşünceleri, manevi inançları, amaçları, beklentileri ve kendini algılayışının bütününden meydana gelmektedir. Hemşireler hasta/sağlam bireyin varoluşsal alanlarını aşağıda verilen soru örnekleri ile tanımlayabilir ve bireye daha kolay oluşabilirler (86):

- ✚ Bana kendinden bahseder misin?
- ✚ Yaşam deneyimlerini paylaşır mısın?
- ✚ Bedensel olarak hissettiklerini anlatır mısın?
- ✚ Kültürel ve manevi inançlarından bahseder misin?
- ✚ Hedeflerin ve beklentilerin konusunda beni bilgilendirir misin?

Hemşire ve bireyin fizikselliğin ötesindeki varoluşsal alanları birleşerek, bakım iyileşme alanına dönüşmektedir. Hemşire ve birey birbirlerinden etkilenmektedirler. Bu şekilde meydana gelen kişilerarası bakım ilişkisi hemşire ve bireyin birbirini anlamasını kolaylaştırmaktadır (90).

2. Bakım Durumu ve Bakım Anı

Bakım durumu, insandan insana bir yapıda hemşire ve bireyin, yaşam deneyimleri ve varoluşsal alanlarında bütünleşme yoluyla oluşmaktadır. Bu bütünleşme birbirini anlamayı sağlayarak bireyin iyileşmesine yardımcı olmaktadır. Bakım anı hemşirenin birey ile bir araya geldiğinde bakım için

fırsat oluşturan yer ve zamandır. Bakım anında, bakım alan ve bakım veren arasında insan-insana iletişim ve etkileşim olmaktadır. Watson bakım anının kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için fırsat olduğunu belirtmektedir (91).

3. İyileştirme Süreçleri

Watson 1976 yılında “iyileştirici faktörler” kavramını geliştirmiştir, 1985-1988 yılında revize etmiştir. Watson iyileştirici faktörleri hemşirelik bakımı için rehber oluşturacak “iyileştirme süreçleri” olarak açıklamaktadır (86). İyileştirme 10 aşamalı bir süreçten oluşmaktadır. Watson iyileştirme süreçlerini yaratıcı problem çözme süreci olarak tanımlamaktadır. İyileştirme süreçlerinin özellikleri aşağıda belirtilmiştir (94):

- ✓ İyileştirme süreçleri doğrusal bir yol izlemez.
- ✓ İyileştirme sürecindeki bütün aşamalar etkileşim içindedir, birbirlerinden ayrı düşünülemezler. Önemli olan hangi iyileştirme sürecinin bakım anına rehberlik ettiğini bilmektir.
- ✓ Yalnızca bilimsel bilgi değil etik ve estetik bilgilerde kullanılır.
- ✓ Yaratıcı bir bakım süreci olması gerekir.

Watson’ın iyileştirme süreçleri kullanılarak verilen bakım, hastalık modeline göre uygulama yapmaktan ya da tıbbın istemlerini yerine getirmekten oldukça farklıdır. Bu yolla verilen bakım hemşireliği doktor istemlerini yerine getirmekten öte bir noktaya taşıyarak hemşireliğin özünü daha görünür kılmaktadır. Bu bakım bireylerin bütüncül olarak ele alınmasını sağlayarak, hasta memnuniyetini ve güvenliğini de artırmaktadır.

Watson invazif girişimleri red etmemektedir. Bakımın sadece invazif girişimlerden ibaret olmadığını, geleneksel yaklaşımlardan çok ileri bakım iyileşme yollarının kullanılmasını önermektedir. Bu yollar modelde “iyileştirme süreçleri” olarak adlandırılmaktadır. Hemşire invazif girişimleri uygularken bakımını iyileştirme süreçlerine göre şekillendirmelidir. Modelde önerilen bakım iyileştirme yöntemleri aşağıda belirtilmiştir (84):

- ✚ İyileştirme yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Müzik, doğa sesi, ilahi şarkılar gibi.
- ✚ Görsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Işık, renk, biçim, doku ve sanatsal çalışmalar.
- ✚ Soluk alıp-verme gibi solunum yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Aromaterapi, temiz havayı içe çekme.

- ✚ Dokunma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Akupresür (bedenin belli noktalarına bası uygulayarak manipüle edilmesi tekniği), bedeb terapileri, dokunma, refleksoloji (ayaklardaki refleks noktalarının uyarılmasıyla çeşitli iç organlarda cevap elde etme tekniği) ve terapotik masaj.
- ✚ Tat alma yöntemlerinin bilinçli kullanımı: Diyetin düzenlenmesi ile besinlerle doğal yoldan yeterli miktarda alınamayan destekleyici maddelerin alınması.
- ✚ Ruhsal-bilişsel yöntemlerin bilinçli kullanımı: Akıl ve hayal etmenin önemine odaklanma.
- ✚ Kinestetik yöntemlerin bilinçli kullanımı: Temel deri bakımı, masaj, hareket, dans, yoga.
- ✚ Fiziksel, psikolojik ve terapotik yapıya odaklanan bir yöntem olarak, bakım bilincinin kullanımı.

Watson'ın iyileştirici süreçleri insan bakımının nerede olduğunu anlama bakımından yol göstericidir, fakat bu iyileştirici faktörler hemşirelik girişimleri olarak kavramsallaştırılmamıştır (95). Tablo 4'te iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri gösterilmiştir:

Tablo 4. İyileştirici Faktörler ve İyileştirme Süreçleri

İyileştirici Faktörler		İyileştirme Süreci (Hemşirelik Yaklaşımları)
1.	İnsancılık-adanmışlık değerler sistemi	İnsancılık ve adanmışlık gibi değerleri benimseme, kendine ve bireye sevgiyle ve şefkatle yaklaşma.
2.	İnanç-umut	Bireye inanç ve umudu aşılama
3.	Duyarlılık	Bireysel inanç ve uygulamaları geliştirerek, kendine ve bireylere duyarlı olma
4.	Yardım güven ilişkisi	Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirme
5.	Duyguların ifadesi	İnsanların öykülerini içtenlikle dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlama
6.	Problem çözme	Bakıma karar vermek için yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanma
7.	Öğretme-öğrenme	Bireysel gereksinimlere ve anlama stiline uygun öğrenme ve öğretmeyi sağlama
8.	İyileşme çevresi	Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel ve huzurlu bir çevre oluşturma
9.	Gereksinimlere yardım	Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olma.
10.	Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma	Yaşamı anlamlandırmak için rüya, hayal, efsane, sezgi ve vb. şeylerin rolleri.

Kaynak: (94,96).

İyileştirici faktörlere göre bakım önerileri-bakım bilinci aşağıda belirtilmiştir (96).

1. İnsancılık-Adanmışlık Değerler Sistemi:

- Benlik, diğerleri, çevre ve evrenle bağlılık-ilişki kurmaya açıklık.
- Özbakım modelleri ve diğerlerinin bakımı
- Kendinin ve diğerlerinin biricikliğini-eşsizliğini onaylamak.
- İyiliğe yönelik davranışları onaylamak.
- Kendinin ve diğerlerinin becerilerini onurlandırmak.
- Kendinin ve diğerlerinin hassas olduğu noktaları fark etmek.
- Kendine ve diğerlerine iyilik ve sevgi ile davranmak.
- Başkaları ile ilgili konuları içtenlikle dinlemek.
- Kendini ve başkalarını olduğu gibi kabul etmek.
- Kendine ve başkalarına saygı göstermek.
- Diğerlerini dinlemek.
- Diğerlerine şefkatle yaklaşmak.
- Diğerlerine saygı göstermek.
- Kendinin ve diğerlerinin insani değerlerini onurlandırmak.

2. İnanç-Umut:

- Sessizlik için fırsat oluşturmak.
- Diğerlerinin inançları hakkında bilgi sahibi olmak ve inançlarını desteklemek.
- Yaşamın çözülmesi gereken bir problemten çok keşfedilmesi gereken bir gizem olduğunu göstermek.
- Uygun şekilde göz iletişimi kurmak ve dokunmak.
- Bireylere isimleri ile hitap etmek.
- Bireylere kendilerine inanmaları için yardım etmek.
- Diğerlerinin umudunu desteklemek.
- Bireylerin hayata tutunma yeteneklerini desteklemek.
- İnsanları bir obje olarak değil bir birey olarak görmek.

3. Duyarlılık:

- Öz yansıtmayı uygulama (günlük tutma, dua etme, meditasyon); kendini geliştirmek için birinin duygularını inanç ve değerlerini keşfetmeye gönüllü olduğunu göstermek.

- Manevi olarak kendini ve diğerlerini kabul etmek.
- Görevleri iyileştirici etkileşimlere dönüştürmek.
- Kendini ve diğerlerini bağışlayabilmek.
- Diğerleri ile içtenlikle ilgilendiğini göstermek.
- İnsan olarak diğerlerinin özüne değer vermek.

4. Yardım-güven İlişkisi:

- Diğerlerine koşulsuz sevgi ve saygı göstermek.
- O andaki ve o ilişkideki olanakları keşfetmek için deneyimlerin içine girmek.
- Yargılamayan bir tutum sergilemek.
- Diğerlerinin yaşam deneyimlerine uygun şekilde yanıt vermek.
- Otantik var oluş göstermek: iletişim sırasında içten ve dürüst olmak, açık ve hassas olmak
- Kendini ve diğerlerinin sözel ve sözel olmayan iletişim stillerinin farkında olduğunu göstermek.
- Doğrudan, saygılı ve yapıcı iletişim kurmak: etkili sevgi dolu, yararlı bir iletişim kurmak, problem çözücü olmak, sağlıklı gelişimi sağlayacak aktivitelerde bulunmak, güvenli, etik, olgun aktivitelerde bulunmak.
- Bireylere kendileri ile ilgili konularda konuşmak için en iyi zamanı seçmeleri konusunda izin vermek.

5. Duyguların ifadesi:

- İyileşmeyi içsel bir yolculuk olarak tanımlamak.
- Belirsizliğe ve bilinmeyene izin vermek.
- Anlamak için hikayeleştirmesine izin vermek.
- Deneyim ve duygularını yansıtmaması konusunda desteklemek.
- Manevi rahatlama için dua etmeyi vb. önermek.
- İçinde bulundukları durumun iyi yönlerini görmelerine yardımcı olmak.
- Negatif duygularını kabul etmek ve bunlarla baş etmeleri için destek olmak.
- Aktif dinleme ile bireyin benliğinden enerji akışına izin vermek.

6. Problem Çözme:

- Estetik, etik, kişisel, metafizik ve empirik bilme yollarını yaratıcılık ile entegre etmek, bakım bilimi ve sanatının ortaya çıkması için eleştirel düşünceyi kullanmak.
- Kendiliğin varlığının diğerlerinin bakımının planlanmasında önemli olduğunu kabul etmek.
- İyileştirici dokunma, ses, otantik olma, sanatsal dışavurum, sanat terapisi, günlük tutma, oyun, mizah, eğlence, doğallık, müzik, hazır olma, nefes alma, gevşeme, hayal kurma, imajinasyon, gönüllülük, göz teması, gülümseme, pozitif davranış, aktif dinleme, ışık-sesten koruma.
- Soru sormaları için cesaretlendirmek.
- Yaşamından yeni anlamlar çıkarmaları için alternatif yollar bulmaları konusunda diğerlerine yardım etmek.

7. Öğretme-öğrenme:

- Diğerlerinin yaşam deneyimlerini tüm varlığın ile aktif dinlemek.
- Diğerleri ile sakin, saygılı konuşmak ve konuşurken tüm dikkatini vermek.
- Öncelikle diğerlerinin görüşlerini öğrenmek; sonrasında paylaşmak, yol göstermek, bilgi vermek.
- Diğerlerinin hastalık/sağlık ile ilgili ne düşündüklerini anlamalarına yardımcı olmak.
- Bireyleri öğrenmeye isteklilikleri, bilgi düzeyleri ve anlam yetenekleri ile oldukları noktada ve oldukları gibi kabul etmek.

8. İyileşme Çevresi:

- Bireylere ilişki kurmak için ortam oluşturmak.
- Bakım-iyileştirme bilincine sahip olmak.
- İyileşme çevresi oluşturmak: bireyi eşsiz bir insan, hemşireyi çevre olarak kabul etmek, ışık, sanat, su, ses, temizlik, beslenme, güvenlik, el yıkama, konfor, mahremiyet, güzellik.
- Diğerlerinin gereksinimlerini önceden fark etmek.
- Diğerleri konuştuğunda dikkatle dinlemek.
- Diğerleri için ulaşılabilir olmak.
- Diğerlerinin ritüel ve rutinlerini öğrenmek.

9. Gereksinimlere Yardım:

- Bireyi bir bütün olarak görmek.
- Bireylerin bireysel gereksinimlerine saygı duymak.
- Bireylerin rahat olmalarını sağlamak.
- Daha az endişeli hissetmeleri için yardım etmek.
- Bireylerin ailesi, sevdikleri ve onlar için önemli olan diğer insanlara karşı duyarlı olmak.
- Gizlilik gereksinimlerine saygılı olmak.
- Bireylerin dünyayı algılayışlarına ve tüm gereksinimlerine saygı duymak.
- Aile ve diğer önemli bireyleri de sürece dahil etmek.
- Aile ile açık konuşmak.

10. Manevi gizemlere, ölüm ve yaşamın varlıksal boyutlarına açık olma:

- Bilinmeyenlere izin vermek.
- Yaşam paradoksuna katılmak.
- Mucizeleri önceden görmek ve kontrolü ele geçirmek.
- Umudu desteklemek, büyütmek.
- Bakım anına katılmak ve desteklemek.
- Kendi ve diğerlerinin içsel duygularını kabul etmek.
- Yaşamın her anının iyilik ve sevgi dolu olduğuna inanmak.
- Bazı yaşam olaylarının anlaşılmaz olduğunu kabul etmek.

2.4.3. İnsan Bakım Modeli'nin Araştırma ve Uygulamaya Yansıması

Ülkemizde Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş üç çalışmaya rastlanmıştır. Erci ve arkadaşları (2003) tarafından hipertansif hastalarda Watson İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının kan basıncı ve yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Araştırmacılar tarafından hipertansif hastalara bakım veren hemşirelere kurama ve terapotik iyileştirme süreçlerine ilişkin eğitimler verilmiş ve araştırma sonucunda bakım modelinin bireylerin kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede etkili olduğu saptanmıştır (97).

Arslan-Özkan (2014), Watson İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertil kadınların infertilite öz yeterliliğine, uyum düzeylerine ve infertiliteden etkilenme düzeylerine etkisini incelemiştir. Araştırmanın sonucunda,

hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların infertiliteden olumsuz etkilenmelerini azalttığı, öz yeterlilik ve uyum düzeylerini artırdığı saptanmıştır (98).

Durgun-Ozan (2013), Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınların, anksiyetesine, baş etmesine ve infertilite etkilenme durumlarına etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda hemşirelik bakımının infertilite tedavi sürecinde ve tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında, kadınların anksiyete, infertilite etkilenmelerinde azalma ve etkili stresle baş etme yöntemlerini kullanmalarında artış saptanmıştır (99).

İnsan bakım modeline dayalı yapılan araştırmalara göre; kuramın hemşirelere daha etkili ve bilinçli bakım sağlamada yararlı olacağı (100), bireylerin bakımı algılamaları hasta ve hemşire başarı oranlarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar sağladığı (101, 102, 103); kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitesini yükseltmede etkili olduğu (97), ağrı, anksiyete, depresyon gibi semptomları azalttığı (104, 105), romatoidli bireylerin bakım gereksinimlerini karşıladığı (106), yaşlıların yaşam kalitesi ve manevi iyilik düzeylerini artırdığı (107), palyatif bakımda aileler ve hastalar açısından olumlu sonuçları olduğu (108), hemşirelerde rol model davranışların belirlenmesinde (109) ve öz bakım gereksinimlerini karşılamada etkili olduğu (110), çocuk sağlığı (111) ve yaşlı sağlığı hemşireliği uygulamalarına rehber olabileceği (112) saptanmıştır. Ayrıca insan bakım modelinin hemşirelik öğrencileri için bakım eğitim programlarının oluşturulması ve değerlendirilmesinde etkili olduğu ortaya konmuştur (113).

