

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ

**PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ VE YAŞAMAMIŞ GEBELERDE  
PSİKOSOSYAL SAĞLIK DURUMLARININ  
KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZLEM ÜLKÜ BULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. EMEL EGE

KONYA 2018

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ

**PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ VE YAŞAMAMIŞ GEBELERDE  
PSİKOSOSYAL SAĞLIK DURUMLARININ  
KARŞILAŞTIRILMASI**

ÖZLEM ÜLKÜ BULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. EMEL EGE

KONYA 2018

### Tez Onay Sayfası

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem Ülkü Bulut' un "Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi

Tarih: 20.07.2018 10.30

Tez Danışmanı  
  
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimler Fakültesi

  
Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Fakültesi

  
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 25/07/2018 tarih ve 16/07 sayılı karar ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası  


## APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled "Comparison of Psychosocial Health Situations in Prenatal Lost and Lived Pregnancies" by "Özlem Ülke BULUT" that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of "Nursing", Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan


City: Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 20.07.2018 10.30

  
Principal Advisor  
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan University  
Faculty of Health Sciences

  
Examination Committee Member  
Assist.Prof.Dr. Kamile ALTUNTUĞ  
Necmettin Erbakan University

  
Examination Committee Member  
Assist.Prof. Dr. Ayten ARIÖZ DÜZGÜN  
Ankara Yıldırım Beyazıt University

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature



## BEYANAT

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

Tarih: 20/07/2018

Öğrencinin Adı-Soyadı: Özlem Ülkü BULUT

İmzası:



## İNTİHAL RAPORU

### PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ VE YAŞAMAMIŞ GEBELERDE PSİK...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder | Çevirici | Deneyimlendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

Sil İndir | Soruya cevap...

Yazar	Başlık	Bezzerlik	web	yaşta	stüdeni papere	Puanla	cevap	Dosya	Ödev Numarası	Tarih
Özlem Ülkü Bulut	PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ VE YAŞAMAMIŞ GEBE...	90	0%	4%	5%	-	-	ödev indir	979609205	02-Tem-2018

Özlem Ülkü BULUT  
*[Signature]*

## **ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen, her türlü bilgi ve tecrübeleri ile yoluma ışık tutan, anlayışı ve hoşgörüsü ile her zaman desteğini hissettiğim, çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Emel EGE' ye,

Yüksek lisans eğitimim süresince her konuda destek veren ve her zaman yanımda olan değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ' a,

Tezimin uygulama aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan hastane yöneticimiz Sayın Dr. Öğr. Üyesi Metin DİNÇER' e,

Araştırma bulgularının istatistiksel analizi sırasında her türlü bilgi ve deneyiminden faydalandığım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mesut AKYOL' a,

Tüm hayatım boyunca her daim yanımda olan, maddi manevi her türlü desteğini hissettiğim, her zorluğun üstesinden gelmeyi bana öğreten babam yerine koyduğum, sevgili dayım Tuncay YÜKSEL ve hayatımın her evresinde bana annelik yapan değerli eşi Zeliha YÜKSEL' e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni cesaretlendiren, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim çok değerli arkadaşım Tuğba BİLGEHAN' a,

Araştırmamı yaparken her türlü yardımı ve fedakarlığı esirgemeyen sevgili çalışma arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca hep yanımda olmasını istediğim, bizi her türlü zorluğa rağmen yetiştiren kıymetli annem Cennet YÜKSEL ve biricik kardeşim Yadigar YÜKSEL' e,

Son olarak, bu zorlu süreçte benden desteğini bir an için bile esirgemeyen, hayatımın her evresinde tüm sıkıntılara ortak olan canım, kıymetli eşim Mehmet BULUT ve biricik oğlumuz Muhammed Kayra BULUT' a

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

**Özlem Ülkü BULUT**

## İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i> .....	<i>i</i>
-----------------------	----------

**Tez Onay Sayfası**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Özlem Ülkü Bulut' un "Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi

Tarih: 20.07.2018 10.30

Tez Danışmanı  
  
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimler Fakültesi

  
Dr. Öğr. Üyesi Kamile ALTUNTUĞ  
Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Fakültesi

  
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIÖZ DÜZGÜN  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Sağlık Bilimler Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 25/01/2018 tarih ve 16/02 sayılı karar ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası  


ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR..... ii

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER</b> .....	<b>xii</b>
<b>ŞEKİL, RESİM ve TABLOLAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xiv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xv</b>
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. <i>Gebelik Dönemi</i> .....	3
2.2. <i>Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler</i> .....	3
2.3. <i>Gebelikte Kadının Psikolojik Uyum ve Tepkisi</i> .....	4
2.3.1. <i>Prenatal Bağlanma</i> .....	4
2.4. <i>Kayıp Kavramı</i> .....	5
2.4.1. <i>Prenatal Kayıp</i> .....	6
2.5. <i>Bireysel Yas Tutma Süreci</i> .....	6
2.5.1. <i>Prenatal Kayıptan Sonra Görülen Yas Tutma Süreci</i> .....	8
2.6. <i>Gebelikte Psikososyal Sağlık</i> .....	9
2.7. <i>Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Kayıp İlişkisi</i> .....	9
2.8. <i>Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları</i> .....	10
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>12</b>
3.1. <i>Araştırmanın Türü</i> .....	12
3.2. <i>Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri</i> .....	12
3.3. <i>Araştırmanın Evreni ve Örnek</i> .....	12

3.4. Örneklem Büyüklüğü ve Güç.....	12
3.5. Örnek Seçim Kriterleri.....	13
3.6. Veri Toplama Tekniğı ve Araçları .....	13
3.6.1. Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-A).....	14
3.6.2. Prenatal Kayıp Yaşamamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-B).....	14
3.6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeğı (GPSDÖ) (Ek-C).....	14
3.7. Verilerin Toplanması .....	16
3.8. Ön Uygulama.....	17
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	17
3.9.1. Bağımsız Değişkenler.....	17
3.9.2. Bağımlı Değişkenler.....	17
3.10. Verilerin Analizi.....	17
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	18
3.12. Araştırma Soruları .....	19
3.13. Araştırmanın Etiğı .....	19
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>20</b>
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler .....	21
4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	22
4.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirmeye Yönelik Bulgular .....	24
4.4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GPSDÖ Puanları .....	26
4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları.....	28
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>30</b>

<b>6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>39</b>
6.1. Sonuçlar.....	39
6.2.Öneriler.....	40
<b>7.KAYNAKLAR .....</b>	<b>42</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>46</b>
EK-A: PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU..	46
EK-B: PRENATAL KAYIP YAŞAMAMIŞ GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU .....	49
EK-C: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)	52
EK-D: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI .....	55
<b>EK-E: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM İZİNİ .....</b>	<b>56</b>
EK-F: GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ.....	57
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>58</b>

## **KISALTMALAR VE SİMGELER**

**ACOG:** American College of Obstetrics and Gynecologists

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü (WHO)

**GPSDÖ:** Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

## ŞEKİL, RESİM ve TABLOLAR

Tablo 2.5.1. Ortak Yas Tepkileri (Freud 1997) .....	7
Tablo 3.6.1. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği İç Tutarlılıkları.....	16
Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri .....	21
Tablo 4.2.1. Prenatal Kayıp Yaşamış Gönüllülerin Obstetrik Özellikleri .....	22
Tablo 4.2.2. Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gönüllülerin Mevcut Gebeliklerine İlişkin Bilgiler .....	23
Tablo 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=323)	24
Tablo 4.4.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları .....	26
Tablo 4.5.1. Obstetrik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları .....	28
Tablo 4.5.2. Obstetrik Özellikler ile GPSDÖ Puanı Arasındaki İlişkiler .....	29

## ŞEKİLLER

Şekil 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamaları (Standart Sapmalar ile birlikte).....	26
--	----

# ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## **Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması**

Özlem Ülkü BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans TEZİ / KONYA-2018

Gebelik, fizyolojik açıdan bakıldığında kırk hafta boyunca fetüsün uterus dışında yaşayabilmesi için gerekli olgunluğa ulaşmasını sağlayan dönemdir. Bu durum kadınların biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir. Gebelik döneminde psikososyal sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biri prenatal kayıplardır. Bu çalışma prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış bireylerde psikososyal sağlık durumlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Araştırma tanımlayıcı-karşılaştırmalı türünde yapılmıştır. Araştırma Ankara il merkezinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etilik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma hastanesinde bulunan gebe polikliniklerinde yapılmıştır. Çalışma prenatal kayıp yaşayan 159 (%49.2) ve prenatal kayıp yaşamayan 164 (%50.8) olmak üzere toplam 323 gönüllü ile tamamlanmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından 21 soru içeren Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere İlişkin Bilgi Formu ve 18 soru içeren Prenatal Kayıp Yaşamamış Gebelere İlişkin Bilgi Formu ile toplanmıştır. Ayrıca Gebelerde Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, standart sapma, ortalama, Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney-U testi ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır.

GPSDÖ geneli ve alt ölçekleri için gönüllülerin puanları hesaplanmıştır. GPSDÖ geneli için puanların 1.87 – 4.85 aralığında değiştiği ve ortalamasının ise  $4.04 \pm 0.44$  puan olduğu görülmüştür. Psikososyal sağlık durumlarını genel olarak iyi tanımlayan gebelerin, 3'ünün (%0.9) kötü, 22'sinin (%6.8) orta, 166'sının (%51.4) iyi ve kalan 132'sinin (%40.9) ise gebelikteki psikososyal sağlıklarının çok iyi durumda oldukları görülmüştür. Prenatal kayıp yaşamış gebelerde eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi ve çalışma durumu prenatal kayıp yaşamamış olan gönüllülerden anlamlı oranda daha düşüktür ( $p < 0.05$ ). Prenatal kayıp yaşamış gebelerde bebeği kaybetme korkusu, kayıp yaşamamış gebelere göre daha yüksektir ( $p < 0.001$ ). Prenatal gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gönüllülerde "Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler faktörü" dışındaki tüm alt faktör puan ortalamaları ve GPSDÖ genel puan ortalaması benzerdir ( $p < 0.05$ ).

Sonuç olarak gebelik sürecinin seyri psikososyal sağlığı etkilemektedir. Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde bakım hizmeti verilirken fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin yapılması gerekmektedir. Sağlık personelinin prenatal kayıp yaşamış olsun ya da olmasın gebelere bu hassas dönemde destekleyici bakım vermesi ve gereksinimleri doğrultusunda bakım stratejileri geliştirmesi bütüncül yaklaşım açısından önem taşımaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik; Prenatal Kayıp; Psikososyal Sağlık.

## ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

### **Comparison of Psychosocial Health Status of the Pregnant Undergone and/or not Undergone Prenatal Loss**

Özlem Ülkü BULUT

Department of Nursing

MASTER THESIS/ KONYA-2018

When considered physiologically, pregnancy is the period of time that enables foetus to reach the necessary maturity for being able to live outside the uterus for forty weeks. While this affects women biologically, the psychological and social state of women are also influenced. Prenatal losses are amongst the most significant factors that influence the psychological health in the pregnancy period. This paper has been conducted with a view to determining and comparing the psychosocial health status of the individuals who have and haven't undergone prenatal loss.

The research is descriptive and comparative and has been conducted in pregnant polyclinics under Ankara Etlik Zübeyde Hanım Women's Health and Gynaecology Training and Research Hospital located in Ankara Province. The study has been completed with 323 volunteers, 159 of whom have undergone prenatal loss (49.2 %) and 164 not undergone prenatal loss (50.8%).

The researcher has collected the data through Data Sheet on the Pregnant Women who have undergone Prenatal Loss, formed by 21 questions and Data Sheet on the Pregnant Women who haven't undergone Prenatal Loss, formed by 18 questions. Besides, Psychosocial Health Evaluation Scale in Pregnancy (PHESP) has been applied. The researcher has collected the data by means of face-to-face interview technique. While analysing the data, number, percentage, standard deviation, average, the Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney-U test and Kruskal-Wallis Variance Analysis have been applied.

The scores of the volunteers have been calculated for the PHESP overall and sub-scales. In terms of PHESP overall, the scores are observed to range between 1.87 and 4.85 while the average to be  $4.04 \pm 0.44$ . Amongst the pregnant women who have mostly defined their psychosocial health status as good, the psychosocial health status of 3 (0.9%) are observed to be bad; 22 (6.8%) medium, 166 (51.4%) good and the rest 132 (40.9%) very good. The level of training of the pregnant and the level of training and the employment status of the spouse are significantly lower amongst the pregnant women who have undergone prenatal loss when compared with the volunteers who haven't undergone prenatal loss ( $p < 0.05$ ). The fear to lose baby is much higher amongst those who have undergone prenatal loss in comparison with those not undergone prenatal loss ( $p < 0.001$ ). Other than "Pregnancy and Spousal Relation Features Factor", all the sub-factor score averages and common PHESP score average are similar in volunteers who have and haven't undergone prenatal loss ( $p < 0.05$ ).

As a conclusion, the course of the pregnancy process influences the psychosocial health. While providing care services to the pregnant women who have and haven't undergone prenatal loss, in addition to the physical assessment, psychosocial assessment should also be done. Considering the integrated approach, it is of great importance for the health staff to provide supportive care to the pregnant women, whether undergone prenatal loss or not, during this sensitive period and to develop care strategies in compliance with the necessities.

**Key Words:** Pregnancy, Prenatal Loss; Psychosocial Health.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik, fizyolojik olarak kırk hafta boyunca fetüsün uterus dışında yaşayabilmesi için gerekli olgunluğa ulaşmasını sağlayan dönemdir. Psikososyal açıdan ise gebelik, kadın ve ailesinin; prenatal, natal ve postnatal dönemlere hazırlandıkları süreçtir. Bebek ve anne için sağlıklı bir gebelik süreci bu dönemde görülen değişikliklere uyum sağlayabilmeleri açısından önem taşımaktadır (Taşkın 2016). Ancak bu uyumu etkileyen en önemli faktörlerden biri prenatal kayıp deneyimidir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) prenatal kaybı gebelik haftasına bakılmaksızın fetüsün anneden tamamen ayrılması durumunda fetüsün nefes alış verişinin olmaması, nabzının bulunmaması, göbek kordonu pulsasyonunun olmaması gibi yaşama dair bulgulardan hiçbirinin bulunmaması olarak tanımlanmıştır (Duke ve ark. 2008). TNSA 2013 verilerine göre yaklaşık beş kadından birinin (% 23) en az bir kez spontan düşük yaptığı, yüzde 14'ünün en az bir kez istemli düşük yaptığı ve yirmide birinden azının ölü doğumu olduğu görülmüştür (% 3). Kadınların hayatları boyunca yaptıkları spontan düşük, istemli düşük ve ölü doğumların ortalama sayıları sırasıyla 0.33, 0.20 ve 0.04'tür (TNSA 2013).

