

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

(DOKTORA TEZİ)

**PERİNATAL KAYIP DENEYİMİNİN SONRAKİ GEBELİK
ÜZERİNE ETKİLERİ**

SEMA YILMAZ

**DANIŞMAN
PROF.DR. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ**

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

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

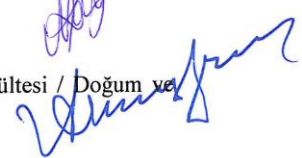
Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

06 / 07 / 2010


Prof. Dr. Tamer DEMİRALP
V. Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☐ Doktora ☒
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Sema Yılmaz
Tez Başlığı : Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 01 / 07 / 2010

Tez Sınav Jürisi

- | Ünvanı | Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) | İmzası |
|--------|---|---|
| 1. | Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Öğretimi Üyesi |  |
| 2. | Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji (Danışman) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 3. | Prof. Dr. Alkan Yıldırım (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi / Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 4. | Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin (Tez İzleme Komite Üyesi) İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5. | Doç. Dr. Nurdan Demirci Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi |  |

BEYAN

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

SEMA YILMAZ

(İmza)



İTHAF

Bebeğini kaybeden ve bunun acısını yaşayan tüm kadınlara ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim boyunca gösterdiği yakın ilgi, harcadığı zaman ve emek, akademik ve bireysel gelişimim için sağladığı imkanlar ve bilimsel desteği için danışmanım Prof.Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ'ye, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin ve desteği veren Prof.Dr. Sinan BERKMAN, Prof.Dr. Alkan YILDIRIM ve gebe polikliniği hemşirelerine, kıymetli bilgileri ile yolumu aydınlatan hocalarım Doç.Dr. Nevin Hotun ŞAHİN, Yard.Doç.Dr. Ümran OSKAY'a ve tüm çalışma arkadaşlarıma ve bu zorlu yolculukta her zaman yanımda olan sevinç ve üzüntülerimi paylaşan, ilgi ve desteğini esirgemeyen Meltem Demirgöz BAL'A, tüm hayatım boyunca beni destekleyen, cesaretlendiren, doktora eğitimim boyunca da ilgi ve yardımlarını esirgemeyen anne ve babama, sabır, anlayış ve destek gösteren eşime ve geçirdiğim her güne ayrı bir anlam katan biricik oğluma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XI
ÖZET	XII
ABSTRACT.....	XIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ölüm	3
2.1.1. Kayıp Kavramı	3
2.1.2. Yaşam Modeli Doğrultusunda Ölüm Aktivitesi	4
2.1.3. Fetal Kayıp	7
2.1.4. Düşük, Ölü Doğum, Neonatal Ölüm ve İnfant Ölümünün Tanımlanması	8
2.1.5. Bireysel Yas Tutma Süreci	10
2.1.6. Perinatal Kayıptan Sonra Görülen Yas Tutma Süreci	11
2.1.7. Yas Yanıtının İlişkili Olduğu Faktörler	13
2.1.8. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebeliğe Etkisi.....	14
2.2. Bağlanma	15
2.2.1. Prenatal Bağlanmanın Kavramsallaştırılması	20
2.2.2. Maternal-Fetal Bağlanmanın Yapısı ve Kurulumu ile İlişkili Eleştiriler.....	23
2.2.3. Prenatal Bağlanmanın Değerlendirilmesi	25
2.2.4. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	31
3.1. Araştırmanın Amacı.....	31
3.2. Araştırmanın Soruları.....	31
3.3. Araştırmanın Türü.....	31
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	32

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	36
3.6.1. Gebe Tanıtım Formu	36
3.6.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory).....	37
3.6.3. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)	42
3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	51
3.6.5. Verilerin Analizi	52
3.6.6. Çalışmanın Sınırlılıkları	53
4. BULGULAR.....	54
- Bölüm I: Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve kayıp yaşama durumlarına ilişkin bulgular,	54
- Bölüm II: Gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresyon durumları ve prenatal bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular,	54
5. TARTIŞMA	82
KAYNAKLAR	101
FORMLAR	114
EK-1 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	114
EK-2 GEBE TANILAMA FORMU	115
EK-3 PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ	118
EK-4 EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI	119
EK- 5 STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	120
EK-6 PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ KULLANIM İZNİ.....	122
EK-7 EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI KULLANIM İZNİ	123
EK- 8 ETİK KURUL KARARI.....	124
ÖZGEÇMİŞ	128

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 210)	33
Tablo 3-2: Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 210)	34
Tablo 3-3: Prenatal Bağlanma Envanteri Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 210)	38
Tablo 3-4: Prenatal Bağlanma Envanterinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n= 210)	40
Tablo 3-5: Prenatal Bağlanma Envanterinin Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n: 54)	42
Tablo 3-6: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 210)	43
Tablo 3-7: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n: 210)	45
Tablo 3-8: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Alt Boyutlarının Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n: 210)	48
Tablo 3-9: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Alt Boyutlarının Toplam Ölçekle Korelasyonları (n: 210)	49
Tablo 3-10: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı (n: 210)	49
Tablo 3-11: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Alt Boyutlarının Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n: 54)	50
Tablo 3-12: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n: 210)	52
Tablo 4-1: Kayıp Yaşamayan ve Yaşayan Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	55
Tablo 4-2: Kayıp Yaşamayan ve Yaşayan Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	56

Tablo 4-3: Daha Önce Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıplarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 128)	58
Tablo 4-4: Daha Önceki Gebeliklerinde Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Gebe Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	60
Tablo 4-5: Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	62
Tablo 4-6: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	69
Tablo 4-7: Gebelerin Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	75
Tablo 4-8: Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Depresyon Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	78
Tablo 4-9: Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Prenatal Bağlanma Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Depresyon Puanının Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları	80

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasının Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	47
--	----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

NIMH: National Institute of Mental Health

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SRMR: Standardized Root-Mean-Square Residual

CFI: Comperative Fit Index

NNFI: Non-Normed Fit Index

GFI: Goodness of Fit Index

AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index

SBTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

EAMDS: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

PBE: Prenatal Bağlanma Envanteri

ÖZET

Yılmaz, S. (2010). Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Anahtar Kelimeler : prenatal bakım, maternal fetal ilişki, depresyon, başa çıkma tarzı, bağlanma

Perinatal kayıp yaşayan kadınların bir sonraki gebeliğinde anksiyetesi artmakta ve gebelik süresince yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşamaktadır. Bu durum kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirmektedir.

Araştırma daha önceki gebeliğinde perinatal veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebelerin daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini ve kayıp yaşamayan gebeler ile aralarında stresle başa çıkma tarzları, depresyon düzeyleri ve bebeklerine bağlanmaları bakımından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği'ne Ocak 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran gebelerle yapılmış kesitsel tipte, karşılaştırmalı ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Örneklem büyüklüğü evreni belli olan örneklem seçimi formülü ile hesaplanarak önceki gebeliğinde kayıp yaşayanların grubuna 128 gebe, kayıp yaşamamış olanların grubuna da 214 gebe alındı.

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan Gebe Tanıtım Formu, Prenatal Bağlanma Envanteri, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanıldı.

Kayıp yaşayan gebelerin yaşamayanlara göre daha yüksek oranda normal testler haricinde test yaptırma ($\chi^2=15,29$, $p=0,000$), doktoruna telefon açma ($\chi^2=21,60$, $p=0,000$) ve doktorunu ayda birden sık görme ($\chi^2=30,51$, $p=0,000$) ihtiyacına sahip olduğu saptanmıştır. Kayıp yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında stresle başa çıkma tarzları ve prenatal bağlanma düzeyi ($t=1,008$, $p=0,314$) açısından fark yoktu. Ancak kayıp yaşayan kadınların depresyon semptomları yaşamayanlara oranla daha fazlaydı ($t=2,968$, $p=0,003$). Ayrıca kayıp yaşayan kadınlarda başa çıkma yöntemi olarak çaresiz yaklaşım kullananlarda hem depresyon ($B=10,747$, $t=6,918$, $p=0,000$) hem de prenatal bağlanma ($B=8,064$, $t=4,005$, $p=0,000$) puanı daha yüksekti.

Sonuç olarak daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan kadınlarda depresyon bulguları daha fazla görülmektedir. Bu kadınlardan başa çıkma yöntemi olarak iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı kullananlarda hem depresyon düzeyi azalmakta hem de bağlanma düzeyi artmaktadır.

ABSTRACT

Yılmaz, S. (2010). The Effect of Perinatal Loss Experience to Subsequent Pregnancy. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Obstetric and Gynecologic Nursing. Doctoral Dissertation. İstanbul.

Key Words: prenatal care, maternal fetal relations, depression, coping skills, attachment

Anxiety rates increase in women with perinatal losses in the following pregnancy, and they extremely experience the fear of losing the fetus during the pregnancy. The experience leads to difficulties of attachments in the women to newborns after the delivery.

The research was performed to determine how the pregnant women experiencing losses in peri- and neonatal periods during prior pregnancies were affected by the losses in the following pregnancy, and whether there was any difference between those experiencing losses and unexperiencing ones in terms of coping skills with stress, depression levels and attachments to newborns. The research is a cross-sectional, comparative and descriptive study performed in pregnant women applying to The Perinatology Department of İstanbul Medical School of İstanbul University between January and October, 2009. By being calculated via the formula of sampling marked with the size of sampling cosmos, 128 pregnant women were recruited into the group with losses during the prior pregnancies, and 214 pregnant women were put into the other group with no losses.

In accumulating data, Introduction Form of Pregnant Women, prepared by the researcher in line with the literature, Prenatal Attachment Inventory, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale and Ways of Coping with Stress Scale were used.

Compared those experiencing losses with the ones unexperiencing, it was detected that the former required higher rates of test performances, except for routine tests, ($\chi^2=15,29$, $p=0,000$), calling their health care providers ($\chi^2=21,60$, $p=0,000$) and visits to doctors more than one per month ($\chi^2=30,51$, $p=0,000$). Between the groups experiencing and unexperiencing the losses, no significant difference was found as to coping skills and level of prenatal attachment ($t=1,008$, $p=0,314$). However, depression symptoms in pregnant women with losses were found to be higher, compared to those with no losses ($t=2,968$, $p=0,003$). In addition, in pregnant women with losses using helpless approach as the method of coping skills, both depression ($B=10,747$, $t=6,918$, $p=0,000$) and prenatal attachment ($B=8,064$, $t=4,005$, $p=0,000$) scores were higher.

Consequently, the findings of depression are witnessed more in women experiencing losses in prior pregnancies. Among these women, both depression level decreases, and attachment level increases in those using the optimistic approach and seeking social support as a coping method.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemelere rağmen; yenidoğan ölümü, ölü doğum ve düşükler halen görülebilmektedir. Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i istemsiz düşük, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmektedir (Cote-Arsenault ve Donato 2007). Ülkemizde istemsiz düşük oranı %10 olarak bildirilmiştir (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>).

Ebeveynlerin kayba duydukları tepki; kültür, dini inanç durumu, ırk, mevcut sağlık durumu, destek mekanizmaları ve önceki deneyimler gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Kaybı başarı ile atlatabilmek için kişilerin mental ve fiziksel anlamda sağlıklı olmaları gerekmektedir. Hemşirenin, kayıp yaşayan ebeveynlere terapötik yaklaşımında; çifti, ailesi ve arkadaşlarını bilişsel, duygusal ve kültürel açıdan dikkatle değerlendirmesi çok önemlidir (Kersting ve ark. 2007). Kadınların kayba verdiği tepki kabullenmeden, başarısızlığa ve derin kayıp hissine kadar geniş bir aralıkta kendini göstermektedir (Swanson 1999). İstemsiz düşük, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle yaşanan kayıp çoğunlukla yas ve depresyon gibi yoğun emosyonel yanıtlara yol açmaktadır (Bennet ve ark. 2005). Kaybedilen bebek için her zaman matem tutulmakta ve hiç unutulmamaktadır (Cote-Arsenault ve Mahlangu 1999). İstemsiz düşük veya perinatal kayıp yaşayan kadınların yarıdan fazlası 22 ay içinde yeniden gebe kalmaktadır. Fakat kadınların çoğu yeni bir gebeliğe başlamak için cesaret ve umuda gereksinimleri olduğunu belirtmektedir (O'Leary ve Thorwick 2006). Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp öyküsü olan kadınların 17-28. gebelik haftasında ve gebeliğin ikinci yarısında kayıp öyküsü olmayan kadınlardan daha yüksek seviyede anksiyeteye sahip oldukları saptanmıştır (Armstrong ve Hutti 1998; Armstrong 2002; Cote-Arsenault 2003). Ayrıca çalışmalar perinatal kayıp deneyimi olan annelerin kayıp deneyimi olmayan annelerden daha yüksek düzeyde durumluk ve süreklilik anksiyetesi olduğunu, gebelik anksiyetesini daha yoğun yaşadığını göstermiştir (Theut ve ark. 1992; Armstrong ve Hutti 1998; Cote-Arsenault ve Marshall 2000). Gebelikteki anksiyetenin ebeveynlik üzerine olumsuz etkisi olduğu bilinmektedir.

Kayıp sonrası gebelik destek grubunda bulunan kadınlar tarafından şimdiki gebeliklerine karşı olan duygu ve endişeleri kaydedilmiş, ortak duygularının anksiyete, korku ve umut olduğu saptanmıştır (Cote-Arsenault ve ark. 2001). Endişeler, bebeğin sağlığından yeni bir kaybın aile üzerine olacak etkilerine kadar geniş bir alanda etkilidir.

Burada saptanan bulgular perinatal kaybın kadının gebeliğe ve ebeveynliğe olan yanıtını örneklemektedir. Gebelikte olan olayları anlamak ve tanımlamak bu annelere etkili bakım vermesi beklenen hemşireler için önemli adımdır. Aynı örnekleme kadınlara 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 ebeveynlerin ilk defa gebelik yaşayan (primigravida) çiftlerden daha yoğun anksiyete yaşadıkları, daha düşük seviyede prenatal bağlanmaya sahip oldukları ve daha fazla sağlık bakım profesyonellerinin desteğine ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (Armstrong ve Hutti 1998). Bu gebeler, perinatal kayıp yaşamayan kadınlara oranla bebekleri ile daha fazla ilgilidirler. Bu yüzden sağlık bakım profesyonellerinin önceden kayıp yaşayan ebeveynler ile daha sık görüşmesi onlara ciddi katkı sağlayabilmektedir (Cote-Arsenault 2003; Armstrong 2004). Hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri, geçmişte yaşanmış bir perinatal kaybın stresi daha çok artırması konusunda uyanık olmalı, kayıp yaşayan ebeveynlerin sağlık profesyonelleri ile duygu ve deneyimlerini paylaşması konusunda desteklemelidir (Kavanaugh ve Hershberger 2005).

Bu bilgiler ışığında çalışma perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebeliğe olan etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Kadınların kayıp sonrası meydana gelen gebeliklerinde yaşadıkları duygu ve deneyimlerini bilmek kadınların gereksinimi olan hemşirelik bakımını belirlemeye ışık tutarak bakım gereksinimlerinin karşılanmasında rehber olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ölüm

Hayat ve ölüm ve birbirine bağımlıdır, ardışık değil aynı anda vardır. Ölüm hayatın perdesi ardında sürekli kendini belli etmekte ve yaşam üzerinde büyük etkiler oluşturmaktadır. Ölüm insanların başına gelen en belirleyici, en nihai, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz gerçektir. Evrende yaşayan türler arasında kendi ölümlülüğünün farkında olan tek canlı ise insandır. Bu nedenle, var oluşun yokluğu anlamına gelen ölüm insanlar için korkutucudur (Yalom 2001).

Yirmi birinci yüzyılda gerçekleşen bilimsel ve tıbbi ilerlemeler, yaşamı kolaylaştırıp uzamasını sağlarken, ölümü güçleştirmiştir. Tıptaki ilerlemeler, birçok hastalığın önlenmesini ya da tedavisini olası hale getirmiştir. Gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve çocukluk çağında görülen bir çok hastalık; düzenli yapılan izlemler, beslenme, bağışıklama ve sanitasyon gibi tedbirlerle ölümcül olmaktan çıkmıştır (Cimete 2002).

İnsanlık tarihinde ölüm, doğal yaşam sürecinin bir parçası olarak görülmektedir. Ancak son yıllarda yaşamın sonlanmasını önleyici tıbbi ve teknolojik gelişmeler, ölümü bireysel ve spiritüel bir olay olmak yerine tıbbi bir olay haline getirmiştir. Günümüzde tıp ve obstetri alanındaki büyük ilerlemeler sayesinde anormal bir durum prenatal dönemde tespit edilmekte ve bu teknolojinin sağladığı bilgiler nedeniyle aileler gebeliğin sonlandırılması için karar olmak zorunda kalabilmektedir. Bu durum, ölümün gerçekleşmesinin tıbbi başarısızlık olarak yorumlanmasına zemin hazırlamaktadır. Sağlık profesyonelleri kayıp yaşayan bireylerin gereksinimlerinin farkında olmalı ve bakım stratejilerini geliştirerek zenginleştirmelidir (Cimete 2002; Şirin ve Yenil 2004).

2.1.1. Kayıp Kavramı

Kayıp bireyin doğumundan ölümüne kadar karşılaştığı evrensel bir deneyimdir (Craven ve Himle 2000; Potter ve Perry 2005). Bireyin kaybı, onun yaşamında kendisi için önemli olan nesnelerin, kişilerin, organların, işlevlerin, hayvanların vb. uzaklaştırılması ya da yitilmesidir (Öz 2004). Örneğin kronik bir kalp hastalığında bireyin o güne kadar sürdürdüğü günlük etkinliklerini, olağan düzeyinden daha aza indirgemesinin de onun için bir *yitim* olduğu söylenebilir. Böyle bir *yitim* karşısında birey *yas* tutar. Bu çok doğal, beklendik bir duygulanım sürecidir. Bunun

yaşanılmaması, bastırılması, yok sayılması gibi tepkiler yasın kronikleşerek patolojik bir hale gelmesine, depresyon, psikosomatik hastalıklar ve patolojik yas gibi klinik tabloların oluşmasına yol açar (Okyayüz 1995).

Kayıp yalnızca ölüm, ayrılık gibi büyük kayıplar değil aynı zamanda duygusal yatırım yapılan iş, para, hayvan, işlev, organ, yaşam, birey, gebelik gibi her şeyin yitiminde yaşanır. Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür. İnsanoğlunun bugünkü algı sınırları içinde bilebildiği tek mutlak gerçek ve en büyük bilinmeyen olan ölüm karşısında birey değişik savunmalar geliştirir (Öz 2004). Tek Tanrılı dinsel öğretilerde yer alan yaşamın ölümden sonra da süreceği gibi inançların yanı sıra ölümü bir şeytan, bir canavar halinde düşünerek onu kişileştirme çabaları da bir biçimde bizi gerçekle yüz yüze gelmekten alıkoyar. Böylesi tutumlar *gerçeği* maskeleyerek daha az korkutucu olmasını sağlar. Günlük yaşamımızda da yetişkin insanlar olarak bizler ölüm kavramını daha olumlu hale dönüştürmeye çalışır, ölen yakınlarımız için göç etti, Tanrıyla buluştu, ebedi huzura erdi vb ifadeler kullanmayı yeğleriz (Yalom 2001; Öz 2004). Kayıplar karşısında bireyin yaşadığı yas tutma sürecinde şu temel öğeleri her zaman göz önünde tutmak gerekir.

- 1- Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem, acı süreci başlatır,
- 2 -Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler,
- 3 -Her kayıp, eğer düzgün bir biçimde yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir.

Her kayıp olgusunun birey için ne anlam ifade ettiğinin, Onda hangi korkuları, tehlikeleri ateşlediğinin, harekete geçirdiğinin ve hangi eski acıları tazelediğinin her zaman göz önünde tutulması gerekir. Her birimizin yaşam süreci; bu streslerle yüz yüze gelme becerilerimiz, kayıp karşısında gösterdiğimiz uyum ve bu kayıp olgusunu *büyüme* için bir *değişim aracı* olarak nasıl kullanabildiğimize bağlıdır (Okyayüz 1995).

Bir hemşire, farklı kayıp deneyimleri olan birçok hasta ile çalışır. Hemşire hastaların kültürel durumlarına göre kaybı anlamaları ve kabul etmeleri için onlara yardım eder ve böylece hayat normal olarak devam edebilir (Öz 2004; Potter ve Perry 2005).

2.1.2. Yaşam Modeli Doğrultusunda Ölüm Aktivitesi

Ölüm yaşamın son eylemidir. Ölüm yaşamın sonu anlamına gelirken doğum yaşamın başlangıcı anlamına gelir. Doğumdan farklı olmakla birlikte ölüm –ani ve

beklenmedik olmadığı sürece- bireyin aktif olarak içinde yer aldığı bir süreç ile meydana gelir. Bu nedenle hemşirelik modelinde ölüm yaşam aktivitelerinin içinde yer alır (Roper ve ark. 1996). Ölüm kavramının tanımlanmasındaki çeşitlilik farklı gelişim dönemlerinde farklı ölüm algılarından kaynaklanmaktadır.

Prenatal Dönem: Bu dönemde ölüm aktivitesi doğum aktivitesinden önce gerçekleşmektedir. Ölüm uterusun erken kasılması nedeniyle spontan abortus şeklinde gerçekleşebilir. Bazen fetüs gebeliğin geç döneminde ölebilir ve anne doğum periyodunun ürünü ölü bir bebek olarak alabilir. Bazen de bebek doğum aktivitesi esnasında ölebilir. Bu döneme bebeğin tepkisini bilmek mümkün değildir fakat bu durumdan direk etkilenen ve terk edilmişlik duygusunu deneyimleyen aileyi gözlemlemek mümkündür (Roper ve ark. 1996).

Yenidoğan ve bebeklik dönemlerinde ölüm: Bazı yenidoğan ve bebekler doğumdan sonraki birkaç hafta içinde herhangi bir nedenden dolayı aniden ölebilirler. Bu durum ani bebek ölümü sendromu olarak adlandırılır (Roper ve ark. 1996). Bu dönemde ölüm pek bilinmeyen bir kavramdır (Craven ve Himle 2000).

İlk çocukluk dönemlerinde ölüm: Bu yüzyılın başlarında sıklıkla infeksiyon hastalıkları ile ilişkili olan çocuk ölümleri günümüzde gelişmiş ülkelerde nadirdir ve sıklıkla kazalar nedeniyledir. Her dönemde olduğu gibi erken çocukluk döneminde de çocuk, ölümden korunmalı ve güvenli bir çevre sağlanmalıdır (Roper ve ark. 1996). Çocuk için bakıcı ve koruyucu yetişkinin yitirilmesi ölüm tehdidi gibi algılanır. Çocuk ilk yıllarda soyut kavramları algılamada yetersizdir. Ancak işleme koymaya başlamıştır. “Gitti”, “uzun süreli gitti”, “öldü” kavramları henüz ayrıştırılmamıştır. Bu yüzden ortadan kaybolma, değişim, ayrılma gibi kavramlar “ölüm” ya da “öldü” kavramları grubuna kaydedilmektedir (Keser 2007).

Okul öncesi dönemde ölüm: Ölüm kavramı gerçekçi biçimde algılanamaz. Bu dönemde çocuklar ölümün geçici ve geri dönüşlü olduğuna inanırlar (Craven ve Himle 2000). Beş yaşına kadar yaşamın bir başka biçimi şeklinde algılanır. Ölüm, hareketsizlikle eşdeğerdir. Ölüm, bilişsel olarak değil, duygusal olarak algılanır (Öz 2004; Keser 2007). Freud’a göre bu yaş dönemi için “ölü” olma düşüncesi ile yetişkinlerin “ölü” olma düşüncesi kelime benzerliği dışında bir benzerlik taşımaz. Çocuk uyku ile ölümü bir tutar. Uyku, çocuğun bilinçdışına en fazla yaklaştığı ve ölü olmanın neye benzediğine dair ipucuna sahip olduğu tek deneyimdir (Yalom 2001). Bu yaştaki çocuklar olayı söylendiği gibi algılayacağı için ölü kişinin uyuduğu ya da uzun

bir yolculuğa çıktığı şeklindeki mistik ve üstü kapalı sözler söylemekten ya da soyut açıklamalardan kaçınılması gerekir (Öz 2004). Pek çok klinisyen hem çocuklarda hem yetişkinlerdeki uyku sorunları ile ölüm korkusu arasındaki ilişkiden bahsetmektedir. Ölüm kavramını tanımaya çalışan çocuk kendi yaşamı için endişelenebilir. Ölümü şiddet ve saldırganlıkla birleştirebilir. Büyüsel düşüncenin etkisi ile ölümden sorumlu tutulabilecek bazı durumlara ve dileklere inanabilir (Keser 2007).

- Çocuklar ölümle olağanüstü bir biçimde ilgilidirler. Çocukların ölümle ilgili kaygıları çok yoğunudur ve yaşantılarında geniş kapsamlı bir etki yaratmaktadır. Ölüm onlar için büyük bir gizemdir ve en önemli gelişimsel ödevlerinden biri çaresizlik ve yok olma korkularıyla başa çıkmadır.
- Çocukların ölüm kaygısı sanıldığından çok daha erken başlamaktadır.
- Çocuklar ölümün farkında olma ve ölüm korkularıyla başa çıkmak için kullandıkları yöntemlerde belirli aşamalardan geçmektedirler.
- Çocukların başa çıkma stratejileri her zaman inkar temellidir (Yalom 2001).

Terminal dönemde yakını olan çocuk durum hakkında anlayacağı bir dille bilgilendirilmelidir. Bu dönemde mümkün olduğunca çocuğun akraba ve ailesiyle birlikte olması sağlanmalıdır. Ortamdan uzak kalan çocuğun yaşayacağı süreç daha yıkıcı olabilir. Çocuğun yakınının tedavisi ve bakımına katılımı sağlanmalıdır. Ölüm aktivitesi gerçekleştikten sonra çocuğun yas sürecini yaşamasına izin verilmelidir. Acısı paylaşılmalı, hisleri ve tepkileri anlaşılmaya çalışılmalıdır (Roper ve ark. 1996).

İleri çocukluk ve ergenlik döneminde: Çocuklar ölümü bir son olarak algılamalarına rağmen ölümün evrensel ve kaçınılmaz olduğunu fark edemezler (Craven ve Himle 2000). Ölümün yaşamdan farkına ilişkin dört temel özellik; geri dönülmezlik, sona erme, evrensellik, nedenselliktir. İlk üçü 7–10 yaşları arasında kavranabilirken, dördüncü özellik ancak ergenlikte kavranabilmektedir. Bu çağıdaki çocuklar ölümü kendilerinden uzaklaştırabilmek için tipik olarak ölümün yaşlılık, hastalık ve kaza nedeniyle oluştuğunu düşünür (Öz 2004; Keser 2007).

Ergenlik döneminde genç uzun süre ağrı çekerek ölmekten korkar. Pek çok konuda olduğu gibi ölüm konusunda da çelişkili düşüncelere sahiptir. Bazı riskli davranışlar sergileyerek ölüme karşı koyabileceğini zanneder. Genç hayatın anlamını sorgulamaya, yaşam ölüm çelişkisini kavramaya çabalar. Ölüme karşı güçlü bir savunma olarak aşk ve cinselliği keşfeder (Keser 2007).

Yetişkinlik döneminde: Birey, dini ve kültürel inançları tarafından etkilenmiş bir ölüm algısına sahiptir. Bu dönem yaşamın sorgulandığı bir aşamadır. Birey tanıdıklarının, akrabalarının ölümüyle beraber, ölümsüzlük düşünden ölümlü olma farkındalığına ulaşır. Ölüm kabullenilir ancak mümkün olduğunca geç gelmesi istenir (Öz 2004; Keser 2007). Bu dönemde birey intihar girişiminde bulunabilir. Ayrıca kazalar gibi akut olaylar da ölüme sebep olabilmektedir. Bu durum bireyin ailesinde şok etkisi yaratmaktadır. Çünkü ölen birey işlerini tamamlamadan, hoşça kal bile diyemeden hiç beklenmeyen bir dönemde kaybedilmiştir (Roper ve ark. 1996).

Yaşlılık döneminde: İnsanlar ölüm gerçeğine çok daha yakındırlar. Ölümün yaşlılığa yakıştırılması, çevredekilerin yaşlılar için ölümü doğal ve normal bir durum olarak kabul etmeleri, yaşlı bireylerin yaşama ilişkin beklenti ve isteklerini en aza indirmektedir. Yaşlı bireylerin beklentileri artık kendilerine yönelik değildir, aile üyelerine aittir. Yolun sonunda olduklarını düşünürler. Bazı yaşlılar bundan dolayı umutsuzluk ve ölüm korkusu yaşarken bazıları da ölümü yaşamın doğal bir parçası olarak görüp huzurlu ve olgun bir biçimde ölümü bekleyebilir. Hatta bazı bireyler için ölüm acı ve ağrılardan kurtulma, ölmüş aile bireyleri ile tekrar kavuşma anlamına bile gelebilir (Roper ve ark. 1996; Keser 2007).

2.1.3. Fetal Kayıp

Tüm kadınların dörtte birinden fazlası yaşamları boyunca düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlemiştir. Bir bebeğin düşük, ölü doğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına ailelerin uyumu esnasında büyük sorunlar yaşanmaktadır. Bebek bekleyen veya yeni ebeveyn olmuş bireyler bebeklerinin yaşamı ile ilgili pek çok plan yapar ve hayal kurarlar. Bu bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar. Böylesi bir durumda ilk kez ana-baba olacak bireylerin ebeveynlik rolüne hazırlıklarına son verilmelidir. Perinatal kayıp yaşayan ebeveynler sıklıkla bu durumu inkar ederler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünürler. Böyle bir musibetin niye kendilerini ve çocuklarını bulduğunu uzun uzun düşünme eğilimindedirler. Kayıp yaşayan ebeveynler bu sorun yumağı ile uğraşırken ailelerinden ve arkadaşlarından gereken desteği alamamaktadırlar (Davis 1996).

Çocuk veya bebek ölümünden sonra ebeveynlerin bu duruma adaptasyonu diğer kayıplara göre çok daha zor olmaktadır. Özellikle düşük, ölü doğum, neonatal ölüm ve bebek ölümü gibi ölümün beklenmediği durumlarda çok büyük sorunlar yaşanmaktadır.