2.4.4. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği

Watson İnsan Bakım Modeli İncelendiğinde bu model ile psikiyatri hemşireliği felsefesinin örtüştüğü görülmektedir. Modelin insan bakımına ilişkin değerleri ve psikiyatri hemşireliği felsefesi aşağıda verilmiştir:

Tablo 5. Watson İnsan Bakım Modeli ve Psikiyatri Hemşireliği

Watson İnsan Bakım Modeli	Psikiyatri Hemşireliği Felsefesi
Watson İnsan Bakım Modeli' nin insani bakım ve insan bakımına ilişkin değerleri: - Derin bir saygı - Yaşama dair ruhsal bir boyutun ve insan bakım sürecinin içsel gücünün kabul edilmesi - İnsanın gelişme ve değişme gücünün kabulü - Bireysel ve evrensel seviyede insanlığın, insan onurunun korunması - Kişisel, içsel dünyanın açıklanmamasına saygı gösterme - Hemşire ile diğerleri arasında karşılıklı bir ilişkide öznellik-öznelerarasılık kavramlarına, bilinçli olma durumuna ve kişinin bakım, iyileşme, sağlık-hastalık durumlarıyla ilgili algı ve deneyimlerine yüksek değer verilmesi - Daha fazla öz-bilgi, öz-kontrol ve öz iyileşme potansiyeli kazanmak için ileri hemşirelik modaliteleri aracılığıyla diğerlerine yardım etme - Hemşire ile diğer kişiler arasındaki ilişkiye önem verilmesi (84).	- Saygılı olmak psikiyatri hemşireliğinin temel kavramlarındanıdır. - Her bireyde değişim ve gelişim potansiyeli vardır. Bu potansiyel kişilerarası ilişki yoluyla artırabilir. - Her birey biyopsikososyal alanlarıyla bir bütündür. - Birey sorunlarıyla baş etme gücüne sahiptir ve hastalık durumları bireylerin gelişimi için bir fırsattır. - Hemşire hastayı yargılamadan etkili bir uyum sağlamayı öğretmek için yardım etmelidir. - İyi bir dinleyici olmak, duyguları açıklama olanağı vermek, umut vermek, tedavi edici ilişki kurmak psikiyatri hemşireliğinin önemli kavramlarıdır (114).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Araştırmada Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı olan gebelerin ruh sağlığına etkisini değerlendirmek için randomize kontrollü girişimsel yöntem kullanılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın literatür tarama ve hazırlık aşamaları 24 Aralık 2012-1 Nisan 2013 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın veri toplama ve uygulama aşaması Kasım 2013- Kasım 2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi gebe polikliniğinde, Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi gebe polikliniğinde yürütülmüştür. Bu hastane ve polikliniklerde kayıp yaşamış gebelere yönelik herhangi bir hizmet verilmemektedir.

3. 3. Evren ve Örneklem

3. 3. 1. Deney ve Kontrol Grubu İçin Örneklem Alma Kriterleri

1. Kayıp öyküsü olan gebelerin 8.-12. haftalarda tespit edilerek ölçekler uygulanacaktır. Gebeliğin 17-28. haftasında uygulama yapılacaktır. Bebek hareketleri anne tarafından bu haftalarda hissedilmektedir. Bebek hareketlerinin hissedilmesi prenatal bağlanmayı artıran bir faktördür (115). Bebek hareketleri arttıkça ve uterus büyüdükçe annenin ilgisi bebeğe ve onun sağlığına yönelir (8). Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp öyküsü olan kadınların 17-28. gebelik haftasında ve gebeliğin ikinci yarısında kayıp öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek seviyede anksiyeteye sahip oldukları saptanmıştır (1,10,15).

2. Daha önce en az bir gebelik kaybı yaşamış olması,

3. Sağlıklı bir fetüse sahip olması,

4. 18 yaş ve üzerinde olması,

5. Okuma yazması olması,

6. Riskli bir gebeliği olmaması (Hiper emezis, vajinal kanama, düşük riski, erken membran rüptürü, vb.).

7. Çalışmaya katılmayı kabul etmesi.

3.3.2. Örneklem Büyüklüğü

Gebelik kaybı öyküsü olan gebelere yönelik yapılan girişimlerin sonuçlarını inceleyen benzer bir çalışma olmaması nedeniyle örneklem büyüklüğünün tespit edilmesi için araştırmanın etki büyüklüğünün (effect size) orta büyüklükte (0.5)

olması hedeflenmiştir. Araştırmanın gücü (power) 0.80 (%80) olarak, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir (116). Daha önceki benzer çalışmalardan etki büyüklüğünü tahmin edecek verilere (örnek ortalaması, standart sapma) ulaşılmadığı durumlarda Cohen “küçük”, “orta” ve “büyük” etki büyüklüğü tanımlamalarını temel alan konvansiyonel değerlerin kullanılmasını önermektedir. Bu durumda orta düzeydeki etki büyüklüğü ($d=0.50$) tahmini, %80 güç ve %95 güven düzeyinde herbir grupta (olgu ve kontrol grupları) en az ulaşılması gereken kişi sayısı 64 olarak hesaplanmıştır (117).

3.3.3. Randomizasyon

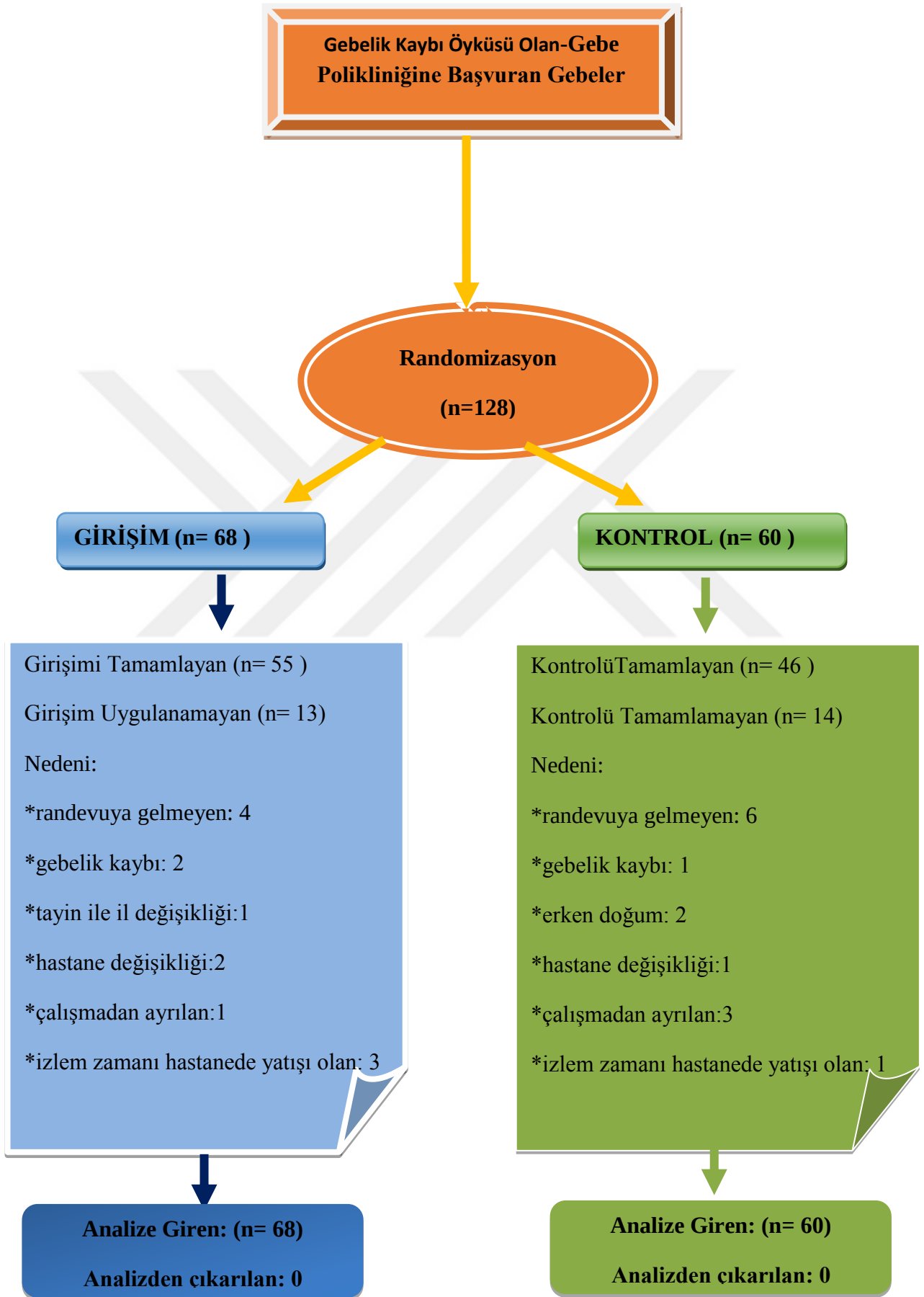
Araştırmada basit randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Örneklem sayısına göre 128 random sayı araştırmacı dışında bir kişi tarafından atanmıştır.

Random sayılar 60 çift, 68 tek sayı şeklinde karşımıza çıkmıştır (118).

Girişim ya da kontrol grubunun hangisinin çift ya da tek olmasına araştırmadan bağımsız ve araştırma konusunda bilgisi olmayan bir kişiye sorularak karar verilmiştir. Sonuç olarak girişim grubuna tek sayılar, kontrol grubuna çift sayılar atanmıştır.

Polikliniğe gelen gebeler önce örneklem açısından uygunluğa, sonra onama, daha sonra random sayının çift ya da tek olmasına göre değerlendirilerek gebenin hangi gruba gideceği belirlenmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın CONSORT Akış Şeması



Randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna atanan kadınlar arasında sosyo-demografik özellikler ve gebelik ile ilgili özellikler açısından fark olup olmadığının kontrolü yapılmıştır. Bunun için öncelikle verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorow-Simirnov ve Shapiro-Wilk W testi ile test edilmiştir (119). Veriler normal dağılım göstermedikleri için nonparametrik testlerden ki-kare testi ile farklılık olup-olmadığı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda girişim ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikler yönünden aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 6); gebeliklerine ilişkin özellikler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında kayıp sayısına göre anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.015$), (Tablo 7).

Tablo 6. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	Girişim		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
18-35 yaş	59	86.8	55	91.7	114	89.1	0.786*	0.375
36 yaş ve üzeri	9	13.2	5	8.3	14	10.9		
Eğitim Durumu								
İlk veya Ortaokul	20	29.4	14	23.3	34	26.6	0.868*	0.648
Lise	31	45.6	32	53.3	63	49.2		
Üniversite	17	25.0	14	23.3	31	24.2		
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	29	42.6	23	38.3	52	40.6	0.246*	0.620
Çalışmıyor	39	57.4	37	61.7	76	59.4		
Aylık Gelir Durumu								
Gelir giderden az	5	7.4	4	6.7	9	7.0	0.023**	1.000
Gelir gidere eşit	63	92.6	56	93.3	119	93.0		
Evlilik Süresi (Ort)±SS	4.60±3.00		4.28±3.30				1737.50***	0.141

*Ki-kare testi

**Fisher'in kesin testi

***Mann-Whitney U değeri

Tablo 7. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Gebelik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Gebelik Özellikleri	Girişim		Kontrol		Toplam		Test Değeri	p
	n	%	n	%	n	%		
Toplam Gebelik Sayısı								
İki	33	48.5	27	45.0	60	46.9	0.338*	0.845
Üç	28	41.2	25	41.7	53	41.4		
Dört ve üzeri	7	10.3	8	13.3	15	11.7		
Yaşayan çocuk sayısı								
Yok	35	51.5	32	53.3	67	52.3	0.971*	0.615
Bir	28	41.2	21	35.0	49	38.3		
İki ve üzeri	5	7.4	7	11.7	12	9.4		
Kayıp Sayısı							5.901*	0.015
Bir	66	97.1	51	85.0	117	91.4		
İki	2	2.9	9	15.0	11	8.6		
Kayıp Şekli**								
Düşük	55	80.9	55	93.2	110	86.6	5.935*	0.051
Ölü doğum	9	13.2	1	1.7	10	7.9		
Neonatal ölüm	4	5.9	3	5.1	7	5.5		
Gebeliği İsteme								
Evet	65	95.6	54	90.0	119	93.0	1.523	0.304***
Hayır	3	4.4	6	10.0	9	7.0		
Rutin Testler Dışında Test Yaptırma İsteği								
Evet	31	45.6	30	50.0	61	47.7	0.249	0.618
Hayır	37	54.4	30	50.0	67	52.3		
Doktoru Sık Görme İsteği								
Evet	51	75.0	43	71.7	94	73.4	0.182	0.670
Hayır	17	25.0	17	28.3	34	26.6		
Gebeliği yakınlarına söyleme haftası****								
5-8 hafta	62	91.2	53	89.8	115	90.6	0.067	0.796
9-12 hafta	6	8.8	6	10.2	12	9.4		
Şimdiki Gebelik Haftası (Ort±SS)	12.32±1.04		12.08±1.71				1974*****	0.741

*Ki-kare testi

**“Diğer” yanıtını veren bir kişi analiz dışı bırakılmıştır.

***Fisher’in kesin testi

****“1-4 hafta” yanıtını veren bir kişi analiz dışında bırakılmıştır.

***** Mann-Whitney U değeri

3.4. Hemşirelik Bakım Programını Hazırlama ve Uygulama Süreci

Bu çalışmada girişim grubuna Watson'ın IBM'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Kontrol grubu ise poliklinikteki rutin hizmeti almıştır.

Literatürde modelin kullanıldığı araştırmalar incelenmiştir. Model iyileştirme süreçlerinin kullanılması yolu ile uygulanabilmektedir. Bazı çalışmalarda bu iyileştirme süreçleri kısmen ele alınmış; bazılarında ise bütün olarak kullanılmıştır. Model 10 iyileştirme sürecini içermektedir. Watson iyileştirme süreçlerini yaratıcı problem çözme süreci olarak tanımlamaktadır. İyileştirme sürecinin özelliklerini de şu şekilde tanımlamaktadır (94):

- 1.İyileştirme süreçleri doğrusal bir yol izlemez.
- 2.Bütün iyileştirme süreçleri etkileşim içindedir, birbirlerinden ayrı düşünülemezler. Önemli olan hangi iyileştirme sürecinin bakım anına rehberlik ettiğini bilmektir.
- 3.Modelde sadece bilimsel bilgi değil; etik ve estetik bilgiler de kullanılır.
- 4.Yaratıcı bir bakım süreci olması gerekir.

İyileştirme süreçlerinin özellikleri göz önünde bulundurularak 10 sürecinde kullanılmasına karar verilmiştir.

Bakım programının yürütülmesi için rehber olarak yarı yapılandırılmış bir hemşirelik bakım programı geliştirilmiştir. Program beş oturum şeklinde planlanmıştır. Her oturum modelden seçilen iyileştirme süreçlerine göre düzenlenmiştir (EK 1).

3.4.1. Girişim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Girişim grubunda bulunan gebeler Watson'ın IBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Uygulama Prosedürü

1. Gebeler ile ilk karşılaşma gebeliklerinin 10.-12. haftasında olmuştur. İlk karşılaşmada tanışma gerçekleşmiş, araştırmanın amacı açıklanmış ve aydınlatılmış onamları alınarak gebeler çalışmaya dahil edilmişlerdir.
2. Tanışmanın ardından kişisel bilgi formu, ön testler uygulanmıştır. Araştırmacının iletişim bilgileri verilmiş ve tezin amacı açıklanmıştır.
3. Gebelerin poliklinik izlem planları ile uyumlu görüşme programları yapılmıştır.
4. Girişim grubundaki kadınlara toplam beş görüşme yapılacağı konusunda bilgi verilmiştir.

Bakımın Uygulandığı Yer

Girişim grubundaki gebelerin izlemleri için poliklinikte özel bir oda planlanmıştır. Odada araştırmacının kullanacağı sandalye ve masa bulunmaktadır. Bunlar iletişimi engellemeyecek şekilde kullanılmıştır. Ayrıca gebelerin de oturması için sandalye bulunmaktadır. Görüşmelerin bölünmemesi için odanın kapısına uyarıcı bir not asılmıştır. Odada bulunan telefon görüşmeler sırasında kapatılmıştır.