Prenatal kayıp sonrası gebelik kadınlar tarafından stresli bulunmakta ve kadınlar gebeliği tehdit olarak algılamaktadırlar. Bu algı gebelik boyunca da devam edebilmektedir. Bu nedenle kayıp sonrası gebelik stresli bir dönem olarak tanımlanabilir. Gebeliğin tehdit olarak algılanması gebelik anksiyetesinin belirleyicisidir (Cote-Arsenault 2007). Gebelik kaybı öyküsü olan ve olmayan 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 yüksek bulunmuştur (Yılmaz ve Beji 2010). Karşılaştırmalı bir çalışmada, kayıp deneyimleyen annelerin, sağlıklı bebek dünyaya getiren annelerden daha fazla depresif semptom gösterdikleri belirlenmiştir (Körükçü ve Kukulcu 2010). Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış kadınların gebelik anksiyeteleri karşılaştırıldığında, kayıp yaşayanların sonraki gebeliklerinde anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Armstrong 2002; Mathews ve Mac Dorman 2007). Prenatal kayıp öyküsü olan kadınlarda yaşanan anksiyete ve

depresyon daha sonraki gebelik süreçlerini de etkileyebilmektedir. Bu nedenle prenatal dönemde gebenin psikososyal sağlık açısından izlenmesi önemlidir.

Psikososyal sağlık, bireyin yaşadığı toplum, kültür ve kişisel özelliklerle değişiklik göstermekte, bireyin kendisi ve çevresiyle denge ve uyum sağlaması şeklinde tanımlanabilmektedir (Pektaş ve ark. 2006; Woods ve ark. 2010). Prenatal dönemde kadın ve çevresinin biyolojik, psikososyal ve kültürel özelliklerine dayanmış sağlık bakım hizmeti sunulmasının önemli olduğu görülmektedir. Perinatal kayıp sonrası gebelikte yaşanan anksiyete ve depresyon düşünüldüğünde, prenatal dönemdeki sağlık bakım hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Kadınların prenatal kayıptan sonra gebelikle ilgili duygu durumlarının incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerinin kullanmalarının sağlanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Körükçü 2010). Prenatal kayıplarda psikososyal sağlık durumları ile ilgili literatürde; “Perinatal Kayıp Sonrası Duygusal Sıkıntı ve Gebelikte Prenatal Bağlanma” (Armstrong 2002), “Perinatal Depresyon ve Anksiyete İçin Bir Öncül Olarak Önceki Perinatal Kaybı” (Blackmore ve ark. 2006) gibi çalışmalara ulaşılmıştır. Türkiye’de prenatal kayıplar ile ilgili benzer çalışmalara ulaşılmıştır ancak prenatal kayıplarda psikososyal sağlık durumlarını değerlendiren herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışma ile prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış bireylerde psikososyal sağlık durumlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması yapılmıştır.

## **2.GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Gebelik Dönemi**

Gebelik; kadında nöroendokrin ve psikososyal değişikliklere sebep olması ile kadın hayatının en zorlu dönemlerinden biridir (Kuğu ve Akyüz 2001; Bennett ve ark. 2004; Marakoğlu ve Şahsıvar 2008). Bu dönemde gebelikte stres ve kaygıya sebep olacak çok fazla etmenle karşılaşma riski bulunmaktadır. Geçtiğimiz yıllarda gebelik ‘‘psikososyal sağlık durumları için koruyucu bir dönem’’ olarak görülmesine karşın, günümüzde bu görüşten uzaklaşmıştır (Akdeniz ve Gönül 2004; Yanikkerem ve ark. 2004; Ayvaz ve ark. 2006; Şentürk 2008; Nasreen ve ark. 2011). Gebelikte kadın fizyolojik ve psikolojik değişimler yaşar ve bu durum sadece kadını değil en yakınında bulunan eşini, ailesini, arkadaşlarını ve çevresindeki birçok insanı etkileyebilir (McDaniel 2005).

### **2.2.Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler**

Bir kadının psikolojisini üreme dönemini tamamen değerlendirmeden anlamak mümkün değildir. Gebelik kadın yaşamının neredeyse tüm alanlarını etkilemektedir. Kadının bedeni, ailesi, çevresel ilişkileri, işi, ekonomik durumu ve yaşam planları gebelikten etkilenir (Erdoğan ve ark. 2010). Gebe ve ailesi beden imajı değişikliği, bilgisizlik, kayıp yaşama gibi nedenlerle uyumsuzluk, endişe, stres, kriz hatta depresyon yaşayabilir. Bu nedenle gebeler sağlık personelinin bir takım beklentilere sahip olmaktadır. Bunlar; empatik yaklaşım, emosyonel destek ve kendi bebeğinin bakımı, tedavi ve bakım uygulamaları, hasta hakları ve bakım hizmetlerinin maliyeti hakkında bilgilenmedir (Coşkun 2012). Kadının gebelik dönemindeki reaksiyonları mutluluk, endişe, korku, öfke ve depresyon olarak sayılabilir. Çocuk sahibi olmayı istemek farklı bir psikodinamik durum olmakla beraber; kadın sevdiği bir kişiden bir şey var etmek, yeni bir yaşama sahip olmak ve kendine ait bir arkadaş ister (Read 2004). Bu sebeplerden dolayı gebelik, kadın hayatını önemli ölçüde etkileyen bir stres dönemidir ve çoğunlukla anksiyete ve depresyonla birleşir. Gebelik depresyonu annenin ve onun içinde büyümekte olan fetüsün iyilik halini olumsuz etkilemekte ve postpartum depresyona zemin hazırlamaktadır. Bu sebeple gebelik depresyonu erken tanı konulup tedavi edilmesi gereken oldukça önemli bir sorundur (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş 2011).

### 2.3. Gebelikte Kadının Psikolojik Uyum ve Tepkisi

Çocuk sahibi olmaya karar verme bireylerin kendi isteğine bağlı olmamaktadır. Dolayısıyla anneliğe ve ebeveynliğe uyum oldukça zor olmaktadır. Eşlerin çocuk sahibi olmayı istemelerindeki sebeplerden bazıları; kaybın yerini doldurmak, toplumda statü kazanmak, cinsel gücü ortaya koymak ve çevresel baskılar gibi faktörler olarak sayılabilir (Beydağ 2007).

Gebelik süreci ve doğum günümüzde ebeveynler için psikososyal uyumları gerektiren oldukça stresli bir olaydır. Gebelik ve doğum toplumdaki statüyü olumlu ya da olumsuz olarak değiştirmekle birlikte, bireyler yeni sorumluluklar üstlenmekte ve böylece yeni roller ortaya çıkmaktadır. Bu yaşam biçimi zorunlu hale geldiğinden bazı kişilerde uyum sorunları ortaya çıkarabilmektedir (Doyurgan 2009).

Yeni bir role sahip olan gebenin yaşadığı fizyolojik süreçler yapılan bir çalışmada şu şekilde ifade edilmiştir (Katz 2010);

- Beden imajındaki değişim toplumun benimsediğinin aksine olumsuz olmasına rağmen bu değişikliği kabullenme
- Büyüyen ve gelişen fetüsü kabullenme
- Gebelik sürecinin ortaya çıkardığı yeni kimliği çevrenin kabullenmesi
- Doğacak olan bebeğin güvenliği için yapılan uygulamalar şeklindedir.

#### 2.3.1. Prenatal Bağlanma

1981 yılında, doğum ve bebek bakımı araştırmacısı Cranley prenatal bağlanmanın teorik yapısını inşa etmiş ve prenatal bağlanmayı 'annelerin doğmamış çocuklarıyla olan etkileşim ve onlara yönelik sevgilerini gösteren davranışların tümü' olarak tanımlamıştır (Cranley 1981). Gündelik yaşamdaki deneyimler ve bilim dünyasının bugünkü konumu itibarıyla beşikten mezara kadar süren anne ile bebek arasındaki bağlanma ilişkisinin doğumla birlikte başlamadığı ileri sürülmekte olup gebeliğin yaklaşık 10. haftasında kurulmaya başladığı ve annenin fetüsün hareketlerini hissetmesiyle ortaya çıktığı belirtilmektedir (Solmuş 2012). Kennell ve arkadaşları (1970), bebekleri doğum sırasında ölen annelerin yaşadıkları yoğun acıya

dair gözlemleri, anne ve bebek arasında prenatal dönemde bir bağlantı bulunduğuna dair ilk deneysel önermelerden biri olmasıyla dikkat çekmektedir. Daha sonra Klaus ve arkadaşları (1972) tarafından yapılan çalışmalar erken dönemde anne ve bebeğin ayrılmasının olumsuz etkilerini ortaya koymuş; bu nedenle erken postnatal bağlanmayı artırmaya yönelik müdahaleler üzerine odaklanmıştır. Bu bulgular prenatal bağlanmanın yapısının aydınlatılmasını sağlamıştır (Kennell ve ark. 1970; Klaus ve ark. 1972).

Prenatal bağlanma ebeveynlerin fetüs ile ilgili duyguları, beklentileri ve davranışları olarak tanımlanabilir. Bu ilişki insan yakınlığının en temel formunu oluşturmakta ve gebelik süresince her iki ebeveyn için fetüsün daha erken içselleştirilmesini sağlamaktadır. Kurulacak olan ilişkinin kalitesi çocuğun sonraki duygusal ve bilişsel gelişimine etki eden önemli bir faktördür (Pisoni ve ark. 2014). Gebeliğin son trimesterinde fetüsün fiziksel hareketliliğine anne adayları da tepkide bulunur. Böylelikle anne adayları ile fetüs arasındaki iletişim daha da şekillenmektedir. Bu iletişim annenin, annelik rolünü kabullenmesine ve annelik rolüne uyum sağlamasına, doğum sonu dönemde bebeğiyle daha sağlıklı ilişki kurmasına yardımcı olmaktadır (Solmuş 2012).

Gebelikte bağlanma olduğu zaman gebe ve fetüs (Ryan 2010);

- Gebeliğe olumlu yanıt verir,
- Bebeğin kendisine bağlı olduğu fikrini memnuniyetle karşılar,
- Gebe doğum sonrası ve yaşam boyu bebeğin bakımı hakkında yapılacak her şeyi planlar,
- Bebek, kendisi için annesinin güvenilir olduğunu algılar.

#### **2.4. Kayıp Kavramı**

Kayıp, genel anlamıyla birey için önemli nesnelerin (kişi, organ, obje, hayvan, vb.) yitilmesi olarak tanımlanabilir (Öz 2004). Kayıp insan ölümünden bir objenin yitilmesine kadar çok geniş bir yelpazeyi karşılar (Bildik 2013). Ölüm sona eriş ve geri dönülmez olup çok acı veren somut bir kayıptır. Birey bu kayıptan sonra

kendisini büyük bir boşluk içinde çaresiz ve yalnız hissedebilmekte, aynı zamanda terk edilme, suçluluk, öfke gibi karmaşık duyguları da beraberinde yaşayabilmektedir (Tomarken ve ark. 2008; Malkinson 2009).

#### *2.4.1.Prenatal Kayıp*

Abortus ile ilgili önceleri “dışarıda yasayabilme yeteneğini kazanmamış, embriyo veya fetus ve eklerinin (desidua, korion, amnion zarı ve sıvısı, umbilikal kord ve plasenta) tamamının veya bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması” olayıdır şeklinde basit bir tanım yapılmıştır. Zamanla teknolojinin ilerlemesi, yeni ve çok etkili ilaçların bulunması, gebelik fizyolojisindeki bilinen bilgilerin bir hayli gelişmesi fetus için dışarıda yasayabilme şansını hem arttırmış, hem de bu sansı gebeliğin daha erken dönemlerine taşımıştır. Bu nedenle önceleri yapılan bu tanım yetersiz kalmıştır. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ve ACOG (American College of Obstetrics and Gynecologists) sadece 500 gramın üzerindeki fetüsün intrauterin ölümünü “fetal ölüm” olarak tanımlamaktadır. ACOG (2006) ayrıca 22. Gebelik haftasından sonra görülen fetal ölümlerin bu kategoride değerlendirilmesini önermektedir.

#### **2.5.Bireysel Yas Tutma Süreci**

Yas (*grief*); kayıp yaşayan bireylerde, bu kayba karşı verilen uyum tepkilerini gösterir. Yas tepkileri; fiziksel, duygusal, bilişsel ve davranışsal alanda farklı tepkiler ile ortaya çıkabilir. Yas, bireyin göstermiş olduğu öznel bir tepkidir (Malkinson 2009).

Freud, yas kavramını ilk olarak *Mourning and Melancholia* adlı makalede tanımlamıştır (Freud 1997).