Bu tür kayıpların anlaşılması zor ve karmaşıktır. Ayrıca yas tutma veya çözülme süreci, yaşanan kayıp diğer bireyler tarafından görülmediği, aileler tarafından tanınmadığı ve özel olarak kabul edilip önem verilmediği için çok daha zor olmaktadır (Lewis 1976). Yaşayan hatıralar bırakarak ölen yaşlı bir aile üyesinin ölümünün aksine erken gebelik kayıplarında yas tutulacak somut bir birey bulunmamaktadır. Ölüm genel olarak toplumsal bir rahatsızlık yaratır fakat bu durum ilerleyen dönemde yas tutan ailelerin kayıp deneyimine uyumlarını ve baş etme mücadelelerini artırır (Davis 1996).

Bebek veya fetüs ölümü, yaşayan bir insanın ölümü gibi algılanmaz fakat aksine bu kayıp potansiyel insanoğlunun kaybıdır. Erken kayıplar geriye anıların oluşturduğu gerçek deneyimler yerine sadece umutları ve çocuğun tamamlanmamış, yerine getirilmemiş hayallerini bırakır. Ebeveynlerin hem aileleri hem de arkadaşları kaybedilen fetüsün veya bebeğin varlıklarını gerçek insanın varlığını tanıdıkları gibi tanımazlar. Ebeveynlerde yasın çözülme (resolution) aşamasının gerçekleşebilmesi için açıkça bebeklerinin varoluşunun onaylanması çok önemlidir. Bebeğin varoluşunun, yaşamının onaylanmasının bir diğer yolu da bebeğin ve/veya gebeliğin bıraktığı hatıra ve dini törenlerin paylaşılmasıdır (Imber-Black 2004). Ölüm olgusuna ailenin veya toplumun hoş bakmamasına ilaveten bireyin direnç göstererek karşı koymaya çalışması sonucu bu gibi paylaşımların oluşması son derece zordur (Davis 1996). Ebeveynler bebeğin hatıralarının paylaşılmasına büyük gereksinim duyarlar. Ancak yas tutan ailelerin ezici ve kahredici acılarının içinde kendilerini izole edilmiş hissetmeleri nedeni ile bu gereksinim ertelenir.

Doğum klinikleri, ailelerin yaslarını yönetmelerinde yardımcı olmak amacıyla son zamanlarda artan bir şekilde bebekten kalan hatıraların saklanması ve hafızalarda yer tutacak olan dini törenlerin yapılmasını desteklemektedir. Doktorlar, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları çeşitli girişimlerde bulunarak ve ailelere özel seçenekler hakkında rehberlik hizmeti almaya yönlendirerek yardımcı olmaya çalışmaktadırlar. Bu destek programları çok etkin olmasına karşın etkililiğini gösteren çok az sistematik araştırma yapılmıştır (Carr ve Knupp 1984; Gilbert ve Harmon 2002).

2.1.4. Düşük, Ölü Doğum, Neonatal Ölüm ve İnfant Ölümünün Tanımlanması

Perinatal dönem genellikle gestasyonun 22. haftasından doğumdan sonraki 7. güne kadar olan süre olarak tanımlanır. Bununla birlikte tıp biliminde gebeliğin başlangıcı ve postpartum dönem arasında meydana gelen kayıplara da perinatal kayıp

denilmektedir. Düşük (spontan abortus) gebeliğin fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden, genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanması demektir. Düşük sonrası kadının yaşayabileceği sorunlar gebelik haftası ile ilgili olarak değişmektedir. Erken gebelik haftalarında yaşanan düşüklerde kadın çok az rahatsızlık hissedebilir hatta bazen o anda durumun farkına bile varmayabilir. Fakat bazen bebeğin düşürülmesi esnasında çok şiddetli ağrı ve kanama olabilir (Gillbert ve Harmon 2002).

Ölü doğum bebeğin anne karnında doğumdan önce ölmesidir ve iki şekilde oluşabilir. Birincisinde bebeğin anne karnında ölmüş olduğu doğumdan günler veya haftalar önce tespit edilmiştir. Anne ve baba durumun farkındadır ve kadın bebeği normal doğum yapana kadar taşımaya devam eder. Diğerinde ise kadın bebeğin ölmüş olduğunu doğum esnasında öğrenebilir (Sitrin 1994).

Neonatal ölüm; doğumdan itibaren bir ay içerisinde olan sürede bebeğin ölmesidir. Genellikle gelişimsel bir defekt, hastalık ya da prematürite sebebiyle bebek kaybedilir. Bebek ölümü ise bir yaşına kadar olan ölümlere denir. Bebek ölümü genellikle hastalık, kaza veya ani bebek ölümü sendromu ile meydana gelir (Davis 1996). Ulusal Ani Bebek Ölümü Sendromu Kuruluşu (National Sudden Infant Death Syndrom Foundation) ani bebek ölümünü bir ay-bir yaş arasındaki bebeklerin temel ölüm nedeni olarak bildirmektedir. Ani bebek ölümü; sağlıklı bebeğin ani, beklenmedik ve açıklanamayan bir biçimde ölümüdür. Bu yaştaki bebeklerin ana ölüm nedeni olan bu sendrom ne önlenilmekte ne de tahmin edilebilmektedir. Ölüm genellikle uykuda gerçekleşmektedir. O ana dek sağlıklı olan bebeğin beklenmedik ölümüne aileler hazırlıksız yakalanmakta ve şoka girmektedirler (NICHD 2009).

Yardımcı üreme tekniklerinde meydana gelen gelişim ile beraber gebelik kayıplarının tanımı da daha kapsamlı hale gelmiştir. İn vitro fertilizasyon ile gebelik elde edilmeye çalışıldığında konsepsiyon laboratuvar ortamında gelişmektedir. Eğer embriyo transferi sonrası implantasyon gelişmemişse bu implantasyon öncesi düşük (preimplantation miscarriage) olarak adlandırılabilir. Ovulasyon indüksiyon tedavisinden dolayı hastalar kilo alma, menstrual siklusa gecikme ve göğüslerde hassasiyet meydana gelmesi gibi gebelik semptomlarını deneyimleyebilir. Bu durum kimyasal gebelik olarak da bilinmekte ve kadınlar gebe olmadıkları halde gebe olduklarını düşündükleri için kendilerini kötü hissetmektedirler. Ayrıca genetik alanında meydana gelen gelişmeler sonucu embriyolar transferden önce genetik açıdan taranmakta ve genetik

sorunu olan embriyolar transfer edilmemektedir. Bu durum implantasyon öncesi terminasyon olarak adlandırılmaktadır. Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı sonucunda çoğul gebelikler meydana gelebilmektedir. Bu durum anne sağlığını olumsuz etkilemekte ve prematüre bebeklerin doğmasına sebep olabilmektedir. Hem anne sağlığını korumak hem de geride kalan fetüslerin yaşama şansını artırmak amacıyla önceden belirlenen sayıda fetüsün terminasyonuna multifetal gebelik redüksiyonu (multifetal pregnancy reduction) denilmektedir. Yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ile yaşanabilecek bu tür kayıplar sonucu ailede sıklıkla travma yaşanır (Covington 2006).

Perinatal kayıp bireysel yası, çiftin ebeveynliğini, bebek bekleyen aileyi kapsayan karmaşık bir süreçtir. Bireysel açıdan incelendiğinde perinatal yası da kapsayan yas tutma süreci ve yas tutma sürecine karşı gelişen yanıtta cinsiyet farklılıkları ilk göze çarpan noktalardır. Kayıp yaşayan çift açısından bakıldığında ise ailenin yas tutma süreci karşımıza çıkar (Davis 1996).

2.1.5. Bireysel Yas Tutma Süreci

Bowlby (1980) ve Parkes yasin çözümünün özel evrelerini tanımlamışlar ve birbirine benzer modelleri kullanmışlardır. Bu evreler hissizlik, özlem duyma, arama, karışıklık (disorganizasyon) ve umutsuzluğa düşme, düzenleme (reorganizasyon) ve iyileşme olarak tanımlanmıştır. İlk birkaç saat içinde başlayıp bir haftaya kadar süren hissizlik döneminde kayıp yaşayan birey şoka girer. Birey ölüm gerçeği karşısında şaşkına dönmüştür ve durumu inkar eder. Bu evrede öfke patlamaları veya panik atakta artış gözlenir. İkinci evre hem Bowlby (1980) hem de Parkes tarafından özlem duyma ve arama olarak adlandırılmıştır. Kayıptan aylar hatta yıllar sonra sona eren bu evrede yas tutan birey bu kaybı niçin kendilerinin yaşadığını sorar. Çok şiddetli bir biçimde ölmüş bireyi iyileştirip tekrar aralarına katma isteği vardır. Kayıp yaşayan bireyler bu evrede çok yoğun bir özlem duygusu, öfke, geri getirme isteği ve umutsuzluk hissederler. Karışıklık (disorganizasyon) ve umutsuzluğa düşme evresi kademeli olarak kayıp yaşayan birey ölüm gerçeğini kabul ettiği zaman gelişir. Kaybedilen bireyi iyileştirme çabalarına bunu gerçekleştirmenin mümkün olmadığı kavrandığı zaman ara verilir. Sonuç olarak Parkes ve Bowlby (1980) iyileşme meydana gelirken bunun içinde bir de düzenleme (reorganizasyon) evresi olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu evrede önceki karamsar durumla yer değiştiren daha olumlu bir duygu vardır. Kayıp yaşayan birey

ölen bireyden ayrı olarak kendini yeniden tanımlar. Genellikle duygular, düşünceler ve hisler kayıp yaşanmadan önceki haline dönmeye başlar (Sitrin 1994).

2.1.6. Perinatal Kayıptan Sonra Görülen Yas Tutma Süreci

Sahu (1981) kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili bu kavramları perinatal kayba uyarlamıştır. Yas tutan bireylerin ortak bir biçimde ilk önce hissizlik ve şok yaşadığı bunu özlem duyma ve aramanın takip ettiği, daha sonra karışıklık (disorganizasyon) evresinin yaşandığı ve son evrede de düzenlemenin (reorganizasyon) deneyimlendiğine dikkat çekmiştir. Perinatal kayıp yaşayan bireylerin kayıp yaşayan bireylerden tek farkının düzenleme (reorganizasyon) evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğunu belirtmiştir. Bu evreler farklı tipte kayıp yaşayan bireylerin yasa yanıtlarına benzerlik gösterse de perinatal yas çözümü çok zor olan kendine has özellikleri barındırır (Sahu 1981). Kayıp, suçluluk, günahkarlık ve utanç gibi farklı duygular çözülme sürecini engellemektedir. Mantıklı veya mantıksız, suçluluk ve günahkarlık hisleri çeşitli komplikasyonlara neden olabilmekte ve yapılan bir şeyin, işlenilen bir günahın ölüme sebep olduğu düşünülmektedir. Anneler; üstüne düşen görevi yerine getiremedikleri veya alkol tüketmek gibi herhangi bir davranışları ile ihmale sebep oldukları, doktorlarına bebekleri ile ilgili yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu hissettiklerinde haber vermedikleri veya doktorun “kendini yorma”, “beslenmene dikkat et” gibi önerilerini yerine getirmedikleri için suçluluk hissetmektedirler.

Sahu (1981) aynı zamanda bu büyük felaketin yaşanmasında çiftlerin birbirini suçladıklarını tespit etmiştir. Örneğin babalar eşlerini uygun prenatal bakım almamakla suçlamaktadırlar. Çift uygun ve yeterli sosyal destek alamadığında yas süreci içinden çıkılmaz bir hale gelmektedir. Arkadaşlar ve akrabalar perinatal kaybın yasını tutan çiftte ne diyeceklerini bilemedikleri için kendilerini rahatsız hissetmekte ve bunu takiben çiftle etkileşime girmekten kaçınmaktadır. Fetüsün veya infantın varoluşunun soyut ve anlaşılmasız olması kayıp hakkında konuşmaya olan direnci artırmaktadır. İlaveten aileler, fetüsleri/ölü doğmuş bebekleri için dini törenin yerine getirilememesi ve kendi destek gereksinimleri arasında fikir ayrılığı yaşamaktadır. Ebeveynlerin fetüsleri veya bebekleri ile olan ilişkileri tam olarak yapılanıp oturmadığı için yas tutma süreci daha da zorlaşmaktadır. Sonuç olarak ebeveynlerin kaybettikleri bebekleri için somut hatıralar geliştirme fırsatı olmamıştır.

Yasa verilen yanıtta bireysel farklılıklar çok çeşitli olduğu için yası bu şekilde evrelere ayırmanın uygun ve yeterli olup olmadığı konusunda eleştiriler mevcuttur. Bugen (1976) bireysel farklılıkların, yası evrelere ayırma teorisinin yararlılığını azalttığını ileri sürmüştür. Bugen evrelerin düzenli bir biçimde oluşmadığını tespit etmiş ve yas tutan bireyin davranışlarının her zaman evrelere özgü davranış biçimlerine uymasının mümkün olmadığını bildirmiştir. Bugen yasin çeşitli bileşenlerden oluşturulması yerine süreç, yoğunluk ve hazır oluşa göre çeşitlendiğinin kabul edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Onun modeli belli bir sırayı takip etmeyen çok çeşitli duygusal durumların olduğunu ileri sürmektedir. Yasin yoğunluk ve sürecini, büyük oranda kaybın engellenebilir olması ve kaybı yaşayan bireye kaybedilen bireyin yakınlığı belirlemektedir. Eğer kayıp yaşayan birey ölümün engellenebilir olduğunu düşünüyorsa ve kaybettiği birey onun için çok önemli ve yaşamının merkezinde ise yas çok yoğun yaşanmakta ve süreç uzamaktadır. Bunun aksine bireyde, yaşanan ölümün engellenemeyeceği algısı varsa ve kaybedilen birey ile çok sıkı bağları yoksa kısa ve hafif bir yas süreci yaşanmaktadır. Yasin şiddetini kaybedilen bireyin kayıp yaşayan bireyin hayatındaki önemi belirler fikrine Bowlby'nin (1980) bağlanma teorisi örnek olarak verilebilir.

Ebeveynlerin cinsiyetleri ile ilişkili olarak bağlanma farklılıkları vardır. Ebeveynlerin perinatal kaybı takiben psikolojik deneyimlerini kaydetmek amacıyla tuttukları raporlar bu farklılıkları açık bir biçimde ortaya koymaktadır (Peppers ve Knapp 1980). Anneler ölümü çocuklarının kim, nasıl bir birey olacağına dair hayallerinin kaybına ilaveten kendilerinden bir parçanın fiziksel kaybı olarak hissetmektedirler. Bu Furman'ın anne-bebek ilişkisi eşsizdir tanımı ile örtüşmektedir. Anneler narsistik bir hasarla kendilerinden bir parçanın kaybına yas tutarken babalar, babalık rolü beklentisini karşılayamadıkları için yas tutarlar. Fetüsüne veya bebeğine daha fazla bağlanan ebeveynin yaşamında çocuk daha merkezi bir yer kaplamakta ve yasa yanıtı daha belirgin olmaktadır (Sitrin 1994; Davis 1996).

Bugen'in (1976) modeli, hem kaybın engellenebilir olması hem de kaybı yaşayan bireye kaybedilen bireyin yakınlığı bakımından perinatal kaybı içerebilir. Fetüs veya bebeğin kaybindan sonra ebeveynler özellikle de anneler yaptıkları bir şeyin ölümüne neden olduğunu düşünerek kendilerini suçlu hissederler ve sıklıkla ölümün engellenebileceğine dair endişeleri vardır. Kayıp yaşayan kadınlar gebelik kayıplarına

ya fetüse zarar verebilecek bir davranışta bulunarak bebeği taşıma görevini yerine getiremedikleri ya da prenatal bakımda bir şeyleri ihmal ettikleri için sebep olduklarını düşünmektedirler. Ebeveynler ölümün engellenebilir olduğuna inandıkları için kendilerini bebeğin yanlışlıkla ölümünden sorumlu tutmaktadır. Bu durum kendini küçümseme, reddetme ve onaylamama hislerine neden olmaktadır. Kaybedilen bireyin kayıp yaşayan bireyin yaşamının merkezinde olması kavramı ile fetüsün veya infantın yaşamının aile için önemi ne denli büyük ise ailenin yasının o denli yoğun olacağı ima edilmektedir. Örneğin gebeliğin planlanmış olup olmaması bile ebeveynlerin yaşadığı kayıp hissinin şiddetini değiştirmektedir. Bazı çiftler için gebeliğin kaybı korkunç bir trajediye dönüşürken bazıları için sıkıntıdan kurtulma ve rahatlama anlamına gelebilmektedir (Davis1996).

Yas tutmanın emosyonel durumların kombinasyonu olup olmadığına bakmaksızın uyum sağlanabilen veya sağlanamayan bir süreç olması değerlendirilmelidir. Yasın çeşitli patolojik formları meydana gelebilir. Kronik yas depresyon, anksiyete atakları, ciddi fobiler, obsesif düşünceler ve psikotik reaksiyonlara yol açabilir. Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kaybedilen çocuğun yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan başka bir patolojik biçimdir (Badenhorst ve Hughes 2007). Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kayıp yaşayan birey için daha tehlikeli olabilmektedir, duygularını bastıran anneler duygularını açıkça ifade edenlere göre daha uzun süre patolojik semptomlar göstermektedirler. Düşük, ölü doğum veya ani bebek ölümü sendromu yoluyla bebeğini kaybeden ailelerin çözülme dönemleri yaklaşık ölümden sonra üç yıl içerisinde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte çözülme dönemi ebeveynler için hiçbir zaman tam olarak atlatılmış ve tamamlanmış bir süreç değildir. Sahu (1981) çözülme döneminde ailelerin normal yaşamlarına geri döndüklerini fakat bebeklerini kaybetmenin travmasını hiç unutmadıklarını bildirmiştir.

2.1.7. Yas Yanıtının İlişkili Olduğu Faktörler

Fetüsün veya bebeğin ölüm haftası veya yaşı geride kalan bireyin kayıp algısında değişiklik meydana getirmektedir. Küçük fetüsün ölümü çok trajik bulunmazken geç dönemdeki fetal kayıplar ve bebek ölümleri geride kalanları derinden etkilemektedir (Davis 1996). Pek çok araştırmacı fetüsün veya infantın ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasa verilen cevabın ilişkisini incelemiştir.

Bazı araştırmacılar fetüsün veya infantın ölüm anındaki gestasyonel yaşı ile perinatal yasin yoğun bir biçimde yaşanması arasında güçlü ve pozitif yönde bir ilişki bulurken (Goldbach ve ark. 1991, Toedter ve ark. 1988) bazı araştırmacılar bu iki unsur arasında bir ilişki bulamamışlardır (Peppers ve Knapp 1980, Swanson ve ark 2007). Gestasyonel yaş ile ailelerin fetüs veya infantlarına bağlanma dereceleri arasında paralellik olduğunu savunan hipotezler kurulmuş ve geç dönem yaşanan kayıpların daha yoğun yas yaşanması ile ilişkisi olduğu varsayılmıştır.

2.1.8. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebeliğe Etkisi

Son yıllarda perinatal dönemde kayıp yaşayan bireylerin kaybı takip eden gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendikleri merak konusu olmuştur. Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp yaşayan ailelerin özellikle de kadınların bir sonraki gebeliğinde anksiyetesinin arttığı ve yoğun bir biçimde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları tespit edilmiştir. Tüm bunların ebeveynlerde özellikle de kadında yeni bebeğe bağlanmada güçlük meydana getirdiği tespit edilmiştir (Armstrong ve Hutti 1998; Wallerstedt ve ark. 2003). Bir kaybı takiben doğan bebeğe çok farklı anlamlar yüklenmiş ve farklı değerlendirilmiştir. Bazı araştırmacılar bu durumu replasman (ölen bebeğin yerine konan) çocuk sendromu olarak adlandırırken bazıları savunmasız çocuk sendromundan bahsetmişlerdir. Savunmasız çocuk sendromunda ailelerin çocuklarını oluşabilecek tüm zararlardan korumak için yeni doğan bebeğin özel bir bakım ve korumaya gereksinimi olduğu algısına sahip oldukları bildirilmiştir (Lamb 2002;Turton ve ark 2009). Cote-Arsenault (2003) kayıp yaşayan annelerin sonraki çocuklarına daha özenli, dikkatli ve korumacı davrandıklarını tespit etmiştir. Perinatal kayıp yaşayan aileler dünyaya gelen çocukların tam olarak kendilerine ait olmadığını ve çocuğu ödünç almış gibi hissetmektedirler. Anneler doğmamış bebeklerine karşı soğukluk hissetmekte veya doğacak bebeği belli bir düzeyde ölen bebek yerine koymaktadır (Wallerstedt ve ark. 2003). Ayrıca Armstrong (2007) önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini ileri sürmüştür. Yukarıda bahsedilen çalışmaların aksine Carrera ve ark. (1998) kayıp yaşayan ailelere gereksinimleri olan psikolojik girişimlerde bulunulduğunda kayıp yaşamayan ailelerle benzer düzeyde Beck Depresyon skorlarına sahip olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca bazı araştırmacılar yaşanan kayıp deneyiminden sonra dünyaya gelen çocuğun; ebeveynlerin yasını azalttığını, kendilerini daha huzurlu hissetmelerini

ve kaybı kabullenmelerini sağladığını, daha az suçluluk hissetmelerini ve depresyon düzeylerinde azalma sağladığını tespit etmişlerdir (Wilson ve ark. 1988; Theut ve ark. 1990).

Her ne kadar aksi yönde bulgular mevcut olsa da genel olarak kayıp yaşayan ailelerin kaybı takiben meydana gelen gebeliklerinde bebeğe bağlanma güçlükleri yaşadıkları ve depresyon düzeylerinde artış olduğuna dair bulgular dikkat çekicidir.

2.2. Bağlanma

Bowlby bağlanma kelimesini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır. Kişiler arası çekim ve ilişkilerin dinamiği konusunda ortaya atılan teorilerden biri olan bağlanma teorisinin temellerini etoloji (hayvan davranışları bilimi), sibernetik (makina ve canlılarda, kontrol ve haberleşmenin şartlarını ve kanunlarını tespit eden bir bilim dalı), bilgi işlemleri, gelişimsel psikoloji ve psikoanalizin sentezi oluşturmuştur. Bağlanma teorisi anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır. Bowlby'nin konu ile ilgili yaptığı çalışması bebeğin biyolojik güven gereksinimi sonucu erken dönemde anneye bağlanması ve annenin yanıtı üzerine odaklanmıştır. Olgunlaşan çocuğun ruhsal sağlığı için “bebeklik ve erken çocukluk döneminde çocuğun annesi (veya annesi yerine geçen birincil bağlanma objesi) ile hem memnuniyet duyacağı hem de haz alacağı sıcak, samimi ve süregelen bir ilişki deneyimlemesi” gerekmektedir (Bowlby 1982; Fonagy 2001).

Bowlby bağlanma sistemini; keşfetme, korku, şefkat ve bakım verme ile ilişkili gelişimsel bir takım davranışlar olarak kavramsallaştırmıştır. Bowlby bu sistemin düzenlenmesi ve kavramsallaştırılması sürecinden biyolojik bir sonuç çıkarmıştır. Bowlby'e göre bazı kişilerle sıcak-yakın ilişki gereksinimi, insan doğasının temel bir boyutudur. Bowlby bebeğin temel amacının yaşamını sürdürebilmek için annesine belli bir derecede fiziksel yakınlık sağlamak olduğunu varsaymıştır. Çünkü, insan yavrusu yaşamını sürdürebilmek ve çevresel tehlikelerden korunabilmek için bir erişkinin bakımına muhtaçtır. Hem insan hem de primatlarda gözlenen bağlanma gereksinimi, yeni doğmuş çocuğu çevresel tehlikelerden korumaya yönelik bio-sosyal bir süreçtir. Bowlby daha sonra kurama bağlanmanın, gelişimi devam eden çocuk ve anne üzerine psikolojik etkileri olabileceğini eklemiştir. Fakat Bowlby'nin bağlanmanın bağımsız

davranış sistemi olduğu ve bilinçsiz güdüler ile ilişkisi olmadığı konusunda sabit bir görüşe sahip olduğu bilinmektedir (Bowlby 1982).

Bowlby'nin bağlanma kuramını geliştirmesinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nın 1950 yılında Bowlby'yi Londra'da yaşayan evsiz çocukların ruh sağlığı üzerine bir bildiri sunmak üzere çağırması önemli bir nokta olmuştur. Bowlby'nin, erkek çocukların annelerinden erken yaşta ayrılmalarının; ergenlik ve ileri yaşlardaki suçluluk oranını arttırdığını gösteren çalışmasını sunmasının ardından ebeveyn-çocuk iletişimi önemli bir gündem oluşturmuştur. Bowlby 1944'de "Kırk dört çocuk hırsız: kişilikleri ve yaşamları" başlıklı makalesini yayınlamıştır. Bowlby'nin bu çalışması sonucunda yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü Raporu yaşamın ilk üç yılında anne yoksunluğu yaşayan çocukların fiziksel ve ruhsal hastalık riskinde artış olduğunu vurgulamıştır. Yayınlanan rapor etkili olmasına ve kabul görmesine karşın erken anne yoksunluğunun niçin ve nasıl böylesine kötüleştirici etkilere yol açtığını açıklamamıştır (Bowlby 1988; Hazan ve Shaver 1994).

Bowlby psikoanalitik gelenek etkisinde eğitim almıştır. Fakat çocuk psikiyatrisi alanında çalışmaya başlar başlamaz psikoanalitik kuramın bazı noktaları açıklamakta yetersiz olduğunu görmüştür. Kurum çatısı altında olan çocukların bakıcıları tarafından temel bakım hizmetlerini almalarına karşın sıkıntılı ve kaygılı olmaları; Bowlby'nin psikonalitik kuramı sorgulama ihtiyacını artırmıştır. Psikoanalitik kuram "çocuklar annelerini, onunla açlık güdüsünün doyurulması arasında bir çağrışım kurdukları için severler" görüşünü savunmaktadır. Fakat kurumda kalan çocukların tüm gereksinimlerinin bakıcılar tarafından karşılanmasına rağmen kuramın bu noktada yetersiz kaldığını gözlemlemiştir (Shaver ve Mikulincer 2002; Coates 2004). Hem bu farkındalık hem de Dünya Sağlık Örgütü'nün raporu Bowlby'yi yeni bir arayışın eşiğine getirmiştir. Bu arayışın sonucunda çarpıcı araştırma bulguları elde edilmiştir. Bu araştırma bulguları, yakın ilişkiler kurma yönündeki evrensel insan eğiliminin bebeklikten başladığını ortaya koymuştur. Bebeklikte kurulan bağlanma tarzı ile yetişkinlikteki duygusal bağ kurma tarzı arasında gözlenen benzerlik ve farklılıkların açıklanabilmesi çabası günümüzde hala devam etmektedir (Hazan ve Shaver 1994; Coates 2004). İlk olarak Bowlby'nin 1958'de bağlanma terimini kullanmasının ardından pek çok araştırmacı bağlanma davranışlarını incelemiştir.

Mary Ainsworth, James Robertson, Rudolph Schaffer ve Christopher Heinicke gibi anahtar rolündeki araştırmacılar bağlanma teorisini bugün kabul edildiği şekliyle benimsemişler ve Bowlby ile aynı fikri paylaşmışlardır. Özellikle Ainsworth bebeğin bağlanma sürecine olan katkısının biyolojik olmaktan öte annenin davranışlarını bebeğin kendi içsel değerlendirmesi olarak tanımlamıştır (Ainsworth ve ark. 1978). Ainsworth tarafından yapılan yabancı durum (strange situation) testi, anne ve bebek arasındaki davranışların bağlanma sistemlerinin etkinleştirilmesi yolu ile bilimsel alana girmesi için yapılan ilk girişimdir. Bir yaşındaki çocuklar annelerinden kısa sürelerle ayrı bırakılmışlar bu duruma hem annelerin hem de bebeklerin yanıtları kaydedilmiş ve günümüzde hala kullanılan bağlanma sistemlerinin sınıflandırmasına temel olmuştur. Bu çalışmaya katılan çocukların büyük bir çoğunluğunun anneleri yokken biraz stres yaşadığı fakat anneleri geri döndüğünde çok çabuk rahatladıkları ve oyunlarına geri döndükleri bildirilmiştir. Bu bebeklerin annelerine güvenli bir biçimde bağlandığı düşünülmüştür. Bebeklerin %25'i ise annelerinin geri dönüşüne kayıtsız kalmıştır bu bağlanma tipi ise kaygılı/kararsız olarak sınıflandırılmıştır. Bebeklerin kalan %15'lik kısmı ise annelerine karşı yakınlık kurmaya çalışmışlar fakat anneleri geri döndüğünde distressleri çok az azalmış veya rahatlama görülmemiştir. Bu tip bir bağlanma güvensiz kabul edilse de kaygılı/kaçınmacı olarak adlandırılmaktadır. Fiziksel ayrılmanın tek başına tam olarak bebek yanıtını açıklamaya yetmemesi bağlanma araştırmasını yeni bir boyuta taşımıştır (Ainsworth ve ark. 1978).

Ainsworth ve Bowlby araştırmalarında bağlanma sisteminin davranışsal bileşenlerinin bilişsel mekanizmayı desteklediği fikrini sürdürmüşlerdir. Bowlby “internal çalışma modeli” adını verdiği terimi zihinsel betimleme sürecini tarif etmek için kullanmıştır. Bebeğin preverbal gelişiminde bebeğe temel bakımını veren bireyin etkin olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Bowlby (1982) iç dünyayı tanımlarken; çocukta bir yaşı sonuna doğru özellikle de ikinci ve üçüncü yaşta çocuğun bir çalışma modeli kurmakla meşgul olduğunu bildirmiştir. Bu çalışma modelinde çocuk fiziksel dünyada kendisine ve kendisinin etraftaki bireylere nasıl davranması gerektiğinin beklendiğini kurgular. Annesinin veya kendisi için özel olan diğer insanların nasıl davranması gerektiğini, kendisinin nasıl davranması gerektiğini beklemektedir. Ayrıca tüm diğer insanlarla etkileşiminin nasıl olması gerektiğine karar vermektedir. Annesi veya diğer insanlarla yinelenen

etkileşimler temelinde, bebekler ne bekleyeceklerini öğrenirler ve davranışlarını buna göre ayarlarlar. Bebek, annesi ve kendisi ile ilgili çalışma modelinin ana hatlarını oluştururken kendine özel durumu ve şartları değerlendirerek bağlanma planlarını yapar. Bu beklentiler birbirleriyle ilişkili kendilik ve bağlanma modellerini içeren bilişsel temsilleri ya da Bowlby'nin deyimi ile içsel çalışan modelleri oluştururlar. Bu modeller bebeğin bakıcıya ulaşılabilirliğini ve bakıcının bebeğe gösterdiği tepkileri tahmin etmede kullanılabilen bilişsel modellerdir. Anne veya bağlanma kişinin ulaşılabilirliğinin dışında, olumlu tepki göstermesine duyulan güven; annenin veya bağlanma kişinin bebeğin destek ve koruma çağrılarına karşılık (olumlu tepki) veren ve gereksinim duyulduğunda yardımcı olacak birey olarak görülüp görülmediği ile ilgilidir.