Görüşme masasında araştırmacının notlar alabilmesi için kağıt kalem bulundurulmuştur. Odada gebeler için peçete ve su bulundurulmuştur. Duyguların ifadesi sırasında ağlayan gebelerin oda da bulunan lavaboyu kullanarak rahatlamaları sağlanmıştır. İzlemlerdeki görüşme süreleri yaklaşık 20-30 dk. sürmüştür. Girişim grubunda bulunan 55 gebe ile beşer görüşme yapılmış olup toplamda 275 görüşme yapılmıştır. Toplam görüşme süresi 5500-8250dk'dır. Her görüşme sonrasında araştırmacı görüşmelere yönelik kayıtlar tutmuştur. "Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Girişim Grubu Bakım İyileştirme Süreci İçeriği" tablo 8'de verilmiştir.

Kadınların gebelik izlemlerinde intörn doktor tarafından yapılan yaşam bulgusu alma, hastanın ultrasona hazırlanması girişimleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Gebeler doktora sorularını sormaları konusunda cesaretlendirilmiş ve gebenin yanında olunmuştur.

Tablo 8. Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Girişim Grubu Bakım İyileştirme Süreci İçeriği

GÖRÜŞMELER	GÖRÜŞME SÜRECİ
1.Görüşme (Gebeliğin 10. -12. Haftası)	TANIŞMA • Çalışmanın amacının açıklanması, bilgilendirme. • Onam alınması • Randomizasyon ile grubunun belirlenmesi • Ölçüm araçlarının uygulanması • Telefon numaralarının paylaşılması • Bireye sevgi ve şefkatle yaklaşma. Bu birey kimdir, bakımını nasıl yapabilirim? (1. İyileştirme süreci; İnsancılık-Adanmışlık değerler sistemi) • Gebelik izlemleri süresince iyileştirici bir çevre oluşturulması, tüm gereksinimlerine saygılı olma ve tüm gereksinimlerini karşılama (8. İyileştirme Süreci; iyileşme çevresi oluşturma, 9. İyileştirme süreci, gereksinimlere yardım) • Gebeliğin 12. Haftasında yapılan testlerin karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak anlatılması-paylaşılması (4.İyileştirme Süreci; Yardım Edici-Güven Verici Bakım İlişkisi, 5. İyileştirme Süreci; Duygu ve hislerin ifadesi, 6. İyileştirme Süreci; Problem Çözme: Bu olay onun günlük yaşam şeklini ve rollerini nasıl etkiledi? Bakım modelini ona ve onun durumuna nasıl uyarlayabilirim? Ona sorunlarını çözmesinde nasıl yardımcı olabilirim? , 7. İyileştirme Süreci; Öğretme-Öğrenme) • Kadının bu gebelik ile ilgili duygularının paylaşılması(İyileştirme süreci; 4, 5).

2. Görüşme (Gebeliğin 16. Haftası)	• Gebeliğin 16. Haftasında yapılan testlerin anlatılması, bebeğin büyüme-gelişmesi konusunda karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak bilgi verilmesi (İyileştirme süreci; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). • Kadın için hayatın anlamının ne olduğunun konuşulması (İyileştirme süreci; 3; İyileştirme süreci; 10; Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek) • Bu gebeliğin kadın için ne anlam ifade ettiğinin konuşulması (İyileştirme süreci; 3, 4, 5, 9, 10) • Kadının şimdiki gebelik ile ilgili deneyimlerinin paylaşılması (İyileştirme süreci;4, 5, 6, 7). • Kadının önceki gebelik kaybına yönelik duygu ve hislerinin konuşulması (İyileştirme süreci;4, 5, 6, 7). • Bu duygularla baş etmek için kullandığı yöntemlerin ve yararlandığı destek sistemlerinin konuşulması (3. İyileştirme Süreci; Duyarlılık) • Şimdiki gebeliğin olumlu yönlerini vurgulayarak inanç ve umudu destekleme (2. İyileştirme Süreci; İnanç-Umut)
3. Görüşme (Gebeliğin 20. Haftası)	• Gebeliğin bu döneminde yapılan testler ile ilgili karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7) • Gebeliğin bu döneminde ortaya çıkan psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin karşılıklı öğrenme ve öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). • Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). • Önceki gebelik kaybına yönelik duygu ve hislerinin konuşulması, kaybın onun için ne anlam ifade ettiğinin konuşulması (İyileştirme süreci;4, 5, 6, 7, 10). • Bu gebelik ile ilgili beklentilerinin konuşulması (İyileştirme süreci; 2).

4. Görüşme (Gebeliğin 24. Haftası)	• Gebeliğin bu döneminde yapılan testler ile ilgili karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7) • Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). • Bu gebelik ile ilgili beklentilerinin, umutlarının, hayallerinin konuşulması (İyileştirme süreci; 2, 3, 4, 5, 6).
5. Görüşme (Gebeliğin 28. Haftası)	• Gebeliğin bu döneminde yapılan testler ile ilgili karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7) • Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). • Bundan sonraki süreç ile ilgili duygularının, planlarının paylaşılması (İyileştirme süreci; 2, 3, 4, 5, 10). • Soruların cevaplanması (İyileştirme süreci; 1, 4, 5, 7, 9). • Ölçüm araçlarının doldurulması. • Sonraki süreçte de haberleşebilecekleri bilgisinin verilmesi.

3.4.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubuna çalışma sırasında bir girişim uygulanmamıştır. Kadınlarla gebeliklerinin 10.-12. haftalarında tanışılmış, aydınlatılmış onamları alınmış ve gebeliklerinin 28. haftasında ölçümlerin tekrar yapılacağı bilgisi verilmiştir.

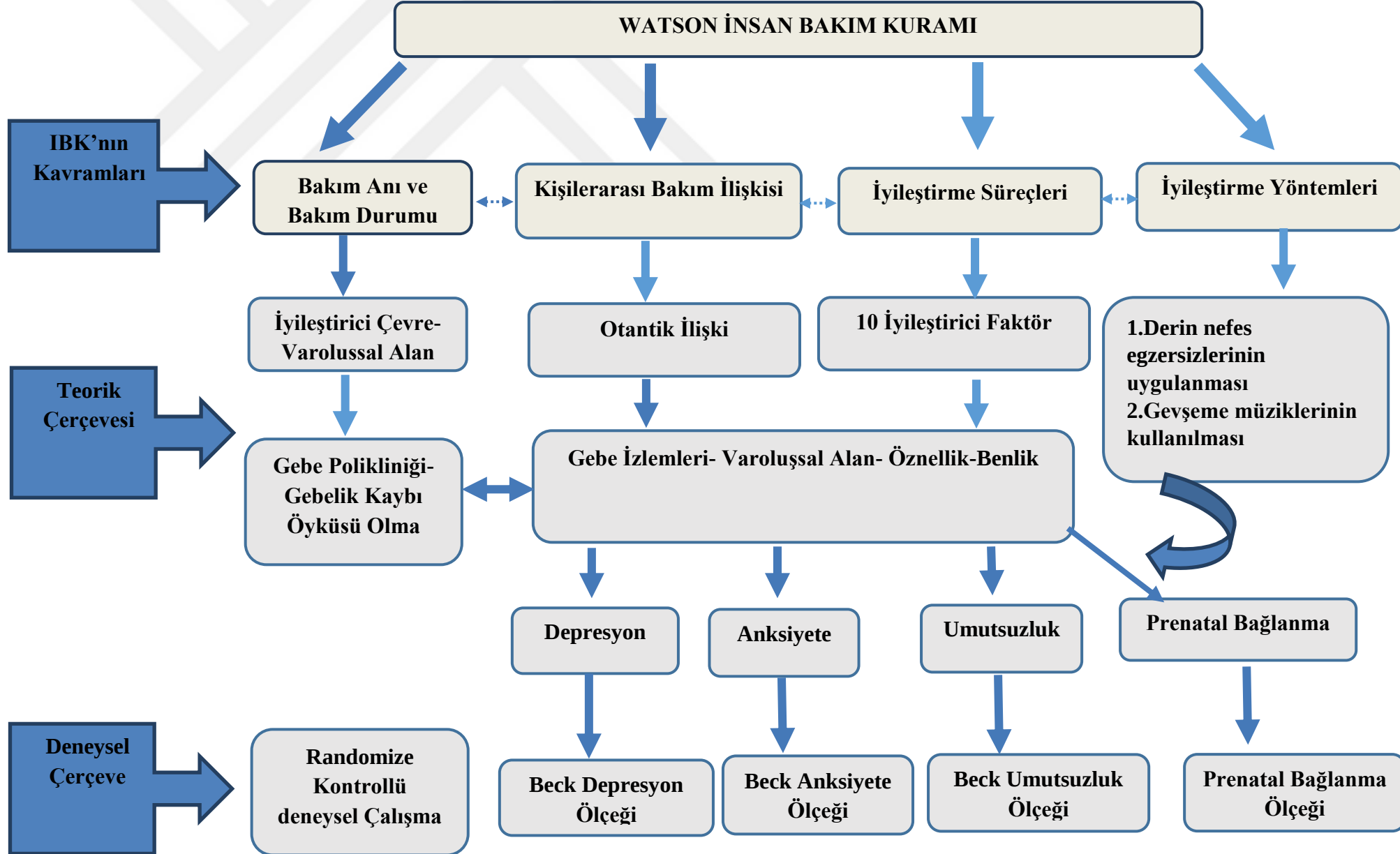
Tablo 9. Kontrol Grubu Çalışma Süreci

GÖRÜŞMELER	GÖRÜŞME SÜRECİ
1.Ölçüm Gebeliğin 10-12. haftalarında.	TANIŞMA • Çalışmanın amacının açıklanması, bilgilendirme. • Onam alınması • Ölçüm araçlarının uygulanması (Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Prenatal Bağlanma Ölçeği)
2. Görüşme Gebeliğin 26-28. haftalarında	• Ölçüm araçlarının uygulanması (Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Prenatal Bağlanma Ölçeği)

3.4.3. Araştırmanın Kavramsal-Deneysel ve Kuramsal Yapısı

IBM' nin kavramları, araştırmanın değişkenleri ve girişimsel göstergeler arasındaki ilişki şekil 2'de verilmiştir.

Şekil 2. Araştırmanın Teorik, Kavramsal ve Deneysel Yapısı



3.5.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri: Depresyon puanı, anksiyete puanı, umutsuzluk puanı, prenatal bağlanma puanıdır.

Araştırmanın Bağımsız Değişkeni: Watson İnsan Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımı' dır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Ölçeği kullanılarak toplanacaktır.

3. 6. 1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2)

Bu form demografik özellikler, obstetrik özellikler ve şu anki gebelik özellikleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Demografik özellikler; yaş, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir gibi özellikleri ifade etmektedir. Obstetrik özellikler; gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliği isteme durumu, daha önceki gebelik kaybı, gebeliği sonlandırma isteği gibi özelliklerdir. Şu anki gebelik özellikleri; gebeliğin haftası, gebeliğin planlı olup olmaması, gebeliği yakınlarına söyleme zamanı, rutin testler dışında test yaptıрма isteği, doktoru ayda bir kezden daha sık görme isteği gibi özelliklerdir.

3. 6. 2. Beck Anksiyete Ölçeği (Ek 3)

Beck anksiyete ölçeği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesini sağlayan, bireylerin kendi kendilerine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir.

Orijinal formu Beck, Epstein, Brown ve Steer (1988) tarafından geliştirilen ölçek Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. Maddelere verilen cevaplar dörtlü likert tipi “Sizi ne kadar rahatsız etti?” sorusuna “hiç”(0), “hafif derecede (1), “orta derecede”(2) ve “ciddi derecede”(3) şeklinde verilen cevaplardan oluşmaktadır. 21 maddeden oluşan ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı kaygının şiddetini göstermektedir. Ulusoy, Şahin ve Erkmen (1998) tarafından ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .93 olarak saptanmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise $r = .57$ ’dir (120). Ölçüt bağımlı geçerlik çalışmasında ölçeğin otomatik düşünceler ölçeği ile $r = .41$, Sürekli Kaygı Envanteri ile $r = .53$ olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda ölçeğin “Sübjektif Belirtiler” (1,4,5,

7,8,9,10,11,14,15,16,17,19. maddeler) ve “Somatik Belirtiler” (2,3,6,12,13,18,20,21. maddeler) olmak üzere iki faktörden oluştuğu belirtilmektedir (121). Araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur.

3. 6. 3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek 4)

Beck umutsuzluk ölçeği kendini değerlendirme ölçeği olup; bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini ölçmeyi amaçlar. Ölçek 20 maddeden oluşur ve ergen yetişkinlere uygulanır. Beck ve arkadaşları, ölçeğin geliştirilmesinde iki kaynaktan yararlanmışlardır. Birincisi gelecek ile ilgili tutumlar çizelgesi, ikincisi ise klinisyenler tarafından kaydedilen psikiyatrik hastaların kötümserlik ifadesi. Bu iki kaynaktan elde edilen ifadeler klinisyenler tarafından incelenmiş, depresif olmayan hasta örneklemine uygulanmıştır. Elde edilen bilgiler ışığında ölçek üzerinde çalışılarak son şekli verilmiştir (121).

Ölçeğin iç tutarlılığı intihar girişiminde bulunan 294 hasta üzerinde yapılan çalışmadan elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .93’tür. Aynı çalışmada elde edilen madde toplam puan korelasyonları ise .39 ile .76 arasında değişmektedir. Ölçeğin çeviri işlemi Seber (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek üzerinde gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda ölçeğin, Gelecek İle İlgili Duygu ve Beklentiler (1,3,7,11,18. maddeler $\alpha=0.78$), Motivasyon Kaybı (2,4,9,12,14,16,17,20. maddeler $\alpha=0.72$) ve Umut (5,6,8,10,13,15,19. maddeler $\alpha= 0.72$) olmak üzere üç faktörden oluştuğu belirtilmektedir (122). Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur.

Maddelerden 11 tanesinde evet seçeneği, 9 tanesinde ise hayır seçeneği 1 puan alır. Puan ranjı 0-20’dir ve alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır (121).

3. 6. 4. Beck Depresyon Ölçeği (Ek 5)

Denekte depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini belirlemek amacıyla Beck tarafından geliştirilen 4’lü likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Hisli (1989) tarafından yapılmış olup, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir (123).