Tablo 2.5.1. Ortak Yas Tepkileri (Freud 1997)

Fiziksel Tepkiler	Bilişsel Tepkiler	Duygusal Tepkiler	Davranışsal Tepkiler
Midede boşluk hissi	İnanamama ve inkar	Şaşkınlık ve şok	Ağlama
Nefes alamama	Konfüzyon	Üzüntü	Dalgınlık
Boğulacakmış gibi olma	Ölen kişinin yaşadığı duygusu	Öfke	Arama ve çağırma
Seslere aşırı duyarlılık	Ölen kişiyi görme ya da sesini duyma	Kendini veya başkalarını suçlama	Ölen kişiyi hatırlatan şeylerden kaçınma
Enerjisizlik ve çabuk yorulma	İşitsel halüsinasyonlar	Yalnızlık	Sosyal çekilme
İştah artması ya da azalması	Görsel halüsinasyonlar	Umutsuzluk	Uyku bozukluğu

Worden'ın Yas Görevleri Modeli'nde, kişinin yas sürecine uyum sağlayabilmesi için bir takım önemli görevler tanımlanmaktadır. Bu modelde, yas tutan bireyin süreçte aktif rolü bulunmaktadır. Yas süreci dört aşamadan oluşmaktadır (Worden 2001);

- 1. Kaybın gerçekliğini kabul etmek:** Kayıp yaşayan kişinin, kaybettiği kişinin “öldüğü” gerçeğiyle tamamen yüzleşmesidir. Yas tutan kişi, bilişsel olarak ölümün “sona erme” özelliğini kavrayabilir. Ancak, duygusal anlamada kabullenme oldukça zaman almaktadır.
- 2. Yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duyguları ifade etmek:** Kayıp sonrası hem fiziksel hem de duygusal bir acı oluşmaktadır. Kayıp sonrası oluşan bu acıyı yaşamak ve kabullenebilmek önemli görevlerden biridir. Yas sürecinin uzamasına sebep olan etmenlerden biri acıyı bastırıp engelleyen herhangi bir şey olabilir. Bunun sonucunda bireyin yaşam kalitesi, anormal davranışlar ve bedensel tepkiler ile bozulur.

3. ***Ölen kişinin bulunmadığı bir çevreye uyum sağlamak:*** Ölen kişinin rolü, kayıp yaşayan kişi tarafından bir süre sonra fark edilir. Bu sebeple birey kaybettiği kişinin rollerinin kaybına uyum sağlamalıdır. Yas sürecinin sonunda kişinin bu önemli görevi nasıl başardığı belirlenecektir. Bu durumda kişinin hayatındaki değişiklikleri fark edebildiği, hayatın amacını belirlemeye bağlı ilerleme ya da çözemediği bir ikilemde mahsur kalınmaktadır
4. ***Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkileri yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmek:*** Kayıp yaşayan kişi, yas sürecinin bireyin hayatındaki planları ve etkinlikleri olumsuz şekilde hatırlamasını engellemek zorundadır. Yasın tamamlanmasındaki en zor görev ise; kayba ilişkin anı ve düşüncelerini duygu dünyasında yaşayıp geri kalan hayatını sürdürebilmesidir.

#### *2.5.1. Prenatal Kayıptan Sonra Görülen Yas Tutma Süreci*

Yas, bireyde sevilen bir nesnenin kaybindan sonra ortaya çıkan ağır üzüntü durumudur. Yas kedere verilen tepki olmakla birlikte şiddeti kişiye bağlı olarak değişebilmektedir (Öz 2004). Yasın süresi bireye bağlı olarak değişmektedir. Çocuğun kaybı bir erişkinin ölümünden daha şiddetli bir tecrübe olduğundan bu sürenin aylar hatta yıllar alabileceğine yönelik fikir birliği bulunmaktadır. Bebeğin kaybı gibi durumlarda yasin tam anlamıyla sona erdiği söylenememektedir (Perry ve ark. 2010). Prenatal kayıp yaşamış gebelerle yapılan fenomenolojik bir çalışmada kadınlar, tekrar gebe kaldıklarında mutlu olduklarını, fakat bu mutluluklarının kısa sürdüğünü belirtmişlerdir. Bu durum onlarda stres ve anksiyeteye neden olmaktadır. Dolayısıyla kadınlar sonraki gebelik deneyiminin her zaman stresli olmadığını belirtmektedirler (Caelli ve ark. 2001).

Ebeveynlerin kayıp sonrasında gösterdikleri tepkiler cinsiyete bağlı olarak değişebilmektedir. Kayıp yaşamanın erkekler üzerindeki etkileri ile ilgili yapılmış çalışmalarda kayıp sürecinde erkeklerin duygularını bastırdıklarını göstermektedir. Erkekler bu süreçteki görevlerini güçlü ve koruyucu olmak şeklinde düşünmekte ve süreçteki olumsuz durumlarda kendilerini yetersiz hissetmektedirler. Fakat kadının bu olumsuz süreçte yaşamış olduğu duyguları onunla paylaşmak isteyebileceği gerçeğini fark edememektedirler (Hutti 2005; O'Leary ve ark. 2006).

## **2.6. Gebelikte Psikososyal Sağlık**

Maxson ve arkadaşları (2016) psikososyal sağlığı, depresyon, stres, öz yeterlilik ve sosyal destek gibi ruhsal ve sosyal alanları kapsayan çok boyutlu bir kavram olarak tanımlamaktadır. Ayrıca eş desteği, algılanan stres, sosyal destek, depresyon ve öz yeterlilik özelliklerine göre üç ayrı gebe grubu ile yaptıkları çalışmada, düşük öz yeterliliğe, sosyal desteğe, eş desteğine ve yüksek depresyona, strese sahip gebelerin bu özellikleri iyi ve orta olanlara göre psikososyal sağlık durumlarının çok daha düşük düzeyde ve erken doğum riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Maxon ve ark. 2016).

## **2.7. Gebelikte Psikososyal Sağlık ve Kayıp İlişkisi**

Psikososyal sağlık durumu ne kadar yüksekse anne ve bebek sağlığı da o kadar iyi olmaktadır. Özellikle anksiyete ve depresyonun, prenatal, natal ve postnatal komplikasyonları arttırdığı, yenidoğan bebekte görülebilen komplikasyonların (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, düşük doğum ağırlıklı ve apgar skoru düşük yenidoğan vb.) arttığı bildirilmiştir (Bahar 2006). Kadının gebelikte yaşadığı depresyonun postpartum depresyonun sebeplerinden biri olabileceği de vurgulanmıştır (Karamustafalıoğlu ve Tomruk 2006). Kadının yaşamış olduğu olumsuz süreçler doğum sonrası depresyonuna zemin hazırlamaktadır (Aydın ve Tamam 2006).

Yapılan bir araştırmada gebelikte yaşanan nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin kadınların hayatında çok fazla etkisinin olduğu ve bu stresli dönemin anksiyete ve depresyonla birleştiği belirtilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Kadınların fiziksel takiplerinin yanında ruhsal durumları da takip edilmelidir. Hemşirelere bu izlemler ve takipler sırasında önemli sorumluluklar düşmektedir. Bunlar; kadınların gebelik döneminde yaşadıkları psikofizyolojik ve psikososyal durumların tanınması, ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi ve bu sorunların anne ve bebek sağlığına olan etkilerinin en aza indirilmesidir (Kuğu ve Akyüz 2001). Prenatal kayıp yaşayan kadınların bir sonraki gebelik için karar vermesi önemlidir. Bazı çiftler başka bir çocuk sahibi olma konusunda istekli iken bazı çiftler ise kayıp acısını tekrar yaşamaktan korkmaktadırlar. Yeni bir bebek kaybedilen bir bebeğin yerini alamaz ve gebe kalmaya rağmen kaybedilen bebek için olan yas devam eder (Perry ve ark.

2010). Cote-Arsenault (2007) kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda hem duygusal hem de problem odaklı başa çıkma tarzından faydalanılmasının daha uygun olacağını belirtmiştir. Gebe problem odaklı başa çıkma tarzını kullanarak hem kendisinin hem de fetüsün şu andaki durumunu değiştirebilecek objektif verileri toplamaya çalışmaktadır. Bununla birlikte duygusal odaklı başa çıkma tarzını kullanmaya yol açan sürekli bir belirsizlik durumu ve gebeliği kontrol edememe hissi vardır. Ayrıca, Cote-Arsenault (2007) gebeliğin başlı başına bir stres olduğunu da belirtmiştir.

## **2.8. Gebelikte Psikososyal Sağlık Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları**

Bakım vericiler olarak hemşireler kayıp sonrası gebe kalan kadınların deneyimlerini, duygularını, kaygılarını anlamak zorundadırlar. Bu durum hemşirelerin daha terapotik ve duyarlı bakım vermesini sağlayacaktır (Cote-Arsenault 2000). Hemşire gebenin ihtiyaçlarını, gebeliğin kadın için anlam ve önemini bilmeli; kadını duygularını ifade etmesi için desteklemelidir. Bu destek gebenin kendine olan güvenini arttırmaktadır. Sağlık profesyonelleri gebe kadınların yaşadığı fiziksel ve ruhsal sorunlar konusunda eğitimler vererek gebelerin buldukları süreçlere uyum sağlamalarına katkı sağlayabilmektedirler (Taşkın 2016). Hemşirelerin kaybı dikkate alması ve tam bir öykü alma, sürecin yönetimine katkı sağlayacaktır. Prenatal kayıp 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. Yoğun anksiyete, suçluluk ve korku yaşayan kadınlar destek için ruh sağlığı çalışanına yönlendirilebilir (Cote-Arsenault ve ark. 2001).

Cote-Arsenault ve ark. (2001) yapmış oldukları çalışmada kayıp sonrası gebelik destek grubunda bulunan kadınlar tarafından şimdiki gebeliklerine karşı olan duygu ve endişeleri kaydedilmiş, ortak duygularının anksiyete, korku ve umut olduğu saptanmıştır. 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 çalışmada 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 (Cote-Arsenault ve ark. 2006).

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 (Hutti 2005). Gebe takibinde tıbbi değerlendirme yapılmaktadır. Bu fiziksel takipler sırasında psikososyal değerlendirme yapılması holistik yaklaşım açısından büyük öneme sahiptir. Antenatal takipler sırasında elde edilen bulgulardan gebeler için risk faktörleri erken dönemde tespit edilip, gebeler ilgili alanlarda uzman merkezlere yönlendirilerek tedavileri planlanmalıdır.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Türü**

Araştırma tanımlayıcı-karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Ankara il merkezinde bulunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma hastanesinin gebe polikliniklerinde yapılmıştır. Gebe polikliniklerine günlük ortalama 700 gebe başvurmaktadır ve hafta içi mesai saatlerinde hizmet verilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnek**

Araştırmanın evrenini hastanenin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran ve örnek seçim kriterlerini taşıyan abortus öyküsü olan ve olmayan gebeler oluşturmuştur.

#### **3.4. Örneklem Büyüklüğü ve Güç**

Çalışma için gereken örneklem büyüklüğü, etik kurul başvurusu sırasında literatürdeki “Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psikososyal Sağlıklarının Karşılaştırılması.” (Gümüldaş ve ark. 2014) adlı çalışmadaki bilgiler doğrultusunda prenatal kayıp yaşayan anne adayları 115 ve prenatal kayıp yaşamayan anne adayları 115 kişi olmak üzere 230 kişi olarak planlanmıştır. Ancak geliştirilen veri toplama formlarının ve ölçeğin pilot uygulaması (30 kişi) sonrasında elde edilen değerler dikkate alınarak yeniden örneklem büyüklüğü ve güç hesaplaması yapılmıştır (G\*Power, Ver. 3.1.9.2, Universität Kiel, Germany, <http://www.gpower.hhu.de/> ).

Pilot çalışmadan elde edilen bilgiler doğrultusunda GPSDÖ ölçek puan ortalamasının prenatal kayıp yaşayan gönüllülerde  $2.14 \pm 0.54$  ve prenatal kayıp yaşamayan gönüllülerde ise  $1.98 \pm 0.37$  olduğu belirlenmiştir. Pilot çalışmadan elde edilen GPSDÖ ölçek puan ortancaları arasındaki farklılık  $d=0.35$ 'lik bir etki genişliğine (effect size) sahiptir. Bu bilgiler doğrultusunda araştırmayı %5 Tip I ( $\alpha$ ) ve %10 Tip II ( $\beta$ ) hataları ile %90 güçle tamamlayabilmek için toplamda en az 282 gönüllü ile çalışılması gerektiği hesaplanmıştır. Gereken örneklem büyüklüğü

çalışma gruplarına eşit olarak dağıtıldığında her bir grup için en az 141'er gönüllüye ihtiyaç duyulacağı belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü ve güç hesaplaması için G\*Power (G\*Power, Ver. 3.1.9.2, Universität Kiel, Germany, <http://www.gpower.hhu.de/>) programı kullanılmıştır.

Veri toplama formlarının uygulanması sırasında eksik bırakılan ve doldurulmayan veri kaybını telafi edebilmek için prenatal kayıp yaşayan ve yaşamayan gönüllü gruplarına %10'ar yedek gönüllü eklenmiştir. Bu nedenle çalışmanın her bir grupta 166, toplamda 332 gönüllü ile yapılması planlanmıştır. Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması sırasında yarım bırakılan (114, 115 ve 117) ve yapılan çapraz kontroller sonucunda güvensiz bulunan (46, 104, 164, 181, 218, 308) anketler çalışmadan çıkarılmıştır. Bu nedenle çalışma prenatal kayıp yaşayan 159 (%49.2) ve prenatal kayıp yaşamayan 164 (%50.8) olmak üzere toplam 323 gönüllü ile tamamlanmıştır. Takip eden bölümlerdeki tüm analizler çalışmayı tamamlayan 323 gönüllü üzerinden yapılmıştır.

### **3.5. Örnek Seçim Kriterleri**

- En az ilkokul mezunu olma
- Sağlıklı bir fetüse sahip olma,
- En az bir prenatal gebelik kaybı yaşamış olma (prenatal gebelik kaybı yaşayan grup için)
- Spontan gebe kalmış olma,
- Gebeliği etkileyecek herhangi bir sağlık sorunu olmaması (kronik bir hastalığı, gestasyonel diyabeti, eklampsi ve preeklampsi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmayan gebeler) dikkate alınmıştır.

### **3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür incelemeleri sonucu oluşturulan (Yılmaz 2012; Demirbaş ve ark. 2014 ) Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu, Prenatal Kayıp Yaşamamış

Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu, Gebelerde Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) kullanılmıştır.