Bu kavramı kullanarak Ainsworth'ün çalışmasındaki bebeklerin annelerine ve annelerinden ayrı bırakılmalarına kendilerine özgü içsel anlamlar yükledikleri düşünülebilir. Ayrıca Ainsworth'ün çalışmasında her bebeğin bağlanma stili annenin davranışları gözlemlenerek önceden tahmin edilmiştir. Ainsworth'ün Uganda'da ev içinde yaptığı gözlemler; bebek bağlanmasının güvenli olması ile annenin istekli, hassas ve uyumlu olması arasında bir bağ olabileceği konusunda şüpheyi düşmesine neden olmuştur (Ainsworth ve Marvin 1995). Ainsworth ve arkadaşları daha sonra bebeğin güvenli bağlanması ile ilişkili olduğunu tespit ettikleri bakım veren bireyin bakım verme tipini tanımlamak için "hassasiyet" kavramını ortaya koymuşlardır (Ainsworth ve ark. 1974). Annelerden hassas bakım verme davranışı gösterenler;

- a) bebekten gelen uyarılara dikkat etmişler ve alışmışlar,
- b) bu uyarıları uygun bir biçimde değerlendirmişler,
- c) uyarılara uygun yanıtları vermişler,
- d) ve acilen tepkide bulunmuşlardır.

Temel gereksinimlerine zamanında karşılık verebilen bir annenin/bakıcının varlığında bebekler oyun ya da keşfe çıkmada kendilerini güvende hissetmektedirler. Anne/bakıcıyla kurulan bu tür güvenli bir bağlanma örüntüsü bebeğin uyumuna hizmet etmektedir. Anne/bakıcının, bebekten gelen sinyallere tutarsız karşılık verdiği ya da zamanında karşılık veremediği durumlarda bebekte kaygılı/kararsız bağlanma örüntüsünün ortaya çıkabildiği, buna karşın annenin/bakıcının bebeğin gereksinimlerine

karşı tutarlı olarak tepkisiz kalması durumunda ise bebeğin annesine/bakıcısına kaygılı/kaçıncı tarzda bağlandığı belirtilmektedir. Yaşamın ilk aylarından itibaren bebek ile temel bakıcı arasında gelişen bağlanma örüntüsünün, hem çocuklukta hem de yetişkinlikte bireyin ruh sağlığı ile ilişkisini ortaya koyan çok sayıda araştırma bulgusu vardır (Ainsworth ve ark. 1974; Ainsworth ve Marvin 1995).

Annenin hassas bakım verme davranışı göstermemesi bebekte belli bir zaman diliminden sonra aşırı üzüntü ve kızgınlığa sebep olmamaktadır. İnternal çalışma modelinin merkezine ışık tutulduğunda, annenin davranışlarına ayrı bir önem yüklendiği görülmüştür. Bu, daha önceki bağlanma davranışları incelendiğinde görülmeyen bir noktadır (Sroufe ve Waters 1977; Bowlby 1982). Bowlby bu konudaki yaklaşımını rafine ederek geliştirmeye devam etmiştir. Bunun sonucu olarak internal çalışma modelinde; çocuğun kişiliğinde, gösterdiği davranışlarında bakım veren kişinin tamamlayıcı pozisyonunda olduğu hipotezi ileri sürülmüştür. Bu işbirliğinin temelini; çocuğun, kendine bakım veren bireyin ona bakım verip izlerken neler hissettiğine göre kabul edilebilir veya edilemez olduğu konusunda bir görüş geliştirmesi oluşturur. Bu işlemlerin daha karmaşığı tüm yaşam boyunca bireylerin diğer bireylerle olan ilişkilerinde görülür (Fonagy 2001).

Bowlby’i izleyen ve teoriye öncülük eden arkadaşları teoriyi bebeklik döneminin ötesine götürüp küçük çocukların (Main ve ark.1985), adölesan (Kobak ve Sceery 1988) ve erişkinlerin (Hazan ve Shaver 1987) iç dünyalarına yönelerek bağlanmayı test etmeye başlamışlardır. Hazan ve Shaver tarafından geliştirilen erişkin bağlanma envanteri (Adult Attachment Inventory (AAI)), bireylerin çocukluk dönemi bağlanma deneyimleri ve erken çocukluk döneminde yaşanan olayların şu andaki yaşam fonksiyonlarına olan etkisinin değerlendirilmesini sağlamak için tasarlanan bir ölçektir (Hazan ve Shaver 1987). Bu araştırmacılar çocukluk ve erişkinlik dönemindeki bağlanmayı aynı teorik çatı ve sınıflandırma stratejisi içerisinde karşılaştırma olanağı bulmuşlardır. Bu çalışmanın bir sonraki aşamasında erişkin bağlanması ebeveynlik ve romantik ilişkiler olmak üzere iki farklı bakış açısıyla incelenmiştir (Hazan ve Shaver 1994; Bartholomew ve Horowitz 1991; Bartholomew ve Shaver 1998). Davranışsal seviyeden simgesel seviyeye geçiş, kişiler arası ilişkide bu hatıraların nasıl davranış kalıbı görevi gördüğü kadar erken bağlanma deneyiminin erişkinler tarafından nasıl hatırlandığının araştırılmasına izin vermiştir (Main ve ark. 1985). Bağlanma teorisi

ölüm ve ölüm sürecinin duygusal önemini empatik olarak anlamak da dahil yaşamın tüm evrelerinde uygulanma olanağı bulmuştur. Araştırmanın her bir dalında davranışsal, emosyonel ve bilişsel durum bağlanmanın ölçülebilmesi için tanımlanmış ve Ainsworth'ün ilk ölçümünden günümüze dek çocukluk, adölesan ve erişkin bağlanmasını ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.

2.2.1. Prenatal Bağlanmanın Kavramsallaştırılması

Gebelik deneyiminin teorik analizi büyük oranda kadın teorisyenler tarafından yapılmıştır. Deutch, Bibring ve Benedek prenatal bağlanmayı gebe kadınların libidoya ilişkin enerjilerinin bebeğe geçme süreci olarak psikodinamik terimlerle açıklamışlardır. Gebelik ilerledikçe fetüsün kadına daha fazla insan gibi geldiğini ve sonuçta fetüsün hem kadının uzantısı hem de bağımsız bir obje olarak sevilir hale geldiği hipotezini öne sürmüşlerdir. Anne ile fetüs arasında bağlanma olduğunu belirten ilk deneysel önermelerden biri de bebeğini doğum esnasında kaybeden annelerin yaşadığı yoğun yasın Kennell ve Klaus tarafından gözlenmesi sonucu ortaya konmuştur. Araştırmacılar doğumdan sonra annenin bebeği ile fiziksel temas kurup kurmamasının maternal yası etkilemediğini tespit etmişlerdir. Klaus ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anne ve neonatal dönemdeki bebeğin erken dönemde ayrılması ve erken postnatal bağlanmanın abartılmasının sağlığa zararlı etkileri olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu yeni fikirler bazı araştırmacılar tarafından hem tıp hem de psikoloji alanında prenatal bağlanmanın düzenlenmesi için bilimsel soru olarak ortaya konmuştur (Sitrin 1994).

Bir hemşire olan Rubin doktora tez çalışmasında kadınların annelik rolü kazanmasını incelemiş ve doğum sonu dönemde yenidoğan ile anne arasındaki bağın hemen kurulmasında prenatal sürecin çok önemli olduğunu bildirmiştir. Anne bebek arasındaki bağın prenatal sürecin sonucunda gelişen bir davranış olduğunu tespit etmiştir. Rubin gözlemlerine dayanarak doğum yapmadan önce kadınların dört özel görevi olduğunu tanımlamıştır;

- 1) Hem bebeği hem de kendisi için güvenli bir geçiş arama,
- 2) Bebeğin diğer bireyler tarafından özel olarak kabul edilmesini sağlama,
- 3) Bebeğe bağlanma,
- 4) Kendini bebeğe verme (Sitrin 1994).

Bu görevler gebelikte yaşanan psikolojik deneyimin erken dönemde değerlendirilebilmenin çatısını oluşturmaktadır.

Aynı anda Avustralya’da bir perinatal epidemiyolojist, ilk gebeliğini yaşayan 30 kadın ile gebeliğin üç trimesteri boyunca çeşitli zamanlarda görüşmüş ve gebelik zamanı ilerledikçe annelerin bebeklerini daha fazla kavramsallaştırdığını tespit etmiştir. Lumley gebelik esnasında ultrason kullanımı sonucu bebeğin gözle görülebilir olmasının anne bağlanması üzerine etkisini araştırmıştır. Bebeğin bu şekilde görülebilir olması annenin bebeği “küçük insan” olarak farklılaştırma kabiliyetini artırdığını bildirmiştir (Lumley 1980). Lumley’in bir sonraki çalışması ilk deneysel longitudinal prenatal bağlanma çalışmalarından birisidir. Doğumdan önce ve sonra beş farklı zamanda teyp kaydı kullanılarak yapılan görüşmelerde ilk kez ebeveyn olan bireylerin bebeklerine karşı tutumlarını belirlemeye çalışmıştır. Bağlanmayı “bebek ile hayal gücü yoluyla ilişki kurulması” olarak kavramsallaştırmıştır. Bu annelerin bebeklerini “gerçek insan” olarak algılamaları ile mümkün olmaktadır. Lumley çalışmaya alınan kadınlardan, gebeliğin ilk trimesterinde olanların %30’unda, ikinci trimesterinde olanların %63’ünde ve 36. gebelik haftası ve sonrasında olanların %92’sinde bu olguyu tespit etmiştir. Gecikmiş bağlanmanın bulantı, kusma gibi hoş olmayan gebelik semptomları ve eşlerin ilgi veya destek eksikliği ile ilişkili olduğu yorumunda bulunmuştur (Lumley 1982).

Bir psikolog olan Leifer, ilk gebeliğini yaşayan 19 kadınla yaptığı çalışmasında kadınları gebelikleri boyunca takip ederek görülen psikolojik değişiklikleri kaydetmiştir. Gebeliğin emosyonel ve ani rol değişikliğine sebep olan bir süreç olduğu kadar gelişimsel matürasyon sağlayan bir süreç de olduğu sonucuna varmıştır. Leifer gebelikteki psikolojik durumun içine kişilik unsurunu da katmış ve gebeliğin ilk aylarında görülen kişilik entegrasyonunun gebeliğin geri kalan kısmı ve erken annelik dönemindeki psikolojik büyümenin göstergesi olduğu sonucuna varmıştır (Sitrin 1994).

Prenatal bağlanmanın erken dönemde oluşumu psikoanalitik yaklaşımdan kök alırken hemşirelerin bu kavram üzerine özellikle tez çalışmaları ile yoğunlaşmaları sonucu daha ileri boyutlara taşınmıştır. Örneğin Mecca Cranley doktora tez çalışmasında maternal-fetal bağlanma için altı unsurdan oluşan çok boyutlu bir model önermiştir. Bu unsurlar;

- 1) annenin fetüsü kendinden farklılaştırması (farklı olarak algılaması),

- 2) fetüs ile etkileşime girme,
- 3) fetüsün özelliklerini yorumlama,
- 4) kendini (verme) adama,
- 5) rol alma
- 6) iç içe geçmedir.

Cranley aynı zamanda maternal-fetal bağlanmanın ilk formal tanımını yapan kişi olarak bilinmektedir. Maternal- fetal bağlanmanın tanımını; doğmamış çocuğu ile davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kuran ve etkileşim gösteren kadını kapsar şeklinde yapmıştır (Cranley 1981).

Peppers ve Knapp (1980) anne bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını öne sürmüşler ve bu konuda tartışmaların yapılmasına ve sürecin ilerlemesine katkıda bulunmuşlardır. Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen temel bilgiler bağlanmanın doğumdan çok daha önce başladığını göstermiştir. Peppers ve Knapp (1980) annenin bebeğine bağlanmasına katkıda bulunan dokuz olaydan bahsetmişlerdir. Bunlar;

- a) gebeliğin planlanması,
- b) gebeliğin onaylanması,
- c) gebeliğin kabul edilmesi,
- d) fetal hareketlerin hissedilmesi,
- e) fetüsün bir birey olarak kabul edilmesi,
- f) doğum yapmak,
- g) bebeği görmek,
- h) bebeğe dokunmak,
- i) bebeğe bakım vermektir.

Tüm bu olayların bağlanmaya ne kadar etkisi olduğu tek tek tartışılabilir. Fakat a-e seçenekleri arasında olan olayların prenatal dönemde meydana geldiği göz önünde bulundurulmalıdır. Literatürde fetal hareketlerin hissedilmesinin bağlanmayı artırdığı vurgulanmaktadır (Peppers ve Knapp 1980).

Bir araştırmacı olan Muller maternal-fetal bağlanmayı düzenlerken Cranley'in araştırmalarından faydalanmıştır. Muller bu olguyu kavramsallaştırırken anne ve bebek arasında gelişen yakın ilişkiyi gözler önüne seren düşünce ve hayalleri hariç tutarak davranışlar üzerine odaklanmıştır. Muller doktora tez çalışmasında maternal-fetal bağlanmayı anne ve doğmamış bebeği arasında gelişen yegane ilişki olarak yeniden tanımlamıştır (Muller 1990). Avustralyalı bir araştırmacı olan John Condon, Cranley'in çalışmasını maternal-fetal bağlanmayı tanımlamak için yetersiz bulmuştur. Condon erişkinlerin bağlanma teorisine geri dönmüş özel bir ögenin yalnızca maternal-fetal bağlanma için uygulanabilir olmadığını ama kuruluma uygunluk ilave ettiğini belirtmiş ve “emosyonel bağ” veya “psikolojik bağlılık” olarak Bretherton'un geniş bakış açısı ile baktığı bağlanma teorisini önermiştir (Condon 1993).

Condon antenatal bağlanmanın özünde sevgi deneyimini içerdiğini ve annenin kazanmaya çalıştığı “bilmek, birlikte olmak, ayrılık veya kayıptan kaçınmak, korumak, bebeğin gereksinimlerini tanımlamak ve onu memnun etmek” gibi öğeleri barındıran gelişimsel bir ilişki olarak tanımlamıştır. Condon daha sonra prenatal bağlanmayı sade bir biçimde “gebe kadın ve doğmamış çocuğu arasında normal olarak gelişen bir bağ veya bağlılık” olarak tanımlamıştır (Condon ve Corkindale 1997). Bu tanımla birlikte gelişen prenatal bağlanma kavramının üç farklı ve birbiri ile çok fazla ortak noktası bulunmayan tanımı yapılmıştır.

Davranışsal, bilişsel ve emosyonel yaklaşımları harmanlayarak prenatal bağlanmayı kavramsallaştırmaya çalışan bir başka tanım “prenatal bağlanma ebeveyn ile fetüs arasındaki ilişkiyi yakınlaştıran, diğer insanoğlunu kavramsallaştırabilmek için emosyonel ve bilişsel yetenek ile ilişkili, gebelikten önce potansiyel olarak bulunan, ekolojik sistem içerisinde gelişen soyut bir kavramdır” şeklinde yapılmıştır (Robinson 1999).

2.2.2. Maternal-Fetal Bağlanmanın Yapısı ve Kurulumu ile İlişkili Eleştiriler

Bowlby'nin orijinal bağlanma teorisi, teori içindeki karşılıklı unsurların önermenin nedeni olarak gösterilmesi üzerine kurulmuştur. Prenatal bağlanma sadece sistemin bir parçası (anne) yoluyla araştırılmıştır. Bazı araştırmacılar bağlanmanın antenatal ölçümünün geçerliliğinin olmadığını düşünmüştür. Prenatal bağlanma kavramının “güvenlik arama” davranışı olmaması sebebiyle orijinal bağlanma sistemleri teorisine aykırı bulunmuştur. Bowlby akımında bebek ve erişkin bağlanmasında,

bağlanma davranışının bağlanma figüründen ayrılma korkusu ile oluşmaya başladığı “güvenlik arama” davranışının amacını oluşturduğu ileri sürülmektedir. Maternal antenatal bağlanmada anne bebeğinin güvenliğini sağlar veya kendini sorumlu hisseder. Prenatal bağlanmanın bağlanma ile benzerlikler taşıyan fakat geleneksel bebek erişkin bağlanması ile aynı olmayan “emosyonel bağ” olarak görülmesinin çok uygun olduğunu bildiren görüşler mevcuttur. Bu düşünceye göre prenatal bağlanma envanterleri, sosyal arzu edilebilirlik ve düzeltmenin bir karıştırıcı faktör olduğu sadece tutumu ölçen bir ölçektir (Pollock ve Percy 1999) .

Doğum öncesi ve sonrası bağlanmanın farklı kavramsal yapıya gereksinimi olduğu tartışılmaz; bununla birlikte bu iki kavramın tutarlılık bakımından gözlenebilir bir iç ilişkisi vardır. Bebeği için bağlanma modeli olan annenin bakım vermeye ilişkin bilişsel tasarımı ve internal çalışma modeliyle ilişkili duygu ve davranışların gözlemlenmesi çok önemlidir. Maternal fetal bağlanma ve anne bebek bağlanması arasında bir yakınlık olduğu; prenatal bağlanmanın ölçümü ve bunu takiben postnatal bağlanma stiline sınıflandırılması arasındaki ilişkinin gösterilmesi (Muller 1996), doğumdan önce ve sonra ebeveyn davranışları (Condon ve Corkindale 1997; Pollock ve Percy 1999), bebeğin doğumundan sonraki annelik hisleri, bebekten gelen işaretlere karşı annenin hassasiyeti ve besleme davranışları (Fuller 1990) ve doğum sonrası anne bebek bağlanması (Siddiqui ve ark. 2000) ile örneklendirilmiştir. Yazarlar prenatal bağlanma ölçümünde; bu örüntüye bebeğin görünüşü, huyu ve yaradılışı ile katkıda bulunmamasının annenin kişiliği, bağlanma biçimi, erken bakım verme deneyiminin mental tasarımı gibi sadece anneye ait faktörlerin saf bir biçimde değerlendirilmesini sağladığını öne sürmüşlerdir.

Gebe kadın hareket ve aktivite yönünden bebeğe karşılık verdiği için karşılık verme konusu daha az öneme sahiptir. Fetal hareketlerin hissedilmesi veya fetüsün anne tarafından hareketlendirilmesinin bağlanma ile pozitif yönde ilişkili olduğu bildirilmiştir (Muller 1992). Gebeliğinde herhangi bir sorun bulunmayan 213 gebe kadın ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada fetal hareketleri saymanın Cranley’in geliştirdiği maternal fetal bağlanma skalasının toplam bağlanma skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir (Mikhail ve ark. 1991). Yapılan bir diğer çalışmada ise yüksek düzeyde prenatal bağlanması olan kadınların düşük düzeyde prenatal bağlanması olan kadınlara göre fetal hareketleri daha fazla algıladıkları tespit edilmiştir

(Zeanah ve ark. 1990). Yirmi altı çift ile yapılan bir çalışmada gebeliğin üçüncü trimesteri esnasındaki prenatal farkındalık dört düzeyde incelenmiştir. Bunlardan biri de “infantın interaktif yeteneğinin farkında olunmasıdır.” Araştırmaya katılan çiftlerden bazıları bebeklerinin belirli sesleri duyduğunda karınlarını tekmeleyerek, kolunu veya ayağını gererek veya hareketini artırarak/azaltarak aktif olarak kendileriyle iletişime girdiğini bildirmiştir (Stainton 1990).

Fetüsün uterus içindeki algıları büyük oranda bilinmemektedir. Bazı teorisyenler intrauterin deneyimlerin daha sonraki kapalı veya açık alan tercihi, uyku pozisyonu ve algısal hassasiyeti etkileyen “bulanık tortular” bıraktığını öne sürmüşlerdir. Neonatal dönem ile ilgili yapılan araştırmalarda yenidoğanın temelde sadece görsel işaretler, ses (Fifer 2002) ve koku (Porter ve ark. 2005) yolu ile annelerini ayırt ettikleri gösterilmiştir. Neonatal dönemdeki bebeklerin annelerinin sesini başka bir kadının sesinden ayırt ettiklerini emziklerini farklı şekilde emerek gösterdikleri bildirilmiştir. Bazı intrauterin fetal fenomenlerin Maternal Fetal Bağlanma ölçümünde tamamlayıcı yer tutmasından dolayı ölçüm yapamayacağımızı düşünmek çok akla uygun değildir. Bu sebeple prenatal bağlanma ölçümünün geçerliliği ile ilgili endişeleri de göz önünde bulundurarak, ileriki araştırmalarda kullanımını literatür desteklemektedir (Beck 1999).

2.2.3. Prenatal Bağlanmanın Değerlendirilmesi

Bowlby ve arkadaşları, gebelik döneminde bireye hassas bir şekilde bakım verilmiş olmasının bebeğin doğumundan erişkinliğine kadar psikolojik sağlığından sorumlu olduğunu göstermişlerdir. Diğer araştırmacılar bu konuya annenin bakım verme kapasitesinin çeşitli prenatal süreçler yoluyla geliştiğini öne sürerek katkıda bulunmuşlardır. Sonuç olarak klinik yönden baktığımızda antenatal bağlanma kavramı, fetüs kaybının emosyonel etkilerini anlamamız kadar gebelik dönemini anlamamızı da kolaylaştırmıştır (Frost ve Condon 1996; Laxton-Kane ve ark. 2002).

Prenatal bağlanma kavramının teorik yapısı ilişki arayıcı, karşılaştırmacı ve longitudinal tarasimlarla oluşturulan hipotezler yoluyla sınanarak son hali verilmiştir (Cannella 2005). Zayıf bağlanma riski taşıyan anneleri saptamak ve kadını anneliğe hazırlamak için uygun girişimlerde bulunmak üzere planlanmış deneysel çalışmalar bu konudaki bilginin artmasına katkı sağlamıştır. Bağlanmalarından emin olunmayan kadınlara uygun girişimlerde bulunularak tedavi edilebilmekte ve bebeklerine bağlanmada kayıtsız tavır sergileyen veya bu konu hakkında bilgisi olmayan kadınlara verilen eğitim ve

motivasyondan fayda görülebilmektedir (Shieh ve ark. 2001). Bazı girişimlerin prenatal bağlanmayı artırmaya yardımcı olduğu bildirilmesine rağmen bağlanma kavramı, nelerin bağlanmayı artırmaya yardımcı olduğu ve nelerin engel olduğu konusunda aydınlatılması gereken pek çok nokta bulunmaktadır (Mikhail ve ark. 1991; Muller 1992).

Birbiriyle bağdaşmayan ve çok az, uygun şekilde yapılmış longitudinal çalışmalar nedeniyle Maternal Fetal Bağlanma (Maternal Fetal Attachment) ölçeğinin kullanımı ile doğum sonrası anne bebek bağlanmasını tahmin etme çabaları sonuçsuz kalmış, araştırmacıları belli sonuca ulaştıramamıştır. Fuller (1990) gebeliğin 35-40. haftası arasında Maternal Fetal Bağlanma Skalası (Maternal Fetal Attachment Scale) kullanarak 32 kadının bağlanma düzeylerini değerlendirmiştir. Doğum sonu ikinci ve üçüncü günlerde de anne bebek etkileşimini tespit etmiş ve bağlanma düzeyi yüksek olanların anne bebek etkileşimlerinin daha iyi olduğunu tespit etmiştir (Fuller 1990). Muller de benzer şekilde gebeliğin ikinci yarısında Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory) doğum sonu dönemde Maternal Bağlanma Envanteri (Maternal Attachment Inventory) kullanarak annelerin bağlanma düzeylerini değerlendirmiştir. Gebelikteki bağlanma ile doğum sonu dönemdeki bağlanma arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuş ve doğum sonu dönemdeki bağlanmanın başka faktörlerden de etkilendiğini bildirmiştir (Muller 1996). Bir diğer çalışmada gebelerin bebeklerine bağlanma düzeyleri Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory) ile değerlendirilmiştir. Prenatal bağlanma düzeyinin doğum sonu dönemde anne bebek etkileşiminin göstergesi olabileceği tespit edilmiştir (Siddiqui ve Hagglof 2000). Mercer ve Ferketich (1994) 121 yüksek riskli ve 182 düşük riskli gebenin doğum öncesi dönemde bebeklerine bağlanma düzeyini Maternal Fetal Bağlanma Skalası (Maternal Fetal Attachment Scale) ile tespit etmişlerdir. Doğum sonu bir, dört sekizinci aylarda annenin yeterliliği ve becerisini değerlendirmişlerdir. Sadece yüksek riskli gebeliği olan kadınlarda fetal bağlanmanın anne yeterliliğinin bir göstergesi olabileceği sonucuna varmışlardır (Mercer ve Ferketich 1994). İsveç'te yapılan bir çalışmada Maternal Fetal Bağlanma Skalası skoru (Maternal Fetal Attachment Scale) ile aile ilişkileri ve yenidoğanın ruhi durumu (White ve ark. 1999) arasında orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Bu longitudinal çalışmalar güvenli bağlanmanın sağlanmasına katkıda bulunan öğeleri klinik açıdan anlamlı bir şekilde tanımlamışlar fakat aynı zamanda maternal fetal bağlanma kalitesinin gelecek nesil üzerine olan etkisini tam olarak anlayabilmek için pek çok çalışma yapılmasına gerek olduğunu da göstermişlerdir.

Büyük Britanya’da bağlanmanın nesil üzerine olan etkisini belirlemek için ilk gebeliğini yaşayan 100 kadın ile bir çalışma yapılmıştır. Erişkin Bağlanma Görüşmesi (Adult Attachment Interview) sınıflandırması temeline dayanılarak bebek bekleyen aile ile son trimesterde görüşülmüş, bebek bir yaşına geldiğinde Yabancı Durum Testi’ne göre bebeğin bağlanma şekli araştırma ekibi tarafından tahmin edilmiştir. Aile ve bebeğin bağlanma şekli (güvenli ve güvensiz bağlanma) arasında kuvvetli bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu sonuç her ne kadar bir yaşına kadar yaşanmış özel olayların etkisini dışlayamasa da ailenin bağlanmaya ilişkin ruhsal durumunun çocuklarının bağlanma kalitesi üzerine çok fazla etkili olduğunu göstermektedir (Fonagy ve ark 1991). Bu sonuçlardan sonra aynı ekseninde güvenli anneler ve güvenli bağlanan bebekler veya güvensiz anneler ve güvensiz bağlanan bebeklere ilişkin çalışmalar yapılmıştır (Mikulincer ve Florian 1999; Priel ve Besser 2000). Güvensiz bağlanma bakımından risk altında olan hedef ailelere kısır döngüyü kırmak ve sağlıklı bağlanmanın gelişimini sağlamak için uygun girişimde bulunulmalı ve yeni yöntemler geliştirilmelidir.

Bağlanma teorisi psikopatolojinin etiyolojisine veya savunmasızlığın kavramsallaştırılmasına katkıda bulunmuştur. Bowlby, Bağlanma ve Kayıp (Attachment and Loss) kitabında güvensiz bağlanma ile fobiler gibi psikopatolojiler arasında bir bağ bulunduğu hipotezini kurmuştur (Bowlby 1982). Daha sonra yapılan prospektif çalışmalarda pek çok araştırmacı güvensiz bağlanmayı davranış bozuklukları, ebeveynlerin depresyonu, ebeveynlerde şizofreni olması, borderline kişilik bozuklukları, adolesan intihar girişiminin dışı vurumu ve çocuklukta psikopatolojilere karşı savunmasızlık ile ilişkilendirmiştir (Brisch 2002). Ayrıca zayıf bağlanma ile fetal ve çocuk istismarı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. İngiltere’de Sosyal Servis bölümüne başvuran 40 kadın ile yapılan çalışmada Antenatal Anne Bağlanma Skalası (Maternal Antenatal Attachment Scale) ile yapılan ölçümde antenatal bağlanması düşük olanlarda anksiyete semptomları, ruhsal hastalık ve depresyon, fetüsten rahatsızlık duyma ve fetal istismar olasılığında artış olduğu bildirilmiştir (Pollock ve Percy 1999). Başka bir çalışmada ise annelerin güvensiz bağlanması ile çocuk istismarı insidansı arasındaki ilişki incelenmiş ve pozitif yönde korelasyon olduğu bildirilmiştir (Moncher 1996). Ayrıca kuvvetli maternal fetal bağlanma ile gebelikte olumlu sağlık davranışında bulunma, tütün, alkol ve yasal olmayan ilaçlardan kaçınma, prenatal bakım alma ve bakıma katılma, sağlıklı beslenme ve uyku alışkanlığı, uygun egzersizler yapma, emniyet kemeri kullanma, gebelik, doğum ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilgi edinmeye çalışma arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Lindgren 2001; Lindgren 2003). Bağlanmanın kalitesi annenin perinatal dönemdeki ruhsal sağlığı ile

de ilişkilidir. Zayıf bağlanmanın ve olumsuz maternal davranışların postpartum anksiyete (Gaffney 1986) ve depresyon ile ilişkili olduğu (Condon ve Corkindale 1997; Lindgren 2001) bildirilmiştir. Priel ve Besser'in çalışmasında (1999) depresyona yatkın kişilik faktörleri ölçüm yoluyla tespit edilmiş ve yüksek düzeyde kişisel eleştiri yapan kadınların gebeliklerinde fetüslerine kuvvetli bir şekilde bağlanmaları durumunda depresyon düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte yapılan bir derlemede bağlanma ve psikolojik değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde başarısız olduğu bildirilmiştir. Çalışmada kullanılan metodların tutarsız olduğu, ölçeklerin psikometrik özelliklerinin uygun bir şekilde geçerli ve güvenilirliğinin yapılmadığı ve değerlendirilen ilişkinin teorik olmaktan ziyade deneysel olduğu vurgulanmıştır (Cannella 2005). Mevcut çalışmaların farklı gruplarda yapılmasının büyük bir açık olduğu göz önünde bulundurulması gereken bir diğer faktördür. Mevcut prenatal bağlanma ölçümünün psikometrik verileri düşük riskli, orta sınıf, Amerikalı gebe kadınlardan elde edilmiştir. Yüksek riskli gebelikler veya önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan kadınların bağlanmasını ölçmek için ölçeklerin geçerli ve güvenilir olup olmadıkları yeterince aydınlatılmamıştır (Shieh ve ark. 2001).