3. 6. 5. Prenatal Bağlanma Ölçeği (Ek 6)

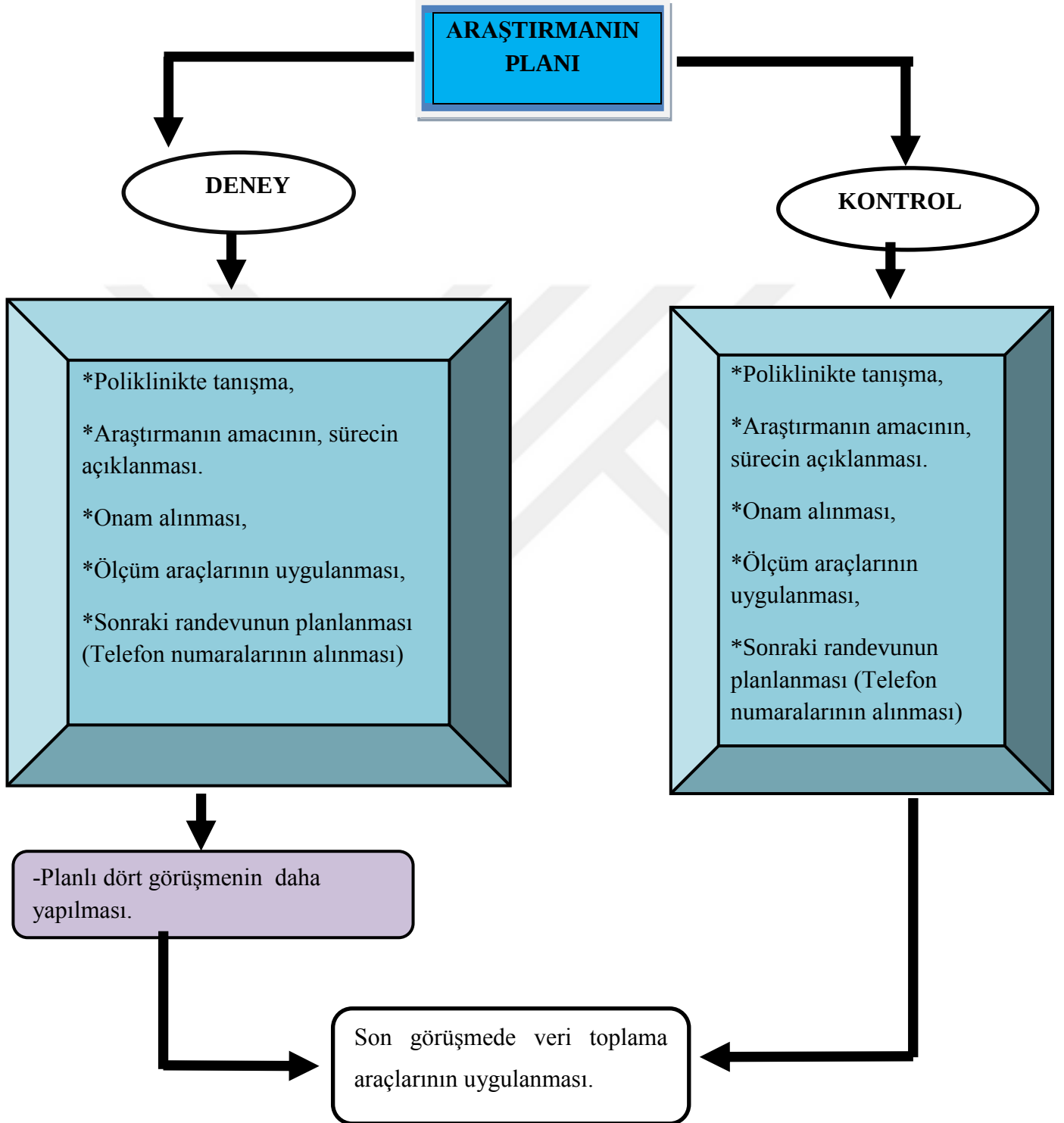
“Prenatal Bağlanma Ölçeği” (The Prenatal Attachment Inventory) 1990 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. 1= Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması ülkemizde Yılmaz (2013) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik katsayısı , 84 olarak bulunmuştur (124). Çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin çalışmamızda kullanılabilmesi için Yılmaz'dan mail yoluyla izin alınmıştır (Ek 7).

3.7. Araştırmanın Planı

Araştırma planı şekil 3'te verilmiştir.

Şekil 3. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan danışmanlık alınmıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde Statiscal Package for Social Science (SPSS) 17.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada istatistiksel anlamlılık düzeyi α : 0. 05 olarak kabul edilmiştir. Veriler SPSS programına yüklenmiş, eksik ve hatalı veriler tespit edilerek düzenlenmiştir.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilerek istatistiksel yöntemlere karar verilmiştir.

Intention To Treat Analizi

Araştırma sürecinde örnekleme yaşanan kayıplar nedeniyle intention to treat (ITT) analizi yapılmıştır. ITT analizi ile örneklem grubundaki bireylerin çalışma süresince örneklemden ayrılırlar da girişim sonuçlarının randomize olarak atandıkları gruplarda karşılaştırılması amaçlanmaktadır (125). ITT analizinin tam olarak uygulanabilmesi için randomizasyona katılan tüm bireylere ulaşılması gerekmektedir. Bu çalışmada bu durum sağlanamadığından sürekli veriler için önerilen, en son elde edilen verilerin sonuç ölçümlerinin tekrarlanarak doldurulmasıdır (126). Girişim (n=13) ve kontrol (n=14) ayrılan gebelerin pretest ölçüm verileri post test bölümüne yazılarak ITT analizi sağlanmıştır. Araştırma verileri hem araştırmaya katılan gebelerin sonuçları, hem de ITT analizi ile değerlendirilerek sunulmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Programlar ve Analizlerin Alanlarına Göre Dağılımı

İstatistik yapılan alanlar	Analiz programı ve kullanılan istatistiksel yöntemler
Gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama.
Gebelerin gebelik özelliklerine göre dağılımı	Sayı, yüzde, ortalama.
Gebelerin beck anksiyete, beck depresyon, beck umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamaları	Ortalama, Min, Mak.
Gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre beck anksiyete, beck depresyon, beck umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi, T test.
Gebelerin gebelik özelliklerine göre beck anksiyete, beck depresyon, beck umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney-U testi, Kruskal Wallis testi.
Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-Kare testi, Mann-Whitney-U testi
Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik özelliklerinin karşılaştırılması	Sayı, yüzde, Ortalama, Standart sapma, Ki-Kare testi, Mann-Whitney-U testi
Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney-U testi, t testi
ITT analizine göre girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması	Mann-Whitney-U testi

3.9. Araştırma Etiği

Araştırmaya başlamadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek 8). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden izin alınmıştır (Ek 9). şifa niversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi polikliniği'nden izin alınmıştır (Ek 10). Araştırmaya katılmak isteyen gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Ek 11).



4. BULGULAR

Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Gebelik Kaybı Olan Gebelerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma durumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları iki bölümde ele alınmıştır:

Bölüm 1: Gebelerin sosyo-demografik özellikleri, gebeliklerine ilişkin özellikleri, gebelerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarına ilişkin bulgular, gebelerin anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular,

Bölüm 2: Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.

4. 1. Bölüm 1

4. 1. 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 11. Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
18-35	114	89. 1
36 yaş ve üzeri	14	10. 9
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	127	99. 2
Geniş Aile	1	0. 8
Eğitim Durumu		
İlk veya Ortaokul	34	26. 6
Lise	63	49. 2
Üniversite	31	24. 2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	52	40. 6
Çalışmıyor	76	59. 4
Aylık Gelir Durumu		
Gelir giderden az	9	7. 0
Gelir gidere eşit	119	93. 0
Evlilik Süresi (Ort)±SS	4. 45±3.14	
Toplam	128	100

Çalışmaya katılan tüm gebelerin sosyo-demografik özellikleri tablo 11’de verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %89.1’i 18-35 yaş aralığındadır. Gebelerin %99. 2’si çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin %49. 2’si lise mezunu olup; %59. 4’ü çalışmamaktadır. Gebelerin %93’ünde gelir gidere eşit ve gebelerin evlilik süresi ortalama 4.45’tir (Tablo 11).

4. 1. 2. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 12. Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Toplam Gebelik Sayısı		
İki	60	46.9
Üç	53	41.4
Dört ve üzeri	15	11.7
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	67	52.3
Bir	49	38.3
İki ve üzeri	12	9.4
Kayıp Sayısı		
Bir	117	91.4
İki	11	8.6
Kayıp Şekli		
Düşük	110	85.9
Ölü doğum	10	7.8
Neonatal ölüm	7	5.5
Diğer	1	0.8
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	119	93.0
Hayır	9	7.0
Gebeliği Yakınlarına Söyleme Haftası		
1-4 hafta	1	0.8
5-8 hafta	115	89.8
9-12 hafta	12	9.4
Rutin Testler Dışında Test Yaptırma İsteği		
Evet	61	47.7
Hayır	67	52.3
Doktorunu Sık Görme İhtiyacı		
Evet	94	73.4
Hayır	34	26.6
Şimdiki Gebelik Haftası (Ort±SS)	12.21±1.39	
Toplam	128	100

Çalışmaya katılan gebelerin gebeliklerine ilişkin özellikleri tablo 12’de verilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerin %46.9’u toplam iki gebelik yaşamış olup; %52.3’ünün yaşayan çocuğu yoktur. Gebelerin %91.4’ünün bir kaybı olup; %85.9’unun kayıp şekli düşüktür. Gebelerin %93.0’ı bu gebeliği istemektedir. Gebelerin %89.8’i gebeliği yakınlarına 5-8 haftalık iken söylemişlerdir. Gebelerin %52.3’ü

rutin testler dışında test yaptırmak istemekte; %73. 4' ü ise doktorunu sık görme ihtiyacı hissetmektedir. Gebelerin ortalama gebelik haftası 12.21 ± 1.39 dur (Tablo 12).

4. 1. 3. Gebelerin Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamaları

Gebelerin pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları tablo 13' te verilmiştir.

Tablo 13. Gebelerin Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort± SS	Min	Mak
Beck Anksiyete	14. 14±7. 73	0	44
Beck Depresyon	15. 51±6. 65	2	30
Beck Umutsuzluk	2. 22±1. 83	0	7
Prenatal Bağlanma	36. 19±8. 08	26	71

4. 1. 4 Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 14'te verilmiştir.

Gebelerin yaşa göre Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($U=471.50$, $p=0.013$), (Tablo 14).

Gebelerin yaşa göre Beck Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($U=373.00$, $p=0.001$), (Tablo 14).

Gebelerin diğer sosyo-demografik özelliklerine göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo Demografik Özellikler	Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Beck Umutsuzluk Ölçeği	Prenatal Bağlanma Ölçeği
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Yaş				
18-35 yaş (n= 114)	14.7±7.4	16.1±6.5	2.3±1.8	36.3±8.3
36 yaş ve üzeri (n= 14)	9.2±8.4	10.2±4.6	1.4±1.6	35.0±5.0
Test değeri (U*)	471. 50	373. 00	542. 00	765. 00
p değeri	0. 013	0.001	0. 46	0. 800
Eğitim Durumu				
İlk veya Ortaokul (n=34)	15.6 ±8.2	16.6±5.8	2.5±2.0	35±7.3
Lise (n= 63)	13.5±7.6	14.9±7.2	2.1±1.7	35.2±6.6
Üniversite (n=31)	13.6±7.3	15.3±6.3	2.0±1.7	38.8±10.7
Test Değeri (KW)	0. 540	1. 658	1. 307	1. 774
p Değeri	0. 763	0. 437	0. 520	0. 412
Aylık Gelir Durumu				
Gelir giderden az (n=9)	18±11.0	15.8±7.1	2.1±2.1	38.3±7.2
Gelir gidere eşit(n=119)	13.8±7.4	15.4±6.6	2.2±1.8	36.0±8.1
	476.00	213. 50	240. 00	169. 00
Test Değeri (U)				
p Değeri	0. 579	0. 678	1. 00	0. 264
Çalışma Durumu				
Çalışıyor (n=52)	13±7.5	14.2±6.5	1.8±1.6	37.7±9.6
Çalışmıyor (n=76)	14.7±7.8	16.4±6.6	2.4±1.9	35.1±6.6
Test Değeri (U)	1798.00	532.00	496. 50	370. 50
p Değeri	0. 387	0. 974	0. 711	0. 122

* Mann-Whitney U değeri

4. 1. 5. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelerin gebelik özelliklerine göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 15'te verilmiştir.

Gebelerin toplam gebelik sayısına göre Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde Beck Anksiyete puan ortalaması bakımından; toplam iki ve üç gebeliği olan gruplar arasında, toplam iki ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; toplam üç ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin toplam gebelik sayısına göre Beck Depresyon puan ortalamaları arasında çok iyi düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde Beck Depresyon puan ortalaması bakımından; toplam iki ve üç gebeliği olan gruplar arasında, toplam iki ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; toplam üç ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin toplam gebelik sayısına göre Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.010$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde Beck Umutsuzluk puan ortalaması bakımından; toplam iki ve üç gebeliği olan gruplar arasında, toplam iki ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; toplam üç ve dört ve üzeri gebeliği olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin toplam gebelik sayısına göre Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.548$), (Tablo 15).

Gebelerin yaşayan çocuk sayısına göre bekk anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.030$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde bekk anksiyete puan ortalaması bakımından; çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; bir ve iki ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında, çocuğu olmayan ve iki ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 15. Gebelerin Gebelik Özelliklerine Göre Pretest Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gebelik Özellikleri	Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği	Beck Umutsuzluk Ölçeği	Prenatal Bağlanma Ölçeği
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Toplam Gebelik Sayısı				
İki (n=60)	16.4±6.2	17.7±6.0	2.7±1.8	35.6±7.2
Üç (n=53)	12.6±8.2	14.1±6.7	1.8±1.8	36.8±9.1
Dört ve üzeri (n=15)	10.3±8.9	11.4±5.5	1.5±1.4	36.2±7.5
Test Değeri (KW)	13.174	16.103	9.255	1.204
p Değeri	0.001	0.000	0.010	0.548
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok (n=67)	15.6±6.4	17.4±6.1	2.6±1.8	36.0±8.2
Bir (n=49)	12.5±8.6	13.7±6.7	1.8±1.8	36.3±8.0
İki ve üzeri (n=12)	12.1±9.0	11.8±5.7	1.7±1.4	36.0±8.2
Test Değeri (KW)	7.038	13.429	7.657	0.811
p Değeri	0.030	0.001	0.022	0.667
Kayıp Sayısı				
Bir (n=117)	14.4±7.6	15.5±6.6	2.2±1.8	35.8±7.5
İki (n=11)	11.0±8.0	15.5±6.9	2.0±1.5	39.9±12.7
Test Değeri (U)	480.00	636.50	641.50	571.50
p Değeri	0.164	0.952	0.986	0.539
Kayıp Şekli*				
Düşük (n=110)	14.1±7.2	15.5±6.6	2.3±1.7	36.3±8.6
Ölü doğum (n=10)	12.8±6.1	14.7±6.5	1.4±1.6	34.4±2.7
Neonatal ölüm (n=7)	17.4±14.7	16.1±8.5	2.1±2.7	35.7±2.0

Test Değeri (KW)	0. 414	0. 224	3. 29	1. 47
p Değeri	0. 813	0. 894	0. 192	0. 478
Gebeliği İsteme Durumu				
Evet (n=119)	14.6±7.4	16.1±6.4	2.2±1.8	36.3±8.1
Hayır (n=9)	7.5±8.8	7.7±4.5	1.5±1.3	33.7±6.6
Test Değeri (U)	232. 50	163. 00	429. 00	495. 50
p Değeri	0. 005	0. 001	0. 311	0. 708
Gebeliği yakınlarına söyleme haftası**				
5-8 hafta (n=115)	13.9±7.8	15.3±6.7	2.2±1.8	36.1±8.2
9-12 hafta (n=12)	14.6±5.6	16.4±5.7	1.9±2.1	34.6±2.7
Test Değeri (U)	665. 50	656. 00	585. 00	668. 00
p Değeri	0. 840	0. 779	0. 377	0. 855
Rutin Testler Dışında Test Yaptırma İsteği				
Evet (n=61)	17.1±7.2	18.6±6.1	2.8±1.8	37.1±9.9
Hayır (n=67)	11.3±7.1	12.6±5.7	1.6±1.6	35.3±5.8
Test Değeri (U)	1156. 50	949. 50	1261. 50	1960.00
p Değeri	0. 000	0. 000	0. 000	0. 689
Doktorunu Sık Görme İsteği				
Evet (n=94)	15.2±6.6	16.9±6.2	2.4±1.8	36.4±8.3
Hayır (n=34)	11.1±9.6	11.6±6.2	1.5±1.7	35.5±7.2
Test Değeri (U)	1005. 50	846. 00	1120. 50	1564. 50
p Değeri	0. 001	0. 000	0. 009	0. 856

*“Diğer” yanıtını veren bir kişi analiz dışı bırakılmıştır.

** “1-4 hafta” yanıtını veren bir kişi analiz dışında bırakılmıştır.

Gebelerin yaşıyan çocuk sayısına göre Beck Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde Beck Depresyon puan ortalaması bakımından; çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan gruplar arasında, çocuğu olmayan ve iki ve üzeri çocuğu olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; bir çocuğu olan ve iki ve üzeri çocuğu olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin yaşıyan çocuk sayısına göre Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.022$), (Tablo 15). Yapılan ileri analizlerde Beck Umutsuzluk puan ortalaması bakımından; çocuğu olmayan ve bir çocuğu olan gruplar arasında anlamlı fark var iken; bir ve iki ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında, çocuğu olmayan ve iki ve üzeri çocuk sahibi olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin yaşıyan çocuk sayısına göre Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.667$), (Tablo 15).