### *3.6.1. Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-A)*

Prenatal Kayıp Yaşamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu sosyodemografik ve obstetrik özellikleri değerlendirmek amacıyla 21 sorudan oluşan bir formdur. Sosyodemografik özellikler içinde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu algısı, yerleşim yeri gibi konuları içeren 9 soru bulunmaktadır. Obstetrik özellikler içinde ise gebelik yaşı, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik hakkında bilgi ve destek alma durumu, gebeliği sonlandırmayı düşünme durumu, gebelik kaybı yaşama durumu, düşük ve kürtaj olma durumu gibi konuları içeren 12 soru yer almaktadır

### *3.6.2. Prenatal Kayıp Yaşamamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek-B)*

Prenatal Kayıp Yaşamamış Gebelere İlişkin Tanıtıcı Bilgi Formu sosyodemografik ve obstetrik özellikleri değerlendirmek amacıyla 18 sorudan oluşan bir formdur. Sosyodemografik özellikler içinde; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu algısı, yerleşim yeri gibi konuları içeren 9 soru bulunmaktadır. Obstetrik özellikler içinde ise gebelik yaşı, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik hakkında bilgi ve destek alma durumu, gebeliği sonlandırmayı düşünme durumu, gebelik kaybı yaşama durumu gibi obstetrik özellikleri içeren 9 soru yer almaktadır.

### *3.6.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) (Ek-C)*

Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirmek amacıyla Yıldız (2011) tarafından geliştirilmiş olan ölçek 46 maddeliktir. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (PSSDÖ) 5 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 1'den 5' kadar puanlanmaktadır. Ölçekte 6 alt boyut bulunmaktadır.

**Alt Boyut 1(Gebelik ve Eş İlişisine Ait Özellikler):** 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 32 ve 34. sorular gebelik ve eş ilişkisine ait özellikleri belirleyen toplam 13 maddeyi içermektedir.

**Alt Boyut 2 (Kaygı ve Strese Ait Özellikler):** 9, 10, 11, 12, 36, 37, 38 ve 40. sorular kaygı ve strese ait özellikleri belirleyen toplam 8 maddeyi içermektedir.

**Alt Boyut 3(Aile İçi Şiddete Ait Özellikler):** 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 43. sorular aile içi şiddete ait özellikleri belirleyen toplam 8 maddeyi içermektedir.

**Alt Boyut 4 (Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler):** 16, 17, 28, 29, 30, 41 ve 45. sorular psikososyal destek gereksinimine ait özellikleri belirleyen toplam 7 maddeyi içermektedir.

**Alt Boyut 5 (Ailesel Özellikler):** 31, 33, 35 ve 42. sorular gebe ile ailesi arasındaki ilişkiye yönelik ailesel özellikleri belirleyen toplam 4 maddeyi içermektedir.

**Alt Boyut 6 (Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişikliklere Ait Özellikler):** 13, 14, 15, 39, 44 ve 46. sorular gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikleri belirleyen toplam 6 maddeyi içermektedir

**Ölçeğin değerlendirilmesi:** Puanlardaki artış gebelikte psikososyal sağlığa ilişkin olumlu, azalma yani puan 1 e yaklaştıkça belirtilen özelliğe ilişkin sorun olduğunu göstermesi açısından maddeler ifade tarzına, negatif ve pozitiflik durumuna göre farklı şekilde kodlanmıştır. 29 maddede *çok fazla* ifadesi 1, *hiç* ifadesi 5 ile puanlandırılarak (*çok fazla 1, fazla 2, orta 3, az 4, hiç 5*), kalan 17 madde de (1,2,3,5,6,8,16,17,18,19,20,31,32,33,34,35,42 maddeler) *çok fazla* ifadesi 5, *hiç* ifadesi de 1 ile (*çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç 1*) puanlandırılarak kodlanmıştır. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5 ten uzaklaşıp 1 e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1 e yaklaştığı ölçüde o faktöre ait problem olduğunu gösterir. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında Cronbach's  $\alpha$  iç tutarlılık değeri .93 olarak belirtilmiştir (Yıldız 2011).

### *GPSDÖ değerlendirmesinde puan aralıkları*

Puan $\leq$ 1.79	: Çok düşük (çok kötü)
Puan 1.80 – 2.59	: Düşük (kötü)
Puan 2.60 – 3.39	: Orta
Puan 3.40 – 4.19	: İyi
Puan $\geq$ 4.20	: Çok iyi.

Bu çalışma grubunda GPSDÖ'nin tümünün Cronbach's  $\alpha=0.897$  iç tutarlılık değerleri oldukça yüksek bulundu. Gönüllülerin ölçek maddelerine verdikleri cevapların tutarlı olduğu görülmüştür. GPSDÖ ölçeğini oluşturan tüm alt faktörlerin iç tutarlılıkların çalışmada kullanılabilirlik açısından yeterli oldukları belirlenmiştir (Tablo 3.6.1).

Tablo 3.6.1. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği İç Tutarlılıkları

<b>Ölçek Alt Boyutları</b>	<b>Ölçek Maddeleri</b>	<b>Cronbach's <math>\alpha</math></b>
Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	1-8, 18-20, 32, 34	0.851
Kaygı ve strese ait özellikler	9-12, 36-38, 40	0.706
Aile içi şiddete ait özellikler	21-27, 43	0.732
Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	16, 17, 28-30, 41, 45	0.654
Ailesel özellikler	31, 33, 35, 42	0.785
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler	13-15, 39, 44, 46	0.715
<b>GPSDÖ Toplam</b>		<b>0.897</b>

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacı tarafından 04-09 Aralık 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişiğüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan verilerin toplanma süresi ortalama 15-20 dakikadır.

### **3.8. Ön Uygulama**

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastanenin gebe polikliniğine başvuran prenatal kayıp yaşamış 15, prenatal kayıp yaşamamış 15 gebe olmak üzere toplam 30 gebeye araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamada veri toplanan gebeler araştırmanın örneğine dahil edilmemiştir.

### **3.9. Araştırmanın Değişkenleri**

#### *3.9.1. Bağımsız Değişkenler*

- Gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri
- Gebelerin obstetrik özellikleri
- Şimdiki gebeliğe ilişkin özellikler

#### *3.9.2. Bağımlı Değişkenler*

- Gebelerin psikososyal sağlık durumları (GPSDÖ) puan ortalaması
- Gebelerin gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları
- Gebelerin kaygı ve strese ait özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları
- Gebelerin aile içi şiddete ait özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları
- Gebelerin psikososyal destek gereksinimine ait özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları
- Gebelerin ailesel özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları
- Gebelelerin gebeliğe ilişkin fiziksel- psikososyal değişikliklere ait özellikler GPSDÖ alt boyut puan ortalamaları

### **3.10. Verilerin Analizi**

Gebelerden anket yöntemi ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılarak sayısallaştırılmıştır. Sayısal sürekli ve kesikli değişkenlerin (yaş, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı gibi) normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. İncelenen değişkenlerin hiçbiri normal dağılıma

uymadığından tanımlayıcı istatistiklerin gösteriminde en az – en çok değerleri ile birlikte ortanca (ÇAG: Çeyreklikler Arası Genişlik) değerleri verilmiştir. Kategorik değişkenlerin (eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, düşük ve küretaj gibi) gösteriminde sayı ve yüzde (n, %) kullanılmıştır. Kategorik değişkenleri kendi aralarında karşılaştırabilmek için çapraz tablolar oluşturulmuş ve oranlar arasındaki farklılıklar  $\chi^2$  (Ki Kare) testi ile değerlendirilmiştir.

Prenatal kayıp yaşama durumuna ve obstetrik özelliklere göre sürekli sayısal değişkenlerin ortancalarını karşılaştırmak için Mann-Whitney-U testi kullanılmıştır.

GPSDÖ genel ve alt ölçek maddeleri için iç tutarlılıklar (Cronbah's  $\alpha$ ) hesaplanmıştır. GPSDÖ genel ve alt ölçek puanlarının gösteriminde ortalama  $\pm$  standart sapma değerleri kullanılmıştır. GPDSÖ genel ve alt ölçek puan ortalamalarını prenatal kayba göre karşılaştırmak için Students' t testine başvurulmuştur. Demografik özelliklere göre GPSDÖ puan ortancalarını karşılaştırmak için Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi uygulanmıştır. Fark bulunduğunda farklı grubu belirleyebilmek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney-U testine başvurulmuştur.

Yaş, gebelik haftası ve gebelik kaybı sayısı ile GPSDÖ puanı arasındaki ilişkiler Spearman Sıra Korelasyon Katsayısı (Rho) ile incelenmiştir.

İstatistiksel analiz ve hesaplamalar için Ms-Excel 2010 ve IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY, IBM Corp.) programları kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca örnekleme alınan grup için geçerlidir, topluma genellenemez.
- Bu çalışmada prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlığın değerlendirilmesi, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) ve araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu verileri ile sınırlıdır.

- Bu araştırma çalışma yapılan hastane ile sınırlıdır.
- Araştırmadan elde edilen bulgular, kullanılan ölçüm araçları ve katılımcıların öz bildirimleri ile sınırlıdır.

### **3.12. Araştırma Soruları**

- Prenatal kayıp yaşamış gebelerde psikososyal sağlık düzeyleri nasıldır?
- Prenatal kayıp yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık düzeyleri nasıldır?
- Prenatal kayıp yaşamış gebeler ile prenatal kayıp yaşamamış gebelerin psikososyal sağlık düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Sosyo-demografik özellikler psikososyal sağlığı etkiler mi?
- Obstetrik özellikler psikososyal sağlığı etkiler mi?
- Prenatal kayba ilişkin özellikler psikososyal sağlığı etkiler mi?

### **3.13. Araştırmanın Etiği**

- Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan 21.06.2017 tarihli ve 1740 sayılı etik kurul izni alınmıştır. (EK-D).
- Araştırmanın ilgili kurumda uygulanabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi TUEK (Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu) tarafından 10/10/2017 tarihli ve 20 sayılı izin alınmıştır. (EK-E).
- Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeğinin (GPSDÖ) çalışmada kullanılabilmesi için Doç. Dr. Hatice Yıldız' dan yazılı izin alınmıştır. (EK-F).
- Araştırmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı anlatılıp sözlü onamları alınmıştır.

## **4. BULGULAR**

Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma grubuna ait tanıtıcı bulgular ve araştırma amaçlarına ilişkin bulgular beş ayrı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

4.2. Gebelerin Obstetrik zelliklerine Yönelik Bulgular

4.3. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

4.4. Gebelerin Sosyodemografik zelliklerine Göre GPSD Puanları

4.5. Gebelerin Obstetrik zelliklerine Göre GPSD Puanları

#### 4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Prenatal Kayıp		Yaşayan		Yaşamayan		Test İstatistiği	
	n*	%*	n*	%*	n*	%*	Z / $\chi^2$	p
Yaş (Ortanca, ÇAG)	26.0	8.0	24.0	5.0			Z=4.817	<0.001
<b>Eğitim Düzeyi (n=322)</b>								
İlköğretim	63	40.1	50	30.3				
Lise	69	44.0	57	34.5			$\chi^2=15.570$	<0.001
Üniversite ve üzeri	25	15.9	58	35.2				
<b>Çalışma Durumu (n=322)</b>								
Çalışıyor	20	12.7	38	23.0				
Çalışmıyor	137	87.3	127	77.0			$\chi^2=5.770$	0.016
<b>Eş Eğitim Düzeyi (n=322)</b>								
İlköğretim	61	38.9	52	31.5				
Lise	65	41.4	57	34.5			$\chi^2=2.237$	0.135
Üniversite ve üzeri	31	19.7	56	34.0				
<b>Aile Tipi (n=323)</b>								
Çekirdek aile	131	83.4	133	80.6				
Geniş aile	26	16.6	32	19.4			$\chi^2=0.437$	0.508
<b>Gelir Durumu (n=323)</b>								
Kötü veya Orta	134	84.8	142	86.1				
İyi	24	15.2	23	13.9			$\chi^2=0.102$	0.750
<b>Yerleşim Yeri (n=323)</b>								
Şehir	124	78.5	138	83.6				
İlçe/Köy	34	21.5	27	16.4			$\chi^2=1.400$	0.237

\* Tablodaki oranlar (%), cevap veren gönüllüler (n) üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri prenatal kayıp yaşama durumlarına göre incelendi (Tablo 4.1.1). Prenatal kayıp yaşayan gebelerin yaşları 17-43 aralığında değişirken yaş ortancaları 26.0 (ÇAG=8.0) yıl olarak belirlendi. Prenatal kayıp yaşamamış gebelerin yaşları ise 17-37 aralığında değişirken yaş ortancalarının 24.0 (ÇAG=5.0) yıl olduğu bulundu. Tablo 4.1'deki bilgilere göre; Prenatal kayıp yaşayan gebelerin eğitim düzeyi, prenatal kayıp yaşamamış olan gebelerden anlamlı oranda daha düşüktür ( $\chi^2=15.570$ ;  $p<0.001$ ). Benzer şekilde çalışan gebelerde prenatal kayıp oranı çalışmayan gebelere göre daha düşüktür ( $\chi^2=5.770$ ;  $p=0.016$ ). Eşin eğitim düzeyinin de prenatal kayıp üzerinde

etkili olduğu görüldü. Eğitim düzeyi yüksek eşe sahip gebelerdeki prenatal kayıp oranı, eşinin eğitim düzeyi düşük olan gebelerden anlamlı miktarda daha düşüktür ( $\chi^2=8.232$ ;  $p=0.016$ ). Aile tipi, gelir durumu ve yerleşim yerinin prenatal kayıp üzerinde etkisi olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

#### 4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1. Prenatal Kayıp Yaşamış Gönüllülerin Obstetrik Özellikleri

Değişkenler	En Az – En Çok	Ortanca (ÇAG)
Gebelik Sayısı	2 – 11	2.0 (1.0)
Gebelik Kaybı Sayısı	1 – 10	1.0 (1.0)
<b>Önceki Gebelik Hikayesi</b>	<b>n*</b>	<b>%*</b>
<b>Canlı Doğum</b>		
Var	15	9.7
Yok	139	90.3
<b>Gebelik kaybı</b>		
<b>Düşük</b>		
Var	134	85.4
Yok	23	14.6
<b>Küretaj</b>		
Var	100	69.9
Yok	43	30.1
<b>Ölü Doğum</b>		
Var	25	22.7
Yok	110	77.3

\* Tablodaki oranlar (%), cevap veren gönüllüler (n) üzerinden hesaplanmıştır.