Sonuç olarak toplumdaki tüm çocuklar anne ve babalarının sevgi ve eğitimleri ile yoğurularak yeni bir birey olurlar. Yapılan çalışmalarda çocuğun kendini ve diğerlerini anlaması noktasında bakım verenin yüksek bir öneme sahip olduğu vurgulanmıştır.

John Bowlby bunu ikna edici bir biçimde şöyle açıklamıştır:

Çocuklar ebeveynlerinin kendilerini beslemesine muhtaçtır. Tüm toplumlarda özellikle primitif toplumlarda ebeveynler özellikle de anneler erzak temin ederler. Eğer toplum çocuklarına değer verirse çocuklar da ailelerine sevgi ve şefkatle davranırlar (Bowlby 1982).

2.2.4. Prenatal Bağlanmanın Ölçümü

Cranley doktora tez çalışmasında kavramsallaştırdığı maternal-fetal bağlanma skalası (Maternal-Fetal Attachment Scale (MFAS)) olarak adlandırılan, altı alt boyutu olan ilk antenatal bağlanma skalasını geliştirmiştir (Cranley 1981). Cranley, klinisyen ve kadın doğum uzmanlarından 35-40 gebelik haftasındaki 71 gebe kadına 37 maddelik maternal-fetal bağlanma skalasını uygulamalarını ve hastalarının ifadelerini tespit etmelerini istemiştir. İstatistiksel güvenilirliğinin eksikliği yüzünden bu skalanın pilot uygulamasından sonra iç içe geçme boyutunu çıkarmıştır. Bu çalışmanın sonucunda 24 maddeli maternal-fetal bağlanmayı ölçen bir ölçek ve beş alt boyut elde edilmiştir

(Cranley 1981). Önceki pek çok çalışma küçük örnekli kalitatif iken, maternal-fetal bağlanma skalası ile yapılan araştırmalar sayesinde güvenilir sonuçlar elde edilmiştir. Maternal-fetal bağlanma skalası büyük örnekleme olan kesitsel çalışmalar için uygun kantitatif ölçüm alanı sağlamıştır. Maternal-fetal bağlanma skalası geliştirildikten sonra prenatal bakım ile ilgilenen araştırmacı hemşireler tarafından sıklıkla kullanılmıştır (Beck 1999).

Muller kişisel araştırmalarında maternal-fetal bağlanma skalasından faydalanmış ve daha sonra 1992 yılında yaptığı literatür derlemesinde yapılan çalışmalardaki bulguların ya yetersiz ya da çelişkili olduğunu fark etmiş ve tutarsız sonuçlar bulmuştur (Muller 1992; Muller ve Ferketich 1992). Muller, Cranley'in oluşturduğu maternal-fetal bağlanma skalasının çok yönlü bakış açısı sağlasa bile 5 alt boyutunun prenatal bağlanmayı tam ve doğru bir biçimde ölçmesi konusunda şüphe duymuştur (Muller ve Ferketich 1993). Bazı araştırmacılar ise maternal-fetal bağlanma skalasının geçerliği ve güvenilirliği yanı sıra teorik temellerini de sorgulamışlardır. Araştırmacılar antepartum stres ile ilgili yürütmekte oldukları çalışmalarından gereken bilgileri almış ve katılımcılar ile yapılan görüşmelerin sekonder analizini yapmıştır (Mercer ve ark. 1988). Mercer ve arkadaşlarının çalışması sonucu oluşturulan kategoriler ile Cranley'in geliştirdiği maternal-fetal bağlanma skalasının üç alt boyutunun uyuştugu ikisinin (kendini verme ve fetüs ile etkileşime girme) uyuşmadığı görülmüştür (Muller ve Ferketich 1992; Beck 1999). Muller'in şüphe duyduğu gibi Cranley'in ölçek maddeleri belli emosyonel unsurları içermemektedir. Mercer'in çalışmasına katılan katılımcılar doğmamış bebekleri hakkındaki duygularını; ümit etme, isteme, hayal etmeye benzer kelimeler kullanarak ifade etmişlerdir. Kadınların birbiri ile bağlantılı davranışlardan ziyade duygularını ortaya koydukları görülmüştür. Bu analiz Prenatal Bağlanma Envanteri (PAI) isimli yeni skalanın ortaya çıkmasına öncülük etmiştir (Muller 1990). Bu ölçeğin 29 maddesi fetus ve anne arasında gebelik sırasında gelişen kişisel ilişki veya bağlılığın gücünü ölçmek için tasarlanmıştır. Muller'in oluşturduğu ölçeğin yapısı maternal-fetal bağlanma skalasının çok yönlü bakışı ile uyuşmamakta ve alt boyutlar içermemekte, tek başına global bir ölçüm sağlamaktadır. Müllerin amacı bu skala için davranışsal ölçümleri dışlamak, uyuşmayan karşıt çalışmalar ve Cranley'in maternal-fetal bağlanma skalası ile bir bağ kurarak yeni bir ölçek geliştirmektir. Müller, "bebeğe bakım veren birey ile bebeğin yaşadığı erken deneyimler yaşamın ilerleyen dönemlerinde aile, eş ve arkadaş ilişkilerini etkileyen internal simgelerin gelişmesi ile

sonuçlanır” varsayımından yola çıkarak gebelikte bağlanmanın yeni bir modelini kavramsallaştırmıştır. Bu sürecin sonunda kadın gebeliğe adapte olur ve fetüse bağlanır (Muller 1993).

Bağlanma sürecini çözmeye yönelik çoklu yaklaşımlar; özellikle gebe kadının erken ebeveynlik deneyimleri, kendi fetusu ile internal çalışma modeli geliştirmek için bilişsel kapasitesi, kendi erişkin bağlanma stili, sosyal destek düzeyi ve bununla ilgili olarak görülen perinatal depresyon düzeyi, anksiyete ve postnatal bağlanma durumu maternal fetal bağlanmaya olan ilgiyi ve bu konu ile ilgili deneysel araştırmaların yapılmasını artırmıştır (Cannella 2005).

Ülkemizde doğum sonrası dönemde anne bebek bağlanmasını inceleyen çalışmalar mevcuttur (Kavlak ve Şirin 2009). Fakat prenatal dönemdeki maternal fetal bağlanmayı inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır.

Daha önceki gebeliğinde veya neonatal dönemde kayıp yaşayan kadınların daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, daha önceki gebeliğinde veya neonatal dönemde kayıp yaşayan kadınların daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini belirleyerek bakım gereksinimlerinin karşılanmasında rehber olacak öneriler geliştirmek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Daha önceki gebeliğinde veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebe kadınlar ile hiç kayıp yaşamamış gebe kadınların depresyon düzeyleri arasında fark var mıdır?
2. Daha önceki gebeliğinde veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebe kadınlar ile hiç kayıp yaşamamış gebe kadınların bağlanma düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Daha önceki gebeliğinde veya neonatal dönemde kayıp gebe kadınlar ile hiç kayıp yaşamamış gebe kadınların stres ile başa çıkma yolları arasında fark var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu çalışma kesitsel tipte ve karşılaştırmalı tanımlayıcı bir çalışma olarak yapıldı.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniğinde Ocak 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında yürütüldü. Gebeler ilk geldiklerinde kendilerine ait dosyalar çıkartılmakta ve her ay geldiklerinde bu dosyaya yeni bilgiler işlenmektedir. Riskli gebeliği olanlar ve ilerleyen gebelik haftalarında kadınlar ayda birden daha sık takip edilmektedir.

Araştırmanın uygulanabilmesi için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan ve kurumun Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Ek-8).

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniği'ne Ocak 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran tüm kadınlar oluşturdu.

Araştırma aynı evrende fakat farklı iki örneklem grubunda yapıldı. Birinci aşamada Prenatal Bağlanma Envanteri'nin (The Prenatal Attachment Inventory) ve Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (EAMDS)'nin (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) Türkçe dil geçerliği ve geçerlik güvenirliği yapıldı. Ölçek uyarlama çalışmalarında uyarlanacak ölçeğin madde sayısının 5-10 katı arasında vaka alınması önerilmektedir (Talbot 1995; Öner 1997). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin 21 maddeli, EAMDS'nin 20 maddeli olması göz önünde bulundurularak 210 gebe ile geçerlik güvenirlik çalışması yapıldı. Geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan gebelerin yaş ortalamasının $28,9 \pm 5,1$ (min:18, max:44) olduğu, ortalama $6,4 \pm 4,6$ yıllık evli olduğu, aylık gelirlerinin $1516,9 \pm 1039,9$ TL olduğu tespit edildi. Bu 210 gebenin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%84,4) 18-34 yaş arasında olduğu, yarıya yakınının (%48,1) ilköğretim mezunu olduğu, büyük bir kısmının çalışmadığı (%75,5), yarıdan fazlasının (%63,8) gelirini giderine denk olarak ifade ettiği ve çekirdek aileye (%86,7) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 3-1).

Tablo 3-1: Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n: 210)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
18-34 yaş	178	84,8
35 yaş ve üzeri	32	15,2
Eğitim Durumu		
İlköğretim	101	48,1
Lise	63	30,0
Üniversite	46	21,9
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	51	24,3
Çalışmıyor	159	75,7
Ekonomik Durum		
Gelirim giderimden az	67	31,9
Gelirim giderime denk	134	63,8
Gelirim giderimden fazla	9	4,3
Aile tipi		
Çekirdek aile	182	86,7
Geniş aile	28	13,3

Geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan gebelerin gebeliklerine ilişkin özellikleri incelendiğinde; yarıya yakın bir bölümünün üç ve üzerinde gebelik yaşadığı (%40,5) ve yaşayan çocuğu olmadığı (%48,1), büyük bir bölümünün isteyerek gebe kaldığı (%74,8) ve gebeliği sonlandırmayı düşünmediği (%93,3), yarıya yakın bir bölümünün (%41,9) 35-39. gebelik haftasında olduğu, yarısının önceki gebeliğinde gebelik kaybı yaşadığı yarısının ise yaşamadığı görüldü (Tablo3-2).

Tablo 3-2: Geçerlik-Güvenirlik Çalışmasına Katılan Gebelerin Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 210)

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
Bir gebelik (primigravida)	49	23,3
İki gebelik	76	36,2
Üç ve üzeri gebelik	85	40,5
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0 (kayıplar ve ilk gebelik)	101	48,1
1	79	37,6
2	26	12,4
3 ve üzeri	4	1,9
İstendik Gebelik Durumu		
Evet	157	74,8
Hayır	53	25,2
Gebeliği Sonlandırmayı Düşünme		
Evet	14	6,7
Hayır	196	93,3
Şu Anki Gebelik Haftası		
20-24 hafta	20	9,5
25-29 hafta	24	11,4
30-34 hafta	65	31,0
35-39 hafta	88	41,9
40 ve üzeri	13	6,2
Daha Önce Gebelik Kaybı Yaşama Durumu		
Evet	105	50,0
Hayır	105	50,0
Gebelik Kaybı Sayısı (n:105)		
1 kayıp	60	57,1
2 kayıp	22	21,0
3 ve üzeri kayıp	23	21,9
Kayıp Gebeliği Sonlandırma Yöntemi (n: 105)		
Kürtaj	67	63,8
Normal doğum	29	27,6
Sezaryen doğum	9	8,6
Düşük Haftası (ort±SS) n: 88	(min-max: 4-20) 8,45	2,73
Ölü Doğumun Olduğu Gebelik Haftası (ort±SS) (n: 19)	(min-max: 22-40) 30,84	5,93
Neonatal Ölümün Gerçekleştiği Gün (ort±SS) (n: 19)	(min-max: 1-30) 8,79	9,74

Araştırmanın ikinci aşamasında; örneklem, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması için örneklem grubunu oluşturan kadınların dışında (210 kadın) oluşturuldu. İkinci aşamada örneklem büyüklüğünü saptamada evreni belli olan örneklem seçimi formülü kullanıldı. Bu amaçla 1 Ocak 2008-30 Aralık 2008 tarihleri arasında polikliniğe

başvuran gebeler sayıldı, tekrar eden kayıtlar çıkarıldıktan sonra 1250 gebenin perinatoloji polikliniğine başvurduğu tespit edildi. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre düşük oranı %10 olarak bildirildi (TNSA 2003).

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

n : Örneklem alınacak birey sayısı

N : Evrendeki birey sayısı (1250)

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı (0.1)

q : İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (1-p = 0.9)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri (0.05)

$$n = \frac{1250 \times (1.96)^2 \times 0.1 \times 0.9}{(0.05)^2 \times 1249 + (1.96)^2 \times 0.1 \times 0.9} = 128$$

Yüzde 95 güven aralığı ve $\pm$ %5 sapma ile örneklem alınacak kişi sayısı 128 olarak hesaplanmıştır. Örneklem alınacak kadınların seçiminde olasılıksız örneklem yöntemi kullanıldı.

Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşamamış olan grubun örneklemine; 20 gebelik haftasının üzerinde, sağlıklı bir fetüse sahip, 18 yaş ve üzerinde, iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, gebe kalmak için infertilite tedavisi görmemiş olan, kronik bir hastalığı, gestasyonel diyabeti, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmayan, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniği'ne Ocak 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran ve çalışma hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden 214 gebe dahil edildi. Gebeliği boyunca her ay kontrole gelen gebeden bir kez veri toplandı.

Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşamış olan grubun örnekleme; daha önce en az bir prenatal gebelik kaybı veya neonatal dönemde bebek kaybı yaşamış, çalışmaya alındığı anda 20 gebelik haftasının üzerinde, sağlıklı bir fetüse sahip, 18 yaş ve üzerinde, iletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmayan, gebe kalmak için infertilite tedavisi görmemiş olan, kronik bir hastalığı, gestasyonel diyabeti, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmayan, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Perinatoloji Polikliniği'ne Ocak 2009-Ekim 2009 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 128 gebe dahil edildi. Gebeliği boyunca her ay veya daha sık kontrole gelen gebeden bir kez veri toplandı.

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Gebeler araştırmaya katılmaları için davet edilirken Gönüllü Olur Formu'ndaki bilgiler okundu ve onamları alındı (Ek-1). İlk 54 gebeye tekrar test uygulandı ve bu gebelerin ad soyad ve telefon bilgileri alındı çalışmaya dahil olan diğer gebelerin ankete rahat yanıt verebilmeleri için kimlik bilgileri alınmadı.

Verilerin toplanmasında Gebe Tanıtım Formu, Prenatal Bağlanma Envanteri, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kullanıldı.

3.6.1. Gebe Tanıtım Formu

Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form demografik özellikler (yaş, eşin önceki evliliklerinden çocuğunun olması, evlilik süresi, aile tipi, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık geliri), obstetrik özellikler (gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebe kaldığını öğrendiğinde neler hissettiği, gebeliği isteme durumu, gebeliği sonlandırma isteği, daha önce gebelik kaybı veya neonatal kayıp yaşama durumu, kayıp sebebi, kayıp haftası/ayı, gebeliğin sonlandırılma yöntemi), şu anki gebelik özellikleri (gebelik haftası, gebeliğin planlanması, yakın çevresine gebeliği söyleme zamanı, gebelik hakkındaki hisleri, rutin testler haricinde test yaptırma isteği, doktora telefon açma/danışma isteği, doktoru ayda bir kezden daha sık görme isteği) olmak üzere üç bölüm ve 27 sorudan oluşmaktadır (Ek-2).

3.6.2. Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory)

“Prenatal Baęlanma Envanteri” (The Prenatal Attachment Inventory) 1990 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları dūřünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dōrtlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1= Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4=Her zaman şeklinde puanlanmaktadır (Ek-3). Ölçeęin bu çalışmada kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren araştırmacı Mary Muller’den izin alındı (Ek-6).

Tablo 3-3: Prenatal Bağlanma Envanteri Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 210)

Maddeler	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama	Std. Sapma
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	1	4	3,40	,90
2.Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	1	4	2,91	1,13
3.Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	1	4	3,67	,61
4.Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	1	4	2,91	1,16
5.Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	1	4	2,89	1,11
6.Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	1	4	3,14	1,00
7.Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	1	4	2,88	1,17
8.Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	1	4	2,78	1,06
9.Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	1	4	2,88	1,06
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	1	4	2,35	1,14
11.Bebeğimi hareket ettirebilirim.	1	4	2,17	1,09
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırım ya da yaparım.	1	4	2,73	1,06
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	1	4	3,70	,59
14.Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	1	4	3,05	1,05
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	1	4	2,60	1,20
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	1	4	2,13	,95
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	1	4	2,61	1,08
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	1	4	3,25	,90
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	1	4	1,86	1,00
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	1	4	3,29	,96
21.Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	1	4	3,42	,90

Prenatal Bağlanma Envanterinin Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizinin Yapılması

Ölçeğin içerik ve kapsam geçerliğini (Content Validity) değerlendirmek üzere ölçeğin İngilizce orijinal formu (The Prenatal Attachment Inventory) bir Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, araştırmacı ve bir İngilizce okutmanı

tarafından Türkçe'ye çevrildi. Araştırmacı bu üç kişi tarafından çevirisi yapılmış ölçeği inceleyerek ortak bir Türkçe metin oluşturdu. Oluşturulan metnin Türkçe'ye uygunluğu ve anlaşılabilirliği bir edebiyat öğretmeni tarafından değerlendirildi. Daha sonraki aşamada ana dili Türkçe olan ölçek ve çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak ölçeğin orijinal formunu görmeyen, yurt dışında doktora eğitimi almış ve yaşamış bir öğretim üyesi ve yurt dışında yaşamakta ve eğitim almakta olan iki kişi tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. İngilizce'ye geri çevirisi yapılan ölçek bir öğretim üyesi tarafından tekrar Türkçe'ye çevrildi. Orijinal ölçeğe göre anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirilerek ölçeğe son hali verildi. Önerilen değişikliklere göre kültüre uygunluk, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için Kadın Sağlığı ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği'nde görev yapmakta olan altı öğretim üyesi, Psikiyatri Hemşireliği'nde görev yapmakta olan iki öğretim üyesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında görev yapmakta olan iki öğretim üyesinin görüşü alındı ve gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ (Content Validity Index-CVI) kullanıldı. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan:uygun değil, 2 puan:biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan:uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan:çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istendi.

Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre her madde için 10 uzman görüşünün yüzde kaçından 3 veya 4 puan aldığı hesaplandı (Madde KGİ puanı). Tüm ölçekteki maddelerin KGİ puanlarının ortalaması ise tüm ölçek için KGİ puanını vermektedir. Toplam ölçekte maddelerinin %98'inin 3-4 puan aldığı bulundu.

Ölçeğin düzenlenmiş son halinin anlaşılabilirliği 20 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak değerlendirildi ve gerekli düzeltmeler yapıldı.

Prenatal Bağlanma Envanterinin Madde Analizinin Yapılması

Bir ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise o maddenin ölçülmek istenen nitelik ile ilişkisi o derece yüksektir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenilirliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte, korelasyonların negatif olmaması ve hatta ,25 veya ,30'un üzerinde ve ,70'den

küçük olması önerilmektedir (Talbot 1995; Gözüm ve Aksayan 2002; Akgül ve Çevik 2005; Öner 2007). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin madde toplam puan korelasyonları Tablo 3-4'de verilmiştir.

Tablo 3-4: Prenatal Bağlanma Envanterinin Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n=210)

Maddeler	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	,40	,000
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	,57	,000
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	,40	,000
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	,38	,000
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	,55	,000
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	,49	,000
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	,64	,000
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	,57	,000
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	,54	,000
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	,48	,000
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	,47	,000
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırsam ya da yaparım.	,38	,000
13. Bebeğimi sevdiğimi hissederim.	,46	,000
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	,68	,000
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	,53	,000
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	,36	,000
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	,36	,000
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	,58	,000
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	,49	,000
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	,49	,000
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	,58	,000

Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Türkçeye uyarlanması Türkçe formunun güvenirlik çalışması için maddelerinin madde-toplam puan korelasyonlarına

bakıldığında, korelasyon güvenirlik katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) $r=,36$ ile $,68$ arasında olduğu, madde puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-4). Korelasyon güvenirlik katsayıları $,30$ 'un üzerinde ve $,70$ 'in altındadır.

Prenatal Bağlanma Envanteri'nin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Prenatal Bağlanma Envanteri'nin iç tutarlılığını değerlendirmek için likert tipi ölçeklere uygun bir yöntem olan Cronbach alfa tekniği kullanıldı. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısı ölçekte yer alan soruların homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır (Akgül ve Çevik 2005). Türkçeye uyarlanan Prenatal Bağlanma Envanteri'nin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=,84$ olarak bulundu. Tespit edilen bu değerle ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğu görülmektedir.

Prenatal Bağlanma Envanteri'nin Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları

Test-tekrar test güvenirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Test-tekrar test güvenirliğini bulabilmek için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenirlik katsayısını verir. Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliğin bulunmasında genellikle “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği” kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı (r) “0” ile “1” arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçmelerin kararlılığını ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığını gösterir (Karasar 1995). Prenatal Bağlanma Envanteri'nin 54 kişi ile üç hafta arayla yapılan test-tekrar test ölçümleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ve t-testi ile değerlendirildi.

Tablo 3-5: Prenatal Bağlanma Envanterinin Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n: 54)

Ölçek	İlk Uygulama Ort±SS	İkinci Uygulama Ort±SS	t	p	r	P
PBE	60,07 ± 9,69	61,72 ± 10,72	1,900	,063	,81	,000

Prenatal Bağlanma Envanterinin (PBE) zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için yapılan güvenilirlik analizinde test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 3-5).

Prenatal Bağlanma Envanterinin güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; 3 hafta ara ile yapılan iki ölçüm puanları arasındaki güvenilirlik katsayısı $r = ,81$ olarak, pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 3-5).

3.6.3. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale)

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası kısa, genel popülasyona ve özel gruplara uygulanabilen, depresif semptomları ölçmek üzere tasarlanmış bir ölçektir. Genel depresyon tarama aracı olarak sıklıkla kullanılmıştır. Ölçeğin maddeleri depresyonla ilgili semptomlardan oluşmaktadır. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın amacı mevcut depresif semptomların düzeyini etkileyen bileşenler ve deprese olmuş ruh halini göz önünde bulundurarak ölçüm yapmaktır. Ölçek depresyon ve diğer değişkenlerin ilişkisini alt gruplarda değerlendirme özelliğine sahiptir (Radloff 1977). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası 20 maddeden oluşmakta, her bir madde 0-3 puan alabilmekte 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters puanlanmaktadır. Toplam puan 0-60 arasında değişebilmekte 16 ve üzeri puan depresyon olasılığını düşündürmektedir. Ölçek geçen bir haftayı sorgulamakta ve 0= Nadiren ya da hiç (haftada 1 gün ya da daha az), 1= Ara-sıra (haftada 1-2 gün), 2= Sıklıkla (haftada 3-4 gün), 3= Çoğu zaman ya da her zaman (haftada 5-7 gün) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek yurtdışında çok farklı çalışmalarda kullanılmış, pek çok ülkede geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Verdier-Taillefer 2001; Boisvert 2003; Wada 2007; Stahl D 2008). Perinatal kayıp yaşayan

kadınların depresyon düzeyini belirlemek amacıyla da sıklıkla kullanılmıştır. Fakat ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmamıştır (Ek-4). Ölçeğin çalışmamızda kullanılabilmesi için NIMH (National Institute of Mental Health)'den izin alındı (Ek-7). Geçerlik güvenirlik çalışması kapsamında ölçeğin maddelerinin tanımlayıcı istatistikleri Tablo 3-6'da verildi.

Tablo 3-6: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Maddelerinin Tanımlayıcı İstatistikleri (n= 210)

Maddeler	Min. Puan	Max. Puan	Ort	Std. Sapma
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.	0	3	,93	,98
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.	0	3	,70	1,03
3.Ailemin desteğine rağmen, hüznü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.	0	3	,91	1,01
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.	0	3	1,23	1,11
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.	0	3	,72	,94
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.	0	3	,80	1,04
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.	0	3	1,74	1,09
8.Gelecek hakkında umut doluydum.	0	3	1,12	1,06
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.	0	3	,33	,69
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.	0	3	,79	,95
11.Uykum huzursuzdu.	0	3	1,29	1,13
12.Mutluydum.	0	3	,75	,99
13.Her zamankinden daha az konuştum.	0	3	,69	,89
14.Kendimi yalnız hissettim.	0	3	,80	1,05
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.	0	3	,82	1,07
16.Yaşamdan zevk aldım.	0	3	,95	1,02
17.Ağlama nöbetlerim oldu.	0	3	,98	1,00
18.Kendimi üzgün hissettim.	0	3	1,07	,90
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	0	3	,36	,71
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.	0	3	,78	,98

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Dil Eşdeğerliği, İçerik ve Kapsam Geçerliği Analizinin Yapılması

Ölçeğin içerik ve kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere ölçeğin İngilizce orijinal formu (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) bir Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi, araştırmacı ve bir İngilizce okutmanı tarafından Türkçe'ye çevrildi. Araştırmacı bu üç kişi tarafından çevirisi yapılmış ölçeği inceleyerek ortak bir Türkçe metin oluşturdu. Oluşturulan metnin Türkçe'ye uygunluğu

ve anlaşılabilirliği bir edebiyat öğretmeni tarafından değerlendirildi. Daha sonraki aşamada ana dili Türkçe olan ölçek ve çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilen ancak ölçeğin orijinal formunu görmeyen, yurt dışında doktora eğitimi almış ve yaşamış bir öğretim üyesi ve yurt dışında yaşamakta ve eğitim almakta olan iki kişi tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. İngilizce'ye geri çevirisi yapılan ölçek bir öğretim üyesi tarafından tekrar Türkçe'ye çevrildi. Orijinal ölçeğe göre anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirilerek ölçeğe son hali verildi. Önerilen değişikliklere göre kültüre uygunluk, dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için Kadın Sağlığı ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği'nde görev yapmakta olan altı öğretim üyesi, Psikiyatri Hemşireliği'nde görev yapmakta olan iki öğretim üyesi ve Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında görev yapmakta olan iki öğretim üyesinin görüşü alındı ve gelen öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi için Kapsam Geçerlik İndeksi-KGİ (Content Validity Index-CVI) kullanıldı. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan:uygun değil, 2 puan:biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan:uygun ancak ufak değişiklikler gerekli, 4 puan:çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istendi.

Ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi puanı hesaplanırken uzman görüşlerine göre her madde için 10 uzman görüşünün yüzde kaçından 3 veya 4 puan aldığı hesaplandı (Madde KGİ puanı). Tüm ölçekteki maddelerin KGİ puanlarının ortalaması ise tüm ölçek için KGİ puanını vermektedir. Toplam ölçekteki maddelerin tamamının 3-4 puan aldığı bulundu.

Ölçeğin düzenlenmiş son halinin anlaşılabilirliği 20 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılarak değerlendirildi ve gerekli düzeltmeler yapıldı.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Madde Analizinin Yapılması

Madde toplam puan korelasyon katsayısının korelasyonların negatif olmaması ,25 veya ,30'un üzerinde ve ,70'den küçük olması önerilmektedir (Talbot 1995; Gözüm ve Aksayan 2002; Akgül ve Çevik 2005; Öner 2007). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın madde toplam puan korelasyonları Tablo 3-7'de verildi.

Tablo 3-7: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Madde-Toplam Puan Korelasyonları (n: 210)

Ölçek Maddeleri	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.	,46	,000
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.	,47	,000
3.Ailemin desteğine rağmen, hüznü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.	,68	,000
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.	,48	,000
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.	,44	,000
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.	,67	,000
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.	,39	,000
8.Gelecek hakkında umut doluydum.	,44	,000
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.	,54	,000
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.	,54	,000
11.Uykum huzursuzdu.	,55	,000
12.Mutluydum.	,40	,000
13.Her zamankinden daha az konuştum.	,44	,000
14.Kendimi yalnız hissettim.	,65	,000
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.	,55	,000
16.Yaşamdan zevk aldım.	,46	,000
17.Ağlama nöbetlerim oldu.	,56	,000
18.Kendimi üzgün hissettim.	,69	,000
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	,58	,000
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.	,40	,000

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Türkçeye uyarlanmasında güvenirlik çalışması için maddelerinin madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenirlik katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu) $r = ,39$ ile $,69$ arasında olduğu, madde puanları ile toplam ölçek puanları arasındaki ilişkinin pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-7).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Yapı Geçerliği Analizinin Yapılması

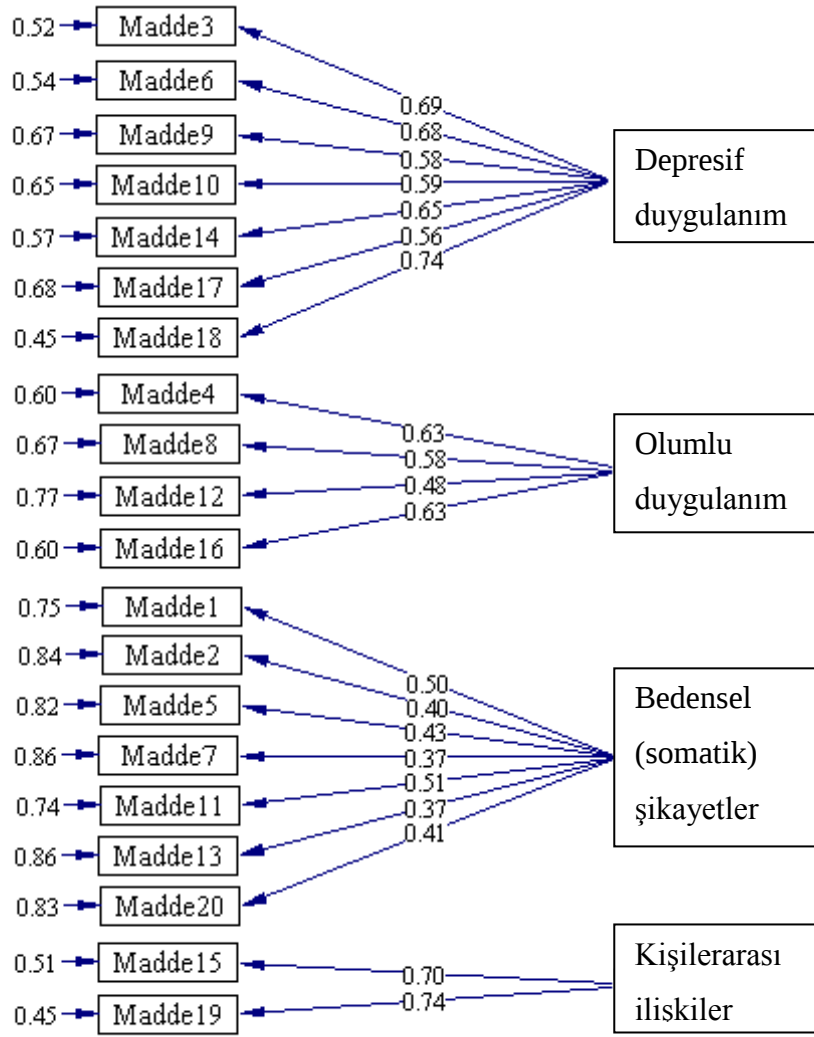
Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın yapı geçerliğinin değerlendirilmesinde doğrulayıcı faktör analizi kullanıldı. Doğrulayıcı faktör analizinde

uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekir. Uyum istatistiği değerleri olarak adlandırılan değerler;

Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir. Ancak uygulamada genelde anlamlı çıktığı görülür. Çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünür. Çıkan değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Harrington 2009).

Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), Standardized Root-Mean-Square Residual (SRMR), Comparative Fit Index (CFI), Non-Normed Fit Index (NNFI), Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)'dir (Harrington 2009). Doğrulayıcı faktör analizinde; ki-kare değeri, RMSEA, SRMR'nin mutlaka verilmesi gereklidir. Ayrıca CFI, NNFI, AGFI sık verilenler arasındadır. RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'ten küçük olması SRMR'nin 0,10'dan küçük olması, CFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0,80'e eşit ya da üstünde olması uyumun olduğunu gösterir (Harrington 2009).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasının Türkçeye uyarlanması çalışmasında yapı geçerliği için faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapıldı. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri Ki-kare= 280.28 ($p = ,000$), Serbestlik Derecesi= 164, RMSEA = ,058 ($p<,05$) SRMR= ,059, CFI = ,95, NNFI= ,94, GFI=,88, AGFI = ,85 olarak bulundu. Tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri ,32 - ,74 arasında bulundu (Şekil 1).



Chi-Square=280.28, df=164, P-value=0.00000, RMSEA=0.058

Şekil 1: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalasının Doğrulayıcı Faktör Analizi

Tablo 3-8: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası Alt Boyutlarının Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (n: 210)

Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	p
Depresif Duygulanım		
3.Ailemin desteğine rağmen, hüzünlü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.	,74	,000
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.	,74	,000
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.	,57	,000
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.	,64	,000
14.Kendimi yalnız hissettim.	,71	,000
17.Ağlama nöbetlerim oldu.	,64	,000
18.Kendimi üzgün hissettim.	,78	,000
Olumlu Duygulanım		
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.	,74	,000
8.Gelecek hakkında umut doluydum.	,70	,000
12.Mutluydum.	,74	,000
16.Yaşamdan zevk aldım.	,75	,000
Bedensel (Somatik) Şikayetler		
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.	,51	,000
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.	,61	,000
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.	,53	,000
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.	,52	,000
11.Uykum huzursuzdu.	,64	,000
13.Her zamankinden daha az konuştum.	,49	,000
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.	,49	,000
Kişilerarası İlişkiler		
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.	,91	,000
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.	,79	,000

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın alt boyutlarının güvenilirlik çalışması için alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonlarına bakıldığında, korelasyon güvenilirlik katsayılarının (Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu); Depresif duygulanım boyutunda $r = ,57$ ile $,78$, Pozitif duygulanım boyutunda $r = ,70$ ile $,75$, Bedensel (somatik) şikayetler boyutunda $r = ,49$ ile $,64$, kişilerarası ilişkiler boyutunda ise $r = ,79$ ile $,91$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı (Tablo 3-8).

Tablo 3-9: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Alt Boyutlarının Toplam Ölçekle Korelasyonları (n: 210)

Ölçeğin alt grupları	Madde numaraları	Alt Boyut-Toplam Ölçek Korelasyon Katsayısı	
		r	P
Depresif Duygulanım	3, 6, 9, 10, 14, 17, 18	,90	,000
Olumlu Duygulanım	4, 8, 12, 16	,61	,000
Bedensel Şikayetler	1, 2, 5, 7, 11, 13, 20	,83	,000
Kişilerarası İlişkiler	15, 19	,65	,000

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları incelendiğinde $r = ,61$ ile $,90$ arasında, pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 3-9).

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayısı

Ölçeklerin güvenirliğini sınamak için kullanılan Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı $,40$ 'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, $,40$ -, $,59$ arası düşük güvenirlikte, $,60$ -, $,79$ arası oldukça güvenilir, $,80$ -, $1,00$ arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül ve Çevik 2005). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın ve alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-10'da verilmiştir.

Tablo 3-10: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı (n: 210)

Ölçek ve Alt boyutları		α
EAMDS (Toplam Ölçek)		,85
Alt Boyutlar	Depresif duygulanım	,82
	Olumlu duygulanım	,71
	Bedensel şikayetler	,60
	Kişilerarası ilişkiler	,60

Türkçeye uyarlanan Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için $,85$ olarak bulundu. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın alt boyutlarının Cronbach

Alfa güvenilirlik katsayıları ise ,60 ile ,82 arasında bulundu (Tablo 3-10). Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın yüksek derecede güvenilir, alt boyutlarının ise oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları

Test-tekrar test güvenilirliği bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme, zaman göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası'nın 54 kişi ile 3 hafta arayla yapılan test-tekrar test ölçümleri Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirildi.

Tablo 3-11: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve Alt Boyutlarının Test ve Tekrar Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ve Korelasyonları (n: 54)

Ölçek ve Alt Boyutları	İlk Uygulama Ort±SS	İkinci Uygulama Ort±SS	t/z	p	r	p
EAMDÖS (Toplam)	15,35 ± 8,14	15,85 ± 8,59	,630	,531	,76	,000
1.Depresif duygulanım	4,91 ± 3,66	4,56 ± 3,41	,968	,338	,72	,000
2. Olumlu duygulanım	3,24 ± 2,63	3,93 ± 2,63	1,867	,067	,47	,000
3. Bedensel şikayetler	6,37 ± 3,40	6,52 ± 4,06	,299	,766	,54	,000
4. Kişilerarası ilişkiler	,85 ± 1,22	,85 ± 1,04	,286*	,775	,63**	,000

* Veriler normal dağılımdan uzak olduğu için Wilcoxon testi yapıldı.

** Veriler normal dağılımdan uzak olduğu için Sperman korelasyon analizi yapıldı.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve alt boyutlarının zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için güvenilirlik analizi olarak gebelerin test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları bağımlı gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3-11). Ölçüm ortalamalarının arasında anlamlı farkın olmaması ölçeğin belli aralıklarla yapılan ölçümlerde benzer değeri ölçtüğünü, ölçümler arası tutarlılığın olduğunu gösterir.

Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve alt boyutlarının güvenilirlik analizi olarak ilk ve ikinci uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde; üç hafta ara ile yapılan ölçek ve dört alt boyutunun iki ölçüm puanları arasındaki güvenilirlik katsayısı ,47 ile ,76 arasında, pozitif

yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 3-11). Korelasyon katsayılarının yüksek olması ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılığın gücünü göstermektedir.

3.6.4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiş olan “Ways of Coping Inventory” (Başa Çıkma Yolları Envanteri), stresle başa çıkma konusunun incelendiği araştırmalarda sıklıkla kullanılan, duruma yönelik ve 66 maddelik, 4’lü likert tipi bir ölçektir. Türkiye’de Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencilerine uyarlaması yapılan yeni adıyla “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” 30 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddeye verilebilecek tepkiler, bana hiç uygun değil (%0); bana uygun değil (%30); bana uygun (%70); bana çok uygun (%100) biçiminde dağılım göstermektedir. Ölçekte yer alan 1 ve 9. maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek; Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde), İyimser Yaklaşım (5 Madde), Çaresiz Yaklaşım (8 Madde), Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde), Sosyal Desteğe Başvurma (4 Madde) olmak üzere toplam beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar birbirinden bağımsız ve ayrı ayrı puanlanabilmektedir. Her bir alt boyuttan alınan puan madde sayısına bölünerek alt grup puanları elde edilmektedir. Alt boyutlardan alınan yüksek puan bireyin söz konusu yaklaşımı daha çok kullandığını göstermektedir (Ek-5).

Ölçeğin faktör analizi, ölçüt bağıntılı ve karşıt grup karşılaştırmaları ile geçerlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekte yer alan alt boyutlardan, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım ile depresyon, kaygı, yalnızlık, strese yatkınlık ve A-tipi kişilik gibi psikolojik özellikler arasında negatif anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ancak çaresiz ve boyun eğici yaklaşım ile pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Yine karşıt grup karşılaştırmalarında, kendine güvenli ve iyimser yaklaşımı sorunsuz-rahat bireylerin, kronik olarak stresli olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla kullandıkları bildirilmiştir. Ölçeğin güvenirlik bulguları, kendine güvenli yaklaşım $\alpha = ,62$ ile $,80$, iyimser yaklaşım $,49$ ile $,68$, çaresizlik $,64$ ile $,73$, boyun eğici yaklaşım $,47$ ile $,72$, sosyal desteğe başvurma $,45$ ile $,47$ arasında tespit edilmiştir (Şahin ve Durak 1995). Bizim çalışmamızda ölçek alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-12’de gösterildi.

Tablo 3-12: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n: 210)

Ölçek Boyutları	Madde No	α
1.Kendine Güvenli Yaklaşım	8, 10, 14, 16, 20, 23, 26	,68
2. İyimser Yaklaşım	2, 4, 6, 12, 18	,51
3. Sosyal Destek Arama	1, 9, 29, 30	,40
4. Çaresiz Yaklaşım	3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28	,68
5. Boyun Eğici Yaklaşım	5, 13, 15, 17, 21, 24	,62

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları $\alpha = ,40$ ile $,68$ arasında bulundu (Tablo 3-12).

3.6.5. Verilerin Analizi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler;

Geçerlilik için;

Yüzeysel Geçerlilik (uzman görüşü)

- Aritmetik ortalama
- Kapsam Geçerlilik İndeksi

Güvenirlik için;

Madde analizi

- Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi

Test-retest analizi

- Pearson korelasyon analizi,
- Bağımlı gruplarda t testi

Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı

- Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı

Ölçeğin yapı geçerliliği

- Doğrulayıcı faktör analizi

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması ve kayıp yaşama durumlarına ilişkin verilerin analizinde

- Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t-testi, ki-kare analizi, Yates Düzeltmeli Ki-kare analizi, Fisher kesin ki-kare testi

Kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin stresle başa çıkma tarzları, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve alt boyutları ve prenatal bağlanma puan ortalamalarının karşılaştırılmasında

- Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi

Gebe kadınların başa çıkma tarzlarının depresyon puanı üzerine etkisini ve gebe kadınların başa çıkma tarzları ve depresyon puanının prenatal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla

- Çoklu regresyon analizi

3.6.6. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Perinatoloji Kliniği'ne başvuran gebeler ile yapıldığı için tüm gebelere genellenemez. Ayrıca çalışmanın kesitsel olarak yapılması, babaların çalışma kapsamına alınarak duygu durumlarının ve bağlanma düzeylerinin değerlendirilmemiş olması çalışmanın sınırlılıklarındandır.

4. BULGULAR

Daha önceki gebeliğinde perinatal veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebelerin daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini ve kayıp yaşamayan gebeler ile aralarında stresle başa çıkma tarzları, depresyon düzeyleri ve bebeklerine bağlanmaları bakımından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları 2 bölümde ele alınmıştır.

- Bölüm I: Gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve kayıp yaşama durumlarına ilişkin bulgular,

- Bölüm II: Gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresyon durumları ve prenatal bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular,

Bölüm I: Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Kayıp Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve kayıp yaşama durumlarına ilişkin bulgular verilecektir.

Tablo 4-1: Kayıp Yaşamayan ve Yaşayan Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Kayıp Yaşamayan (n:214)		Kayıp Yaşayan (n: 128)		t	p
	Ortalama±SS		Ortalama±SS			
Evlilik Süresi	5,04 ± 4,22		7,73 ± 4,77		5,434	,000
Aylık gelir miktarı	1549,16 ± 1181,60		1362,27 ± 876,32		1,552	,122
	Sayı	%	Sayı	%	χ ²	p
Yaş Grupları						
18-35 yaş	191	89,3	106	82,8	2,371*	,124
36 yaş ve üzeri	23	10,7	22	17,2		
Eğitim Durumu						
Okuryazar	3	1,4	3	2,3	6,760	,080
İlköğretim	95	44,4	73	57,7		
Lise	65	30,4	33	25,8		
Üniversite	51	23,8	19	14,8		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	55	25,7	22	17,2	2,857*	,091
Çalışmıyor	159	74,3	106	82,8		
Ekonomik Durum						
Gelirim giderimden az	73	34,1	40	31,3	,642	,726
Gelirim giderime denk	132	61,7	84	65,6		
Gelirim giderimden fazla	9	4,2	4	3,1		
Aile tipi						
Çekirdek aile	175	81,8	107	83,6	,079*	,779
Geniş aile	39	18,2	21	16,4		
Eşin Önceki Evliliklerden Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Evet	5	2,3	4	3,1		,733**
Hayır	209	97,7	124	96,9		

* Gözlerde 25'den küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

** Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare testi yapılmıştır.

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların evlilik süresi ve aylık gelir miktarları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların evlilik süresi ortalamaları arasında anlamlı fark bulundu ($p \leq ,001$). Grupların aylık gelir miktarı ortalaması arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > ,05$, Tablo 4-1). Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum, aile tipi ve eşin önceki evliliklerinden çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Kayıp Yaşamayan ve Yaşayan Kadınların Gebeliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Kayıp Yaşamayan		Kayıp Yaşayan		χ^2	p
	(n: 214) Sayı	%	(n: 128) Sayı	%		
Gebelik Sayısı						
1 gebelik	116	54,2				
2 gebelik	71	33,2	38	29,7	147,623	,000
3 ve üzeri gebelik	27	12,6	90	70,3		
Şu Anki Gebelik Haftası						
20-24 hafta	21	9,8	10	7,8	1,967	,742
25-29 hafta	22	10,3	15	11,7		
30-34 hafta	61	28,5	43	33,6		
35-39 hafta	93	43,5	53	41,4		
40 ve üzeri	17	7,9	7	5,5		
Yaşayan Çocuk Sayısı						
Yok	114	53,3	61	47,7	2,064	,356
1	73	34,1	44	34,4		
2 ve üzeri	27	12,6	23	18,0		
Yaşayan Çocuk						
Yok	114	53,3	61	47,7	1,011	,315
Var	100	46,7	67	52,3		
Gebe Kalmayı İsteme						
Evet	161	75,2	98	76,6	,077	,781
Hayır	53	24,8	30	23,4		
Gebeliği sonlandırmayı düşünme						
Evet	15	7,0	10	7,8	,004*	,951
Hayır	199	93,0	118	92,2		
Gebe Kaldığını Öğrendiklerinde Hissettikleri Duygular						
Mutlu, sevinç	137	64,0	66	51,5	33,698	,000
Korku	-	-	11	8,6		
Üzüldüm	17	7,9	8	6,3		
Endişe, tedirgin oldum	7	3,3	11	8,6		
Şaşırdım	38	17,8	15	11,7		
Karmaşık duygular	5	2,3	11	8,6		
Heyecan	10	4,7	6	4,7		
Gebeliğinizi kaç haftalıkken etrafınıza söylediniz						
1-4 hafta	73	34,1	34	26,6	8,597	,072
5-8 hafta	110	51,4	64	50,0		
9-12 hafta	24	11,2	20	15,6		
13-16 hafta	3	1,4	8	6,3		
16 haftanın üzerinde	4	1,9	2	1,6		

Gebelik Hakkında Hissettikleri Duygular					
Doğum korkusu	37	17,3	14	10,9	
Tedirgin, endişeli	25	11,7	37	28,9	
Mutluluk	86	40,2	45	35,2	18,866 ,001
Endişeli ve mutlu	44	20,6	26	20,3	
Heyecan	22	10,3	6	4,7	
Normal Testler Haricinde Test Yaptırma İhtiyacı					
Evet	20	9,3	33	25,8	
Hayır	194	90,7	95	74,2	15,290* ,000
Doktoruna Telefon Açma İhtiyacı Hissetme					
Evet	38	17,8	52	40,6	
Hayır	176	82,2	76	59,4	21,600 ,000
Doktorunu Ayda Birden Sık Görme İhtiyacı					
Evet	34	15,9	55	43,0	
Hayır	180	84,1	73	57,0	30,512 ,000

*Gözlerde 5'den küçük beklenen sayı olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare testi yapılmıştır.

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların gebelik sayısına göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p > ,001$, Tablo 4-2).

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların gebelik haftası, yaşayan çocuk varlığı ve sayısı, isteyerek gebe kalma durumu, sonlandırmayı düşünme ve gebe olduklarını etraflarındaki bireylere söyleme zamanına göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-2).

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların **gebe kaldığını öğrendiklerinde hissettikleri duyguların** dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-2). Gruplara göre gebe kaldıklarında hangi duyguları hissedenlerin oranı arasında fark olduğunu belirlemek için yapılan ileri analizde satır ki-karesi en yüksek olan 1, 2 ve 6. satırlar sırasıyla analiz dışında bırakılarak yapılan analizde gruplar arasında fark olmadığı (χ^2 : 6,498, p : ,090), farkın mutlu olma/sevinç, korku ve karmaşık duygular yaşayan gruplardan kaynaklandığı belirlendi. Mutlu olma/sevinç yaşayanların oranı kayıp yaşamayanlarda anlamlı olarak daha yüksek iken, korku ve karmaşık duygular yaşayan gebelerin oranı kayıp yaşayan grupta daha yüksekti (Tablo 4-2).

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların **gebelikleri hakkında hissettikleri duygulara** göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak çok anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-2). Farkın hangi duygudan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde satır ki-karesi en yüksek olan tedirgin/endişeli olan grup (2. grup) analiz dışında bırakılarak yapılan analizde gruplar arasında fark olmadığı (χ^2 : 3,050, p : ,384), farkın bu gruptan kaynaklandığı belirlendi. Daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan grupta tedirgin/endişeli olanların oranı kayıp yaşamayanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların **rutin testler haricinde test yaptırma ihtiyacı, doktoruna telefon açma ihtiyacı hissetme ve doktorunu ayda birden sık görme ihtiyacına** göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,001$, Tablo 4-2). Her üç değişkene göre de kayıp yaşayan grupta evet diyenlerin oranının kayıp yaşamayan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 4-3: Daha Önce Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Kayıplarına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n: 128)

Özellikler	Sayı	%
Gebelik Kaybı Sayısı		
1 kayıp	74	57,8
2 kayıp	28	21,9
3 ve üzeri kayıp	26	20,3
Kayıp Gebeliği Sonlandırma Yöntemi (n: 128)		
Küretaj	77	60,2
Normal doğum	37	28,9
Sezaryen doğum	14	10,9
	Ortalama	Standart Sapma
Abortusun Gerçekleştiği Gebelik Haftası (n: 101)*	(min-max: 4-20) 8,43	2,65
Ölü Doğumun Olduğu Gebelik Haftası (ort±SS) (n: 25)*	(min-max: 22-40) 31,40	5,56
Neonatal Ölümün Gerçekleştiği Gün (ort±SS) (n: 26)*	(min-max: 1-30) 7,88	9,30

*Daha önce bir kadın birden çok kayıp yaşamış olabildiğinden n toplamı 128'in üzerindedir.

Daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıplarına ilişkin özellikleri incelendiğinde kadınların yaklaşık yarısının (%57,8) daha önce bir kez gebelik kaybı yaşadığı, %60,2'sinin gebeliğinin küretajla sonlandırıldığı, daha önceki gebeliği spontan abortus ile sonlanan kadınların gebelik haftası ortalamasının $8,43 \pm 2,65$ hafta, daha önceki gebeliği ölü doğum ile sonlanan kadınların gebelik haftası ortalamasının $31,40 \pm 5,56$ hafta, neonatal kayıp yaşayan kadınların bebeklerini kaybettikleri günün ortalamasının $7,88 \pm 9,30$ gün olduğu tespit edildi (Tablo 4-3).

Bölüm II: Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları, Depresyon Durumları ve Prenatal Bağlanma Düzeylerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular

Bölüm II’de gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresyon durumları ve prenatal bağlanma düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin bulgular verilecektir.

Tablo 4-4: Daha Önceki Gebeliklerinde Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Gebe Kadınların Stresle Başa Çıkma Tarzları, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Önceki Gebelikte Kayıp Yaşama Durumu	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası					Prenatal Bağlanma Envanteri
	Boyun Eğici Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	İyimser Yaklaşım	Sosyal Destek Arama	Depresif Duygulanım	Olumlu Duygulanım	Kişilerarası İlişkiler	Bedensel Şikayetler	EAMDS Toplam*	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Yaşayan (n: 128)	1,08 ± ,54	1,23 ± ,49	2,05 ± ,52	1,74 ± ,55	1,93 ± ,52	6,47 ± 4,91	4,54 ± 3,19	1,40 ± 1,59	7,24 ± 3,95	19,65 ± 10,54	60,00 ± 10,43
Yaşamayan (n: 214)	,99 ± ,54	1,15 ± ,54	2,04 ± ,51	1,80 ± ,54	1,96 ± ,59	5,24 ± 4,24	3,74 ± 2,83	1,07 ± 1,42	6,37 ± 3,63	16,42 ± 9,24	61,14 ± 9,93
Test Değeri (t)	1,476	1,475	,162	1,040	,519	2,357	2,341	2,002	2,070	2,968	1,008
p Değeri Sd: 340	,141	,141	,871	,299	,604	,019	,020	,046	,039	,003	,314

Daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebe kadınların stresle başa çıkma tarzları, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve alt boyutları ve prenatal bağlanma puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında;

- Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>,05$, Tablo 4-4).
- Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası ve dört alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (Dört alt boyut için $p<,05$, depresyon toplam puanı için $p<,01$). Daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan gebelerin depresyon toplam ölçek ve dört alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları daha önce kayıp yaşamayan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu (Tablo 4-4).
- Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebe kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>,05$, Tablo 4-4).

Tablo 4-5: Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası					Prenatal Bağlanma Envanteri
	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Depresif duygulanım	Olumlu duygulanım	Kişilerarası ilişkiler	Bedensel şikayetler	EAMDS Toplam	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Yaş											
18-34 yaş (n: 293)	1,02 $\pm$,54	1,19 $\pm$,52	2,04 $\pm$,51	1,79 $\pm$,54	1,95 $\pm$,57	5,76 $\pm$ 4,44	4,05 $\pm$ 2,93	1,17 $\pm$ 1,50	6,84 $\pm$ 3,71	17,82 $\pm$ 9,54	61,25 $\pm$ 9,94
35 ve üzeri (n: 49)	1,05 $\pm$,55	1,09 $\pm$,51	2,07 $\pm$,54	1,70 $\pm$,59	1,94 $\pm$,57	5,35 $\pm$ 5,12	3,96 $\pm$ 3,36	1,29 $\pm$ 1,50	5,86 $\pm$ 4,09	16,45 $\pm$ 11,62	57,49 $\pm$ 10,66
Test Değeri (t)	,282	1,317	,454	1,144	,085	,586	,199	,483	1,692	,902	2,426
p Değeri	,778	,189	,650	,253	,932	,558	,842	,629	,092	,367	,016
Sd: 340**											
Eğitim Durumu											
İlköğretim ^a (n: 174)	1,11 $\pm$,54	1,26 $\pm$,51	2,00 $\pm$,51	1,77 $\pm$,52	1,82 $\pm$,57	6,40 $\pm$ 4,63	4,07 $\pm$ 3,22	1,51 $\pm$ 1,64	7,21 $\pm$ 3,84	19,19 $\pm$ 9,88	58,95 $\pm$ 10,52
Lise ^b (n: 98)	1,02 $\pm$,51	1,19 $\pm$,52	2,08 $\pm$,51	1,80 $\pm$,58	2,01 $\pm$,50	5,68 $\pm$ 4,49	4,31 $\pm$ 2,67	1,04 $\pm$ 1,32	6,51 $\pm$ 3,56	17,54 $\pm$ 9,35	61,98 $\pm$ 9,17
Üniversite ^c (n: 70)	,85 $\pm$,56	,96 $\pm$,52	2,08 $\pm$,51	1,77 $\pm$,55	2,19 $\pm$,56	3,97 $\pm$ 3,90	3,59 $\pm$ 2,79	,61 $\pm$ 1,09	5,69 $\pm$ 3,72	13,86 $\pm$ 9,60	63,33 $\pm$ 9,65
Test Değeri (F)	5,685	8,768	1,027	,137	12,195	7,444	1,206	10,060	4,343	7,590	5,917
p Değeri	,004	,000	,359	,872	,000	,001	,301	,000	,014	,001	,003
Sd: gruplararası:2											
Grup içi:339											
,toplam:341											
Anlamlı fark	a>c	a,b>c			a<b,c	a,b>c		a>b,c	a>c	a,b>c	a<b,c

Gebe kadınların **yaş gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **yaş gruplarına göre depresyon toplam puanı ve depresyon skalasının dört alt boyut** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **yaş gruplarına göre prenatal bağlanma envanteri** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($t: 2,426$, $p: ,016$, Tablo 4-5). 18-34 yaş grubundaki gebe kadınların prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları 35 yaş ve üzerinde olan kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksekti.

Gebe kadınların **eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), boyun eğici yaklaşım ($t:5,685$, $p: ,004$), çaresiz yaklaşım ($t:8,768$, $p: ,000$) ve sosyal destek arama ($t:12,195$, $p: ,000$) boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı (Tablo 4-5). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak yapılan Tukey analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldı. Sonuç olarak:

- Boyun eğici yaklaşım boyutunda okuryazar/ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p: ,002$), diğer ikili gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$),
- Çaresiz yaklaşım boyutunda hem ilköğretim mezunu olan grubun ($p: ,000$) hem de lise mezunu olan grubun ($p: ,011$) puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, ilköğretim mezunu ve lise mezunu olan grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p: ,531$),

- Sosyal destek arama boyutunda ise ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının hem lise mezunu olan ($p: ,020$) hem de üniversite mezunu olanlarından ($p: ,000$) anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı.

Gebe kadınların **eğitim durumlarına göre epidemiyolojik araştırmalar merkezi depresyon skalası ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların yalnız olumlu duygulanım alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), depresyon toplam puan ile alt boyutlardan depresif duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-5). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak yapılan Tukey analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldı. Sonuç olarak:

- Hem okuryazar/ilköğretim mezunu olan grubun ($p: ,000$) hem de lise mezunu olan grubun ($p: ,041$) depresyon toplam puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu, okuryazar /ilköğretim mezunu ve lise mezunu olan grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$),
- Depresif duygulanım alt boyutunda hem okuryazar/ilköğretim mezunu olan grubun ($p: ,000$) hem de lise mezunu olan grubun ($p: ,038$) puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu, okuryazar/ilköğretim mezunu ve lise mezunu olan grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$),
- Kişilerarası ilişkiler boyutunda okuryazar/ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının hem lise mezunu olan ($p: ,032$) hem de üniversite mezunu olanlarından ($p: ,000$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Bedensel şikayetler boyutunda ise okuryazar/ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının üniversite mezunu olanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p: ,011$), diğer ikili grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) saptandı.

Gebe kadınların **eğitim durumlarına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında,

grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-5). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak yapılan Tukey analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, okuryazar/ilköğretim mezunu olan grubun puan ortalamalarının hem lise mezunu ($p: ,044$) hem de üniversite mezunu olanlarından ($p: ,006$) anlamlı olarak daha düşük olduğu, lise ve üniversite mezunu olan grubun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) saptandı.

Gebe kadınların **çalışma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,001$, Tablo 4-5). Çalışmayan kadınların boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamaları çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek iken, sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşük bulundu.

Gebe kadınların **çalışma durumuna göre depresyon ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların hem depresyon toplam puan hem de tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, çalışmayan kadınların puan ortalamalarının çalışanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($p < ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **çalışma durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, çalışmayan kadınların puan ortalamalarının çalışan kadınlarından istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **ekonomik durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, ($p < ,01$), geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Ekonomik duruma göre grupların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım

ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **ekonomik durumuna göre depresyon ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların depresyon toplam puanı ve depresif duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler olmak üzere üç alt boyutun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, geliri giderinden az olanların puan ortalamalarının geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Ekonomik duruma göre gebe kadınların depresyon ölçeğinin olumlu duygulanım boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **ekonomik durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **aile tipine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, çekirdek aile ve geniş aile gruplarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), sosyal destek arama boyutunda ise çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < ,05$) saptanmıştır (Tablo 4-5).

Gebe kadınların **aile tipine göre depresyon ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların depresyon toplam puanı, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olan gebelerden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < ,05$). Aile tipine göre gebe kadınların depresyon ölçeğinin depresif duygulanım ve olumlu duygulanım boyutu puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > ,05$, Tablo 4-5).

Gebe kadınların **aile tipine göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p> ,05$, Tablo 4-5).