Gebelerin kayıp sayısına ve kayıp şekline göre, Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 15).

Gebelerin gebeliği isteme durumuna göre Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.005$), (Tablo 15).

Gebelerin gebeliği isteme durumuna göre Beck Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$), (Tablo 15).

Gebelerin gebeliği isteme durumuna göre Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Gebelerin gebeliği yakınlarına söyleme haftasına göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 15).

Gebelerin rutin testler dışında test yaptıırma isteğine göre Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında çok iyi düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 15).

Gebelerin rutin testler dışında test yaptıırma isteğine göre Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.689$), (Tablo 15).

Gebelerin doktoru sık görme isteğine göre Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$), (Tablo 15).

Gebelerin doktoru sık görme isteğine göre Beck Depresyon puan ortalamaları arasında çok iyi düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p= 0.000$), (Tablo 15).

Gebelerin doktoru sık görme isteğine göre Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.009$), (Tablo 15).

Gebelerin doktoru sık görme isteğine göre Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p= 0.856$), (Tablo 15).

4. 2. Bölüm 2

Bu bölümde araştırmanın bağımlı değişkenlerine ilişkin bulgular, çalışılan grupların bulguları ve Intention to Treat analiz sonuçlarına ilişkin bulgular birlikte verilmiştir.

4.2.1. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve prenatal bağlanma puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 16’ da verilmiştir.

Tablo 16. Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Girişim Grubu (n=55)		Kontrol Grubu (n=46)		Pre test		Post test	
	Pre test	Post test	Pre test	Post test				
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Test değeri	p	Test değeri	p
Beck Anksiyete	14.9±8.6	4.4±1.8	14.1±7.4	14.1±8.5	0.46*	0.64	339.5**	0.000
Beck Depresyon	15.9±7.3	6.6±2.1	15.6±6.2	15.9±7.4	0.23*	0.81	318.0**	0.000
Beck Umutsuzluk	2.0±2.0	0.2±0.4	2.4±1.7	2.1±1.8	1070.5**	0.17	314.0**	0.000
Prenatal Bağlanma	34.1±3.2	55.0±4.3	38.9±11.6	44.3±8.7	1071.5**	0.18	394.0**	0.000

*t değeri

** Mann-Whitney U değeri

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.64), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.81), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.17), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p=0.18), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.000), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Depresyon puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.000), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.000), (Tablo 16).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (p=0.000), (Tablo 16).

4. 2. 2. Intention to Treat Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Anksiyete, Depresyon, Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin ITT analizine göre girişim öncesi ve sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma puan ortalamaları tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. ITT Analizine Göre Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Girişim Öncesi ve Sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar

*Mann-Whitney U değeri

ITT analizine göre girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.930$), (Tablo 17).

ITT analizine göre girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.609$), (Tablo 17).

ITT analizine göre girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.124$), (Tablo 17).

ITT analizine göre girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim öncesi Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p=0.362$), (Tablo 17).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin ITT analizine göre girişim sonrası Beck Anksiyete, Beck Depresyon, Beck Umutsuzluk ve Prenatal Bağlanma durumları tablo 17’de belirtilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Anksiyete puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 17).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Depresyon puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 17).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Beck Umutsuzluk puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 17).

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin girişim sonrası Prenatal Bağlanma puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.000$), (Tablo 17).

5. TARTIŞMA

Araştırmada Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin gebelik kaybı yaşayan gebelerin depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve prenatal bağlanma durumuna etkisi incelenmiştir. Bu bölümde girişim ve kontrol grubunun karşılaştırılmasına ilişkin bulgular ITT analizi sonuçlarına göre tartışılmıştır.

Araştırmanın bu aşamasında elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır:

- Gebelerin depresyon puanlarının tartışılması
- Gebelerin anksiyete puanlarının tartışılması
- Gebelerin umutsuzluk puanlarının tartışılması
- Gebelerin prenatal bağlanma puanlarının tartışılması

5.1.Gebelerin Depresyon Puanlarının Tartışılması

Girişim ve kontrol grubundaki gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin girişim öncesi depresyon puan ortalamalarının yakın (girişim grubu: 15.4 ± 7.00 ; kontrol: 15.6 ± 6.29) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmada kullanılan İBM'nin etkisini değerlendirebilmek açısından önemlidir. Ülkemizde beck depresyon ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada da gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin depresyon puan ortalamaları 16.21 ± 6.59 olarak bulunmuştur (127). Bu bulgu bizim çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Gebelik kaybı öyküsü olan ve olmayan gebelerle yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda da kayıp öyküsü olan gebelerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (1,14,29). Bu çalışmalarda kullanılan depresyon ölçekleri çalışmamızda kullandığımız ölçekten farklı olması nedeniyle çalışma bulgularımız ile karşılaştıramamaktadır.

Girişim grubunda yer alan gebelerin girişim sonrası depresyon puan ortalamaları 7.9 ± 3.8 ; kontrol grubunun ise 15.8 ± 7.2 olarak belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç ile 1.H1 Hipotezi (Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların depresyon düzeyleri kontrol grubundaki gebe kadınlardan daha düşüktür) doğrulanmaktadır. Depresyon puanındaki bu düşüşün Watson İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımı ile gebelere sevgi ve şefkat ile yaklaşmış, iyileştirici bir çevre oluşturulmuş, hissettiği tüm duygular koşulsuz

kabul edilmiş, gebenin bu duygularını ifade etmesi sağlanmış, gebenin anlatımları dinlenmiş ve belirlenen gereksinimleri karşılanmıştır.

Poliklinikte gebeler herhangi bir hemşirelik hizmeti almamaktadırlar. Dolayısıyla kontrol grubundaki gebeler doktor muayenesi sonrası poliklinikten ayrılmışlardır. Girişim ve kontrol grubunun depresyon puan ortalaması arasında anlamlı fark olması poliklinik hekiminin günlük baktığı hasta sayısı nedeniyle daha çok iş odaklı çalışması, gebe ile uygun iletişim kuramaması, gebe ile empati yapamaması aynı zamanda bu gebelerin herhangi bir hemşirelik girişimi almaması ile açıklanabilir. Bu noktada bu sonuç, poliklinikte kayıp öyküsü olan gebelere hemşirelik bakımı uygulanmasının önemli etkisi olacağını göstermesi açısından önemlidir.

Yapılan çalışmalar gebelik kaybı yaşayan kadınların daha fazla depresif semptom sergilediklerini göstermektedir. Carrera, Domingo, Montanana ve ark. (1998) gebelik kaybı yaşayan gebeler ve sağlıklı bebek dünyaya getiren anneler ile beck depresyon ölçeği kullanarak yaptığı karşılaştırmalı çalışmasında; kayıp yaşayan ve bir yıl boyunca psikolojik destek alan annelerin depresyon düzeyini, kayıp yaşayan fakat herhangi bir girişim uygulanmayan gruptan daha düşük, sağlıklı bebek dünyaya getiren annelerin depresyon düzeyi ile ise benzer olduğunu belirlemiştir (29).

Swanson'ın bakım modeli kullanılarak randomize kontrollü yapılan başka bir çalışmada ise kayıp sonrası gebeliklerinde hemşireler tarafından bakım temelli ev ziyareti yapılan gebelerin depresyon puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (35). Bu sonuç örneklem sayısından (girişim:13; kontrol:11) ya da kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızın daha büyük bir örneklem grubunda yapılmış olması girişim ve kontrol grubunun depresyon puan ortalaması arasında anlamlı fark olmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Benzer grupta Watson IBM kullanılarak yapılan bir çalışmaya ulaşamadığından dolayı sonuçlar karşılaştırılamamıştır. Ancak depresif kadınlarla Watson IBM kullanılarak yapılan bir çalışmada modelin depresyonu azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir (104).

Kayıp öyküsü olan gebelere standart poliklinik hizmeti dışında Watson IBM'ne temellendirilmiş olarak verilen sistematik hemşirelik bakımının gebelerin depresyon düzeylerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

5.2.Gebelerin Anksiyete Puanlarının Tartışılması

Girişim ve kontrol grubundaki gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin girişim öncesi anksiyete puan ortalamalarının yakın (girişim grubu: 14.2 ± 8.2 ; kontrol: 14.0 ± 7.1) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmada kullanılan İBM'nin etkisini değerlendirebilmek açısından önemlidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki olduğu ve düşük sayısı arttıkça anksiyete puanının da arttığı belirlenmiştir (128). Başka bir çalışmada ise abortus öyküsü olan gebelerde anksiyete bozukluğu görülme oranı daha yüksek bulunmuş olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (129). Bu çalışmalarda sırasıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve psikiyatrik bozuklukların tanımlanmasında Mental Hastalıkların Birinci Basamak Değerlendirilmesi (Primary Care Evaluation of Mental Disorders-PRIME-MD) ölçekleri kullanılmış olduğundan puanların çalışma bulgumuz ile karşılaştırması yapılamamaktadır. Benzer grupta Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmaya ulaşılamamış olduğundan tam olarak karşılaştırma yapmak mümkün olmamaktadır. Fakat çalışmaların gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmesi önemli bir bulgudur. Bunun yanında yurt dışında yapılan çalışmalar da perinatal kayıp öyküsü olan kadınların gebelik anksiyete düzeyinin perinatal kayıp öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (1,10,15). Bu çalışmalarda gebelikteki anksiyete düzeyini belirlemek için gebelik anksiyete ölçeği (Pregnancy Anxiety Scale) kullanılmıştır. Cote-Arsenault (2003)'ün çalışmasında durumluluk anksiyete puan ortalamaları arasında fark olmamasına rağmen gebelik anksiyete ölçeği puan ortalamaları arasında fark olması anksiyete ile ilgili diğer ölçüm araçlarının gebelik kaybı sonrası gebelikte yaşanan endişeleri tam olarak vurgulamaması ile açıklanmıştır (10). Literatürde ülkemizde gebeliğe özgü anksiyete ile ilgili herhangi bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Çalışmamızda girişim ve kontrol grubunun anksiyete düzeyi beck anksiyete ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu ölçek anksiyeteyi genel olarak değerlendiren bir ölçektir. Buna rağmen girişim ve kontrol grubunun girişim sonrası anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu bulgular ışığında Watson İBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin gebelik öyküsü olan gebelerin anksiyete düzeylerine olumlu etkisi olduğu ölçüm sonuçları ile saptanmıştır.

Girişim grubunda yer alan gebelerin girişim sonrası anksiyete puan ortalamaları 5.7 ± 4.0 ; kontrol grubunun ise 14.0 ± 8.0 olarak belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç ile 2.H1 hipotezi (Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların anksiyete düzeyleri kontrol grubundaki gebe kadınlardan daha düşüktür) doğrulanmaktadır. Bu sonuç, kontrol grubundaki gebelerin gebeliklerini benzer anksiyete düzeyi ile devam ettirdikleri göstermektedir. Bu noktada bu sonuç, poliklinikte kayıp öyküsü olan gebelere hemşirelik bakımı uygulanmasının önemli etkisi olacağını göstermesi açısından önemlidir.

Modelde yer alan 10 iyileştirme sürecinin bakıma yansıtılması ile girişim grubundaki gebelerle güven verici bir bakım ilişkisi kurulmuş, gebelerin olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri sağlanmış, bu duyguları kabul edilmiş, gebelik dönemleri ve bebekleri ile ilgili bilgi verilmiş, soru sormaları konusunda cesaretlendirilmiş ve bireysel problem çözme süreçleri kullanılarak gebeliklerini olumlu duygularla geçirmeleri sağlanmıştır. Ayrıca gebelere sevgi ve şefkatle yaklaşılmasının, iyileştirici çevre oluşturulmasının, yardım edici-güven ilişkisinin kurulmasının kadınların anksiyete düzeylerinin düşmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmalar gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin destekleyici ve önyargısız bir atmosferde konuşma gereksinimleri olduğunu göstermektedir (11,33). Bu kadınlar için göz iletişimi, teropatik dokunma ve etkili dinleme gibi iletişim becerileri önemlidir. Bunlar gebelerin gereksinimlerinin anlaşılmasını kolaylaştıracak becerilerdir. Aynı zamanda gebelik ile ilgili bilgi verilmesi, gevşeme egzersizleri bu gebelerde kullanılan ve anksiyeteyi azaltan girişimlerdir (34). Aynı zamanda bu girişimler Watson IBM'nin iyileştirme süreçlerinde yer almakta olup, girişim grubundaki gebelere uygulanmıştır. Bu girişimlerin anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Cote-Arsenault-Freije (2004), gebelik kaybı sonrası gebe olan ve destek gruplarına katılan gebeler ile yaptığı çalışmada kadınların geçmişteki kayıpları ve bu gebeliğe ilişkin endişeleri ile ilgili konuşma gereksinimleri olduğunu belirlemiştir. Kadınların belirsizlik ve birşeylerin yolunda gitmemesine ilişkin anksiyete yaşadıklarını tanımlamaktadırlar. Önceki gebeliklerinde yaşadıkları “felaketi” bu gebelikte de yaşama endişesi taşıdıklarını belirtmektedirler. Bu kadınların anksiyetesi

yüksektir; çünkü bu kadınlar hiçbirşeyin garantisi olmadığını farkındadırlar. Onlar için gebelik sadece bebek anlamı taşımamaktadır. Aynı zamanda bu gebeler sağlık bakım vericileri tarafından fiziksel gereksinimlerinin karşılandığı fakat duygusal gereksinimlerinin karşılanmadığını ifade etmektedirler. Bu nedenle bu gebeler bu konuları rahatlıkla ve güven içinde hissettikleri ortamlarda paylaşma gereksinimleri olduğunu belirtmekte ve bu anlamda destek gruplarının kendileri için yararlı olduğunu belirtmektedirler. Destek grupları ile aynı deneyimi yaşayanların duygularını paylaşmaları, yalnız olmadıklarının farkına varmaları için uygun ortam sağlandığı ve bu nedenle ebeveynlerin rahatlamasının mümkün olduğu düşünülebilir. Fakat destek gruplarında başkalarının kayıp öykülerini dinlemek bebeklerini birçok şekilde kaybetme riskleri olduğunu da göstermektedir. Bu durum anksiyete ve korkularının artmasına neden olabilir (33). Bizim çalışmamızda gebelerle birebir çalışarak bireysel gereksinimler belirlenmiş ve buna yönelik bakım verilmiştir. Anksiyetenin azalmasında bireysel görüşmelerin de önemli etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Swanson'ın bakım modeli kullanılarak randomize kontrollü yapılan bir çalışmada kayıp sonrası gebeliklerinde hemşireler tarafından bakım temelli ev ziyareti yapılan gebelerin anksiyete puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (35). Çalışmada durumluluk, süreklilik ve gebelik anksiyete ölçekleri kullanılmıştır. Bu puanlar açısından girişim ve kontrol grubu arasında fark olmasına rağmen kadınlar çalışmada yer almayı şu şekilde ifade etmişlerdir: *“Çalışmada olmak benim için iyiydi; çünkü daha güvende hissetmemi ve yalnız hissetmememi sağladı.”* Başka biri de şu şekilde ifade etmiştir: *“Gebelik süresince stres ve gerginlikten kurtulmam için büyük destek sağladı”*, *“konuşabileceğim birinin olmasını bilmek çok güzel, gebelik, anksiyete ve benim duygularım hakkında bilgili birisi.....”* Bütün katılımcılar uzman hemşire tarafından yapılan ev ziyaretlerinin değerli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşire ile tartışmanın kendilerine güvenlerini artırdığını ve anksiyetelerini azalttıklarını belirtmişlerdir. Ev ziyaretlerinin gebelikleri ile ilgili pozitif duygularını desteklediğini ve geçmişte yaşadıkları anksiyeteyi normalleştirdiklerini belirtmektedirler. Bununla birlikte birçok kadın onlara verilen araç ve becerilerle kendi anksiyetelerini azaltabileceklerini belirtmişlerdir. Çalışmada anksiyete azaltıcı beceriler ve bakım süreci tüm sağlık bakım vericileri tarafından kullanılabilir ve öğretilabilir beceriler olarak belirtilmiştir. Bu nedenle bu gruplarda hemşirelerin

anksiyete azaltmaya yönelik girişimler kullanmaları önemlidir. Bu çalışmada ölçeklerin doldurulduğu son izlem gebeliğin 32-34. haftalarına gelmektedir. Bu haftalarda doğuma ilişkin anksiyete yaşanabileceğinden gruplar arasında fark belirlenmemiş olabilir. Aynı zamanda bu sonuç örneklem sayısından da (girişim:13;kontrol:11) kaynaklanıyor olabilir. Gebelik kaybı öyküsü olan gebelerle yapılan benzer çalışmalara rastlanamadığından çalışma sonuçlarımızın karşılaştırılması mümkün olmamaktadır.