Prenatal kayıp yaşamış gönüllülerin gebelik kayıpları incelendiğinde; kadınların %9.7'sinin daha önceki gebeliklerinde canlı doğum yaptığı, %85.4'ünün düşük yaptığı, %69.9'unun küretaj olduğu ve %22.7'sinin ölü doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gönüllülerin Mevcut Gebeliklerine İlişkin Bilgiler

Prenatal Kayıp	Yaşayan	Yaşamayan	Test İstatistiği	
	Ortanca (ÇAG)	Ortanca (ÇAG)	Z	p
Değişkenler				
Gebelik haftası	22.0 (20.5)	20.0 (20.0)	0.714	0.476
<b>Şu Anki Gebeliğe Ait Bilgiler</b>	<b>n (%)*</b>	<b>n (%)*</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
<b>Gebeliğin planlı olması</b>				
Evet	127 (%80.4)	130 (%79.8)	0.020	0.889
Hayır	31 (%19.6)	33 (%20.2)		
<b>Gebeliği sonlandırmayı isteme</b>				
Evet	4 (%5.3)	3 (%4.3)	0.077	0.782
Hayır	72 (%94.7)	67 (%95.7)		
<b>Gebelikte bilgi alma</b>				
Evet	92 (%60.1)	108 (%68.8)	2.538	0.111
Hayır	61 (%39.9)	49 (%31.2)		
<b>Gebelikte psikolojik destek alma</b>				
Evet	12 (%7.7)	33 (%20.8)	10.972	<b>0.001</b>
Hayır	144 (%92.3)	126 (%79.2)		
<b>Bebeği kaybetme korkusu yaşama</b>				
Evet	116 (%73.4)	81 (%49.1)	20.076	<b>&lt;0.001</b>
Hayır	42 (%26.6)	84 (%50.9)		

\* Tablodaki oranlar (%), cevap veren gönüllüler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2.2'ye göre; çalışmada yer alan prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerin gebelik haftaları benzerdir ( $Z=0.714$ ;  $p=0.476$ ). Mevcut gebeliğin planlı olması, gebeliği sonlandırmayı isteme ve gebelikte ilgili bilgi alma oranları prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde istatistiksel olarak farksızdır ( $p>0.05$ ).

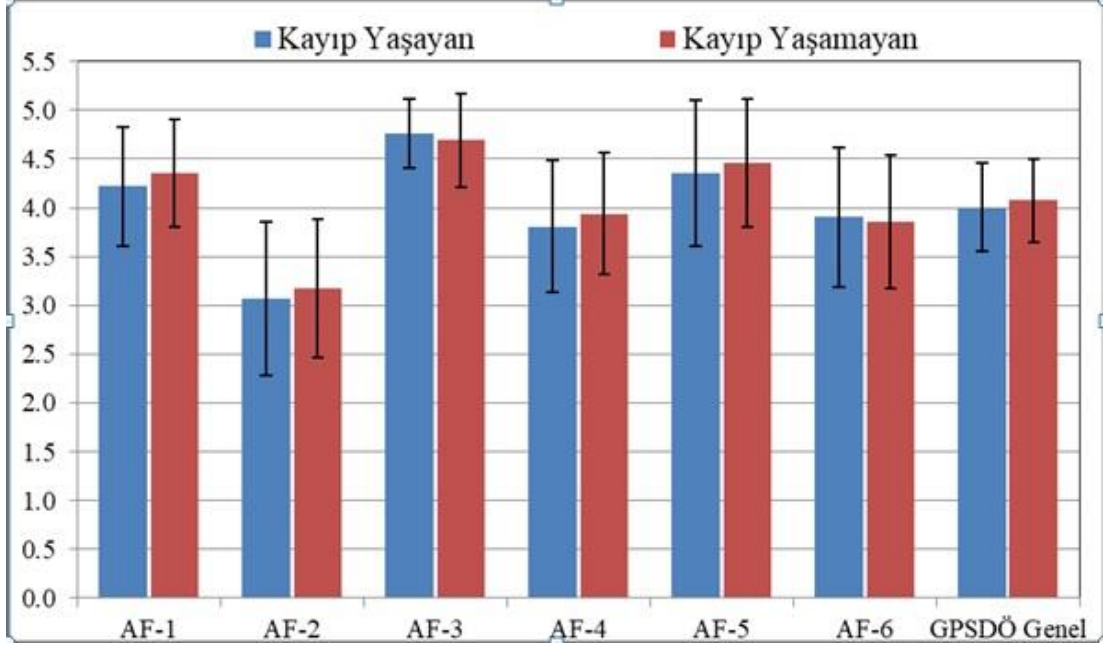
Prenatal kayıp yaşamış gebelerin, gebelikte psikolojik destek alma oranı, kayıp yaşamamış gebelerden anlamlı oranda daha düşüktür ( $\chi^2=10.972$ ;  $p=0.001$ ). Prenatal kayıp yaşamış gebelerde bebeği kaybetme korkusu, kayıp yaşamamış gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $\chi^2=20.076$ ;  $p<0.001$ )

### 4.3. Gebelikte Psikososyal Sağlık Değerlendirmeye Yönelik Bulgular

Tablo 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=323)

Prenatal Kayıp	Yaşayan		Yaşamayan		Test İstatistiği	
	Min-Maks	$\bar{X} \pm S. S.$	Min-Maks	$\bar{X} \pm S. S.$	t	p
<b>AF-1:</b> Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	1.77–5.00	4.22±0.61	2.15–5.00	4.35±0.55	2.065	<b>0.040</b>
<b>AF-2:</b> Kaygı ve strese ait özellikler	1.38–4.88	3.07±0.79	1.25–5.00	3.17±0.71	1.222	0.223
<b>AF-3:</b> Aile içi şiddete ait özellikler	3.13–5.00	4.77±0.36	1.50–5.00	4.70±0.48	1.476	0.141
<b>AF-4:</b> Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler	1.29–5.00	3.81±0.67	1.71–5.00	3.94±0.62	1.834	0.068
<b>AF-5:</b> Ailesel özellikler	1.00–5.00	4.35±0.75	2.00–5.00	4.46±0.66	1.515	0.131
<b>AF-6:</b> Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler	1.00–5.00	3.90±0.71	1.33–5.00	3.86±0.69	0.585	0.559
<b>GPSDÖ Toplam</b>	1.87–4.85	4.01±0.45	2.33–4.85	4.08±0.43	1.372	0.171

Tablo 4.3.1’ye göre; prenatal gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gönüllülerde AF–1 (Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler faktörü) dışındaki tüm alt faktör puan ortalamaları ve GPSDÖ genel puan ortalaması benzerdir ( $p>0.05$ ). AF–1 alt faktöründe prenatal gebelik kaybı yaşayan gönüllülerin puan ortalaması prenatal gebelik kaybı yaşamayan gönüllülere göre anlamlı miktarda daha düşüktür ( $t=2.065$ ;  $p=0.040$ ).



Şekil 4.3.1. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamaları (Standart Sapmalar ile birlikte)

Gebelerin GPSDÖ geneli ve alt ölçekleri için puanları hesaplanmıştır. GPSDÖ geneli için puanların 1.87 – 4.85 aralığında değiştiği ve ortalamasının ise  $4.04 \pm 0.44$  puan olduğu görülmüştür. Prenatal gebelik kaybına göre ölçek geneli ve alt faktör puanları Tablo 4.3.1 ve Şekil 4.3.1’de gösterilmiştir.

GPSDÖ genel puanlarının yeniden sınıflandırılması sonrasında gebelerin hiçbirinin gebelikteki psikososyal sağlığının çok kötü olmadığı, 3’ünün (%0.9) Kötü, 22’sinin (%6.8) “Orta”, 166’sının (%51.4) “İyi” ve kalan 132’sinin (%40.9) ise gebelikteki psikososyal sağlıklarının “Çok İyi” durumda oldukları görülmüştür.

GPSDÖ sınıflamalarındaki “Çok Kötü”, “Kötü” ve “Orta” grupları “Orta ve Daha Kötü” olarak, “İyi” ve “Çok İyi” grupları ise “İyi” olarak yeniden gruplandırıldı. Prenatal kayıp yaşama durumuna göre GPSDÖ grupları arasında fark olmadığı, kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin benzer oranlarla GPSDÖ gruplarında yer aldıkları görüldü ( $\chi^2=1.332$ ;  $p=0.248$ ). GPSDÖ alt faktörleri açısından incelendiğinde ise; tüm alt faktörlerde prenatal kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin gebelikte psikososyal sağlık gruplarına benzer oranlarla dağıldıkları görülmüştür ( $p>0.05$ ).

#### 4.4. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GPSDÖ Puanları

Tablo 4.4.1. Sosyodemografik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları

Değişkenler	GPSDÖ Puan Ortalamaları			
	Prenatal Kayıp	Yaşayan	Yaşamayan	Test İstatistiği
	$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	t	p
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
İlköğretim	4.02 ± 0.41	4.11 ± 0.45	1.106	0.271
Lise	4.05 ± 0.40	4.04 ± 0.45	0.127	0.899
Üniversite ve üzeri	3.84 ± 0.63	4.09 ± 0.39 <sup>a</sup>	2.126	<b>0.037</b>
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>*<math>\chi^2=1.656</math>; p=0.437</b>	<b>*<math>\chi^2=1.091</math>; p=0.580</b>		
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	4 ± 0.44	4.06 ± 0.38	0.564	0.575
Çalışmıyor	4 ± 0.45	4.08 ± 0.45	1.364	0.174
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>Z=0.366; p=0.714</b>	<b>Z=0.730; p=0.466</b>		
<b>Eş Eğitim Düzeyi</b>				
İlköğretim	3.96 ± 0.50	4.06 ± 0.49	0.998	0.320
Lise	4.03 ± 0.40	4.04 ± 0.45	0.192	0.848
Üniversite ve üzeri	4.03 ± 0.46	4.13 ± 0.34	1.110	0.270
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>*<math>\chi^2=0.329</math>; p=0.848</b>	<b>*<math>\chi^2=1.006</math>; p=0.605</b>		
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	4.01 ± 0.46	4.09 ± 0.40	1.463	0.145
Geniş aile	4.04 ± 0.34	4.04 ± 0.55	0.017	0.987
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>Z=0.035; p=0.972</b>	<b>Z=0.058; p=0.954</b>		
<b>Gelir Durumu</b>				
Kötü <sup>b</sup>	3.60 ± 0.63	3.81 ± 0.65	0.819	0.421
Orta	4.02 ± 0.41	4.11 ± 0.40	1.668	0.097
İyi	4.19 ± 0.40	4.04 ± 0.43	1.263	0.213
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>*<math>\chi^2=12.666</math>; p=<b>0.002</b></b>	<b>*<math>\chi^2=2.433</math>; p=0.296</b>		
<b>Yerleşim Yeri</b>				
Şehir	4.03 ± 0.46	4.07 ± 0.43	0.755	0.451
İlçe/Köy	3.92 ± 0.42	4.10 ± 0.41	1.683	0.098
<b>Grup Karşılaştırması</b>	<b>Z=1.655; p=0.098</b>	<b>Z=0.192; p=0.848</b>		

\*  $\chi^2$ : Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi sonucu

t: Bağımsız örnekler t testi sonucu

Z: Mann-Whitney testi sonucu

<sup>a, b</sup>: GPSDÖ puan ortalaması/ortancası farklı grup

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) puanlarının değişimleri incelenmiştir (Tablo 4.4.1).

Yaş ile GPSDÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Rho= -0.066; p=0.239). Prenatal kayıp yaşayan üniversite ve üzerinde eğitime sahip gönüllülerin aynı eğitime sahip ancak prenatal kayıp yaşamayan gönüllülerden anlamlı miktarda daha yüksek GPSDÖ puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (t=2.126; p=0.037). Benzer şekilde Prenatal kayıp yaşamayan gönüllülerin gelir durumlarına göre GPSDÖ puan ortancaları arasında fark olduğu ( $\chi^2=12.666$ ; p=0.002) görüldü. Farklılığın hangi gelir grubundan yaşandığını belirlemek için yapılan post-hoc ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; gelir durumunun kötü olduğunu beyan eden prenatal kayıp yaşamış gönüllülerin gelir durumu orta ve iyi olan gönüllülerden daha düşük GPSDÖ puan ortancasına sahip oldukları (sırasıyla Z=2.563; p=0.031 ve Z=3.558; p=0.001) belirlenmiştir (Tablo 4.1.1)

Tablo 4.4.1'deki bilgilere göre diğer demografik özelliklere göre prenatal kayıp yaşayan ve yaşamayan gönüllülerin GPSDÖ puan ortalamaları veya ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

#### 4.5. Gebelerin Obstetrik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları

Tablo 4.5.1. Obstetrik Özelliklere Göre GPSDÖ Puanları

Obstetrik Özellik	Prenatal Kayıp	Yaşayan	Yaşamayan	Test İstatistiği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	$\bar{X} \pm S. S.$	t	p
<b>Canlı Doğum</b>					
Var		4.01 ± 0.45	–	–	–
Yok		3.99 ± 0.48	–	–	–
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=0.034; p=0.973	–		
<b>Küretaj</b>					
Var		4.02 ± 0.39	–	–	–
Yok		4.01 ± 0.54	–	–	–
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=0.377; p=0.707	–		
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>					
Evet <sup>a</sup>		4.05 ± 0.44	4.11 ± 0.42	1.168	0.244
Hayır		3.83 ± 0.46	3.93 ± 0.41	0.901	0.371
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=2.336; p=0.019	Z=2.378; p=0.017		
<b>Gebeliği Sonlandırma İsteği</b>					
Evet		3.61 ± 0.57	3.99 ± 0.33	0.995	0.365
Hayır		3.89 ± 0.43	4.01 ± 0.43	1.760	0.081
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=0.919; p=0.358	Z=0.348; p=0.728		
<b>Gebelikte Bilgi Alma Durumu</b>					
Evet		3.74 ± 0.64	4.08 ± 0.44	0.550	0.583
Hayır		3.96 ± 0.28	4.11 ± 0.41	1.259	0.211
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=0.520; p=0.603	Z=0.546; p=0.585		
<b>Gebelikte Psikolojik Destek Alma Durumu</b>					
Evet		4.04 ± 0.42	4.08 ± 0.44	0.550	0.583
Hayır		4.00 ± 0.48	4.11 ± 0.47	1.259	0.211
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=0.901; p=0.367	Z=1.213; p=0.225		
<b>Bebeği Kaybetme Korkusu Yaşama Durumu</b>					
Evet		3.94 ± 0.47	3.96 ± 0.46	0.247	0.805
Hayır <sup>a</sup>		4.18 ± 0.35	4.19 ± 0.36	0.143	0.887
<b>Grup Karşılaştırması</b>		Z=2.836; p=0.005	Z=3.274; p=0.001		

\* t: Bağımsız örnekler t testi Z: Mann-Whitney-U testi sonucu

<sup>a</sup> : GPSDÖ puan ortancası yüksek grup

Kadınların obstetrik özelliklerine göre Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) puanlarının değişimleri incelenmiştir (Tablo 4.5.1). Tablo 4.5.1'deki bilgilere göre Planlı Gebelik ve Bebeği Kaybetme Korkusu dışındaki tüm obstetrik özellikler açısından prenatal kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin GPSDÖ puan ortalamaları veya ortancaları arasında istatistiksel olarak önemli sayılabilecek farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Mevcut gebeliği planlı olan kadınlar prenatal kayıp yaşamış olsun ya da olmasın gebeliği plansız olan kadınlardan daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahiptir ( $p<0.05$ ). Benzer şekilde bebeği kaybetme korkusu yaşamayan kadınlar da prenatal kayıptan bağımsız olarak bebeği kaybetme korkusu yaşayan kadınlardan daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahiptir ( $p<0.05$ ). Daha önce prenatal kayıp yaşamamış gebelerin tamamının ilk gebeliği olduğundan canlı doğum ve küretaja göre yapılan analizlerde bu gebelere yer verilmemiştir.