Tablo 4-6: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası					Prenatal Bağlanma Envanteri
	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Depresif duygulanım	Olumlu duygulanım	Kişilerarası ilişkiler	Bedensel şikayetler	EAMDS Toplam	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Gebelik Sayısı											
1Gebelik (primigravida) ^a (n: 116)	,96 ± ,55	1,12 ± ,57	2,04 ± ,50	1,86 ± ,52	1,95 ± ,61	5,40 ± 4,32	3,64 ± 2,84	1,08 ± 1,45	6,33 ± 3,88	16,44 ± 9,52	63,41 ± 10,03
2 Gebelik ^b (n: 109)	1,00 ± ,53	1,16 ± ,47	2,01 ± ,57	1,74 ± ,57	2,00 ± ,56	5,60 ± 4,32	4,14 ± 3,06	1,06 ± 1,34	6,43 ± 3,41	17,22 ± 9,19	60,01 ± 9,83
3 ve Üzeri Gebelik ^c (n: 117)	1,12 ± ,54	1,25 ± ,52	2,08 ± ,47	1,74 ± ,54	1,91 ± ,53	6,09 ± 4,93	4,34 ± 3,05	1,43 ± 1,65	7,32 ± 3,94	19,18 ± 10,64	58,69 ± 9,97
Test Değeri (F)	2,769	1,861	,554	1,683	,666	,729	1,710	2,262	2,422	2,405	6,963
p Değeri	,064	,157	,575	,187	,515	,483	,182	,106	,090	,092	,001 <i>a>b,c</i>
Yaşayan çocuk sayısı											
Yok ^a (n: 175)	1,02 ± ,56	1,16 ± ,57	2,05 ± ,52	1,86 ± ,52	1,96 ± ,59	5,83 ± 4,64	3,75 ± 2,94	1,21 ± 1,51	6,57 ± 3,87	17,37 ± 10,06	62,95 ± 10,01
Bir çocuk ^b (n: 117)	,98 ± ,53	1,21 ± ,46	2,00 ± ,54	1,65 ± ,56	1,95 ± ,57	5,57 ± 4,41	4,59 ± 3,05	1,18 ± 1,54	6,69 ± 3,60	18,03 ± 9,67	59,28 ± 9,80
İki çocuk ve üzeri ^c (n: 50)	1,14 ± ,51	1,17 ± ,51	2,11 ± ,41	1,80 ± ,52	1,91 ± ,50	5,52 ± 4,52	3,74 ± 2,87	1,14 ± 1,34	7,16 ± 3,85	17,56 ± 9,76	56,24 ± 9,26
Test Değeri (F)	1,513	,276	,877	5,041	,159	,161	3,065	,049	,472	,159	10,926
p Değeri	,222	,759	,417	,007	,853	,851	,048	,953	,624	,853	,000
Anlamlı fark				<i>a>b</i>			<i>a<b</i>				<i>a>b,c</i>
Gebeliği sonlandırmayı düşünme											
Hayır (n: 317)	1,01 ± ,53	1,16 ± ,52	2,03 ± ,50	1,78 ± ,53	1,96 ± ,56	5,46 ± 4,28	3,96 ± 2,96	1,14 ± 1,47	6,51 ± 3,67	17,06 ± 9,35	60,87 ± 9,82
Evet (n: 25)	1,21 ± ,64	1,43 ± ,50	2,18 ± ,58	1,72 ± ,66	1,78 ± ,63	8,72 ± 6,35	5,04 ± 3,26	1,88 ± 1,72	9,12 ± 4,30	24,76 ± 13,12	58,68 ± 13,42
Test Değeri (U)	3199,500	2761,000	3124,500	3646,000	3293,000	2767,500	3214,500	2933,500	2592,000	2607,500	3621,000

<i>p Değeri</i>	,107	,011	,077	,503	,156	,012	,114	,021	,004	,004	,473
	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası					Prenatal Bağlanma Envanteri
Değişkenler	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Depresif duygulanım	Olumlu duygulanım	Kişilerarası ilişkiler	Bedensel şikayetler	EAMDS Toplam	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Şu Anki Gebelik Haftası											
20-24 hafta (n: 31)	1,01 ± ,63	1,11 ± ,59	2,01 ± ,68	1,90 ± ,64	2,02 ± ,55	5,32 ± 4,67	3,42 ± 2,98	,81 ± 1,25	5,55 ± 3,85	15,10 ± 9,75	61,45 ± 9,90
25-29 hafta (n: 37)	1,18 ± ,59	1,14 ± ,61	2,06 ± ,50	1,76 ± ,46	1,94 ± ,55	4,59 ± 3,85	3,49 ± 2,63	,92 ± 1,40	5,78 ± 3,45	14,78 ± 9,06	58,32 ± 10,03
30-34 hafta (n: 104)	1,08 ± ,53	1,25 ± ,50	2,10 ± ,47	1,74 ± ,49	1,93 ± ,58	6,33 ± 4,71	4,44 ± 2,90	1,30 ± 1,45	6,73 ± 3,75	18,80 ± 9,87	61,51 ± 9,98
35-39 hafta (n: 146)	,95 ± ,51	1,16 ± ,51	2,02 ± ,48	1,78 ± ,57	1,97 ± ,58	5,57 ± 4,52	4,12 ± 3,08	1,29 ± 1,62	7,26 ± 3,85	18,25 ± 9,96	60,64 ± 10,28
40 ve üzeri (n: 24)	1,03 ± ,57	1,09 ± ,43	1,95 ± ,63	1,83 ± ,60	1,84 ± ,47	5,96 ± 4,58	3,42 ± 3,24	1,00 ± 1,25	6,04 ± 3,36	16,42 ± 9,79	60,46 ± 10,38
Test Değeri (KW)	5,609	4,027	2,272	4,207	1,987	4,398	6,123	5,544	8,922	8,359	3,209
p Değeri <i>Sd: 4</i>	,230	,402	,686	,379	,738	,355	,190	,236	,063	,079	,524
Gebeliğin Planlanması											
Evet (n: 244)	,99 ± ,52	1,16 ± ,52	2,04 ± ,49	1,79 ± ,53	1,98 ± ,56	5,56 ± 4,51	3,86 ± 2,99	1,09 ± 1,43	6,51 ± 3,68	17,03 ± 9,75	62,14 ± 10,06
Hayır (n: 98)	1,13 ± ,58	1,23 ± ,53	2,06 ± ,56	1,77 ± ,57	1,88 ± ,59	6,04 ± 4,59	4,47 ± 2,96	1,43 ± 1,64	7,17 ± 3,98	19,11 ± 10,02	57,16 ± 9,43
Test Değeri (t)	2,134	1,166	,369	,319	1,451	,884	1,696	1,876	1,477	1,773	4,211
p Değeri <i>Sd: 340</i>	,034	,244	,712	,750	,148	,378	,091	,061	,141	,077	,000

Gebe kadınların **gebelik sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebelik sayısına göre depresyon toplam puanı ve depresyon ölçeğinin dört alt boyut** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebelik sayısına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-6). Bir gebeliği olan kadınların (primigravida) prenatal bağlanma puan ortalamaları hem iki gebeliği olanlardan ($p: ,029$) hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan ($p: ,001$) anlamlı olarak daha yüksekti. İki ve daha fazla gebeliği olanların prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p > ,05$).

Gebe kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), iyimser yaklaşım boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,01$, Tablo 4-6). Yaşayan çocuk sayısına göre iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların puan ortalamalarının tek çocuğu olan kadınlarinkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p: ,005$). Diğer ikili grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktu ($p > ,05$).

Gebe kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre depresyon ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların depresyon toplam puanı ve depresif duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler olmak üzere üç alt boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), olumlu duygulanım boyutunun puan ortalamaları arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-6). Yaşayan çocuk sayısına göre depresyon ölçeğinin olumlu duygulanım boyutunun puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında çocuğu olmayan grubun puan ortalamasının tek çocuğu olan kadınlarinkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p: ,005$). Diğer ikili grupların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > ,05$).

Gebe kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p > ,001$, Tablo 4-6). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey) gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında, çocuğu olmayan grubun prenatal bağlanma puan ortalamasının hem tek çocuğu olanlarinkinden ($p: ,006$) hem de iki ve daha fazla çocuğu olan kadınlarinkinden ($p: ,000$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı. Yaşayan tek çocuğu olanlarla iki ve daha fazla çocuğu olan kadınların puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > ,05$).

Gebe kadınların **gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), çaresiz yaklaşım boyutunun puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-6). Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların çaresiz yaklaşım puan ortalamaları gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyenlerinkinden anlamlı olarak daha yüksekti.

Gebe kadınların **gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre depresyon ve dört alt boyutunun** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların yalnız olumlu duygulanım boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), depresyon toplam puanı, alt boyutlardan depresif duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve bedensel şikayetler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, gebeliğini sonlandırmayı

düşünen gebe kadınların puan ortalamalarının gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyenlerinkinden daha yüksek olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebelik haftasına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebelik haftasına göre depresyon toplam puanı ve depresyon skalasının dört alt boyut** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebelik haftasına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebeliğinin planlı olup olmamasına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), ancak boyun eğici yaklaşım boyutunun puan ortalamaları arasında fark olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-6). Gebeliği planlı olan kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalamaları planlı olmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü.

Gebe kadınların **gebeliğinin planlı olup olmamasına göre depresyon toplam puanı ve depresyon ölçeğinin dört alt boyut** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t

testi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-6).

Gebe kadınların **gebeliğinin planlı olup olmamasına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, gebeliği planlı olan kadınların puan ortalamalarının gebeliği planlı olmayanlarınkinden istatistiksel olarak çok anlamlı düzeyde olacak şekilde daha yüksek olduğu saptandı ($p < ,001$, Tablo 4-6).

Tablo 4-7: Gebelerin Kayıp Yaşama Durumlarına Göre Stresle Başa Çıkma, Depresyon ve Prenatal Bağlanma Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği					Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası					Prenatal Bağlanma Envanteri
	Boyun eğici yaklaşım	Çaresiz yaklaşım	Kendine güvenli yaklaşım	İyimser yaklaşım	Sosyal destek arama	Depresif duygulanım	Olumlu duygulanım	Kişilerarası ilişkiler	Bedensel şikayetler	EAMDS toplam	
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Kayıp Yaşayanlarda Kayıp sayısı											
1 Kayıp ^a (n: 74)	,98 ± ,51	1,14 ± ,43	2,01 ± ,53	1,65 ± ,55	1,96 ± ,53	6,58 ± 4,89	4,74 ± 3,48	1,36 ± 1,60	7,19 ± 3,89	19,88 ± 10,45	58,95 ± 10,50
2 Kayıp ^b (n: 28)	1,33 ± ,52	1,50 ± ,58	2,00 ± ,54	1,83 ± ,56	1,71 ± ,50	7,43 ± 5,32	4,36 ± 2,82	1,75 ± 1,73	7,71 ± 4,22	21,25 ± 11,58	62,36 ± 10,29
3 ve üzeri Kayıp ^c (n: 26)	1,12 ± ,60	1,20 ± ,48	2,20 ± ,45	1,90 ± ,49	2,09 ± ,47	5,12 ± 4,38	4,15 ± 2,75	1,12 ± 1,40	6,88 ± 3,91	17,27 ± 9,56	60,46 ± 10,32
Test Değeri (KW)	8,468	7,624	2,935	4,144	8,803	3,163	,362	2,378	,486	1,815	2,045
p Değeri	,014	,022	,231	,126	,012	,206	,834	,304	,784	,403	,360
Anlamlı Fark	$b > a, c$	$b > a$			$a > b$						
Kayıp yaşayanlarda yaşayan çocuğa sahip olma durumu											
Olan (n: 67)	1,04 ± ,53	1,21 ± ,45	2,05 ± ,43	1,66 ± ,52	1,91 ± ,52	6,06 ± 4,78	4,96 ± 3,26	1,37 ± 1,59	7,42 ± 4,08	19,81 ± 10,59	58,15 ± 10,67
Olmayan (n: 61)	1,13 ± ,56	1,25 ± ,54	2,04 ± ,61	1,83 ± ,56	1,95 ± ,53	6,92 ± 5,05	4,08 ± 3,08	1,43 ± 1,61	7,05 ± 3,83	19,48 ± 10,57	62,03 ± 9,86
Test Değeri (t)	1,003	,494	,071	1,835	,435	,987	1,553	,188	,526	,177	2,133
p Değeri	,318	,622	,943	,069	,664	,326	,123	,852	,600	,860	,035

Kayıp yaşayan gebe kadınların **kayıp sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında, grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$), boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark olduğu saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-7). Anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz olarak yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde gruplar ikili olarak karşılaştırıldığında;

- Boyun eğici yaklaşım boyutunda iki kayıp yaşayanların puan ortalamalarının hem bir kayıp yaşayanlardan ($p: ,004$) hem de üç ve üzerinde kayıp yaşayanlardan ($p: ,006$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu,
- Çaresiz yaklaşım boyutunda bir kayıp yaşayan gebe kadınların puan ortalamalarının iki kayıp yaşayanlardan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p: ,005$),
- Sosyal destek arama boyutunda da bir kayıp yaşayan gebe kadınların puan ortalamalarının iki kayıp yaşayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p: ,015$), diğer ikili grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p > ,05$) saptandı.

Kayıp yaşayan gebe kadınların **kayıp sayısına göre depresyon toplam puanı ve depresyon skalasının dört alt boyut** puan ortalamaları Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-7).

Kayıp yaşayan gebe kadınların **kayıp sayısına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda Kruskal Wallis analizi ile karşılaştırıldığında grupların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-7).

Kayıp yaşayan gebe kadınların **yaşayan çocuğa sahip olma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puan ortalamaları bağımsız

gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-7).

Kayıp yaşayan gebe kadınların **yaşayan çocuğa sahip olma durumuna göre depresyon toplam puanı ve depresyon ölçeğinin dört alt boyut** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, grupların tüm puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > ,05$, Tablo 4-7).

Kayıp yaşayan gebe kadınların **yaşayan çocuğa sahip olma durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, yaşayan çocuğu olan gebe kadınların puan ortalamalarının yaşayan çocuğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu saptandı ($p < ,05$, Tablo 4-7).

Kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların başa çıkma tarzlarının depresyon puanı üzerine etkisini, prenatal bağlanma puanına stresle başa çıkma tarzları ve depresyon puanının etkisini belirlemek amacıyla regresyon analizi yapıldı.

Regresyon 1. Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Depresyon Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Etkisi

Gebe kadınların başa çıkma tarzlarının depresyon puanı üzerine etkisini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak (etkilenen değişken) depresyon puanı ve başa çıkma tarzları ölçeğinin boyutları olan boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama puanları olmak üzere beş bağımsız değişken çoklu regresyon modeline (backward yöntemiyle) alındı.

Kayıp yaşamayan gebelerde;

Birinci modelde beş değişkenin alındığı analizde ikinci modelde kendine güvenli yaklaşım, üçüncü modelde boyun eğici yaklaşım, dördüncü modelde sosyal destek arama yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarıldı.

Kayıp yaşayan gebelerde ise;

İlk modelde alınan stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş boyutundan ikinci modelde kendine güvenli yaklaşım, üçüncü modelde boyun eğici yaklaşım etkisiz

olduğu için modelden çıkarıldı. Kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların depresyon düzeyi üzerine etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 4-8’de verildi.

Tablo 4-8: Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Depresyon Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Gruplar	Değişkenler	B	Std. Hata	Beta (β)	t	Sig.
1-Kayıp Yaşamayan	(Sabit)	9,323	2,290		4,070	,000
	Çaresiz Yaklaşım	9,270	,985	,539	9,409	,000
	İyimser Yaklaşım	-1,954	,979	-,114	-1,995	,047
2-Kayıp Yaşayan	(Sabit)	21,334	4,513		4,727	,000
	Çaresiz Yaklaşım	10,747	1,553	,503	6,918	,000
	İyimser Yaklaşım	-5,180	1,386	-,269	-3,738	,000
	Sosyal Destek Arama	-3,059	1,468	-,152	-2,084	,039

Bağımlı Değişken: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Ölçeği Toplam Puanı

1. Kayıp Yaşamayan Grup; R: ,567 R²: ,315 F: 50,035 p: ,000 Durbin Watson: 2,202

2. Kayıp Yaşayan Grup; ; R: ,600 R²: ,345 F: 23,286 p: ,000 Durbin Watson: 2,294

Kayıp yaşamayan kadınlarda başlangıçta beş boyut depresyon düzeyine ait değişimi (varyans) % 31 oranında açıklarken, dördüncü modelde üç değişken çıkarıldıktan sonra % 32’sini açıkladığı görüldü. Çıkarılan üç boyutun depresyon üzerine etkisi olmadığı, depresyonun modelde kalan çaresiz ve iyimser yaklaşım tarafından % 32 oranında etkilendiği görüldü. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (Beta= β) etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşım şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre iki değişkenin de depresyon üzerine etkili olduğu saptandı. *Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 9.270 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -1.954 birimlik azalmaya yol açacağı görülmektedir.*

Kayıp yaşayan kadınlarda ise başlangıçta beş boyut depresyon düzeyine ait değişimi % 34 oranında açıklarken, üçüncü modelde iki değişken (boyut) çıkarıldıktan sonra % 35’ini açıkladığı görüldü. Çıkarılan stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin iki boyutunun depresyon üzerine etkisi olmadığı, depresyonun modelde kalan çaresiz

yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama tarafından % 35 oranında etkilendiği görüldü. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (β) etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre üç değişkenin de depresyon üzerine etkili olduğu saptandı. *Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 10.747 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın depresyon üzerinde -5.180 birimlik azalmaya ve sosyal destek arama boyutunda bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -.3.059 birimlik azalmaya yol açacağı görülmektedir.*

Kayıp yaşamayan kadınlarda depresyonu 2 değişken, kayıp yaşayanlarda 3 değişken önemli düzeyde etkilemektedir, B değerlerine göre kayıp yaşayanlarda etkilenmenin daha çok olduğu görülmektedir.

Regresyon 2. Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Prenatal Bağlanma Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Depresyon Puanının Etkisi

Gebe kadınların başa çıkma tarzları ve depresyon puanının prenatal bağlanma üzerine etkisini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken olarak (etkilenen değişken) prenatal bağlanma, bağımsız değişken olarak stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin beş boyutu ve depresyon puanları olmak üzere altı değişken çoklu regresyon modeline (backward yöntemiyle) alındı.

Kayıp yaşamayan gebelerde;

Birinci modelde altı değişkenin alındığı analizde ikinci modelde depresyon değişkeni, üçüncü modelde sosyal destek arama değişkeni yeterli etkiye sahip olmadığı için regresyon modelinden çıkarıldı.

Kayıp yaşayan gebelerde ise;

İlk modelde alınan altı değişkenden ikinci modelde iyimser yaklaşım, üçüncü modelde boyun eğici yaklaşım etkisiz olduğu için modelden çıkarıldı. Kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların prenatal bağlanma üzerine stresle başa çıkma ve depresyon puanının etkisini gösteren regresyon sonuçları Tablo 4-9'da verildi.

Tablo 4-9: Kayıp Yaşayan ve Yaşamayan Kadınların Prenatal Bağlanma Puanına Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Depresyon Puanının Etkisi: Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Gruplar	Değişkenler	B	Std. Hata	Beta (β)	t	Sig.
1.Kayıp Yaşamayan	(Sabit)	46,249	3,380		13,684	,000
	Boyun Eğici Yaklaşım	-3,805	1,437	-,208	-2,648	,009
	Çaresiz Yaklaşım	4,547	1,456	,246	3,123	,002
	Kendine Güvenli Yaklaşım	3,906	1,522	,199	2,566	,011
	İyimser Yaklaşım	3,049	1,458	,166	2,092	,038
2.Kayıp Yaşayan	(Sabit)	36,049	5,778		6,239	,000
	Çaresiz Yaklaşım	8,064	2,014	,382	4,005	,000
	Kendine Güvenli Yaklaşım	4,524	1,649	,225	2,744	,007
	Sosyal Destek Arama	4,206	1,666	,211	2,525	,013
	Depresyon	-,171	,096	-,173	-1,781	,077

Bağımlı Değişken: Prenatal Bağlanma

1. Kayıp Yaşamayan Grup; R: ,344 R²: ,101 F: 7,006 p: ,000 Durbin Watson: 2,163

2. Kayıp Yaşayan Grup; R: ,433 R²: ,161 F: 7,107 p: ,000 Durbin Watson: 1,780

Kayıp yaşamayan kadınlarda hem başlangıçta altı değişken hem de üçüncü modelde kalan dört değişkenle yapılan analizde prenatal bağlanmadaki değişimin % 10'unun açıklandığı görüldü. Modelden çıkarılan depresyon ve sosyal destek arama değişkenlerinin prenatal bağlanma üzerine etkisi olmadığı, prenatal bağlanmanın modelde kalan boyun eğici, çaresiz, kendine güvenli ve iyimser yaklaşım değişkenleri tarafından % 10 oranında etkilendiği görüldü. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre (Beta= β) etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre dört değişkenin de depresyon üzerine etkili olduğu saptandı. *Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 4.547 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 3.906 birimlik artışa, boyun eğici yaklaşımdaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada -3.805 birimlik azalmaya, iyimser yaklaşımdaki bir*

birimlik artışın da prenatal bağlanmada 3.049 birimlik artışa yol açacağı görülmektedir.

Kayıp yaşayan kadınlarda ise hem başlangıçta altı değişken hem de modelde kalan dört değişkenle yapılan analizde prenatal bağlanmadaki değişimin % 16 oranında açıklandığı görüldü. Modelden çıkarılan iyimser ve boyun eğici yaklaşım değişkenlerinin prenatal bağlanma üzerine etkisi olmadığı, prenatal bağlanmanın modelde kalan çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve depresyon değişkeni tarafından % 16 oranında etkilendiği görülmüştür. Standardize edilmiş regresyon katsayısına göre ($Beta=\beta$) etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve depresyon şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre üç değişkenin depresyon üzerine etkili olduğu, ancak depresyon değişkeninin etkisinin anlamlı olmadığı saptandı. *Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 8.064 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.524 birimlik artışa, sosyal destek aramadaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.206 birimlik artışa yol açacağı görülmüştür. Depresyon puanındaki bir birimlik artışın da prenatal bağlanmada -.171 birimlik azalmaya yol açacağı tespit edilmiştir ancak bu etkilenme anlamlı değildir.*

5. TARTIŞMA

Sunulan çalışma daha önceki gebeliğinde perinatal veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebelerin daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular çalışma ile ilgili literatür ışığında tartışılmıştır. Tartışmayı takiben çalışmadan çıkan sonuçlar doğrultusunda öneriler bildirilmiştir.

Gebelik kaybı yaşamayan ve yaşayan kadınların yaş, aylık gelir miktarı, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, aile tipi ve eşin önceki evliliklerinden çocuk sahibi olma durumu, gebelik haftası, yaşayan çocuk varlığı ve sayısı, isteyerek gebe kalma durumu, sonlandırmayı düşünme ve gebe olduklarını çevresindeki bireylere söyleme zamanına göre benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Bu benzerlik, karşılaştırmalar yapılırken sonuçların belirtilen bağımsız faktörlerden etkilanmemesi açısından önemlidir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların evlilik süresinin yaşamayanlardan uzun olması ve gebelik sayısının daha fazla olması ise olayın doğası gereği beklenen bir durumdur.

Gebelik kaybı yaşamayan kadınlar gebe kaldığını öğrendiklerinde daha çok mutlu olduklarını ve sevinç yaşadıklarını ifade ederken kayıp yaşayan kadınlar daha çok korku ve karmaşık duygular hissettiklerini belirtmişlerdir. Gebelere çalışmanın yapıldığı anda gebelikleri hakkında ne hissettikleri sorulmuş ve kayıp yaşayan kadınların endişeli ve tedirgin hissettikleri tespit edilmiştir. Kayıp yaşayan kadınların yaşamayanlardan daha çok rutin testler haricinde test yaptırmaya, doktoruna telefon açmaya ve doktorunu ayda birden sık görmeye gereksinim duydukları saptanmıştır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların yarısından fazlasının en az bir kez gebelik kaybı yaşadığı, daha önceki gebeliği spontan abortus ile sonlanan kadınların gebelik haftası ortalamasının $8,43 \pm 2,65$ hafta, daha önceki gebeliği ölü doğum ile sonlanan kadınların gebelik haftası ortalamasının $31,40 \pm 5,56$ hafta, neonatal kayıp yaşayan kadınların bebeklerini kaybettikleri günün ortalaması $7,88 \pm 9,30$ gün olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda daha önce gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan kadınların stresle başa çıkma tarzlarının alt boyutları olan boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama bakımından bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-4). Cote-Arsenault (2007) çalışmasında perinatal

kayıptan sonra meydana gelen gebeliğe karşı gebelerin duyguları, başa çıkmaları ve tehdit algılarını ardışık üç farklı zamanda değerlendirmiştir. Tehdit algısı, başa çıkma ve gebeliğe karşı hissedilen duyguların gebelik boyunca sabit kaldığını ve kullanılan başa çıkma tarzlarının bu etkileri iyileştiremediğini saptamıştır. Problem odaklı başa çıkmanın olumlu etkilenme, duygusal odaklı başa çıkmanın olumsuz etkilenmenin göstergesi olduğunu ve problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma arasında korelasyon olduğunu bildirmiştir. Cote-Arsenault (2007) kayıp sonrası gebelik yaşayan kadınlarda hem duygusal hem de problem odaklı başa çıkma tarzından faydalanılmasının daha uygun olacağını belirtmiştir. Çünkü kadın problem odaklı başa çıkma tarzını kullanarak hem kendisinin hem de fetüsün şu andaki durumunu değiştirebilecek objektif verileri toplamaya çalışmaktadır. Bunun yanında duygusal odaklı başa çıkma tarzını kullanmaya yol açan sürekli bir belirsizlik durumu ve gebeliği kontrol edememe hissi vardır. Huizink ve arkadaşları (2002) normal gebelikte kullanılan başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada gebeliğin erken dönemlerinde hem duygusal odaklı hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarının kullanıldığını bildirmişlerdir. Literatürde hem kayıp yaşayan hem de yaşamayan gebelerin her iki başa çıkma yöntemini de kullandıkları bildirilmiştir (Huizink ve ark. 2002; Cote-Arsenault 2007). Gebeliğin başlı başına bir stres unsuru olduğunun göz önünde bulundurulması gerektiği üzerinde durulmuştur (Cote-Arsenault 2007). Bizim çalışmamızda da kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin başa çıkma tarzları arasında fark olmamasını gebeliğin başlı başına bir stres unsuru olması ve her iki gruptaki kadınların benzer yöntemleri kullanması ile açıklayabiliriz.

Çalışmamızda daha önce gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan kadınların depresif semptomları toplam EAMDS puanı ile tartışılacaktır. Çünkü ölçeğin alt boyutları olmasına rağmen hem ilk geliştirenler hem de bu ölçeği kullanan diğer araştırmacılar toplam EAMDS puanı ve kesim puanını kullanmışlardır. Sunulan çalışmada daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların ($19,65 \pm 10,54$) EAMDS puanı gebelik kaybı yaşamayan kadınlardan ($16,42 \pm 9,24$) yüksek bulunmuştur. Daha önce düşük yapan, çalışmanın yapıldığı anda gebe olan ve bir önceki yıl gebelik yaşamamış olan üç gruptan oluşan bir çalışmada düşük yapan kadınların $24,0 \pm 0,8$, çalışmanın yapıldığı anda gebe olanların $18,0 \pm 1,4$ ve bir önceki yıl gebelik yaşamamış olanların $14,6 \pm 0,8$ EAMDS ortalamasına sahip olduğu bildirilmiştir (Neugebauer ve ark. 1992).

Bu sonuca göre gebeliğin depresif semptomları artırdığı fakat kayıp yaşayanların daha yüksek düzeyde depresif semptomları olduğu görülmektedir. Armstrong (2002) önceki gebeliğinde kayıp yaşayan 40 çift, ilk gebeliğini yaşayan 33 çift ve daha önce sorunsuz bir gebelik geçirmiş olan 30 çift ile yaptığı karşılaştırmalı çalışmasında daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayanların diğer iki gruptan daha yüksek düzeyde depresif semptom gösterdiklerini ($13,34 \pm 9,5$) bildirmiştir. Tüm gruplarda annelerin babalardan daha yüksek EAMDS puanına sahip olduğunu belirtmiş, ayrıca önceki gebeliğinde kayıp yaşayan grupta annelerin EAMDS puanlarının $16,48 \pm 10,4$, babaların $10,20 \pm 8,3$ olduğu tespit edilmiştir. Aynı araştırmacının (Armstrong 2004) önceki perinatal kaybın sonraki gebeliğe olan etkisini belirlemek amacıyla 40 gebe ve eşleriyle yaptığı bir diğer çalışmada gebelerin eşlerinden daha yüksek seviyede depresif semptom gösterdikleri bildirmiştir. Armstrong (2007) perinatal kayıp yaşamış çiftlerin sağlıklı bir bebek dünyaya getirdikten sonra bile EAMDS puanlarının yüksek seyrettiğini bir başka çalışmasında ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda da; hem Neugebauer ve arkadaşlarının (1992), hemde Armstrong'un 2002 ve 2004 yıllarında yapmış olduğu çalışmalara benzer şekilde daha önce kayıp yaşamış gebelerin normal gebelerden daha yüksek depresif semptomları olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda daha önce gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında prenatal bağlanma düzeyleri bakımından bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-4). Bizim sonuçlarımıza benzer şekilde Armstrong'un (2002) çalışmasında da çalışmanın yapıldığı anda ikinci trimesterde olan, daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında prenatal bağlanma düzeyleri bakımından fark olmadığı bildirilmiştir. Daha önceki gebeliğinde kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin yüksek olmasını tüm gebelerin 20 ve üzeri gebelik haftasında olması sebebiyle bebeklerinin hareketini hissetmiş ve anne bebek etkileşiminin sağlanmış olmasına bağlayabiliriz. Bu sonuçların aksine Armstrong ve Hutti'nin (1998) Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptıkları çalışmada ise 15 primipar ve 16 daha önce kayıp yaşamış toplam 31 gebe ile yaptıkları çalışmada kayıp yaşayan grubun prenatal bağlanmasının daha düşük düzeyde olduğunu bildirmişlerdir. Bu düzeyin düşük olmasının sebebi örneklem grubunun vaka sayısının az olması ve farklı kültüre sahip gebeler ile yapılmış olması olabilir.