Kayıp öyküsü olan gebelere standart poliklinik hizmeti dışında Watson IBM'ne temellendirilmiş olarak verilen sistematik hemşirelik bakımının gebelerin depresyon düzeylerine olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

5.3. Gebelerin Umutsuzluk Puanlarının Tartışılması

Girişim ve kontrol grubundaki gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin girişim öncesi umutsuzluk puan ortalamalarının yakın (girişim grubu: 2.0 ± 1.9 ; kontrol: 2.4 ± 1.7) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç çalışmada kullanılan IBM'nin etkisini değerlendirebilmek açısından önemlidir. Girişim sonrasında ise girişim grubunun umutsuzluk puan ortalaması 0.5 ± 1.0 ; kontrol grubunun umutsuzluk puan ortalaması ise 2.2 ± 1.7 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç ile 3.H1 hipotezi (Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların umutsuzluk düzeyleri kontrol grubundaki kadınlardan daha düşüktür) doğrulanmaktadır.

Bebeğin geleceği ile ilgili heyecan ve umut dolu olan O'nun geleceği ile ilgili planlar yapan ebeveynler için gebelik sürecinde gelen ölüm, onların umutlarını kırmakta ve geleceğe yönelik hayallerini de yok etmektedir (10,29). Bu duygu sonraki gebeliği de etkilemektedir. Kayıp sonrası gebelik destek grubunda bulunan kadınlar tarafından şimdiki gebeliklerine karşı olan duygu ve endişeleri kaydedilmiş, ortak duygularının çoğunlukla anksiyete, korku ve umut olduğu saptanmıştır (31). Gebelik destek gruplarında yapılan başka bir nitel çalışmada da kadınlar genel olarak toplumda gebeliğin umut ve doğum ile eş anlamlı görüldüğünü belirtmektedirler. Fakat kayıp yaşamış gebeler için gebelik, umut ve korku ile eş anlamlı olarak ifade edilmiş olup, bu gebeler umut- korku paradoksu içinde yaşadıklarını belirtmektedirler. Sağlıklı bir gebelik onlar için umut oluştururken, aynı zamanda yeni bir gebelik kaybı yaşama korkusu da taşımaktadırlar. Cote-Arsenault ve Donato (2007)' de çalışmalarında kayıp öyküsü olan gebelerin gebelik süresi ilerledikçe

sağlıklı bir çocuğa sahip olma ile ilgili umutlarının arttığını belirtmişlerdir. Fakat bu kadınlar için de korku ve umut kayıp sonrası gebelikte paradoks şeklinde yaşanan duygulardır. Bu çalışmada kadınların bakım vericileri ile gebeliklerine ilişkin umutları ve korkuları hakkında konuşmalarının onların yaşadıkları duyguları normalleştirmesi ve gebelikleri ile ilgili pozitif duygular geliştirmeleri açısından önemli olacağı belirtilmektedir (41). Çalışmamızda Watson IBM'nin iyileştirme süreçlerinde yer alan gereksinimlere yardım, yardım-güven ilişkisi, duyguların ifadesi, inanç ve umudu geliştirme, öğretme-öğrenme hemşirelik yaklaşımları kullanılmıştır. Bu girişimlerin kadınların duygu ve düşüncelerinin farkındalığını sağladığı, kendilerine ve gebeliklerine olan güveni arttırdığı ve bu noktada umutlarını desteklediği söylenebilir. Literatürde bu grupla yapılmış umudu ölçen girişimsel çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu noktada çalışma sonuçlarının karşılaştırılması mümkün olamamaktadır. Fakat girişim ve kontrol grubu arasında umutsuzluk puan ortalamaları arasında fark olması çalışmamızda yapılan müdahalenin etkili olduğunu göstermektedir.

5.4. Gebelerin Prenatal Bağlanma Puanlarının Tartışılması

Girişim ve kontrol grubundaki gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin girişim öncesi prenatal bağlanma puan ortalamaları girişim grubu: 34.2 ± 3.2 ; kontrol grubu: 38.3 ± 10.9 olarak belirlenmiştir. Burada girişim öncesi kontrol grubunun prenatal bağlanma puan ortalamasının girişim grubuna göre yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuç çalışmada kullanılan IBM'nin etkisini değerlendirebilmek açısından önemlidir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanma puan ortalamaları 60.00 ± 10.43 olarak belirlenmiştir (14). Armstrong (2002)'de çalışmasında gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanma puanlarını 54.19 ± 10.9 olarak saptamıştır (1). Bu puan ortalamaları bizim puan ortalamamıza göre oldukça yüksektir. Bunun nedeni Yılmaz'ın çalışmasının 20. gebelik haftası ve üssü gebelerle yapılmış olması ve Armstrong (2002)'nin çalışmasında da ortalama gebelik haftasının 22.6 hafta olması olabilir. Çünkü bu haftalarda fetal hareketlerin hissedilmesiyle birlikte kadınlarda rahatlama olmakta ve bu da prenatal bağlanmayı artırmaktadır (35,115).

Girişim grubunda yer alan gebelerin girişim sonrası prenatal bağlanma puan ortalamaları 51.2 ± 8.9 ; kontrol grubunun ise 42.4 ± 9.2 olarak belirlenmiştir. Bu fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç ile 4.H1 hipotezi (Girişim sonrasında deney grubundaki kadınların Prenatal Bağlanma düzeyleri kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksektir) doğrulanmaktadır. Prenatal bağlanma puanındaki bu artışın Watson IBM'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

IBM'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımı ile gebelere sevgi ve şefkat ile yaklaşmış, iyileştirici bir çevre oluşturulmuş, önceki kayıp deneyimi, bu gebeliği ile ilgili beklentileri, endişeleri, hissettiği tüm duygular koşulsuz kabul edilmiş, gebenin bu duygularını ifade etmesi sağlanmış, gebenin anlatımları dinlenmiş ve tüm gereksinimleri karşılanmıştır. Aynı zamanda gebenin kontrolleri sırasında yanında olunmuş, soru sormaya cesaretlendirilmiş ve görüşmelerde bebeğin gelişimi ve gebelik haftasına göre yapılan işlemler ve izlemler ile ilgili bilgi verilmiştir.

Gebelikte yaşanan anksiyete ve kaybetme korkusunun annenin yeni bebeğe bağlanmasında güçlük yaşattığı belirtilmektedir (15,18). Girişim grubuna yapılan girişimlerle anksiyetenin de azalmış olması ve umudun desteklenmesi bağlanmayı artıran bir faktör olarak söylenebilir.

Prenatal bağlanma, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağıdır. Bağlanmış bir anne adayını doğmamış bebeğinin kendisi ile ilişki kurduğuna inanır ve onu ayrı bir birey olarak kabul eder. Bebeğin neye benzeyeceğini, nasıl hareket edeceğini ve yaşamı boyunca nasıl bir gelişim göstereceğini düşünür. Bağlanma ile ilgili bu duygular anne adayının bebeğine sevgi göstermesine, onu korumasına ve beslemesine, ona ilgi göstermesine yardımcı olur. Kayıp öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanmalarının düşük olmasının bu sonuçlar üzerinde olumsuz etkisi olacağı düşünüldüğünde gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin prenatal bağlanmaları üzerinde durulmasının gerekliliği görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız da bu girişimlerin bağlanma üzerine etkisi olduğunu gösterir niteliktedir.

Swanson'ın bakım modeli kullanılarak randomize kontrollü yapılan bir çalışmada kayıp sonrası gebeliklerinde hemşireler tarafından bakım temelli ev ziyareti yapılan gebelerin prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (35). Gruplar arasında prenatal bağlanma açısından fark olmamasına rağmen kadınların yarısı, girişimlerin kadınların önceki kayıpla ilgili düşüncelerini bastırmalarına yardım ettiğini ve doğmamış bebeklerine bağlanmayı engelleme eğilimlerine engel olduğunu belirtmişlerdir. Bağlanma puan ortalamaları arasında

fark olmaması örneklem grubunun vaka sayısının az olması (girişim: 13; kontrol: 11), post testlerin gebeliğin 34. haftasında yapılmasıyla; dolayısıyla gebelik süresi ilerledikçe sağlıklı bir çocuğa sahip olma ile ilgili umutlarının artması, özellikle fetal hareketler gibi fiziksel semptomları daha yakından izlemesi ve doktor kontrollerinin daha sık olmasıyla ilişkili olabilir. Bu durum kadınların gebeliğine olan güveni artırmaktadır. Bu da kadınların prenatal bağlanma düzeyini etkilemiş olabilir.

Kayıp öyküsü olan gebelerle girişimsel yöntemle yapılmış benzer çalışmalara ulaşamadığı için karşılaştırma yapma olanağı sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle konu ile ilgili çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına dayanarak İBM'nin gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu yorumu yapılabilir. Bununla birlikte farklı gruplarda Watson'ın İBM'ne temellendirilerek verilen hemşirelik bakımının bakım sonuçlarına olan olumlu etkileri araştırmalarla ortaya konmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırma Watson İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin ruh sağlığına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

- Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.
- Girişim ve kontrol grubu arasında Beck Anksiyete puanları yönünden ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun girişim sonrasında anksiyete puanında azalma saptanmıştır.
- Girişim ve kontrol grubu arasında Beck Depresyon puanları yönünden ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun girişim sonrasında depresyon puanında azalma saptanmıştır.
- Girişim ve kontrol grubu arasında Beck Umutsuzluk puanları yönünden ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun girişim sonrasında umutsuzluk puanında azalma saptanmıştır.
- Girişim ve kontrol grubu arasında Prenatal Bağlanma puanları yönünden ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Girişim grubunun girişim sonrasında prenatal puanında artış saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Kayıp öyküsü olan gebelerin yaşadığı güçlükler konusunda obstetri polikliniğinde hizmet veren hemşirelerin bilgilendirilmesi,
- Gebe ile gebelik takibinin başladığı günden itibaren bireysel görüşmelerin yapılması ve gereksinime göre bu görüşmelerin sürdürülmesi,
- Obstetri polikliniklerinin “iyileştirici çevre” ye uygun olarak düzenlenmesi,
- İBM’ne dayalı bakım rehberlerinin hazırlanıp bu rehberlerin kayıp öyküsü olan gebelerde uygulanabilirliğinin, hasta üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakım sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Gebelik anksiyetesine özgü “Pregnancy Anxiety Scale” aracının Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılması önerilmektedir.
- Bu çalışmada araştırma sonuçları sayısal verilere dayalı olarak değerlendirilmiştir. Gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin yaşantılarının ve deneyimlerinin derinlemesine açıklanmasına olanak verecek niteliksel araştırma desenlerinin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship* 2002; 34: 339-45.
2. Hutti MH. Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2005;34:630-38.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (2003).
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/ozetrapor.pdf>. Erişim tarihi: 20.02.2013.
4. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008).
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. Erişim tarihi: 20.02.2013.
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Ana Raporu. , (2013).
http://hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. 02.03.2015.
6. Bennet SM, Litz BT, Lee BS, Maguen S. The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. *Professional Psychology, Research and Practice* 2005;36: 180-7.
7. Cote-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 1999;274-82.
8. Gillbert ES, Harmon JS. (2002). Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü. Çev ed:L. Taşkın. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Ankara: Palme Yayıncılık;2002:118-83.
9. O'Leary J, Thorwick C. Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006;35:78-86.
10. Cote-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2003;32:623-29.
11. Caelli K, Downie J, Letendre A. Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing* 2002;39:127-136.
12. Lamb EH. The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education* 2002;11:33-40.

13. Cote-Arsenault D, Marshall R. One foot in- one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health* 2000;23:473-85.
14. Yılmaz S. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul;2010.
15. Armstrong DS, Hutti MH. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 1998;27: 183-9.
16. Armstrong DS. Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in Neonatal Care* 2007; 7: 200-6.
17. Blackmore ER, Cote-Arsenault D, Tang W, Glover, V, Evans J, ve ark. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:373-8.
18. Wallerstedt C, Lilley M, Baldwin K. Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2003;32:533-42.
19. Hill P, DeBackere K, Kavanaugh K. The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:525-37.
20. Phipps S. The subsequent pregnancy after stillbirth: Anticipatory parenthood in the face of uncertainty. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1985;15:243-64.
21. Cote-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship* 2001;33:239-44.
22. Rillstone P, Hutchinson SA. Managing the reemergence of anguish: Pregnancy after a loss due to anomalies. *J. Obstet Gynecol Neonat Nurs* 2001;30:291.
23. Heller S, Zeanah HC. Attachment disturbances in infants born subsequent to perinatal loss: A pilot study. *Infant Mental Health Journal* 1999;20:188-199.
24. Hughes P, Turton P, Hopper E , McGaulley GA, Fonagy P. Disorganised attachment behaviour among infants born subsequent to stillbirth. *J. Child Psychol Psychiatry* 2001; 42:791-801.
25. Cote-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research* 2007;56:108-16.

26. Körükçü Ö, Kukulu K. Perinatal Kayıp ve Ebeveynlere Yansıması. Dicle Tıp Dergisi 2010;37:429-33.
27. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. Nursing Research 1999;48:288-98.
28. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. Seminars in Fetal&Neonatal Medicine 2013;18:76-82.
29. Carrera L, Diez-Domingo J, Montanana V, Monleon SJ, Minguez J, Monleon, J. Depression in women suffering perinatal loss. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1998;62:149-53.
30. Flenady V, Wilson T. Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Review). The Cochrane Library 2011;2.
31. Cote-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. The American Journal of Maternal Child Nursing 2001;26:128-134.
32. Cote-Arsenault, D. Donato LK, Earl SS. Watching and worrying: early pregnancy after loss experiences. The American Journal of Maternal Child Nursing 2006;31:356-63.
33. Cote- Arsenault D, Freije MM. Support Groups Helping Women Through Pregnancies After Loss. Western Journal of Nursing Research 2004;26:650-70.
34. Wright MP. Childbirth Education for Parents Experiencing Pregnancy after Perinatal Loss. The Journal Of Perinatal Education 2005;14:9-15.
35. Cote-Arsenault D, Schwartz K, Krowchuk H, McCoy TP. Evidence- based intervention with woman pregnant after perinatal loss. The American Journal of Maternal Child Nursing 2014;39:177-186.
36. Öz F. Kayıp, Ölüm, Yas Süreci. İçinde:Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara, 2004:276-318.
37. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 5. Baskı, Ankara. Sistem Ofset; 2002.
38. Berksun OE. Psikososyal ve Medikal Yönleriyle Kayıp, Yas, Ölüm. Kriz Dergisi 1995;3:81-2.
39. Sadock BJ., Sadock VA. Kaplan Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. Çev Ed: Doç. Dr. Ali Bozkurt. 4. Baskı, Güneş Tıp Kitap Evi; 2009.
40. Okyayüz Ü. Ölüm ve Ölümcül Hastalık. Kriz Dergisi 1995;3:185-89.