Tablo 4.5.2. Obstetrik Özellikler ile GPSDÖ Puanı Arasındaki İlişkiler

Obstetrik Özellik	GPSDÖ Puanı	
	Rho	p
Gebelik Sayısı	-0.111	<b>0.047</b>
Gebelik Haftası	-0.033	0.563
Gebelik Kaybı Sayısı	-0.085	0.293

Tablo 4.5.2'deki verilere göre gebelik sayısı ile GPSDÖ puanı arasında ters yönlü, çok zayıf bir ilişki gözlenmiştir. Gebelik haftası ve gebelik kaybı sayısı ile GPSDÖ puanı arasındaki ilişki ise anlamlı değildir (Tablo 4.5.2).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışma ile elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Prenatal kayıp yaşayan kadınların yaşları 17-43 aralığında değişirken yaş ortancaları 26.0 (ÇAG=8.0) yıl olarak belirlenmiştir. Prenatal kayıp yaşamamış gönüllülerin yaşları ise 17-37 aralığında değişirken yaş ortancalarının 24.0 (ÇAG=5.0) yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde yaşa özel doğurganlık hızı en fazla 25-29 yaş grubunda gözlenmiş olup Türkiye’de kadınların üreme çağlarının başında çocuk doğurma yöneliminde olduklarını göstermiştir. Çalışma verileri TNSA (2013) verileri ile paralellik göstermektedir.

Tablo 4.1.1’deki bilgilere göre; Prenatal kayıp yaşayan gönüllülerin eğitim düzeyi, prenatal kayıp yaşamamış olan gebelerden anlamlı oranda daha düşüktür ( $\chi^2=15.570$ ;  $p<0.001$ ). Eğitim düzeyi arttıkça prenatal kayıp yaşama durumu azalmaktadır. Chan ve arkadaşlarının (2013) yapmış olduğu çalışmada daha düşük eğitim seviyesine sahip olan gebelerde, yeni rolle birlikte, kendilerinden daha fazla beklenti olduğundan dolayı erken gebelikte anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar gebelik takip ve kontrollerini daha düzenli yaptırmaktadırlar. Bu durum eğitim düzeyi daha yüksek olan gebelerin farkındalık düzeylerinin iyi olduğunu, düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre gebelik sürecini takip etme ve sağlık kontrollerini yaptırma konusunda daha dikkatli davrandıklarını düşündürmüştür. Benzer şekilde çalışan gebelerde prenatal kayıp oranı çalışmayan gebelere göre daha düşüktür ( $\chi^2=5.770$ ;  $p=0.016$ ). Gebelerin sosyal destek ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla yapılmış bir araştırmada çalışan gebe kadınların sosyal destek puan ortalamalarının çalışmayan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Özdemir ve ark. 2010). Çalışan gebelerin hem iş yükü hem de sorumlulukları artmaktadır. Ancak çalışıyor olmak ekonomik bağımsızlık ve kendi sağlık sorumluluğunu alma konusunda özgüveni destekleyen bir durumdur. Bu durum gebelik sürecinde çalışan annelerin çalışmayan

annelere göre gebelikle ilgili süreci yönetmede daha dikkatli ve kontrollü olmasını sağlamış olabilir.

Çalışmada eşin eğitim düzeyinin prenatal kayıp üzerinde etkili olduğu görüldü (Tablo 4.1.1). Eğitim düzeyi yüksek eşe sahip gebelerdeki prenatal kayıp oranı, eşinin eğitim düzeyi düşük olan gönüllülerden anlamlı miktarda daha düşüktür ( $\chi^2=8.032$ ;  $p=0.016$ ). Yapılan çalışmalar eşin eğitim düzeyinin yüksek olmasının depresyonu azaltmada bir faktör olduğunu göstermektedir (Boybay Koyuncu ve Dereli Yılmaz 2015; Şahin ve Kılıçaslan 2010). Mermer ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada çekirdek aileye sahip, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların sosyal destek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitim düzeyi yükseldikçe eşlerin gebelik dönemindeki sürece daha etkin dahil olmaları ve eşlerini desteklemeleri ile açıklanabilir.

Araştırmada gebelerin obstetrik öyküsünün, gebelikte psikososyal sağlığı etkileyebileceği düşünülüp; gebelerin obstetrik öyküsü incelenmiştir. Gebelik sayısı, gebelik kaybı ve düşük yapma sayısı gibi değişkenler incelenmiştir. Tablo 4.2.2'ye göre; çalışmada yer alan prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gönüllülerin gebelik haftaları benzerdir ( $Z=0.714$ ;  $p=0.476$ ). Mevcut gebeliğin planlı olması, gebeliği sonlandırmayı isteme ve gebelikle ilgili bilgi alma oranları prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde istatistiksel olarak farksızdır ( $p>0.05$ ). Çalışmadan farklı olarak; Şahin ve Kılıçaslan'ın (2010) yapmış olduğu çalışmada gebelik planlı olduğunda depresyon skorunun düştüğü belirtilmiştir. Okanlı ve arkadaşlarının (2003) yapmış olduğu çalışmada, gebeliği planlı olan kadınların gebeliğe daha iyi hazırlandığı, gebelik boyunca kendilerine gösterdikleri özenin arttığı ve gebeliğe uyum sağlamada daha başarılı oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada gebelerin obstetrik özellikler açısından prenatal kayıp yaşayıp yaşamamaları arasında bir fark görülmemiştir.

Tablo 4.2.2'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış gebelerin, gebelikte psikolojik destek alma oranı, kayıp yaşamamış gebelerden anlamlı oranda daha düşüktür ( $\chi^2=10.972$ ;  $p=0.001$ ). Prenatal kayıp yaşamamış olanların hepsi ilk gebelikleri olduğu için gebelikte psikolojik destek alma ihtiyacı hissediyor olabilirler. İlk gebeliği olan kadınlar diğer kadınlara göre buldukları durumu daha

çok önemseyip gebeliğin seyri ile ilgili daha çok heyecanlanabilirler. İlk gebeliği olmayanlar destek alma ihtiyacı hissetmeyebilirler, bunun sebebi daha önce gebelik geçirmiş olmaları ve gebelikle ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmeleri olabilir. Mermer ve arkadaşları (2010) gebelikte kadınların doğum sonrası döneme göre daha çok sosyal destek aldıklarını ve yaş gruplarına, aile tipine göre gruplar arasında sosyal destek algısı puan ortalamaları bakımından fark olduğunu belirlemişlerdir. Olah ve Barry (2013) yapmış oldukları çalışmada kötü eş ilişkilerinin ve sosyal destek sistemlerinin yetersizliğinin prenatal depresyon, stres ve kaygı düzeylerini yükselttiğini belirtmişlerdir. Toplumun kadından beklentisi, kadının aile ile ilgili her şeyden sorumlu olmasıdır. Kadın hem ailesini kendine bağlamakta hem de kendisi aileye daha fazla bağlanmaktadır (Yılmaz ve Beji 2010). Çalışmalar gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin destekleyici ve önyargısız bir ortamda konuşma gereksinimleri olduğunu göstermektedir (Caelli ve ark. 2002; Cote-Arsenault ve ark. 2007). Gebelik kaybı yaşayan kadınların daha fazla stres yükü olduğu bu nedenle daha fazla sosyal destek mekanizmalarına gereksinimi vardır. Ancak kayba bağlı kaygı, korku, suçluluk vb. duygularla destek arayışının yetersiz olduğu söylenebilir.

Tablo 4.2.2'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış gebelerde bebeği kaybetme korkusu, kayıp yaşamamış gebelere göre daha yüksektir ( $\chi^2=20.076$ ;  $p<0.001$ ). Alhusen 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada önceki gebeliklerde yaşanan fetal kaybın acılı bir olay olduğunu, kadının sonraki gebeliklerinde kayıp korkusu oluşturabileceğini ve prenatal bağlanma düzeyini azaltabileceğini belirtmiştir. Cote-Arsenault ve arkadaşlarının (2007), prenatal kayıp yaşamış gebe olan ve destek gruplarına katılan gebeler ile yaptığı çalışmada kadınların geçmişte yaşamış oldukları kayıpları ve bu gebeliğe ilişkin endişeleri ile ilgili konuşma gereksinimleri olduğunu belirlemişlerdir. Prenatal 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 (Cote-Arsenault ve ark. 2001). Perinatal kayıpla ilgili yapılan araştırmaların büyük bir kısmında gözlenen, yaşanan kaybın gebelik anksiyetesini arttırdığı şeklindedir (Gold 2007). Aynı zamanda perinatal kayıp yaşamış kadınların gebelik anksiyete düzeyinin perinatal kayıp yaşamamış kadınlardan daha yüksek

olduğu yapılan araştırmalarda gözlenmiştir (Armstrong 2002; Cote-Arsenault ve ark. 2003). Prenatal kayıp yaşamış gebeler bir yandan yoğun ambivalan duygular yaşamaktadır diğer yandan da yeniden gebelik kaybı yaşama korkusu taşımaktadırlar. Yapılan çalışmada da benzer şekilde gebelerin kayıp korkusunu yoğun yaşadıkları görülmüştür.

Menarş, gebelik, emzirme ve menopoz gibi değişimler kadın hayatını oldukça etkilemektedir. Gebelik sadece fizyolojik ve hormonal olarak değişim yaşanması değil aynı zamanda psikolojik olarak kadınların zorlandıkları bir süreçtir. Bu nedenle, kadınların bu zorlu süreçlerin üstesinden gelebilmeleri için sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Maharlouei 2016). Çalışmada GPSDÖ genel puanlarının sınıflandırılması sonrasında gönüllülerin hiçbirinin gebelikteki psikososyal sağlığının çok kötü olmadığı, 3'ünün (%0.9) kötü, 22'sinin (%6.8) orta, 166'sının (%51.4) iyi ve kalan 132'sinin (%40.9) ise gebelikteki psikososyal sağlıklarının çok iyi durumda oldukları görülmüştür. Uçar' ın (2014) yapmış olduğu çalışmada gebelerin psikososyal sağlık düzeylerinin iyi/çok iyi düzeyde olduğu belirtilip çalışma ile paralellik göstermektedir. Ülkemizde gebelik çiftler ve tüm aile üyeleri tarafından beklenen ve mutlulukla karşılanan bir olaydır. Gebenin kabul görülen bir sürecin içinde olması psikososyal sağlık düzeyini olumlu etkilemiş olabilir.

Tablo 4.3.2'ye göre; prenatal gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gönüllülerde AF-1 (Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler faktörü) dışındaki tüm alt faktör puan ortalamaları ve GPSDÖ genel puan ortalaması benzerdir ( $p>0.05$ ). AF-1 alt faktöründe prenatal gebelik kaybı yaşayan gönüllülerin puan ortalaması prenatal gebelik kaybı yaşamayan gönüllülere göre anlamlı miktarda daha düşüktür ( $t=2.065$ ;  $p=0.040$ ). Bu durum prenatal kayıp yaşamış kadınların eş ilişkilerinin kötü olmasının prenatal kayıp riskini arttırabileceğini göstermektedir. Yılmaz'ın (2012) çalışmasında gebelerin aileden, arkadaştan ve özel bir insandan aldıkları sosyal destek algılarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sosyal destek gebeyi duygusal olarak rahatlatıp, anksiyete ile baş etmelerini kolaylaştırmakta ve annelik rolüne uyumu sağlamaktadır. Sosyal destek aile, eş ve çevre tarafından sağlanan destektir. Prenatal depresyon ve sosyal destek sistemleri arasında önemli bir ilişki vardır. Gebelik sürecinin olumlu geçmesi eş, aile ve çevreden alınan destek ile ilişkilendirilmiştir. (Akbaş ve ark. 2008). Rwakarema ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu

çalışmada gebelerin %87.4' ünün eş ilişkisinin iyi olduğu belirtilmiştir. Mohamad Yusuff ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında kadınların %95.6' sının gebelik sürecinden, %94.9'unun ise evlilik hayatından memnun oldukları; evlilik ve gebelik sürecini mutlu geçiren bireylerin prenatal depresyon yaşama risklerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise çalışmanın aksine bireylerin, gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Gümüşdaş ve ark. 2014). Eş ve aile ilişkilerinde mutlu olan ve gebeliği planlı olan kadınların bu süreci daha mutlu geçireceği düşünülebilir.