Gebe kadınların **yaş gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları, depresyon toplam puanı arasında bir** fark olmadığı 35 yaş ve üzerinde olan kadınların prenatal bağlanma envanteri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5). Yali ve Lobel'in (1999) mevcut başa çıkma envanterlerini kullanarak gebeliğe uygun hale getirdikleri Prenatal Başa Çıkma Envanteri (Prenatal Coping Inventory) kullanılarak 167 gebeyle yaptıkları çalışmada genç kadınların daha çok anneliğe hazırlandıkları, dua ettikleri ve bireysel bakımlarına dikkat ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada kullanılan ölçek farklı ve prenatal dönemdeki başa çıkmayı belirlemek amacıyla hazırlanmış olmasına karşın çalışmamızdaki prenatal bağlanmanın genç kadınlarda yüksek olduğu sonucunu desteklemektedir. Ayrıca Borcharding'in (2009) 159 sağlıklı, gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan kadınlarla yaptığı çalışmada da başa çıkma tarzı olarak sıklıkla dua etmenin bunu takiben annelik için hazırlanma ve olumlu algılama tarzının kullanıldığı bildirilmiştir. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) Malatya'da sosyo-demografik özelliklerin depresyon düzeyi ile ilişkisini belirlemek amacıyla 104 gebeyle yaptığı çalışmada depresyon düzeyinin yaş gruplarına göre bir farklılık göstermediği bildirilmiştir. Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) Edirne'de 340 gebe ile yaptığı çalışmada yaştan depresyon skoru ile bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Adana'da 136 gebe ile yapılan bir diğer çalışmada da depresyon puanlarının yaş gruplarına göre fark göstermediği tespit edilmiştir (Gözüyeşil ve ark 2008). Bu çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Gebe kadınların **eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından** kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir. Fakat okuryazar/ilköğretim mezunu olan kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzını daha çok kullandığı, sosyal destek arama boyutunda ise ilköğretim mezunu olan kadınların puan ortalamalarının hem lise hem de üniversite mezunu olan kadınlarınkinden anlamlı daha düşük olduğu saptanmıştır. Yali ve Lobel (1999) düşük gelir düzeyi ve eğitim durumuna sahip gebelerin alkol, sigara gibi maddeleri kullanarak hem fetüse hem de kendilerine zarar veren farklı bir başa çıkma yöntemi kullandıklarını tespit etmişlerdir. Borcharding (2009) lise mezunu gebelerin yüksek öğrenim görmüş gebelere göre daha fazla kaçınmacı tutum sergilediklerini, yüksek öğrenim görmüş gebelerin ise dua etme ve dikkatini başka yöne verme puanlarının daha düşük düzeyde olduğunu tespit etmiştir.

Olumlu değerlendirme, görevlendirme olarak adlandırılan probleme odaklanıp çözümü için çabalama ve duygu durumlarında eğitim durumuna göre bir fark olmadığını bildirmiştir. Stresle başa çıkarken eğitim düzeyi arttıkça gebe kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzından uzaklaştıkları ve stresle başa çıkmada eğitimin olumlu katkısı olduğu söylenebilir.

Bizim çalışmamızda üniversite mezunu gebelerin depresyon toplam puan ortalamalarının, okuryazar/ilköğretim mezunu gebelerin de prenatal bağlanma puanlarının diğer gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmasında en son bitirilen okulun depresyon ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Akbaş ve arkadaşları (2008) eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanına sahip olduklarını bildirmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise üniversite mezunu gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelerden daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bizim sonuçlarımız Akbaş ve arkadaşları (2008) ve Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte fakat Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmasından farklılık göstermektedir. Çalışmaların farklı bölgelerde ve farklı yöntemler ile yapılmış olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmayan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamaları çalışanlarınkinden daha yüksek iken, sosyal destek arama puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur. Bir işte çalışma ve bunun sonucu elde edilen ekonomik bağımsızlığın kadınları daha güçlü kıldığı ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha az kullandıkları kanısındayız. Yurtdışında yapılan bir çalışmada ise çalışma durumunun başa çıkma tarzlarını etkilemediği bildirilmiştir (Borcherding 2009). Bu farklılığı çalışmanın farklı bir kültürde yapılmış olmasına bağlayabiliriz.

Çalışmayan gebelerin depresyon puan ortalamalarının çalışanlarınkinden daha yüksek, **prenatal bağlanma** puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-5). Gözüyeşil ve arkadaşları (2008) ve Akbaş ve arkadaşları (2008) çalışmayan gebelerin depresyon puanının çalışanlardan daha yüksek olduğunu ancak aralarında fark olmadığını bildirmişlerdir. Her iki çalışmada da çalışan ve çalışmayan gebelerin depresyon belirtilerini örneklem sayısının kısıtlı olması sebebiyle benzer buldukları düşünülebilir. Bu çalışmaların aksine Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) 340

gebe ile yaptığı çalışmada çalışan gebelerin depresyon skoru daha düşük bulunmuştur. Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) bulguları ile bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir. Bu benzerliğin hem büyük bir örneklem grubu ile çalışılmış olmasından hem de çalışmaların aynı bölgede (Marmara Bölgesi) yapılmış olmasından kaynaklandığı kanısındayız.

Geliri giderinden az olan gebelerin boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. **Ekonomik duruma** göre grupların kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-5). Ekonomik durumun kötü olmasının kadını güçsüzleştirdiği ve stresle başa çıkmada boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha çok kullanmak zorunda bıraktığı söylenebilir. Borcharding (2009) düşük gelir düzeyine sahip gebelerin başa çıkmada daha çok kaçınmacı tarzı tercih ettiklerini bildirmiştir. Kaçınmacı tarzı kullanan kadınlar problemten kaçınmak için uyumakta ya da genellikle insanlarla bir arada olmaktan kaçınmaktadır. Başa çıkmada kaçınmacı tarzın, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımın etkisiz bir yöntem olduğu ve düşük gelirli kadınların bu yöntemleri daha çok kullandıkları söylenebilir.

Geliri giderinden az olan gebelerin depresyon toplam puan ortalamalarının geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-5). Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada geliri giderinden az olan gebelerin depresyon puanının geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan gebelerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmasında da aylık gelirin miktarı ile depresyon puanları arasında negatif korelasyon olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Sonuç olarak ekonomik durumun kötü olmasının depresif semptomları artırdığı söylenebilir.

Gebe kadınların **ekonomik durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptandı (Tablo 4-5). Anne bebek arasındaki bağın kurulmasında ekonomik faktörlerin etkili olmadığı düşünülebilir.

Gebe kadınların **aile tipine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece** sosyal destek arama boyutunda çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olan gebelerden anlamlı olarak

daha yüksek olduğu, diğer boyutlarda **aile tipine göre** bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-5). Geniş aile yapısına sahip gebelerin aile bireylerinden destek gördüğü ve daha az sosyal destek aradığı, geniş ailenin bu anlamda bir katkı sağladığı kanısındayız.

Çekirdek aile yapısına sahip gebe kadınların depresyon toplam puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu fakat **aile tipine göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-5). Akbaş ve arkadaşlarının (2008) Malatya’da yaptıkları çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin depresif semptomlarının çekirdek ailede yaşayan gebelerden daha düşük olduğu bildirilmiştir. Şahin ve Kılıçarslan’ın (2010) çalışmasında ise evde sürekli yaşayan kişi sayısı arttıkça depresyon skorunun arttığı bildirilmiştir. Evde yaşayan birey sayısının ise annenin bebeğine bağlanmasında etkili bir faktör olmadığı kanısındayız. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) sonuçlarının bizim sonuçlarımızdan farklı olmasını çalışmanın gebeliğin 36. haftası ve sonrasında yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Gebe kadın evdeki bireylerin doğacak bebeğe bakımda yardımcı olacağı beklentisine sahip olabilir. Şahin ve Kılıçarslan’ın (2010) sonuçları ile bizim sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Gebe kadınların **gebelik sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarında ve depresyon toplam puanları** arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-6). Akbaş ve arkadaşları (2008) ilk gebeliği olan kadınların depresif belirtilerinin daha az olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu sonuçların birbirine benzememesini çalışmanın farklı bölge ve kültürel özelliklerdeki kadınlar ile yapılmış olması açıklayabilir.

Gebe kadınların **gebelik sayısına göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4-6). Bir gebeliği olan kadınların prenatal bağlanma puan ortalamaları hem iki gebeliği olanlardan hem de üç ve daha fazla gebeliği olanlardan yüksektir. İlk kez gebe kalan kadının daha çok heyecanlı ve bebek sahibi olma konusunda daha hevesli olduğu ve böylece bebeğine daha çok bağlandığı düşünülebilir.

Gebe kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından** boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puan ortalamaları arasında fark yoktur.

Çocuğu olmayan grupta bulunan kadınların iyimser yaklaşım boyutunun puan ortalamalarının tek çocuğu olan kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebe kadınlardan çocuğu olmayan grubun prenatal bağlanma puan ortalamasının hem tek çocuğu olanlarınkinden hem de iki ve daha fazla çocuğu olan kadınların puanından yüksek olduğu saptanmıştır. Çocuğu olmayan kadınların bir bebeğe sahip olma konusunda daha istekli oldukları bunun sonucu olarak stresle başa çıkmada iyimser yaklaşım gösterdikleri ve bebeklerine daha çok bağlandıkları düşünülebilir.

Gebe kadınların **yaşayan çocuk sayısına göre depresyon** toplam puanında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-6). Akbaş ve arkadaşları (2008) ve Şahin ve Kılıçarslan (2010) da bizim çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde yaşayan çocuk sayısı ile gebelerin depresif belirti göstermesi arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.

Gebe kadınların **gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından** boyun eğici yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puanları arasında fark olmadığı, gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebeliği sonlandırma fikrinin kadınları rahatsız ettiği ve ikilemde kalmış kadının stresle başa çıkmada çaresiz yaklaşım sergilediğini söyleyebiliriz.

Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların depresyon toplam puanı gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyenlerinkinden daha yüksek iken **gebeliğinin planlı olup olmamasına göre depresyon toplam puanı** ortalamaları arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4-6). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Şahin ve Kılıçarslan'ın (2010) çalışmasında gebeliğin istenmesi durumunda depresyon skorunun düşük olduğu bildirilmiştir. Bu sonuçların aksine Akbaş ve arkadaşları (2008) ise gebeliğin istenmesinin depresyon puanları üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise isteyerek gebe kalanlar ile kalmayanlar arasında depresyon puanları arasında bir fark olmadığı fakat isteyerek gebe kalanların daha düşük puana sahip olduğu bildirilmiştir. Bizim kanaatimize göre istemeden gebe kalan kadınlar daha sonra bu durumu kabullenebilmekte fakat gebeliği sonlandırma fikri

daha ciddi bir isteksizlik sonucu gelişmekte ve daha ciddi depresif belirtilerin görülmesine sebep olmaktadır.

İlginç olarak gebe kadınların **gebeliğini sonlandırmayı düşünme durumuna göre prenatal bağlanma** puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-6). Gebeliği sonlandırma fikri gebeliği öğrendikten sonra ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 1983 yılında 2827 sayılı kanunla kadınlara gebeliğin 10. haftasına kadar gebeliği sonlandırma hakkı tanınmıştır. Fakat dini inanç vb. sebeplerle gebeliğini sonlandıramamış kadınların 20. hafta ve üzerinde bağlanmada etkili olduğu düşünülen olayları (bebeğin hareketlerini hissetme ve anlamlandırmaya çalışma vb.) yaşamaya başladığı ve böylece gebeliğini sonlandırmayı düşünen kadınların da sonlandırmayı düşünmeyenler kadar bebeklerine bağlanabildiklerini düşünmekteyiz.

Kadınların **gebelik haftasına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları, depresyon toplam puanı ve prenatal bağlanma** puan ortalamaları arasında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-6). Huizink ve arkadaşlarının (2002) normal gebelerin başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla 230 gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin ilk trimesterde emosyonel odaklı, ikinci trimesterde hem emosyonel hem de problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullandıkları son trimesterde de bunun devam ettiği bildirilmiştir. Çalışmamızda, bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde gebelik haftasına göre stresle başa çıkma tarzları arasında bir fark bulunmamıştır. Hamilton ve Lobel (2008) gebelerle gebeliğin erken dönemlerinde, ortasında ve sonlarına yakın olmak üzere üç kez görüşme yapmış ve buna göre başa çıkma, stres ve sosyal desteklerinde meydana gelen değişimleri incelemişlerdir. Bizim bulgularımızdan farklı olarak gebelerin erken gebelik haftalarında ve ikinci trimesterde sıklıkla spiritüel başa çıkma tarzını kullandığı, gebelik süresince kaçınmacı tarzın kullanımının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Son trimesterdeki gebelerin depresyon düzeylerini etkileyen etmenleri inceleyen Şahin ve Kılıçarslan (2010) gebelik haftası ile depresyon puanları arasında bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Bizim sonuçlarımız da bu sonucu desteklemektedir.

Gebeliğinin planlı olup olmamasına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarının puanlarında fark olmadığı, ancak gebeliği planlı olan

kadınların boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının planlı olmayanlardan daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4-6). Gebeliğin istenen zamanda olması, gebe kalmaya hazır oluşluk gebeliğin sağlıklı bir biçimde ilerlemesi için önemlidir. Planlanmamış bir gebeliği kadın istemediği halde dini inanış, yasal prosedürler vb. çeşitli etkenler sebebiyle sonlandıramamış olabilir. Bizim çalışmamızda da gebeliği planlı olmayan kadınların stresle başa çıkarken boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları görülmektedir.

Gebeliği planlı olan kadınların **prenatal bağlanma** puan ortalamalarının gebeliği planlı olmayan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4-6). Gebeliğini planlayarak, kendisi ve eşi için en uygun zamanda bir bebeğe sahip olmak isteyen kadının bebeğine daha çok bağlandığını söyleyebiliriz.

Kayıp yaşayan gebe kadınların **kayıp sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından** kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım boyutlarının puan ortalamaları arasında fark olmadığı, fakat yaşanan kayıp sayısına göre sosyal destek arama, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutunda fark olduğu saptanmıştır. Kayıp sayısı arttıkça gebeler sosyal destek aramamakta, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımı daha fazla kullanmaktadırlar.

Bergner ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada kayıp sonrası kadınların başa çıkma tarzları incelenmiş ve depresif başa çıkma tarzını daha çok kullanan kadınların gebelikleri esnasında stres yaşadıkları ve kaderlerine karşı belirli düzeyde suçluluk hissettikleri bildirilmiştir. Tüm bunlara ilaveten düşünceli olmak, sinirlilik, değersizlik duyguları ve sosyal yaşamdan uzaklaşma gibi depresif semptomlar gösterdikleri tespit edilmiştir. Bir önceki gebeliğinde kayıp yaşayan kadın kayıp sonrası depresif başa çıkma ve kaygılı yas süreci yaşamışsa bir sonraki gebeliğin ilk haftalarında yüksek düzeyde gebeliğe özgü anksiyete, durumluk anksiyetesi ve depresif semptom göstermektedirler. Bu kadınların daha çok kaçınmacı tutum sergiledikleri öne sürülmüştür. Benzer şekilde bizim çalışmamızda da kayıp sayısı arttıkça kadınların sosyal destek aramaktan kaçındıkları, çaresiz ve boyun eğici yaklaşım tarzını kullandıkları söylenebilir.

Kayıp yaşayan gebe kadınların **kayıp sayısına göre depresyon toplam puanı ve prenatal bağlanma** puanında fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4-7). Daha önce

düşük yapan, çalışmanın yapıldığı anda gebe olan ve bir önceki yıl gebelik yaşamamış olan üç gruptan oluşan bir çalışmada düşük yapan kadınların düşük sayısına göre depresyon puanlarında fark olmadığı fakat bu üç grup içinde düşük yapanların en yüksek depresyon puanına sahip olduğu bildirilmiştir (Neugebauer ve ark. 1992). Bergner ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada tekrarlayan düşüğü olan kadınların gebeliğe ilişkin anksiyetelerinin bir düşüğü olan ve hiç kayıp yaşamamış kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da Neugebauer ve arkadaşlarının (1992) sonuçlarına paralel olarak kayıp sayısına göre depresyon puanında bir fark olmamakla birlikte daha önce bir, iki veya üç gebelik kaybı yaşamış kadınların depresyon puan ortalaması ölçeğin kestirim puanı olan 16'nın üzerindedir.

Kayıp yaşayan gebe kadınların **yaşayan çocuğa sahip olma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının** puanı ve **depresyon toplam puanında** fark olmadığı fakat yaşayan çocuğu olan gebe kadınların **prenatal bağlanma** puan ortalamalarının yaşayan çocuğu olmayanlardan düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4-7). Cote-Arsenault'un (2003) 96 kayıp yaşamamış, 74 bir veya iki gebelik kaybı yaşamış multigravida ile yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısının durumluluk ve gebelik anksiyetesiyle negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir. Fakat kayıp yaşayanları kendi içinde değerlendirdiğinde yaşayan çocuk sayısı ve son kaybın yaşanmasından sonra geçen süre ile durumluluk ve gebelik anksiyetesinin ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Neugebauer ve arkadaşları (1992) reproduktif kayıpların depresif semptomları etkileme durumunu inceleyen bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın örneklemini daha önce düşük yapan, çalışmanın yapıldığı anda gebe olan ve son bir yıl içinde gebelik yaşamamış olan kadınlar oluşturmuştur. Bu üç grup kendi içinde çocuk sahibi olmayan, bir, iki, üç ve üzeri çocuğu olanlar olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Daha önce düşük yapan ve yaşayan çocuğu olmayan kadınlarla, son bir yıl içinde gebelik yaşamamış olan ve yaşayan çocuğu olmayan kadınların depresyon puanın yüksek olduğu tespit edilmiştir. Neugebauer ve arkadaşlarının (1992) sonuçlarının aksine Armstrong (2004) daha önce kayıp yaşamış gebelerle yaptığı çalışmasında yaşayan çocuğa sahip olmanın depresif semptom düzeyinde bir fark oluşturmadığını ileri sürmüştür. Hem bizim hem de Armstrong'un (2004) sonuçlarının Neugebauer ve arkadaşlarının (1992) sonuçları ile uyum göstermemesini Neugebauer ve arkadaşlarının (1992) çalışmasındaki kayıp yaşayan kadınların çalışmanın yapıldığı anda gebe olmamasına bağlayabiliriz. Sonuç

olarak daha önceki gebeliğinde kayıp yaşamış kadının yaşayan bir çocuğa sahip olsa bile kayıp deneyimini unutmadığı ve daha önce kayıp yaşamış ve yaşayan çocuğa sahip olmayan gebeler kadar depresif semptom gösterdiği ve stresle başa çıkmada benzer tarzları kullandığı kanısındayız. Cote-Arsenault (2003) kayıp yaşayan annelerin sonraki çocuklarına daha özenli, dikkatli ve korumacı davrandıklarını tespit etmiştir. Armstrong (2004) daha önce kayıp yaşamış gebelerin yaşayan çocuğa sahip olmalarının mevcut gebeliklerindeki prenatal bağlanma düzeyine bir etkisi olmadığını tespit etmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları ile bu sonucun uyumsuz olmasını çalışmanın farklı kültürel özellikteki kadınlar ile yapılmış olmasına bağlayabiliriz. Daha önce kayıp yaşamış ve çocuğu olmayan kadının mevcut gebeliğini daha hassas bir biçimde takip ettiği, bebeğin her hareketini yorumlamaya çalıştığı bu durumun da anne bebek etkileşimini artırarak bağlanma düzeyinin yükselmesine katkı sağladığını düşünüyoruz.

Kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların başa çıkma tarzlarının depresyon puanı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon analizine göre kayıp yaşamayan gebelerde; standardize edilmiş regresyon katsayısına göre etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım ve iyimser yaklaşım şeklindedir. Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 9.270 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -1.954 birimlik azalmaya yol açacağı görülmektedir. Kayıp yaşayan kadınlarda ise standardize edilmiş regresyon katsayısına göre etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama şeklindedir. Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 10.747 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın depresyon üzerinde -5.180 birimlik azalmaya ve sosyal destek arama boyutunda bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -.3.059 birimlik azalmaya yol açacağı görülmektedir. Kayıp yaşadktan sonra gebe kalmış 82 kadınla yapılan bir çalışmada gebelik anksiyetesinin; tehdit algısı, duygusal odaklı başa çıkma, ilişkili başa çıkma, etki (pozitif ve negatif) ve gebelik kaynaklı stresle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Başa çıkma tarzlarının hiçbir duygusal durum üzerine etkili olmadığını tespit etmiştir (Cote-Arsenault 2007). Bizim çalışma sonuçlarımıza göre çaresiz yaklaşım her iki grupta da depresyon düzeyini artırırken iyimser yaklaşım azaltmaktadır.

Kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların prenatal bağlanma puanına stresle başa çıkma tarzları ve depresyon puanının etkisini belirlemek amacıyla yapılan regresyon

analizinde; kayıp yaşamayan kadınlarda standardize edilmiş regresyon katsayısına göre etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve iyimser yaklaşım şeklindedir. Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 4.547 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 3.906 birimlik artışa, boyun eğici yaklaşımdaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada -3.805 birimlik azalmaya, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın da prenatal bağlanmada 3.049 birimlik artışa yol açacağı görülmektedir. Kayıp yaşayan kadınlarda standardize edilmiş regresyon katsayısına göre etkileyen değişkenlerin önem sırası; çaresiz yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal destek arama ve depresyon şeklindedir. Çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 8.064 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.524 birimlik artışa, sosyal destek aramadaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.206 birimlik artışa yol açacağı görülmüştür. Depresyon puanındaki bir birimlik artış da prenatal bağlanmada -.171 birimlik azalmaya yol açmaktadır ancak bu etkilenme anlamlı değildir. Armstrong (2004) perinatal kayıp sonrası meydana gelen gebelikte psikolojik stres ile prenatal bağlanma arasında bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Armstrong'un (2002) bir diğer çalışmasında da daha önce kayıp öyküsü olan çiftlerin hiç kayıp yaşamamış ve ilk kez gebe kalmış kadınlardan daha yüksek düzeyde depresif semptom gösterdikleri fakat gruplar arasında prenatal bağlanma düzeyi bakımından bir fark olmadığını bildirmiştir. Armstrong'un her iki çalışmasında da sonuçların değerlendirilmesi aşamasında gebelerin bağlanmasında hangi faktörlerin etkili olduğunu belirlemek amacıyla regresyon analizi yapılmamıştır. Bu nedenle Armstrong'un sonuçları ile çalışmamızın sonuçlarını karşılaştırmak ve yorumlamak uygun değildir.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Daha önceki gebeliğinde perinatal veya neonatal dönemde kayıp yaşayan gebelerin daha sonraki gebeliklerinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini ve kayıp yaşamayan gebeler ile aralarında stresle başa çıkma tarzları, depresyon düzeyleri ve bebeklerine bağlanmaları bakımından fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan araştırma, kesitsel, karşılaştırmalı ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen tanıtıcı bilgi formu, Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), Prenatal Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği tüm gebelere uygulanmıştır.

Kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde;

- Kayıp yaşamayan gebelerin ortalama $5,04 \pm 4,22$, yaşayanların $7,73 \pm 4,77$ yıllık evli olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Kayıp yaşamayan gebelerin aylık gelir miktarının ortalama $1549,16 \pm 1181,60$ TL, yaşayanların $1362,27 \pm 876,32$ TL olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin yaklaşık yarısının ilköğretim mezunu olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Kayıp yaşamayan gruptaki gebelerin yaklaşık dörtte birinin, yaşayan gruptaki gebelerin yaklaşık beşte birinden azının çalıştığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin yaklaşık yarısından fazlasının gelirini giderine denk olarak ifade ettiği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin yaklaşık beşte birinden azının geniş ailede yaşadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Kayıp yaşamayan gebelerin yarından fazlasının ilk gebeliği olduğu, kayıp yaşayanların üçte ikisinin üç ve üzeri gebeliği olduğu ve gebelik sayısı bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,

- Her iki gruptaki gebelerin yarıya yakın bir kısmının 35-39 haftalık gebe olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin yarıya yakın bir kısmının yaşayan çocuğa sahip olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin onda birine yakın bir kısmının gebeliği sonlandırmayı düşündüğü ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı,

- Her iki gruptaki gebelerin yarıya yakın bir kısmının gebe kaldığını öğrendiğinde mutlu ve sevinçli hissettiği fakat önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan kadınlardan tedirgin/ endişeli olanların oranının kayıp yaşamayan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu,

- Kayıp yaşayan gebelerin yaşamayanlara göre daha yüksek oranda normal testler haricinde test yaptırma, doktoruna telefon açma ve doktorunu ayda birden sık görme ihtiyacına sahip olduğu,

- Kayıp yaşayan gebelerin yarından fazlasının daha önce bir kez gebelik kaybı yaşadığı ve %60'ının gebeliğini kürtajla sonlandırdığı,

- Kayıp yaşayan ve yaşamayan gebelerin stresle başa çıkma tarzları ve prenatal bağlanma puan ortalamaları bakımından aralarında fark yokken depresyon puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Çalışmaya katılan tüm gebe kadınların yaş gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları, depresyon toplam puanı bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı fakat 18-34 yaş grubundaki gebe kadınların prenatal bağlanma envanteri puan ortalamaları 35 yaş ve üzerinde olan kadınlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu,

- Gebe kadınların eğitim durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından grupların kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşım puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı fakat okuryazar/ilk öğretim mezunu olan kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek sosyal destek arama puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu,

- Üniversite mezunu gebelerin depresyon puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, okuryazar/ilköğretim mezunu olan gebelerin de prenatal bağlanma puan ortalamalarının daha düşük olduğu,

- Gebe kadınların çalışma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli ve iyimser yaklaşım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı fakat çalışmayan kadınların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım boyutu puan ortalamalarının çalışan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek, sosyal destek arama puan ortalamalarının daha düşük olduğu, çalışmayan kadınların depresyon puan ortalamalarının çalışan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek, prenatal bağlanma puan ortalamalarının ise daha düşük olduğu,

- Gebe kadınlardan geliri giderinden az olanların boyun eğici ve çaresiz yaklaşım puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve fazla olanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu, kendine güvenli, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama boyutlarındaki puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı, geliri giderinden az olanların depresyon puan ortalamalarının geliri giderine eşit/fazla olanlardan daha yüksek olduğu, ekonomik duruma göre prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,

- Gebe kadınların aile tipine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından sadece sosyal destek arama boyutunda çekirdek aile yapısına sahip olanların puan ortalamalarının geniş aile yapısına sahip olan gebelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, çekirdek aile yapısına sahip olanların depresyon puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,

- Gebe kadınların gebelik sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ve depresyon toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı fakat

primigravidaların prenatal bağlanma puan ortalamalarının anlamlı olarak yüksek olduğu,

- Yaşayan çocuk sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından iyimser yaklaşım puan ortalamasının çocuğu olmayan grupta anlamlı olarak daha yüksek olduğu, diğer alt boyutlarda ve depresyon toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, çocuğu olmayan grubun prenatal bağlanma puan ortalamasının daha yüksek olduğu,

- Gebeliğini sonlandırmayı düşünen gebe kadınların çaresiz yaklaşım ve depresyon puan ortalamalarının gebeliğini sonlandırmayı düşünmeyen gebelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu, prenatal bağlanma puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,

- Gebe kadınların gebelik haftasına göre stresle başa çıkma tarzları, depresyon ve prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,

- Gebeliği planlı olan kadınların planlı olmayanlardan prenatal bağlanma puan ortalamalarının yüksek, boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu, stresle başa çıkma tarzlarının diğer alt boyutlarında ve depresyon toplam puanında fark olmadığı,

- Kayıp yaşayan gebe kadınların kayıp sayısına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından kendine güvenli ve iyimser yaklaşım boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, kayıp sayısı arttıkça boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzı puanlarının yükseldiği sosyal destek aramanın ise azaldığı, depresyon ve prenatal bağlanma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,

- Kayıp yaşayan gebe kadınların yaşayan çocuğa sahip olma durumuna göre stresle başa çıkma tarzları ve depresyon toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, yaşayan çocuğu olan kadınların prenatal bağlanma puan ortalamalarının yaşayan çocuğu olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu,

- Gebe kadınların başa çıkma tarzlarının depresyon puanı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine göre; kayıp yaşamayan kadınlarda çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 9.270 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -1.954 birimlik azalmaya yol açacağı, kayıp yaşayan kadınlarda ise çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın depresyon puanında 10.747 birimlik artışa yol açacağı, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın depresyon üzerinde -5.180 birimlik azalmaya ve sosyal destek arama boyutunda bir birimlik artışın da depresyon üzerinde -3.059 birimlik azalmaya yol açacağı,

- Gebe kadınların başa çıkma tarzları ve depresyon puanının prenatal bağlanma üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analizine göre; kayıp yaşamayan kadınlarda çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 4.547 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 3.906 birimlik artışa, boyun eğici yaklaşımdaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada -3.805 birimlik azalmaya, iyimser yaklaşımdaki bir birimlik artışın da prenatal bağlanmada 3.049 birimlik artışa yol açacağı, kayıp yaşayan kadınlarda ise çaresiz yaklaşım puanındaki bir birim artışın prenatal bağlanmada 8.064 birimlik artışa, kendine güvenli yaklaşımda bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.524 birimlik artışa, sosyal destek aramadaki bir birimlik artışın prenatal bağlanmada 4.206 birimlik artışa yol açacağı belirlendi.

Öneriler

- Antenatal bakım hizmeti veren sağlık ekibi üyelerinin; önceki gebelikte yaşanan kayıp deneyiminin sonraki gebelikte travmatik etki oluşturabileceğini göz önünde bulundurması, kayıp deneyimi yaşamış gebeyi hassas bir biçimde değerlendirmesi,
- Antenatal bakım sırasında gebeliğin seyrini etkileyen; emosyonel gereksinimlerini, depresyon düzeylerini, stresle başa çıkma tarzlarını, gelecekteki anne-bebek ilişkilerini etkileyeceği öngörülen ve doğum öncesi dönemde oluşmaya başlayan anne bebek arasındaki bağlanma düzeyinin tespit edilmesi ve sorun saptandığında, anneye uygun hemşirelik yaklaşımı sağlayarak,

bağlanma sürecinde sevgi oluşumunun başlatılması ve sürdürülmesine yardımcı olunması,

- Perinatal kayıp sonrası gebe kalan kadınlara bu hassas dönemde destekleyici bakım vermesi ve gereksinimleri doğrultusunda bakım stratejileri geliştirmesi,
- İstenmeyen gebeliklerde yaşanabilecek emosyonel sorunlara karşı kadınlara gereken danışmanlık hizmetinin verilmesi,
- Perinatal kayıp yaşayan ebeveynlerin kendileri gibi kayıp yaşayanlarla görüşebilecekleri, deneyimlerini paylaşabilecekleri destek gruplarının oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Ainsworth, M. D. S. ve Marvin, R. S. (1995). On the shaping of attachment theory and research: An interview with Mary D. S. Ainsworth (Fall 1994). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, **60**, -21.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development: "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. M. Richards (Ed.), *The integration of a child into a social world* (pp. 99-135). New York: Cambridge University Pres.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publishers.

Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A.H., Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* **45**, 85-91.

Akgül, A., ve Çevik, O. (2005). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Emek Ofset, Ankara.