41. Cote-Arsenault D, Donato LK. Restrained Expectations in Late Pregnancy Following Loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2007;36:550-7.
42. Gizir CA. Bir Kayıp Sonrasında Zorluklar Yaşayan Üniversite Öğrencilerine Yönelik Bir Yas Danışmanlığı Modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006;2: 195-213.
43. Worden W. Grief Counselling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner, Newyork: Brunner-Routledge;2001.
44. Zhang B, El-Jawahri A, Prigerson PG. Update on bereavement research: Evidence based guidelines diagnosis and treatment of complicated grief bereavement. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:1188-1203.
45. Bonanno GA, Kaltman S. The Variety of Grief Experience. *Clinical Psychology Review* 2001;21:705-34.
46. Perry ES., Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson, D. *Maternal Child Nursing Care*;4th Edition, Mosby Elsevier;2010.
47. Hughes P, Riches S. Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003;15:107-11.
48. Badenhorst W, Hughes P. Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007;21:249-59.
49. Gold KJ, Boggs BS, Muzik M, Sen A. Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss. *General Hospital Psychiatry* 2014;36:650-54.
50. Callister CL. Perinatal Loss: A Family Perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2006;20:227-34.
51. Sutan R, Miskom HM. Psychosocial impact of perinatal loss among muslim women” *BMC Women’s Health* 2012;12:1-9.
52. Hughes PM, Turton P, Evans CDH. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort Study. *BMJ* 1999;318:1721-24.
53. Capitulo LK. Perinatal Grief Online. *The American Journal of Maternal-Child Nursing* 2004;29:305-11.
54. Capitulo LK. Evidence for Healing Interventions With Perinatal Bereavement. *The American Journal of Maternal-Child Nursing* 2005;30:389-96.

55. Geller PA, Klier CM, Neugebauer R. Anxiety Disorders Following Miscarriage. *Journal of Clin Psychiatry* 2001;62:432-38.
56. Murphy FA. The experience of early miscarriages from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing* 1998;7:325-32.
57. Miron J, Chapman JS. Men's experiences with the event of their partners' miscarriage. *Can J Nurs Res* 1994;26:61-72.
58. Demontigny F, Beaudet L, Dumas L. A Baby Has Died: The Impact of Perinatal Loss On Family Social Networks. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1999; 28:151-6.
59. DiMarco AM, Menke EM, Mcnamara T. Evaluating a Support Group for Perinatal Loss. *The American Journal of Maternal Child Nursing* 2001;26:135-40.
60. Longsdon MC, Dawis DW. Social and professional support for pregnant and parenting women. *The American Journal Of Maternal Child Nursing* 2003;28:371-76.
61. Aerde J. Guidelines For Healthcare Professionals Supporting Families Experiencing A Perinatal Loss. *Pediatric Child Health* 2001;6:469-77.
62. Chan FM , Lou F, Arthur GD, Cao, F, Wu HL, Li P ve ark. Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17:509-18.
63. Gold KJ. Navigating Care After A Baby Dies: A Systematic Review Of Parent Experiences With Health Providers. *Journal Of Perinatology* 2007;27:230-7.
64. Smart CJ, Smith BL. A transdisciplinary team approach to perinatal loss. *The American Journal Of Maternal Child Nursing* 2013;38:110-4.
65. Limbo R, Kobler K, The tie that binds: relationships in perinatal bereavement. *The American Journal Of Maternal Child Nursing* 2010;35:316-21.
66. Saflund K, Sjogren B, Wredling R. The role of caregivers after stillbirth: views and experience of parents. *Birth* 2004;31:132-7.
67. Radestad I. Stillbirth: Care and long-term psychological effects. *British Journal of Midwifery* 2001;9:474-80.

68. Hughes P, Turton P, Hopper E, Evans CD. Assessment of Guidelines For Good Practice in Psychosocial Care of Mothers After Stillbirth: A Cohort Study. *Lancet* 2002;360: 114-8.
69. Yıldız H. Yenidoğan Bebeği Ölen Ebeveynlerin Yas Sürecine Yardım. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul;2009.
70. Alexander K. V. The one thing you can never take away:perinatal bereavement photographs. *The American Journal of Maternal-Child Nursing* 2001;26:123-7.
71. Rohers C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. *Journal Of Obstetric, Gynecologic,&Neonatal Nursing* 2008;37:631-39.
72. Kavanaugh B, Paton JB. Communicating with parents who experience a perinatal loss. *Illness, Crisis And Loss* 2001;9:369-80.
73. Yenil K, Şirin A. Perinatal kayıp yaşayan aileye yaklaşım. *Hemşirelik Forumu* 2004;7:7-11.
74. Usta GM, Balıkcı A. Prenatal Stresin Nörogelişimsel Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012;4:99-111.
75. Bergner A, Beyer R, Klapp BF, Rauchfuss M. Pregnancy after early pregnancy loss:a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 2008;29:105-13.
76. Franche LR, Mikail SF. The impact of perinatal loss on subsequent pregnancy. *Social Science&Medicine* 1999;48:1613-23.
77. Cote-Arsenault D, Donato K. Emotional cushioning in pregnancy after prenatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2010;29:81-92.
78. O'Leary J, Warland J. International parenting of children born after a perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma* 2011;17:137-57.
79. Warland J, O'Leary J, McCutcheon H. Born after infant loss: The experiences of subsequent children. *Midwifery* 2011;27:628-33.
80. Warland J, O'Leary J, McCutcheon H, Williamson V. Parenting paradox: Parenting after infant loss. *Midwifery* 2011; 27:e163-e169.
81. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2008;1:42-50.

82. Chinn P. Toward a Theory of Nursing Art. In: NL . Chaska eds, The Nursing Profession: tomorrow and beyond Thousands Oaks, CA Sage,2001:287-98.
83. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick JJ. On nursing theories and evidence. J. Nurs Scholarsh 2001;33:115-9.
84. Fawcett J. Watson's Theory of Human Caring. In Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. Second Edition. Philadelphia: F. A. Davis Company;2006.
85. Watson J. Caring Science and Human Caring Theory:Transforming personal and professional practices of nursing and health care. J. Health Hum Serv Adm 2009;31: 466-482.
86. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. International Association for Human Caring 2003;7:51-61.
87. Watson J. Nursing:Human Science and Human Care. 1 revised edition. Newyork:Jones&Bartlett Learning;2008.
88. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; (Sempozyum Özel Sayısı);218-25.
89. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;3: 42-52.
90. Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012;2:61-72.
91. Jesse E. Watson's philosophy in nursing practice. In:Alligood MR, Tomey, AM. editors. Nursing Theory. Utilization and Appliation. 3rd edition. Missouri:Elsevier Mosby;2006:96-117.
92. Lukose A. Devoloping a practice model for Watson's Theory of Caring. Nursing Science Quarterly 2011;24:27-30.
93. Watson J, Smith M. Transpersonal caring science and the science of unitary human beings: A trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. J. Adv Nurse 2002;37:452-61.
94. Watson J. Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experience: Carative Factors/Caritas Process as a Disciplinary Guide to The Professional Nursing Practice. Texto Contexto Enferm, Florianopolis 2007;16:129-35.

95. Gallagher-Lepak S, Kubsch S. Transpersonal caring a nursing practice guideline. *Holistic Nursing Practice* 2009;23:171-82.
96. Watson Caring Science Institue (WCSI). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science, 2010. (Erişim: 16 Ocak 2013). Available from:<http://watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf>
97. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kiliç D, şahin O, Güngörmüş Z. The effectiviness of Watson's Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension. *Issues and Inovations in Nursing Practice* 2003;41:130-9.
98. Arslan-Özkan İ, Okumuş H, Buldukoğlu, K. A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertilite women. *Journal of Advanced Nursing* 2014;70:1801-12.
99. Durgun-Ozan Y. Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir;2013.
100. McCutcheon T, Knepp T, Richarsd N, Sparks M. Comparision of quality of life of persons who have experienced amputations and persons who have had bowel resections. *Gastroenterology Nursing* 2005;28:221-6.
101. Childs A. The complex gastrointestinal patient and Jean Watsn's Theory of Caring in nutrition support. *Gastroenterol Nurs* 2006;29:283-88.
102. Clark CS. The transpersonal caring moment:evolution of high ordered beings. *UHC* 2003;7:30-9.
103. Hemsley SM, Glass N, Watson J. Taking the Eagle's View using Watson's conceptual model to investigate the extraordinary and transformative experience of nurse healers. *Holistic Nursing Practice* 2006; March/April:85-94.
104. Mullaney JAB. The lived experience of using Watson's actual caring occasion to treat depressed womwn. *J.Holist Nurs* 2000;18:129-42.

105. Lukas LK. Orthopedic outpatients' perception of perioperative music listening as therapy, *Journal of Theory Construction&Testing* 2004;8:7-12.
106. Nyman SC, Lützen K. Caring Needs of Patients with rheumatoid arthritis. *Nursing Science Quarterly* 1999;12:164-9.
107. Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. Rediscovering the art of healing by creating the tree of life poster. *JGN* 2010;36:47-55.
108. Mahler A. The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care. *Clin Nurse Spec* 2010; 24:18-23.
109. Perry B. Role Modeling excellence in clinical nursing practice. *Nurse Education in Practice* 2009;9:36-44.
110. Hernandez G. The HeART of self-C.A.R.I.N.G.:A journey to becoming an optimal healing presence to ourselves and our patients. *Creat Nurs* 2009;15:129-33.
111. Sessanna L. Teaching holistic child health promotion using Watson's Theory of Human Science and Human Care. *J. Peatr Nurs* 2003;18:64-8.
112. Bernick L. Caring for older adults: Practice guided by Watson's caring-healing model. *Nurs Sci Q* 2004;17:128-34.
113. Wu LM, Chin CC, Chen CH. Evaluation of caring education program for Taiwanese nursing students: A quasi-experiment with before and after comparison. *Nurse Education Today* 2009;29:873-8.
114. Kum N. editör. *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, Vehbi, Koç Vakfı Yayınları, İstanbul:2000.
115. Peppers LG, Knapp RJ. Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry* 1980;43:155-9.
116. Akgül A. *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Yükseköğretim Kurulu Matbaası: Ankara;1997.
117. Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research. Applications to practice* . Norwalk, Connecticut, Appleton&Lange;1993.
118. <http://www.random.org/integers/?num=128&min=1&max=128&col=5&base=10&format=html&rnd=new> Erişim Tarihi: 24.11.2013
119. Özdamar K. *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. Yedinci Baskı, Eskişehir:Kaan Kitapevi;2009.
120. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties. *J Cogn Psychother.Int Q* 1996;12:163-72.

121. Savaşır, I., Şahin, H. editörler. Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikoloji Derneği Yayınları, Ankara;1997.
122. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi 1994;9:1-11.
123. Aydemir Ö , Köroğlu E, Editörler. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 4. Baskı. Hekimler Yayın Birliği: Ankara; 2009.
- 124.Yılmaz S, Beji KN. Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması:Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:103-9.
125. Hollis S, Campbell F. What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. BMJ 1999;319:670-74.
126. Üstün B, Günüşen-Partlak N. Randomize Kontrollü Çalışmalarda Örnekleme Kayıplar Olduğunda Gerekli Bir İstatistiksel Analiz: Intention to Treat Analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;1:46-56
127. Gözüyeşil YE, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:39-66.
128. Arslan B, Arslan A, Kara S , Öngel K , Mungan M. T. Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri:452 Olguda Değerlendirme. Tepecik Eğitim Hast Derg 2011;21:79-84.
129. Ortaarık E, Tekgöz İ, Ak M, Kaya E. İkinci Trimestr Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1:16-20.



EKLER

Ek 1.

**WATSON İNSAN BAKIM MODELİNE TEMELLENDİRİLMİŞ
HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİNİN GEBELİK KAYBI YAŞAYAN
GEBELERİN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ**

HEMŞİRELİK BAKIM REHBERİ

PROGRAMIN ADI

Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı

Araştırmacı

Pınar TEKTAŞ

DANIŞMAN

Prof. Dr. M. Olcay ÇAM

WATSON İNSAN BAKIM MODELİ

İzlemler	İyileştirme Süreçleri	Hemşirelik Bakımı
1. İzlem - Gebeliğin 10. – 12. Haftası - Ölçüm araçlarının doldurulması	- Tanışma, kadına sevgi ve şefkatle yaklaşma. Bu birey kimdir? Bakımını nasıl yapabilirim (İyileştirme süreci 1). - Bütün izlemlerde gebe için iyileştirici bir çevre oluşturulmalı, gereksinimlere saygı gösterilmeli ve tüm gereksinimler karşılanmalı (İyileştirme süreci; 8, 9). - Gebeliğin 12. Haftasında yapılan testlerin karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak anlatılması- paylaşılması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7). - Şimdiki gebelik ile ilgili duygularının konuşulması(İyileştirme süreci; 4, 5).	Gebe poliklinikte güler yüzle karşılanır. Doktor muayenesi (öykü alma, ultrason, izlem vb.) süresince yanında olunur. Muayene sonrasında önceden planlanan odaya alınır. Etkili iletişim için kadınla yan yana ya da arada engel olmayacak şekilde karşılıklı oturulur. Örnek: Merhaba hanım. Ben hemşire Gebe izlemlerinizi için polikliniğe geldiğinizde sizinle hemşire olarak ben ilgileneceğim. Her randevunuzda görüşmemiz olacak. Bu görüşmelerde amacımız kendinizi daha rahat hissetmenizi sağlamak ve bu gebeliğinizi daha rahat geçirmeniz için size destek olmaktır. Kadına gebeliğin 12. Haftasında istenen test ile ilgili bilgi verilir, soruları yanıtlanır. Gebeye bebeğinin içinde bulunduğu döneme göre gelişimi anlatılır. Örnek: Gebeliğinizin 12. Haftasındasınız Doktorunuz tarafından testler istendi. Bu testleri şekilde yaptırabilirsiniz. Sonuçlar tarihinde çıkar. Doktorunuza randevu almadan gösterebilirsiniz. Bebeğiniz 12 haftalık oldu. Vücudunun..... bölümleri gelişti, olgunlaştı. yapabiliyor. Gebenin şimdiki gebeliği ile ilgili duygularını ifade etmesi istenir. Örnek: Sizi daha iyi tanımak istiyorum. Bana kendinizden bahseder misiniz? Bu gebeliğinizle ilgili duygularınızı anlatır mısınız? Neler hissediyorsunuz? Duygularınızı adlandırır mısınız? - Sizi dinliyorum (Cesaretlendirme)

		▪ biraz daha açabilir misiniz? (Açıklaştırma) ▪ Hııı....hııı... anlıyorum..... 4. Bu görüşmemizde sizinle ilgili konuştuk, paylaştık. 5. Geribildirim alınır ve verilir. Örnek: Görüşmemizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Duygu ve düşüncelerinizi paylaşır mısınız? 6. Bir sonraki görüşme planı yapılır. Örnek: Sonraki görüşmemizde bu gebeliğin sizin için ne anlam ifade ettiği, yaşamın sizin için ne anlam ifade ettiği, şimdiki gebeliğiniz ile ilgili deneyimleriniz, önceki gebelik kaybına yönelik duygularınız ve bunlarla baş etme yöntemlerinizi konuşacağız. Bunlarla ilgili duygu ve deneyimlerinizi açığa çıkarırken kendi gücünüzü fark etmenizi, baş etmenizi güçlendirmeyi, endişenizi azaltmayı ve umudunuzu artırmayı hedefliyoruz. 7. Görüşme planımız dışında da bana istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Görüşme planımız dışında bana telefon numarasından ya da e-mail adresinden ulaşabilirsiniz. 8. Bir sonraki randevu günü ve saati hatırlatılır. Bir sonraki görüşmemiz gününde saatinde. görüşmek üzere. Hoşçakalın.
• 2. İzlem • Gebeliğin 16.	1. Gebeliğin 16. Haftasında yapılan testlerin anlatılması, bebeğin büyüme-gelişmesi konusunda karşılıklı	1. Önceki görüşmede konuştuklarımız özetlenir. Örnek: Geçen görüşmemizde konularını konuştuk. ile

haftası	öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak bilgi verilmesi (İyileştirme süreci; 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). 2. Kadın için hayatın anlamının ne olduğunun konuşulması (İyileştirme süreci; 3, 10). 3. Kadın için bu gebeliğin ne anlam ifade ettiğinin konuşulması (İyileştirme süreci; 3, 4, 5, 9, 10). 4. Kadının şimdiki gebelik ile ilgili deneyimlerinin paylaşılması (4, 5, 6, 7). 5. Kadının önceki gebelik kaybına yönelik duygu ve hislerinin konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7). 6. Bu duygularla baş etmek için kullandığı yöntemlerin ve yararlandığı destek sistemlerinin konuşulması (3. İyileştirme Süreci; Duyarlılık) 7. Şimdiki gebeliğin olumlu yönlerini vurgulayarak inanç ve umudu destekleme (2. İyileştirme Süreci;	ilgili duygularınızdan bahsettik. Bu görüşmemiz ile ilgili bana söylemek istediğiniz bir şey var mı? 2. Bu görüşmenin amacı belirtilir. Bu görüşmemizin iki amacı var. Öncelikle bu gebeliğinizin sizin için ne anlam ifade ettiğini konuşmak, bu gebeliğiniz ile ilgili deneyimlerinizi paylaşmak. İkinci amacımız ise yaşamış olduğunuz gebelik kaybı ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi konuşmak, bu duygularla nasıl baş ettiğinizi konuşmak ve sıkıntılarınızı paylaşmak. Örnek: Bu gebeliğin sizin için anlamı nedir? Bu gebelik ile ilgili neler hissediyorsunuz? Biraz anlatır mısınız? 3. Açık uçlu sorular sorularak kendisini ifade etmesi sağlanır. - Sizi anlıyorum..... hııı hııı Devam edin lütfen... - Kaygılı olduğunuzu söylediniz. Sizi kaygılandıran nedir? - Bu kaygı ile nasıl baş ediyorsunuz? - Rahatlamak için neler yapıyorsunuz? 4. Görüşme sırasında onu dinlediğimizi ve anladığımızı gösteren özetlemeler yapılır. - Bu bebeğinizi de kaybetmekten korkuyorsunuz.....
-----------------------	--	---