Tablo 4.3.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gönüllülerde kaygı ve strese ait özellikler alt faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ( $t=1.222$ ;  $p=0.223$ ). Çalışma bulgularından farklı olarak Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada, kadınların kaygı ve strese ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir ( $p<0.05$ ). Gebeliğin kadınlar üzerinde sebep olduğu bir takım fizyolojik değişimler sonucu kaygı ve strese yatkınlık gelişebilir. Kaygı ve stres faktörleri gebelik sürecini yönetmede kadınların yaşadığı önemli durumlardan biri olabileceği düşünülmüştür. Yapılan çalışmada gruplar arası, kaygı ve stres puanlarının benzer olması gebelikle birlikte yeni bir yaşam dönemine geçen gebelerin benzer duygulanımları ile açıklanabilir.

Tablo 4.3.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gönüllülerde aile içi şiddete ait özellikler alt faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=1.476$ ;  $p=0.141$ ). Çalışma bulguları ile benzer olarak (Yıldız 2011; Uçar 2014; Gümüşdaş ve ark. 2014) yapmış oldukları çalışmada da aile içi şiddete ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışma bulgularından farklı olarak; Hartley ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada ise prenatal depresyon ile aile içi şiddet görme arasında ilişki olduğunu, gebelik depresyonu riski olan kadınların %46.1' inin gebelik sürecinde şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir. Aile içi şiddet hayatın her anında önemli olmakla birlikte gebelik sürecinde daha hassas bir konu olarak ele alınabilir. Yapılan çalışmada grupların benzer puan almaları gebelerin aynı kültürel

ortamda yaşamaları ve şiddet ile ilgili benzer özelliklere sahip olmaları ile açıklanabilir.

Tablo 4.3.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gönüllülerde psikososyal destek sistemine ait özellikler alt faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=1.834$ ;  $p=0.068$ ). Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada çalışmanın aksine gebelerin psikososyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Mirabzadeh ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, depresyon, anksiyete ve stresin doğrudan, stres verici yaşam olaylarının ise dolaylı olarak erken doğuma neden olduğu, algılanan sosyal desteğin doğrudan sosyoekonomik durum kanalıyla, dolaylı olarak da stres, depresyon ve anksiyete kanalıyla erken doğuma neden olduğu ve algılanan sosyal destek ile stres, depresyon ve anksiyete arasında negatif zayıf yönlü bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar gebe kadının desteklenme ihtiyacının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Desteklendiğini hisseden gebe hayatının her anında olumlu duygular hissederken, desteğin yetersiz olması gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyumu azaltıp anksiyete düzeyini yükseltebilir. Gebe kadınların en güçlü sosyal destek kaynağının eş olduğu ve eş desteğinin gebelik sürecinin yönetiminde büyük önem taşıdığı söylenebilir.

Tablo 4.3.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde ailesel özellikler alt faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=1.515$ ;  $p=0.131$ ). Çalışmanın aksine riskli olan ve olmayan gebelerin psikososyal sağlıklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Gümüşdaş ve ark. 2014). Diğer bir çalışmada aile üyeleri ile ilişkileri kötü olan gebelerin depresyon gibi psikososyal sağlık sorunlarıyla karşılaşma sıklığının yüksek olduğu bulunmuştur. (Şentürk ve ark. 2011). Ailede gebeye yardım eden ve onu her konuda destekleyen, sıkıntıları varsa dinleyen bireylerin olması, gebelik sürecinin daha konforlu bir hale gelmesini sağlayan faktörler arasında yer almaktadır (Özorhan 2012).

Tablo 4.3.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler alt faktörü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $t=0.585$ ;  $p=0.559$ ). Uçar'ın (2014) yapmış olduğu çalışmanın bulguları araştırma ile paralellik göstermektedir. Yıldız (2011), Gümüşdaş ve arkadaşları (2014) yapmış oldukları çalışmalarda kadınları gebeliğe ait fiziksel-psikososyal değişikliklere ilişkin alt faktör puan ortalamalarının iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Kumcağız (2012) yapmış olduğu çalışmada gebelerin beden algısı ile yaş gruplarına, evlilik yılına, öğrenim durumuna, gebelik sayısına, gebeliği isteme durumuna göre gruplar arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Babacan Gümüş ve arkadaşları (2011) yapmış oldukları çalışmada beden imajı ile gelir durumuna, cinsel yaşamdaki olumsuz değişliğe ve doğum şekli tercihinine göre gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulmuşlardır. Araştırmada gebelerin yaşadıkları fiziksel değişimleri normal bir sürecin parçası olarak algıladıkları ve bu sürecin geçici olduğunu düşündükleri anlaşılmıştır. Kadınların beden imajındaki değişimleri olumlu olarak algılamış oldukları düşünülebilir. Dolayısıyla bu durumun da kadınların psikososyal sağlığını etkilemediği söylenebilir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) toplam puanlarının değişimleri incelenmiştir (Tablo 4.4.1). Prenatal kayıp yaşayan üniversite ve üzerinde eğitime sahip gebelerin aynı eğitime sahip ancak prenatal kayıp yaşamayan gebelerden anlamlı miktarda daha yüksek GPSDÖ puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ( $t=2.126$ ;  $p=0.037$ ). Yapılan çalışmalarda gebelerin eğitim düzeyleri ne kadar yüksekse aileden ve çevreden algıladıkları sosyal destek puanlarının da yükseldiği belirtilmiştir (Arıkan ve Kahrıman 2002; Oruçlu 2011). Yılmaz'ın (2010) yaptığı çalışmada sosyal destek arama boyutunda ilköğretim mezunu olan gebelerin puan ortalamalarının hem lise hem de üniversite mezunu olan gebelerinkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada ise eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelerden anlamlı miktarda düşük olduğu bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşları (2008) yaptıkları çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri yükseldikçe depresyon puanlarının düştüğünü belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar

çevre baskısını göz ardı edebilmekte, kendi hayatlarına daha bilinçli bir şekilde yön verebilmektedirler. Bu sonuç ile; eğitim durumunun yüksek olmasının, kadınların gebelik sürecinin daha verimli geçmesini sağlayabileceği ve prenatal kayıp riskini daha az seviyeye düşürebileceği düşünülmüştür.

Tablo 4.4.1'deki verilere göre prenatal kayıp yaşayan gebelerin gelir durumlarına göre GPSDÖ puan ortancaları arasında fark olduğu ( $\chi^2=12.666$ ;  $p=0.002$ ) görülmüştür. Gelir durumunun kötü olduğunu beyan eden prenatal kayıp yaşamış gönüllülerin gelir durumu orta ve iyi olan gönüllülerden daha düşük GPSDÖ puan ortancasına sahip oldukları (sırasıyla  $Z=2.563$ ;  $p=0.031$  ve  $Z=3.558$ ;  $p=0.001$ ) belirlenmiştir. Yılmaz ve Beji'nin (2010) yapmış olduğu çalışmada gelir durumu kötü olan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının gelir durumu iyi olanlardan anlamlı miktarda yüksek olduğu belirtilmiştir. Uçar'ın (2014) yapmış olduğu çalışmada kadınların gelir durumunun iyi veya kötü olmasının psikososyal sağlık durumlarını etkilediğini belirtmiştir. Araştırmada prenatal kayıp yaşayan kadınların gelir durumu yükseldikçe psikososyal sağlık düzeylerinin de yükseldiği görülmüştür. Gelir durumu yüksek olan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşmada daha az sorun yaşadıkları için kendini güvende hissettikleri, daha az gelecek kaygısı yaşadıkları, doğum sonrası dönemle ilgili olarak da daha az endişe duydukları söylenebilir. Gelir durumu düşük olan kadınlar hizmet almada güçlükler yaşayabilmektedir. Literatürde de benzer şekilde gelir durumu düşük olan kadınların benlik saygısının düşük olduğu, anksiyete ve depresyon görülme sıklığının arttığı bildirilen çalışmalar bulunmaktadır (Babacan Gümüş ve ark. 2011; Studzinska ve ark. 2013; Bayrampour ve ark. 2015).

Tablo 4.5.1'deki bilgilere göre Planlı Gebelik ve Bebeği Kaybetme Korkusu dışındaki tüm obstretrik özellikler açısından prenatal kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin GPSDÖ puan ortalamaları veya ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ). Mevcut gebeliği planlı olan gönüllüler prenatal kayıp yaşamış olsun ya da olmasın gebeliği plansız olan gebelerden daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahiptir ( $p<0.05$ ). Benzer şekilde bebeği kaybetme korkusu yaşamayan gebeler de prenatal kayıptan bağımsız olarak bebeği kaybetme korkusu yaşayan gebelerden daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahiptir ( $p<0.05$ ). Demirbaş ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada gebeliği planlı olan

bireylerin gebeliğe daha fazla uyum sağladıkları belirlenmiştir. Literatürde yapılan çalışmalar araştırma bulgularını desteklemektedir (Kılıçaslan 2008; Yekenkunrul 2011). Kadınlar gebelik sürecinin olumlu ve güzel geçmesini isterler, yaşadıkları olumsuz duygular bu süreci negatif yönde etkileyebilmektedir. Çalışmada prenatal kayıp yaşamış olsun ya da olmasın, bebeği kaybetme korkusunun kadınlar için genel bir korku olduğu görülmektedir. Gebeler bu süreçte psikososyal sorunların düzelmesi için sosyal desteğe ihtiyaç duymalarının yanında, hemşirelik bakımının da bu süreçte kadınların sağlık durumlarını yükseltmede etkili olabileceği düşünülmektedir.

## 6.SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırıldığı çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Prenatal kayıp yaşayan kadınların yaşları 17-43 aralığında değişirken yaş ortancaları 26.0 (ÇAG=8.0) yıl olarak belirlenmiştir. Prenatal kayıp yaşamamış gönüllülerin yaşları ise 17-37 aralığında değişirken yaş ortancalarının 24.0 (ÇAG=5.0) yıl olduğu bulunmuştur.
- Prenatal kayıp yaşayan gebelerin eğitim düzeyinin, prenatal kayıp yaşamamış olan gebelerden anlamlı oranda daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=15.570$ ;  $p<0.001$ ).
- Çalışan gönüllülerde prenatal kayıp oranının çalışmayan gebelere göre daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=5.770$ ;  $p=0.016$ ).
- Eğitim düzeyi yüksek eşe sahip gebelerdeki prenatal kayıp oranının, eşinin eğitim düzeyi düşük olan gebelerden anlamlı miktarda daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=8.232$ ;  $p=0.016$ ).
- Araştırmadaki tüm gebelerin 92'si (%30.7) gebelikte ilgili bilgi aldıklarını ifade etmiştir.
- Prenatal kayıp yaşamış gebelerin, gebelikte psikolojik destek alma oranının, kayıp yaşamamış gebelerden anlamlı oranda daha düşük olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=10.972$ ;  $p=0.001$ ).
- Prenatal kayıp yaşamış gebelerde bebeği kaybetme korkusunun, kayıp yaşamamış gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=20.076$ ;  $p<0.001$ ).
- GPSDÖ geneli için puanların 1.87 – 4.85 aralığında değiştiği ve ortalamasının ise  $4.04\pm 0.44$  puan olduğu görülmüştür.
- Kadınların gebelikteki psikososyal sağlığının çok kötü olmadığı, 3'ünün (%0.9) kötü, 22'sinin (%6.8) orta, 166'sının (%51.4) iyi ve kalan 132'sinin (%40.9) ise gebelikteki psikososyal sağlıklarının çok iyi durumda oldukları görülmüştür.

- GPSDÖ alt boyutlarından “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyutunda prenatal gebelik kaybı yaşayan gebelerin puan ortalamasının prenatal gebelik kaybı yaşamayan gebelere göre anlamlı miktarda daha düşük olduğu bulunmuştur ( $t=2.065$ ;  $p=0.040$ ).
- Prenatal kayıp yaşayan üniversite ve üzerinde eğitime sahip gebelerin aynı eğitime sahip ancak prenatal kayıp yaşamayan gebelerden anlamlı miktarda daha yüksek GPSDÖ puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür ( $t=2.126$ ;  $p=0.037$ ).
- Prenatal kayıp yaşayan gebelerin gelir durumlarına göre GPSDÖ puan ortancaları arasında fark olduğu ( $\chi^2=12.666$ ;  $p=0.002$ ) görülmüştür.
- Gebelik sayısı ile GPSDÖ puanı arasında ters yönlü, çok zayıf bir ilişki gözlenmiştir ( $Rho=-0.111$ ;  $p=0.047$ ).
- Mevcut gebeliği planlı olan gebeler prenatal kayıp yaşamış olsun ya da olmasın gebeliği plansız olan gebelerden daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahip olduğu gözlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- Bebeği kaybetme korkusu yaşamayan gebelerin prenatal kayıptan bağımsız olarak bebeği kaybetme korkusu yaşayan gebelerden daha yüksek GPSDÖ puan ortancasına sahip olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## 6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Prenatal kayıp yaşamış gebelerin bakım hizmetleri kapsamında, kendilerini ifade etmeleri sağlanmalı, psikososyal sağlığı değerlendirme ölçüm araçları kullanılarak yakından değerlendirilmeli, psikososyal sağlığı kötü olan gebelerin ilgili merkezlere yönlendirilerek profesyonel destek almaları sağlanmalıdır.
- Prenatal bakımın kalitesi gebelerin psikososyal sağlık durumlarını yükseltmektedir. Hemşireler ve ebeler; gebelerin psikososyal sağlık durumlarını etkileyebilecek risk faktörlerini belirleyerek, bu doğrultuda verilecek eğitimlerle gebeleri desteklemeli ve gebeye bakım veren kişileri eğitmelidir.

- Kadın sağlığı alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlere psikososyal sağlık konusunda hizmet içi eğitimler verilmeli ve bu eğitimler doğrultusunda sahip oldukları bilgi ve becerilerini klinik uygulamalarda ortaya koymaları sağlanmalıdır.
- Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerin psikososyal sağlık durumlarının karşılaştırılması kapsamında tanımlayıcı, vaka-kontrol ve risk gruplarına yönelik müdahale türü araştırmaların planlanması önerilebilir.

## 7.KAYNAKLAR

- ACOG. Psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. Committee Opinion No. 343. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(2): 469-77.
- Akbaş A, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş H, Sertbaş G. Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyiyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 2008; 45: 85-91.
- Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri.* 2004; 2: 70-74.
- Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing.* 2008; 37: 315-328.
- Arıkan D, Kahrıman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2002; 5: 60-67.
- Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship.* 2002; 34: 339-45.
- Aydın H, Tamam L. Postpartum depresyonda kültürel faktörler. *Arşiv.* 2006; 15: 291-302.
- Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006; 17: 243-251.
- Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen ř, Keskin G, Malak Tuna A. Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation.* 2011; 5(1): 7-14.
- Bahar A. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygısı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2006; 9: 45-53.
- Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery.* 2015; 31(6): 582-589.
- Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2004; 103: 698-709.
- Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2007; s.479-484.
- Bildik T. Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir. 2013; 52(4): 223-229.
- Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringner A, Glazier RH, Midmer D, Permaul JA, Stewart DE. The use of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors for postpartum depression: a randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28(10): 873-8.
- Boybay Koyuncu S, Dereli Yılmaz S. Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Dergisi.* 2015; 31(2): 53-66.
- 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.
- Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. El Kitabı. 2012, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, p: 122, 138.
- 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.
- 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.
- Cote-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research.* 2007; 56: 108-16.
- Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy.

- Nursing Research. 1981; 30: 281–284.
- Çalık GY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Current Approaches in Psychiatry*. 2011; 3(1): 142-162.
- Demirbaş H, Kadioğlu H. Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(4): 200-206.
- Doyurgan KT. Gebelik ve gebelik sonrası dönemdeki kadınların uyum düzeyleri. *Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2009 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet E. Sardoğan)*.
- Erdoğan S, Candansayar S. Obstetrik ve jinekolojinin psikiyatrik yönleri. *Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi*. Editör: Tıraş MB. *Current Diagnosis and Treatment Serisi, De Cherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N. Güneş Tıp Kitabevleri, 2010, 10. Baskı, Ankara, 187,193,1014-1024*.
- Freud S. Yas ve melankoli. Çev: Uslu R, Berksun OE. *Kriz Derg*. 1997; 1(2): 98-103.
- Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol*. 2007; 27: 230-7.
- Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3: 39-66.
- Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. *HSP*. 2014; 1(2): 32-42
- Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux, Mbewu N, Rotheram-Borus MJ. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri urban settlements. *Reproductive Health*. 2011; 8:9.
- Hartley M, Tomlinson M, Greco E, Comulada WS, Stewart J, le Roux, Mbewu N, Rotheram-Borus MJ. Depressed mood in pregnancy: prevalence and correlates in two Cape Town peri urban settlements. *Reproductive Health*. 2011; 8:9.
- Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*. 2005; 34: 630-38.
- Karamustafalıoğlu N, Tomruk N. Postpartum hüznün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi*. 2006; 2: 64-71.
- Katz VL. Prenatal Bakım. In: Danforth's *Obstetric ve Jinekoloji*. Eds: Gibbs SR, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A. *Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010*.
- Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*. 1970; 283(7), 344-349.
- Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W, Steffa M, Kennel JH. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*. 1972; 286: 460 – 463.
- Kılıcarslan S. Edirne şehir merkezinde ki son trimester gebelerin sosyodemografik özellikleri, yaşam kaliteleri, kaygı düzeyleri. *Trakya Üniversitesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2008*.
- Körükçü Ö, Kukulcu K. Perinatal Kayıp ve Ebeveynlere Yansıması. *Dicle Tıp Dergisi*. 2010; 37: 429-33.
- Kuşu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2001; 23 (1): 61-64.
- Kumcağız H. Gebe kadınlarda beden algısı ve benlik saygısının bazı değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*. 2012;2: 691-703.
- Maharlouei N. The Importance of Social Support During Pregnancy. *Women's Health Bull*. 2016; 3(1): 1.
- Marakoğlu K, Şahsıvar Ş. Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2008; 2: 26- 28.
- Maxson PJ, Edwards SE, Valentiner EM, Miranda ML. A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy, *Matern Child Health J*. 2016; 20: 1103-1113.
- Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth infant death data set. *National Vital Statistics Reports*. 2007; 55: 1-32.

- McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Ailenin doğuşu: Aile odaklı gebelik bakımı. Çev: Ulusel B. Aile yönelimli birincil bakım. Çev: Yaman H. Yüce Yayım, 2005, 2<sup>nd</sup> Edition, İstanbul, p: 142-61.
- Mermer G, Bilge A, Yücel Ü, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 71-76.
- Mirabzadeh A, Dolatian M, Forouzan AS, Sajjadi H, Majd HA, Mahmoodi Z. Path analysis associations between perceived social support, stressful life events and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. *Iran Red Crescent Med J.* 2013; 15(6): 507-14.
- Mohamad Yusuff AS, Tang L, Binns CW, Lee AH. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016; 29(7): 1170-4.
- O'Leary J, Thorwick C. Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing.* 2006; 35: 78-86.
- Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergi.* 2003; 4: 98-105.
- Olah CM, Barry M. Antenatal stress: An Irish case study. *J. Midwifery.* 2013; 100: 03-014.
- Oruçlu D. Diyarbakır kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi antenatal kliniğinde yatan riskli gebelerde algılanan sosyal destek ile stresle başetme düzeyleri arasındaki ilişki. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa, 2011.
- Öz F. Kayıp, Ölüm, Yas Süreci. İçinde: Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara. 2004; 276-318.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, İmaj, Ankara, 2010.
- Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2008; 7(5): 391-398.
- Özorhan EY. Gebelerin gebelik sürecinde beden imajını algılama durumlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2012.
- Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2006; 7: 43-48.
- Perry DF, Ettinger AK, Mendelson T, Le HN. Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behavior and Development.* 2011; 34(2): 339-50.
- Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, Stronati M. Risk and protective factors in maternal-fetal attachment development. *Early Human Development.* 2014; 90: S45-S46.
- Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *British Medical Journal.* 2004; 329(7465): 559-561.
- Ryan KO. Attachment relationships: Nurturing healthy bonds. *Learning Seed.* 2010; 4-10.
- Solmuş T. Kadınlık ve annelik psikolojisi: Türkiye'de anne-çocuk bağlanması. I. Baskı, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2012; 9-12, 28-31.
- Studzinska MM, Morylowska-Topolska J, Sygit K, Sygit M, Gozdziwska M. Socio-demographical and psychosocial determinants of anxiety symptoms in a population of pregnant women in the regions of central and eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine.* 2013; 195-202.
- Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2010; 27(1): 51-58.
- Şenturk V, Abas M, Berksun O, Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry.* 2011; 11:48.
- Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. XIII. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2016; 85-101.
- Tomarken A, Holland J, Schachter S, Vanderwerker L, Zuckerman E, Nelson C. Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psychooncology.* 2008; 17(2): 105-11.

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 2013.
- Uçar H. Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum, 2014.
- Woods SM, Melville, JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2010; 202(1): 1-13.
- Worden W. Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. Brunner-Routledge, New York, 2001.
- Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*. 2004; 4: 301-306.
- Yekenkunrul D. Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.
- Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi. *Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 64-74.
- Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg*. 2010; 20(3): 99-108.
- Yılmaz S. Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2012.

## **8. EKLER**

### **EK-A: PRENATAL KAYIP YAŞAMIŞ GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU**

Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla yapılan bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğiniz ile ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

**Özlem Ülkü BULUT**

### **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

#### **1. Yaş.....**

#### **2. Eğitim Durumu**

- 1) İlkokul Mezunu
- 2) Ortaokul Mezunu
- 3) Lise Mezunu
- 4) Üniversite Mezunu

#### **3. Çalışma durumu**

- 1) Çalışan
- 2) Çalışmayan

#### **4.Eşin eğitim durumu**

- 1) İlkokul Mezunu
- 2) Ortaokul Mezunu
- 3) Lise Mezunu

4) Üniversite Mezunu

**5.Eşin çalışma durumu**

1) Çalışıyor

2) Çalışmıyor

**6. Aile Tipi**

1) Çekirdek aile

2) Geniş aile

**7. Gelir durumu algınız .....**

**8.Gelir durumu**

1) İyi(gelir giderden fazla)

2) Orta(gelir gidere eşit)

3) Kötü(gelir giderden az)

**9.Yerleşim yeri**

1) Şehir

2) İlçe

3) Köy

**OBSTETRİK ÖZELLİKLER**

**1. Gebelik yaşı:.....**

**2. Gebelik sayısı:.....**

**3. Gebelik haftası**

**4. Gebelik planlı mı?**

1) Evet

2) Hayır

**5. 4. sorunun cevabı hayır ise, gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?**

1) Evet

2) Hayır

**6. Gebelik hakkında bilgi alma durumu**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**7. Gebelikte destek alma durumu**

- 1) Evet .....
- 2) Hayır

**8. Bebeğinizi kaybetme korkusu yaşıyor musunuz?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**9. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**10. Daha önce düşük yaptınız mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**11. Daha önce kürtaj oldunuz mu?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**12. 10 ve 11. sorunun cevabı evet ise, daha önce kaç kez gebelik kaybı yaşadınız?**

Sayı:..... Türü:.....

- 1) Düşük ..... Zamanı .....
- 2) Ölü doğum .....Cinsiyeti .....

## **EK-B: PRENATAL KAYIP YAŞAMAMIŞ GEBELERE İLİŞKİN TANITICI BİLGİ FORMU**

Prenatal kayıp yaşamış ve yaşamamış gebelerde psikososyal sağlık düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması amacıyla yapılan bu anketi içtenlikle doldurmanızı rica ediyorum. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğiniz ile ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasında önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

**Özlem Ülkü BULUT**

### **SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

#### **1. Yaş.....**

#### **2. Eğitim Durumu**

- 1) İlkokul Mezunu
- 2) Ortaokul Mezunu
- 3) Lise Mezunu
- 4) Üniversite Mezunu

#### **3. Çalışma durumu**

- 1) Çalışan
- 2) Çalışmayan

#### **4.Eşin eğitim durumu**

- 1) İlkokul Mezunu

- 2) Ortaokul Mezunu
- 3) Lise Mezunu
- 4) Üniversite Mezunu

**5.Eşin çalışma durumu**

- 1) Çalışıyor
- 2) Çalışmıyor

**6. Aile Tipi**

- 1) Çekirdek aile
- 2) Geniş aile

**7. Gelir durumu algınız .....**

**8.Gelir durumu**

- 1) İyi(gelir giderden fazla)
- 2) Orta(gelir gidere eşit)
- 3) Kötü(gelir giderden az)

**9.Yerleşim yeri**

- 1) Şehir
- 2) İlçe
- 3) Köy

**OBSTETRİK ÖZELLİKLER**

**1. Gebelik yaşı:.....**

**2. Gebelik sayısı:.....**

**3. Gebelik haftası**

**4. Gebelik planlı mı?**

- 1) Evet
- 2) Hayır

**5. 4. sorunun cevabı hayır ise, gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?**

1) Evet

2) Hayır

**6. Gebelik hakkında bilgi alma durumu**

1) Evet

2) Hayır

**7. Gebelikte destek alma durumu**

1) Evet .....

2) Hayır

**8. Bebeğinizi kaybetme korkusu yaşıyor musunuz?**

1) Evet

2) Hayır

**9. Daha önce gebelik kaybı yaşadınız mı?**

1) Evet

2) Hayır

## EK-C:GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GPSDÖ)

**Tarih:**

**Gebelik haftası:**

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

*Katılımınız için teşekkür ederiz.*

<b>Aşağıdaki maddeler “çok fazla” dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz</b>					
	<b>Çok Fazla</b>	<b>Fazla</b>	<b>Orta</b>	<b>Az</b>	<b>Hiç</b>
1. Gebeliğinizin planlı/istenen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					

8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					
17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb.) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandırıcı zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb.)					

28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak (sigara, alkol vb.) madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb.) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.) olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

**EK-D: NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ  
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

<b>Toplantı Sayısı:52</b>	<b>Toplantı Tarihi: 16.06.2017</b>
---------------------------	------------------------------------

**Karar Sayısı:2017/973:**N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emel EGE' nin "**Prenatal Kayıp Yaşamış Ve Yaşamamış Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 13.06.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Hemşire Özlem Ülkü BULUT' un yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Emel EGE' nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.  
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.  
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emel EGE  
Yardımcı araştırmacı: Hemşire Özlem Ülkü BULUT

**ASLI GİBİDİR**  
**16.06.2017**  
**Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU**  
**İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**

**EK-E: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ETLİK ZÜBEYDE HANIM  
KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KURUM  
İZNİ**



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SBÜ ANKARA ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN  
HASTALIKLARI EAH - SBÜ ANKARA ETLİK ZÜBEYDE  
HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH



Sayı : 90057706-900/EĞİTİM  
Konu : Tez Çalışma İzni  
(Özlem Ülkü BULUT)

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası 42080 Meram KONYA

Üniversitenizin Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem Ülkü BULUT' un hastanemiz TUEK' na vermiş olduğu " Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gebelerde Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması" konulu tez çalışmasının çalışma ekibine hastanemizden bir hemşire ve psikiyatri uzmanının eklenmesi ve çalışma sonucunun Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi, başka bir amaçla kullanılmaması, başka makam ve kişilere verilmemesi, ayrıca söz konusu çalışma sonucunun bir örneğinin hastanemiz TUEK' na verilmesi sonrası 10.10.2017 tarih ve 20 nolu TUEK kararı ile kabul edilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.

Doç. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN  
Hastane Yöneticisi



## 9. ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

**Adı Soyadı:** Özlem Ülkü BULUT

**Doğum tarihi:** 15.05.1989

**Doğum yeri:** VAN

**Medeni hali:** Evli

**Uyruğu:** T.C.

**Adres:** Mutlu mah. 715. Sok. No:27/9 Mamak/ANKARA

**Tel:** 03125097001

**Faks:** 03125097000

**E-mail:** [ozlemulkuyuksel@gmail.com](mailto:ozlemulkuyuksel@gmail.com)

### EĞİTİM

**Lise:** Bitlis Anadolu Lisesi (2007)

**Lisans:** Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2013)

**Yükseklisans:** Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2015-2018)

### MESLEKİ DENEYİM

Ankara Özel Kudret Göz Hastanesi (2013)

Ankara Ulus Devlet Hastanesi (2014-Halen)

### YABANCI DİL BİLGİSİ

İngilizce-Orta derecede (YÖKDİL 61.25, Temmuz 2017)