	İnanç-Umut)	- Şunu mu söylemek istediniz.....? - Öyle mi.....? 5. Önceki gebelik kaybı ile ilgili deneyimlerini paylaşması için açık uçlu sorular sorulur. - Önceki gebelik kaybınız ile ilgili neler söylemek istersiniz? - Sizi bu süreçte en çok kimler destekledi? Eş...aile...komşular.... - Siz kendinizi rahatlatmak için neler yaptınız? - Önceki kayıp deneyiminizin bu gebeliğinizi etkilediğini düşünüyor musunuz? - Tekrar bir kayıp yaşamak ile ilgili neler düşünüyorsunuz/neler hissediyorsunuz? 6. Geri bildirim alınır ve verilir. 7. Sonraki görüşmenin tarih ve saati planlanır.
• 3. İzlem • Gebeliğin 20. haftası	1. Gebeliğin bu döneminde yapılan testler ile ilgili karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7) 2. Gebeliğin bu döneminde ortaya çıkan psikolojik ve fizyolojik değişikliklerin karşılıklı öğrenme ve öğretme ilişkisi kurularak	1. Önceki görüşme özetlenir. 2. Görüşmenin amacı belirtilir. 3. Kadına gebeliğin 20. Haftasında yapılan izlem ve test ile ilgili bilgi verilir. 4. Gebeliğin bu döneminde ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle ilgili bilgi verilir. Örnek: Gebeliğin bu döneminde vücudunuzda olur,

	konusulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). 3. Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). 4. Önceki gebelik kaybına yönelik duygu ve hislerinin konuşulması, kaybın onun için ne anlam ifade ettiğinin konuşulması (İyileştirme süreci;4, 5, 6, 7, 10). 5. Bu gebelik ile ilgili beklentilerinin konuşulması (İyileştirme süreci; 2).	olmaya başlar. Kendinizi hissedebilirsiniz. 5. Bebeğin gelişimi ile ilgili bilgi verilir. Örnek: Bebeğiniz 20 haftalık oldu. Vücudunun..... bölümleri gelişti, olgunlaştı. yapabiliyor. 6. Bu görüşmemizin bir amacı da önceki oturumda olduğu gibi önceki gebelik kaybınız ile ilgili duygu ve düşüncelerinizi açığa çıkarmak, bu duygu ve düşüncelerinizin bu gebelik sürecini nasıl etkilediğini fark etmenize yardımcı olmaktır. - Tekrar bir kayıp yaşamak ile ilgili düşüncelerinize dönecek olursak neler söylemek istersiniz? (yeniden yoğunlaşmak) - Bugün neler konuşmak istersiniz? (açık uçlu soru) - Önceki kaybınıza eşiniz nasıl tepki verdi? - Akrabalarınız, arkadaşlarınız nasıl tepki verdi? - Eşinizin söylemesi sizi nasıl etkiledi? - Akrabalarınızın davranması size neler hissettirdi? - Çok üzülmüş olmalısınız..... - Bu süreçte nasıl baş ettiniz?
--	--	--

		7. Şimdiki gebelik ile ilgili beklentilerden söz edilir. - Şimdi de bu gebeliğiniz ile ilgili beklentilerinizden bahsedelim? - Neler söylemek istersiniz? - Bu bebeği de kaybetmekten korktuğunuzu söylüyorsunuz..... - İnsanları bu şekilde olumsuz hissetmeye iten yaşadıkları değil, olayları değerlendirme şekilleridir. O halde olumlu bir düşünce şekline sahip olmak olumlu hissetmemizi sağlar. Bu konuda kendinizi nasıl hissediyorsunuz? - Bu olumsuz duyguyu değiştirmek için düşünce tarzımızı değiştirebilir miyiz? Örnek: Bebeğimi sağlıklı dünyaya getirebileceğimi düşünüyorum; çünkü..... (cümle tamamlama). Olumlu düşünce örnekleri: - Bebeğimi kaybetmem için hiçbir sebep yok. - O'nu sağlıklı dünyaya getireceğim. - Olumsuz düşünmek işleri zorlaştırabilir. Elimden geldiği kadar sakin olmaya çalışacağım. 8. Özetleme yapılır. 9. Geribildirim alınır-verilir.
--	--	--

		10. Sonraki görüşmenin tarih ve zamanı planlanır.
4. İzlem Gebeliğin 24. haftası	1. Gebeliğin bu döneminde yapılan testler ile ilgili karşılıklı öğrenme-öğretme ilişkisi kurularak konuşulması (İyileştirme süreci; 4, 5, 6, 7) 2. Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). 3. Bu gebelik ile ilgili beklentilerinin, umutlarının, hayallerinin konuşulması (İyileştirme süreci; 2, 3, 4, 5, 6).	1. Önceki görüşme özetlenir. 2. Bu görüşmenin amacı belirtilir. 3. Kadına gebeliğin 24. Haftasında yapılan izlem ve test ile ilgili bilgi verilir. 4. Bebeğin gelişimi ile ilgili bilgi verilir. Örnek: Bebeğiniz 24 haftalık oldu. Vücudunun..... bölümleri gelişti, olgunlaştı. yapabiliyor. 5. Önceki oturumda şimdiki gebeliğiniz ile ilgili beklentilerinizden bahsetmiştik? Neler söylemek istersiniz? - Bebeğiniz ile ilgili hayalleriniz var mı? - Hiç bebeğinizi hayal ettiniz mi? O'na dokunduğunuzu, O'nu öptüğünüzü..... - Şimdi gözlerinizi kapayın... Bütün kaslarınızın gevşediğini hissedin...yavaş ve derin bir nefes alın.... Nefesi burnunuzdan alıp ağzınızdan verin....artık gevşediniz.... Ve bebeğinizin kucağınıza geldiği an... o anı hayal edin..... derin bir nefes alın.... Kendinizi hazır hissettiğinizde şu ana dönün... - Neler hissettiniz?

		- Bu egzersizi kendiniz de yapabilirsiniz. 6. Özetleme yapılır. 7. Geribildirim alınır ve verilir. 8. Bir sonraki görüşmenin tarih ve saati planlanır.
5. İzlem Gebeliğin 28. haftası	1. Fetüsün gelişimi ile ilgili konuşulması (İyileştirme süreci; 5, 6, 7). 2. Bundan sonraki süreç ile ilgili duygularının, planlarının paylaşılması (İyileştirme süreci; 2, 3, 4, 5, 10). 3. Soruların cevaplanması (İyileştirme süreci; 1, 4, 5, 7, 9). 4. Ölçüm araçlarının doldurulması. 5. Sonraki süreçte de haberleşebilecekleri bilgisinin verilmesi.	1. Önceki görüşme özetlenir. 2. Fetüsün gelişimi ile ilgili bilgi verilir. 3. Bundan sonraki süreç ile ilgili duyguların paylaşımı sağlanır. 4. Kadının soruları cevaplandırılır. 5. Ölçüm araçları tekrar uygulanır. Örnek: Planlı görüşmelerimiz bitti. Bu süreci değerlendirebilmemiz için anket formlarımızı tekrar doldurmamız gerekiyor. 6. Süreç bitmiş olsa da kadının her zaman yanında olduğu belirtilir. Örnek: Planlı görüşmelerimiz bitti. Ben Tarihe kadar her pazartesi burada olacağım. nolu telefonda da bana ulaşabilirsiniz. Teşekkür ederim. Hoşçakalın.

Ek 2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tarih:

Adınız Soyadınız:

Telefon numaranız:

Bir sonraki görüşme tarihi:

1. Yaşınız:
2. Kaç yıldır evlisiniz:
3. Aile Tipiniz:
 - a) Çekirdek aile
 - b) Geniş aile
4. Eğitim durumunuz:
 - a) Okur-yazar b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e) Üniversite
5. Çalışma durumunuz:
 - a) Çalışıyorum
 - b) Çalışmıyorum
6. Aylık gelir durumu:
 - a) Gelir giderden az
 - b) Gelir gidere eşit
 - c) Gelir giderden çok
7. Gebelik sayınız:
8. Yaşayan çocuk sayınız:
9. Daha önce kaç kez gebelik kaybı yaşadınız:
 - a) Düşük- Zamanı:
 - b) Ölü doğum-Zamanı:
 - c) Neonatal ölüm (Doğduktan bir ay sonra) -Zamanı:
 - d) Diğer:
10. Şimdiki gebelik haftanız:
11. Bu gebeliği istediniz mi:
 - a) Hayır
 - b) Evet
12. Bu gebeliği yakınlarınıza kaç haftalıkken söylediniz:
13. Rutin testler dışında test yaptırma isteğiniz oluyor mu:
 - a) Hayır
 - b) Evet
14. Doktorunuzu kontrol zamanından önce görmek istiyor musunuz?
 - a) Hayır
 - b) Evet

Ek 3: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğim yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde (Beni pek etkilemedi)	Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)	Ciddi düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 4: BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile herşeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum		
8. Dünyanın nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre birşeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim herşeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Ek 5: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

İ- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Ek 6. PRENATAL BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. Lütfen size uygun olanı işaretleyiniz.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.				
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.				
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.				
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.				
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.				
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.				
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.				
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.				
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.				
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.				
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.				
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.				
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.				
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.				
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.				
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.				
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.				
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.				
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.				
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.				
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.				

Ek 7.

29 09 2013

Outlook İletiyi Yazdır

Re: izin...

Kimden: **syilmaz33@gmail.com**

Gönderme tarihi: 23 Mayıs 2013 Perşembe 00:18:18

Kime: **pinar cankaya (pnrcnkya@hotmail.com)**

Merhaba Pinar Hanim olcegi kullanabilirsiniz. Ataturk Universitesi HYO dergisinin onumuzdeki sayisinda makale olarak da basilacak. Yardimci olabilecegim bir konu olursa donebilirsiniz. Tezinizde basarilar dilerim. Iyi calismalar...

22.May.2013 tarihinde 10:03 saatinde, pinar cankaya <pnrcnkya@hotmail.com> şunları yazdı:

Merhaba Hocam, ben Pinar Tektaş... Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı doktora programı öğrencisiyim. Geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Prenatal Bağlanma Ölçeği" ni doktora tez çalışmamda izninizle kullanmak istiyorum. Konuyla ilgili cevap yazabilerseniz sevinirim.
Teşekkür ederim....
Kolay gelsin...

Ek 8.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2013-78
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
17.07.2013

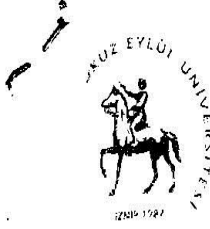
E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Prof.Dr.Olcay ÇAM'ın sorumluluğunda Ağustos 2013 – Ağustos 2014 tarihleri arasında yapılması planlanan **“Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh Sağlığına Etkisi”** konulu araştırma 18.07.2013 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve **“Araştırmanın Yürütülmesi Uygun”** bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Doç.Dr. Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

Ek 9.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



SAYI : B.08.6.YÖK.2.DE.H.01.0.70.0.02/

11.09.2013 • 010189

KONU :

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 05/08/2013 tarih ve 27344949-1542 sayılı yazınız.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'mızın 09/06/2013 tarih ve 681 sayılı yazı ile Doktora Öğrencisi Pınar TEKTAŞ'ın "Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh ve Sağlığına Etkisi" konulu tezi için ilgili polikliniğimizin 5 nolu odası uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Mehmet Refik MAS
Başhekim

Ek: - Yazı (1 sf.)

Adres : Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi 35340 İnciraltı/ İZMİR
Tel: +90(232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 259 97 23 Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Elektronik ağ : www.deu.edu.tr

Ek 10.



BORNOVA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Sayı : 40323909/604.01.02/746
Konu : Değerlendirme ve Onay

23/06/2014

**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü**

İlgi: 06.05.2014 tarih ve 1093 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi Pınar TEKTAŞ' ın "Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh Sağlığına Etkisi" konulu tez çalışmasının Uygulaması için Mayıs 2014 - Mayıs 2015 tarihleri arasında Merkezimiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde yapabildiği uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz olunur.

Yrd.Doç.Dr.Murat YALÇIN
Tıbbi Direktör Yardımcısı

23/06/2014 Yazı İşleri Memuru

: S.KILCI

Sanayi Caddesi No:7 35100 Bornova / İzmir
Tel: 0232 343 44 45 Faks: 0232 343 56 56
e-mail: hastane@sifa.edu.tr

444 SİFA
7432



Joint Commission
International

www.sifa.edu.tr

Ek 11. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma önceki gebeliğinde kayıp öyküsü olan gebelere yönelik Watson İnsan Bakım Modeline temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin bu gebelerin ruh sağlığına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmaya katılıp katılmamaya karar verme hakkına sahipsiniz. Katılmama yönündeki kararınız, gebelik takibinizde herhangi bir aksamaya neden olmayacaktır. Katılma kararı verdiğinizde ise istediğiniz anda çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında kimliğiniz gizli tutulacak, sadece sizden alınan bilgiler kullanılacaktır. Bu araştırma size ya da sağlık giderlerinizi karşılamakla yükümlü olan kuruluşa herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar alma hakkına sahipsiniz.

Teşekkür ederim.

Sorumlu araştırmacı

Pınar TEKTAŞ

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Doktora Programı Öğrencisi.

Şifa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Eğitim Binası Hemşiresi

Adres: Ankara Cad. No: 45 35100 Bayraklı / İzmir / Türkiye

Dahili: 4116

Tel: 0 505 805 75 63

Ben.....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum, anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma yanıtlar aldım.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Ad- Soyadı:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Doğum Tarihi: 15.04.1982

Doğum Yeri: Erzurum

Medeni Durumu: Evli

Mesleki Bilgiler

Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2005).

Yüksek Lisans: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2008).

Tez: "Hemşirelik Öğrencileri' nin Yardım Arama Tutumları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi"

Mesleki Deneyim: Dokuz Eylül Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi klinik hemşireliği (2005-2013).

Şifa Üniversitesi Eğitim Yerleşkesi Revir Hemşireliği (2013-halen devam etmekte).

YAYINLAR:

Çankaya, P., İstek, E. (2004). Geçmiş ve Geleceğin Mesleği Hemşirelik. Bilim ve Teknik Dergisi. Temmuz.

Çetinkaya, Z., Çankaya, P. (2006). Hemşirelik Yüksek Okulu Öğrencilerinde Kontrol Odağını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi III. Aktif Eğitim Kurultay Kitabı. 3- 4 Haziran.

Cankaya, P. , Duman, Ç. Z. (2010). Evaluation of nursing students' attitudes towards seeking psychological help and factors affecting their attitudes. Nurse Education Today, 30:784-88.

“Gebelik Kaybında Hemşirelik Yaklaşımı” başlıklı makale Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Dergisi’ ne basım için kabul edilmiştir. Yayın sürecindedir.