Armstrong, DS. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, **34(4)**, 339-345.

Armstrong, DS. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, **33**, 765-773.

Armstrong, DS. (2007). Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in Neonatal Care* **7(4)**, 200-6.

Armstrong, DS., Hutti, MH. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, **27(2)** 183-189.

Badenhorst, W., Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, **21(2)**, 249-59.

Bartholomew, K., Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-243.

Bartholomew, K., Shaver, P. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson, W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford

Beck, C.T. (1999). Available instruments for research on prenatal attachment and adaptation to pregnancy. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*, 24, 25-32.

Bennet, SM., Litz, BT., Lee, BS., Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: current status and future directions. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36, 180-187.

Bergner, A., Beyer, R., Klapp, B.F., Rauchfuss, M. (2008). Pregnancy after early pregnancy loss: a prospective study of anxiety, depressive symptomatology and coping. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* 29(2), 105-13.

Boisvert, JA., McCreary, DR., Wright, KD., Asmundson, GJ. (2003). Factorial validity of the center for epidemiologic studies-depression (CES-D) scale in military peacekeepers. *Depression and Anxiety* 17(1), 19-25.

Borcherding, KE. (2009). Coping in healthy primigravidae pregnant women. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing* 38(4), 453-62.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol. 3). *Loss, Sadness and Depression* New York USA: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss Volume I: Attachment*. (2nd ed). New York: Basic Books, Inc.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.

Brisch, K.H. (2002). *Treating attachment disorders*. New York: Guilford Press.

Bugen, L.A. (1977). Human grief: a model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2), 196-206.

Cannella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing* 50(1), 60-8.

Carr, D., Knupp, S.F. (1985). Grief and perinatal loss: A community hospital approach to support. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 14(2), 130-9.

Carrera, L., Diez-Domingo, J., Montanana, V., Monleon Sancho, J., Minguez, J., Monleon, J. (1998). Depression in women suffering perinatal loss. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 62(2), 149-53.

Cimete, G. (2002). Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.

Coates, SW. (2004). John Bowlby and Margaret S. Mahler: their lives and theories. *J Am Psychoanal Assoc* 52(2), 571-601.

Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.

Condon, J.T., Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 359-372.

Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32, 623-629.

Cote-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. *Nursing Research* 56(2), 108-16.

Cote-Arsenault, D., Bidlack, D., Humm, A. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, **26**, 128-134.

Cote-Arsenault, D., Donato, LK. (2007). Restrained expectations in late pregnancy following loss. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, **36(6)**, 550-557.

Cote-Arsenault, D., Donato, LK., Earl, SS. (2006). Watching and worrying: early pregnancy after loss experiences. *MCN The American Journal of Maternal Child Nursing*, **31**, 356-363.

Cote-Arsenault, D., Mahlangu, N. (1999). Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: women's experience. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, **28(3)**, 274-282.

Cote-Arsenault, D., Marshall, R. (2000). One foot in- one foot out: weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*, **23**, 473-485.

Covington, S.N. (2006). Pregnancy loss. İçinde S.N. Covington, A.H. Burns (Eds.) *Infertility Counseling A Comprehensive Handbook for Clinicians*. (2nd Ed.) New York USA: Cambridge University Press; 290-304.

Cranley, M.S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, **30**, 281-284.

Craven, R.F., Hirnle, C.J. (2000). *Loss And Grieving, Fundamentals of Nursing Human Health and Function* (3rd ed). Philadelphia: Lippincott; 1275-1290.

Davis, D.L. (1996). *Empty Cradle,Broken Heart: Surviving The Death Of Your Baby*. (2nd ed.). Golden CO: Fulcrum Publishing.

Fifer, W.P. (2002). The fetus, the newborn, and the mother's voice. In J. Gomes- Pedro, J. K. Nugent, J.G. Young, T.B. Brazelton (Eds.), *The infant and the family in the twenty-first century* (pp. 79-85). New York: Brunner-Routledge.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health Social Behaviour* **21**, 21-239.

Fonagy, P. (2001). Introduction to attachment theory. In *Attachment Theory and Psychoanalysis* (pp. 5-18). New York: Other Press.

Fonagy, P., Steele, H., Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development* **62**, 891-905.

Frost, M., Condon, J. T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **30**, 54-62.

Fuller, J.R. (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International*, **11**, 433-446.

Fuller, J.R. (1990). Early patterns of maternal attachment. *Health Care for Women International* **11**, 433-446.

Gaffney, K.F. (1986). Maternal-fetal attachment in relation to self-concept and anxiety. *Maternal Child Nursing Journal* **15(2)**, 91-101.

Gillbert, E.S., Harmon, J.S (2002). Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü. İçinde L. Taşkın (Çev. Ed.) *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık; 133-86.

Goldbach, KR., Dunn, DS., Toedter, LJ., Lasker, JN. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry* **61(3)**, 461-7.

Gözüm, S. ve Aksayan, S, (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* **4(2)**, 9-20.

Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* **3 (9)**, 39-66.

Hamilton, J.G., Lobel, M. (2008). Types, patterns, and predictors of coping with stress during pregnancy: Examination of the Revised Prenatal Coping Inventory in a diverse sample. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* **29(2)**, 97–104.

Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. Oxford University Press: New York, USA.

Hazan, C., Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hazan, C., Shaver, PR. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inquiry* **1**, 1-22.

Huizink, AC., de Medina, PG., Mulder, EJ., Visser, GH., Buitelaar, JK. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine* **24(2)**, 132-40.

Imber-Black, E. (2004). Rituals and the healing process. (2nd ed.). İçinde F. Walsh ve M. McGoldrick (Ed.) *Living Beyond Loss:Death in the Family*. New York: Norton; 305-58.

Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık, 7. Baskı, Ankara, ss:116-129.

Kavanaugh, K., Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in low-income African American parents. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, **34**, 595–605.

Kavlak, O., Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* **6(1)**, 188-202.

Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P. ve ark. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **257(8)**, 437-43.

Keser, NÖ. (2007). Ölüm ve Ölümü Yaklaşan Bireyin Bakımı. İçinde F. Ay (Ed.) *Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul: MedikalYayıncılık; 116-125.

- Kobak, R.R., Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59, 135-146.
- Lamb, EH. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *Journal of Perinatal Education* **11**(2), 33-40.
- Laxton-Kane, M., Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **20**, 253-266.
- Lewis, E. (1976). The management of stillbirth: Coping with an unreality. *Lancet*, **2**, 619-20.
- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing and Health* **24**, 203-217.
- Lindgren, K. (2003). A comparison of pregnancy health practices of women in inner-city and small urban communities. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* **32**, 313-321.
- Lumley, J.M. (1980). Through a glass darkly: Ultrasound and prenatal bonding. *Birth*, **17**, 214-217.
- Lumley, J.M. (1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Australian Pediatric Journal*, **18**, 106-109.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-104.
- Mikhail, M. S., Freda, M. C., Merkatz, R. B., Polizzotto, R., Mazloom, E., Merkatz, I. R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **165**, 988-991.

- Mikhail, M.S., Freda, M.C., Merkatz, R.B., Polizzotto, R., Mazloom, E., Merkatz, I.R. (1991). The effect of fetal movement counting on maternal attachment to fetus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, **165**, 988-991.
- Mikulincer, M. Florian, V. (1999). Maternal-fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy--the contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **18**, 255-276.
- Moncher, F.J. (1996). The relationship of maternal adult attachment style and risk of physical child abuse. *Journal of Interpersonal Violence* **11**, 335-350.
- Muller, M. E. (1992). A critical review of prenatal attachment research. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, **6**, 5-22.
- Muller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, **25**, 161-166.
- Muller, M.E. (1990). *The development and testing of the Muller Prenatal Attachment Inventory*. Dissertation. University of California, San Fransisco.
- Muller, M.E., Ferketich, S. (1992). Assessing the validity of the dimensions of prenatal attachment. *Maternal-Child Nursing Journal* **20(1)**, 1-10.
- Muller, M.E., Ferketich, S. (1993). Factor analysis of the Maternal Fetal Attachment Scale. *Nursing Research* **42**, 144-147.
- Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A. ve ark. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health* **82(10)**, 1332-9.
- NICHHD. (2009). Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, *Safe Sleep for Your Baby: Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) (American Indian/Alaska Native Outreach) (09-7462)*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

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

Okyayüz, Ü. (1995). Ölüm ve ölümcül hastalık. *Kriz dergisi*, **3 (1-2)**, 185-189.

Öner, N. (1997). Türkiye'de kullanılan psikolojik testler: Bir başvuru kaynağı, 3. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.

Öz, F. (2004). Kayıp, Ölüm ve Yas Süreci, *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret; 276-318.

Peppers LG, Knapp RJ. (1980). Maternal reactions to involuntary fetal/infant death. *Psychiatry*, **43(2)**, 155-9.

Pollock, P.H., Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse and Neglect*, **23**, 1345-1357.

Porter, R.H., Winberg, J., Varendi, H. (2005). Prenatal Preparation for Early Postnatal Olfactory Learning. In B. Hopkins & S. P. Johnson (Eds.), *Prenatal development of postnatal functions* (pp. 103-129). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc.

Potter, P.A ve Perry, A.G. (2005). *The Experience of Loss, Death, and Grief. Fundamentals of Nursing* (6th ed). St. Lois: Mosby Company; 567-594.

Priel, B., Besser, A. (1999). Vulnerability to postpartum depressive symptomatology: Dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment. *Journal of Social and Clinical Psychology* **18**, 240-253.

Priel, B., Besser, A. (2000). Adult attachment styles, early relationships, antenatal attachment, and perceptions of infant temperament: A study of first-time mothers. *Personal Relationships* **7(3)**, 291-310.

Radloff, LS. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* **1(3)**, 385-405.

- Robinson, M., Baker, L., Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies* **23**(3), 257-70.
- Roper, N., Logan, W.W., Tierney, A.T. (1996). *Dying, The Elements of Nursing. A Model for Nursing Based on a Model of Living* (4th ed). Livingstone: Churchill; 394-420.
- Sahu, S. (1981). Coping with perinatal death. *Journal of Reproductive Medicine*, **26**, 129-32.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* **4**(2), 133-161.
- Shieh, C., Kravitz, M., Wang, H.H. (2001). What do we know about maternal-fetal attachment? *Kaohsiung Journal of Medical Scienc*, **17**, 448-454.
- Siddiqui, A., Hagglof, B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? *Early Human Development* **59**, 13-25.
- Siddiqui, A., Hagglof, B., Eisemann, M. (2000). Own memories of upbringing as a determinant of prenatal attachment in expectant women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **18**, 67-74.
- Sitrin, L. (1994). Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal death and infant death. Doctorate Dissertation. The California School of Professional Psychology, Alameda.
- Sroufe, L.A., Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, **48**, 1184-1199.
- Stahl, D., Sum, C.F., Lum, S.S., Liow, P.H., Chan, Y.H., Verma, S. ve ark. (2008). Screening for depressive symptoms: validation of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in a multiethnic group of patients with diabetes in Singapore. *Diabetes Care* **31**(6), 1118-9.

Stainton, M.C. (1990). Parents' awareness of their unborn infant in the third trimester. *Birth*, **17(2)**, 92-6.

Swanson, KM. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, **48**, 288-98.

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

Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **27(1)**, 51-8.

Şahin, HN., Durak, A. (1995). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi* **10(34)**, 56-73.

Talbot, L.A. (1995). *Principles and Practice of Nursing Research*. Mosby Year Book, USA.

Theut, SK., Moss, HA., Zaslow, MJ., Rabinovich, BA., Levin, L., Bartko, JJ. (1992). Perinatal loss and maternal attitudes toward the subsequent child. *Infant Mental Health Journal*, **13**, 157-166.

Theut, SK., Zaslow, MJ., Rabinovich, BA., Bartko, JJ., Morihisa, JM. (1990). Resolution of parental bereavement after a perinatal loss. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **29(4)**, 521-5.

TNSA (2008) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ön Rapor, Mart 2009 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_On_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi: 23.04.2010.

Toedter, LJ., Lasker, JN., Alhadeff, JM. (1988). The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, **58(3)**, 435-49.

Turton, P., Badenhorst, W., Pawlby, S., White, S., Hughes, P. (2009). Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. *Journal of Child Psychology Psychiatry, and Allied Disciplines* **50(12)**,451-8.

Türkiye Nüfus Etütleri Enstitüsü (2003). Erişim Tarihi: 24.03.2010, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>

Verdier-Taillefer, MH., Gourlet, V., Fuhrer, R., Alperovitch, A. (2001). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies-Depression scale in multiple sclerosis. *Neuroepidemiology* **20(4)**, 262-7.

Wada, K., Tanaka, K., Theriault, G., Satoh, T., Mimura, M., Miyaoka, H. Ve ark. (2007). Validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale as a screening instrument of major depressive disorder among Japanese workers. *American Journal of Industrial Medicine* **50(1)**, 8-12.

Wallerstedt, C., Lilley, M., Baldwin, K. (2003). Interconceptional counseling after perinatal and infant loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* **32(4)**, 533-42.

White, M.A., Wilson, M.E., Elander, G., Persson, B. (1999). The Swedish family: Transition to parenthood. *Journal of Advanced Nursing* **13**, 171-176.

Wilson, AL., Soule, DJ., Fenton, LJ. (1988). The next baby: parents' responses to perinatal experiences subsequent to a stillbirth. *Journal of Perinatology* **8(3)**, 188-92.

Yali, A.M., Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology* **20**, 39-52.

Yalom, I.D. (2001). *Varoluşçu Psikoterapi*, Çev: Z.İ. Babayiğit, Kabalcı Yayınevi, İstanbul.

Yenal K, Şirin A. (2004). Perinatal Kayıp Yaşayan Aileye Yaklaşım. *Hemşirelik Forumu*, **7(1)**, 7-11.

Zeanah, C.H., Carr, S., Wolk, S. (1990). Fetal movements and the imagined baby of pregnancy: Are they related? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, **8**, 23-26.

FORMLAR

EK-1 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Önceki gebeliğinde kayıp yaşayan kadınların sonraki gebeliğinde bu durumdan nasıl etkilendiklerini belirlemek amacıyla “Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebeliğe Etkisi” konulu bir çalışma yapmaktayız. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştirildiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır.

Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Bu durumlarda gebelik takibinizde veya tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışma sonuçlarını daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde de sunmayı hedeflemekteyiz. Çalışma ve sonuçları hakkında bilgi almak istediğinizde bizden bilgi alabilirsiniz. Bize vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırma raporunda kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi yer almayacaktır.

Teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacılar

Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı

Tel: - 0.212.4440000 (27040)

Msc. Sema YILMAZ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Araştırma Görevlisi

Telefon: 0 506 298 78 28 - 0.212.4440000 (27072)

EK-2 GEBE TANILAMA FORMU

Görüşme Tarihi: Sonraki randevu tarihi:

Tel: Adınız Soyadınız:

1.Yaşınız:**2. Medeni Durumunuz:**

- a) Bekar
- b) Evli
- c) Diğer

3. Eşinizin önceki evliliklerinden başka çocuğu var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

4. Kaç yıllık evlisiniz:.....**5. Nasıl bir aile tipine sahipsiniz?**

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile

6.Eğitim Durumunuz:

- a) Okuryazar
- b)İlkokul
- c)Ortaokul
- d)Lise
- e)Üniversite

7.Çalışma Durumunuz:

- a) Çalışan
- b)Çalışmayan

8.Aylık gelirinizin miktarı nedir:.....**9. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**

- a) Gelirim giderimden az
- b) Gelirim giderime denk
- c)Gelirim giderimden fazla

10.Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Hayır

b) Evet

Evet ise açıklar mısınız?.....

11.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

a) Hayır

b)Evet:.....

12.Gebelik Sayınız:.....

13.Yaşayan çocuklarınızın sayısı:....

14. Bu gebeliğinizde gebe kaldığınızı öğrendiğinizde ne hissettiniz?.....

15. Gebe kalmak istediniz mi?

a) Hayır

b)Evet

16. Gebeliği sonlandırmayı düşündünüz mü?

a) Hayır

b)Evet

17.Daha önce kaç kez gebelik kaybı yaşadınız?

Sayı:..... Türü:.....

a) Düşük Zamanı

b) Ölü doğum Cinsiyeti

c) Neonatal ölüm Zamanı

18. Gebelik sonlandırılma endikasyonu: Fetal Endikasyonlar

a)Yaşamla bağdaşmayan konjenital anomaliler ve mental retardasyon

()Anensefali

()Spina bifida

()Ağır hidrocefali

()Polikistik böbrek

()Diğer

b)Majör kromozom bozuklukları:

() Down sendromu

()Diğer

c)Teratojenler:

()Radyasyon

()Rubella, sitomegalovirüs, Toxoplasma

()İlaç kullanımı

d)Anne sağlığını tehdit eden hastalıklar:

- | | |
|--|--|
| ☐ Kalp-damar hastalığı | ☐ Hematolojik hastalıklar |
| ☐ Genetik hastalıklar | ☐ Böbrek hastalığı |
| ☐ Nörolojik hastalıklar | ☐ Tümörler |
| ☐ Tecavüz | ☐ Diğer |

19.Gebelik sonlandırılma yöntemi:.....

20. Şu anki gebelik haftası:.....

21. Şu anki gebeliğiniz planlanmış bir gebelik midir?

- a)Evet b) Hayır

22.Bu gebeliğinizi ailenize kaç haftalıkken söylediniz?.....

23. Şu anki gebeliğinizde bebeğin hareketlerini hissettiniz mi?

- a)Evet b)Hayır

24.Bu gebelik hakkında ne hissediyorsunuz?.....

25.Normal rutin yapılan testler haricinde test yaptırma isteğiniz oldu mu?

- a)Evet b)Hayır

26.Doktorunuza telefon açma ihtiyacı hissettiniz mi?

- a)Evet b)Hayır

27.Doktorunuzu (normal kontrol zamanından önce) ayda birden daha sık görme isteğiniz oldu mu?

- a)Evet b)Hayır

EK-3 PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Gecen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki harfi yuvarlak içine alınız.

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

EK-4 EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI

Aşağıda hissettiğiniz veya davranışlarınızla ilgili bir durumlar listesi vardır. Geçen hafta süresince belirtilen durumu ne sıklıkta hissettiğinizi lütfen söyleyiniz.

SON BİR HAFTA SÜRESİNCE:

	Nadiren ya da hiç (Haftada 1 gün ya da daha az)	Ara-sıra (Haftada 1-2 gün)	Sıklıkla (Haftada 3-4 gün)	Çoğu zaman ya da her zaman (Haftada 5-7 gün)
1.Normalde bana sıkıntı vermeyecek olaylar, beni rahatsız etti.				
2.Yemek yemek istemedim, iştahım kötüydü.				
3.Ailemin desteğine rağmen, hüznü olmaktan kurtulamadığımı hissettim.				
4.Diğer insanlar kadar iyi olduğumu hissettim.				
5.Yaptığım işe zihnimi toparlamada sorun yaşadım.				
6.Kendimi içe kapanık (depresif) hissettim.				
7.Yaptığım her iş için çaba sarf etmem gerektirdiğini hissettim.				
8.Gelecek hakkında umut doluydum.				
9.Yaşamımda başarısız olduğumu hissettim.				
10.Kendimi korkulu, ürkek hissettim.				
11.Uykum huzursuzdu.				
12.Mutluydum.				
13.Her zamankinden daha az konuştum.				
14.Kendimi yalnız hissettim.				
15.İnsanlar bana dostça gelmedi.				
16.Yaşamdan zevk aldım.				
17.Ağlama nöbetlerim oldu.				
18.Kendimi üzgün hissettim.				
19.İnsanların benden hoşlanmadığını hissettim.				
20.Yaptığım herhangi bir şeye devam edemedim.				

EK- 5 STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyiniz. Herhangi bir davranış size hiç uygun değilse %0'ın altındaki kutucuğa (X) işareti koyun. Çok uygunsa %100'ü işaretleyin. Her soruyu ayrı ayrı değerlendirerek size uygun ifadeyi işaretleyiniz

BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA...	Sizi ne kadar tanımlıyor, Size ne kadar uygun			
	Hiç (%0)	Biraz (%30)	Oldukça (%70)	Tamamen (%100)
1-Kimsenin bilmesini istemem				
2-İyimser olmaya çalışırım				
3-Bir mucize olmasını beklerim				
4-Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım				
5-Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6-Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7-Kendimi kapana sıkışmış gibi hissedirim				
8-Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı veririm				
9-İçinde bulunduğum kötü durumu, kimsenin bilmesini istemem				
10-Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kaybetmem				
11-Olanları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12-Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13-İş olacağına varır diye düşünürüm				
14-Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için çabalarım				
15-Problemin çözümü için adak adarım				
16-Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17-Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18-Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				

19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20-Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21-Mücadeleden vazgeçerim				
22-Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23-Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24-Olaylar karşısında kaderim buymuş derim				
25-Keşke daha güçlü bir insan olsaydım diye düşünürüm				
26-Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı düşünürüm				
27-Benim suçum ne diye düşünürüm				
28-Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm				
29-Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30-Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni mutlu eder				

EK-6 PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ KULLANIM İZNİ

kimden mxexmuller@aol.com

kime semayilmaz@mynet.com

tarih 17 Nisan 2008 05:51

konu Re: ask permission

Ms.Yilmaz,

You may indeed used the Prenatal Attachment Scale. Please send me a copy of the abstract when you are finished with your research. I have attached a copy of the questionnaire. I also have it in Arabic if you would like.

Mary E. (Betsy) Muller

-----Original Message-----

From: semayilmaz <semayilmaz@mynet.com>

To: mxexmuller@aol.com

Sent: Wed, 16 Apr 2008 12:30 pm

Subject: ask permission

Dear Muller,

I am from Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing in Turkey. I'm doctorate student. I want to use your "Prenatal Attachment Scale" for my doctorate thesis. Will you allow using your questionnaire in my research. Will you send to me your scale , please? Thank you for your interest.

Sincerely,

Msc. Sema YILMAZ

EK-7 EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR MERKEZİ DEPRESYON SKALASI KULLANIM İZNİ

Dear Sema:

Thank you for your e-mail to the National Institute of Mental Health (NIMH), part of the National Institutes of Health (NIH).

We are sending the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale as an attachment to this e-mail. This scale is in the public domain and can be copied, revised, or reproduced as needed. Citation of the NIMH as the source is appreciated.

If you need information about scoring and interpretation of data, we suggest you search the literature through PubMed, the National Library of Medicine's searchable database of 15 million scientific research abstracts and citations at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.

We hope this information is helpful. The NIMH conducts and supports medical research to improve people's mental health. We provide a wide range of information based on that research. If you have additional questions, please contact us again.

Information Center National Institute of Mental Health

E-mail: nimhinfo@nih.gov

Web site: <http://www.nimh.nih.gov>

Department of Health and Human Services National Institutes of Health

From: semayilmaz

[mailto:semayilmaz@myinet.com]

Sent: Wednesday, April 16, 2008 4:11 AM

To: NIMH Info

Subject: address request

Hello, I am from İstanbul University, Florence Nightingale School of Nursing in Turkey. I saw research about "The CES-D Scale: A self report depression scale for research in the general population". I need the "CES-D Scale" of this research for my doctorate thesis. So, I wish to get in to contact with the scale's owner who is Lenore Sawyer Radloff. He gave an address as "Center for epidemiologic studies national institute of mental health" but I could not find his address. If you know can you give me his contact address (especially e-mail) as soon as possible, please? Or How can I take permission to use this scale? (I think may be this Institute will give permission). Thank you for your interest. Sincerely.

Msc. Sema YILMAZ

EK- 8 ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
PERSONEL DAİRESİ BAŞKANLIĞI



Sayı : 10559
Konu :

39326 14.08.08

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKUL MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 15.05.2008 tarihli 1907 sayılı yazınız.

Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ'nin üstlendiği ve Araş.Gör.Sema YILMAZ'ın yürüteceği 2008/1617 dosya nolu "Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebeliğe etkisi" başlıklı anketli doktora tez İstanbul Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulunca inceleniş olup,etik yönden bir sakınca taşımadığı çalışmanın ilgili Fakültenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Akhan YILDIRIM'ın gözetiminde uygulanmasına karar verildiği hakkında adıgeçen Fakülte Dekanlığından alınan 08.08.2008 tarihli 20446 sayılı yazı ve eklerinin fotokopisi ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.İrfan PAPILA
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek:3

Dr. Başar
Fakülteye
15.08.08
RA

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ

Gelen Kayıt No : 1456
Gelen Tarih : 15.8.2008



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 18/06/2008

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 6

Sorumlu araştırmacılığını Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ'nin, üstlendiği Araş.Gör.Sema YILMAZ'ın, yürüteceği 2008/1617 dosya nolu "Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebeliğe etkisi" başlıklı anketli doktora tez çalışması kurumumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN (Katılmadı)

Farmakoloji ve Kll.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL (Katılmadı)

İç Hast. A.D., Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP

İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR

Patoloji A.D., Nöropatolojik B.D

Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)

Genel Cerrahi A.D.

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR

Farmakoloji ve Kll.F. A.D

Fatma Ceyda DÖNMEZER

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK

Hukukçu

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



SAYI : B.30.2.İST.0.02.00.01 / Yİ - 1104
KONU: Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ hk.

08.08.2008* 20446

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 23.05.2008 tarih ve 24600 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsedilen Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'nin üstlendiği ve Araş. Gör. Sema YILMAZ'ın yürüteceği 2008/1617 dosya no'lu "Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebeliğe etkisi" başlıklı anketli Doktora Tez çalışması ile ilgili 05.08.2008 tarih ve 20 sayılı Fakültemiz Yönetim Kurulu Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

Rukiye Eker Ömeroğlu
Prof. Dr. Rukiye Eker ÖMEROĞLU
Dekan Vekili

EK: Yönetim Kurulu Kararı
Yerel Etik Kurul Kararı

Merve H.

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Personel D. Başkanlığına	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelecek Evrak 30541
8.8.8	

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ DAİRE BAŞKANLIĞI
11 AĞUS 2008
Sayı: 24510

İ. T. F.

FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No: 20

05.08.2008 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'nin üstlendiği ve Araş. Gör. Sema YILMAZ'ın yürüteceği 2008/1617 dosya no'lu "Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebeliğe etkisi" başlıklı anketli Doktora Tez çalışması ile ilgili Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığı'nın olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışmanın Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan Prof. Dr. Aklın YILDIRIM'ın gözetiminde uygulanmasına karar verildi.

Aslı Gibidir.
Sadettin KILIÇTAŞ
Fakülte Sekreteri

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sema	Soyadı	YILMAZ
Doğ.Yeri	Mut/İÇEL	Doğ.Tar.	05.01.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	
Email	syilmaz33@gmail.com	Tel	0 506 298 78 28

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul	2006 - halen
Yük.Lis.	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya	2001-2004
Lisans	Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu, Konya	1997-2001
Lise	Atatürk Sağlık Meslek Lisesi, Eskişehir	1993-1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2006-
2.	Araştırma Görevlisi	Selçuk Üniversitesi Konya Sağlık Yüksekokulu	2002-2006
3.	Ebe	Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi	2002-2000
4.	Ebe	Meram 04 No'lu Sağlık Ocağı	1998-2000

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	77.500	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	53.488	56.995	60.502
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	İyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15–49 in the 12-month post-partum period in Turkey, J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 35, No. 1: 86–93, February 2009.

Yılmaz SD, Beji NK. Eşler dışında üçüncü kişiler ile üremeye bakış. Androloji Bülteni 2009; 38: 210-7.

Yılmaz SD, Bal MD, Beji NK. Jinekolojik kanser tedavilerinin kadın cinsel yaşamına etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. Androloji Bülteni 2010; 40: 75-81.

Yılmaz S. Kadınların Cinselliğini Araştıran Bir Çalışma: Servikal Kanser Tedavisinin Geç Dönem Etkilerinin Değerlendirilmesi, Androloji Bülteni 2009; 37: 176-7.

Oskay Ü, Beji NK, Yılmaz S, Bal M. Onkoloji Hemşireliğinde Bakım Standartları Konsensus Kitabı, Sıcak Basması ve Cinsellik. İstanbul 2010.

Coşkun A, Yılmaz S, Yılmaz T. İnfertil çiftlerde eğitim ve danışmanlık süreci, hemşirelik yaklaşımı. İçinde: Beji NK (Ed). İnfertilite Hemşireliği, Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneği Yayını No:1, Acar Basım ve Cilt San. Tic. A.Ş. İstanbul 2009; 147-162.

Yılmaz S., Vural G., “Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi”, 4. Uluslar arası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi, Sözel sunu, Bildiri Kitapçığı s:204, 2005.

Yılmaz S., Ege E., Akın B., Çetin Ç., Induced abortion and contraceptive use in 15-49 years women, The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, The Official Journal of the European Society of Contraception, 11(1), The 9th congress of the European Society of Contraception Programme and Book of Abstracts, p:81, İstanbul, 2006.

Yılmaz S., Doğum sonu bir yıllık dönemdeki adölesan annelerin kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve verilen bakımın değerlendirilmesi, 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı, s:386-389, Ankara, 2006.

Yılmaz S., Can R., Primipar adölesan annelerin aile planlaması yöntem tercihleri ve bilgi düzeyleri, 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı, s:370-373, Ankara, 2006.

Kurt A.S., Yılmaz S., Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin AIDS hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları, 1. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongre Kitabı, s:350-357, Ankara, 2006.

Bilgiç D., Şahin N., Yılmaz S., Kadın sağlığında öncelikler, 8. Uludağ jinekoloji ve obstetri kış kongresi özet kitabı, s:186, Bursa, 2007.

Yılmaz S., Şahin N., Bilgiç D., Kadın sağlığında kilometre taşları, 8. Uludağ jinekoloji ve obstetri kış kongresi özet kitabı, s:187, Bursa, 2007.

Şahin H.N., Yılmaz S., Perinatal Bakımda Optimalite, 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul, Sözel Sunum.

Bilgiç D., Şahin H.N., Yılmaz S., Diyabetin Üreme Sağlığına Etkisi, 1. Ulusal Ebelik Kongresi, 20-22 Haziran 2007, İstanbul, Poster Sunum.

Yılmaz S, Beji NK. Diyabet ve üriner inkontinans. 1. Pelvik Taban Sağlığı ve İşeme Bozuklukları Kongresi. 30 Ekim-3 Kasım 2007, Antalya. Poster (Sözel Sunum)

Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. (2007). Postpartum bir yıllık dönemdeki kadınların yaşam kalitesi ve bununla ilişkili faktörler, Sözel sunu, Bildiri Kitapçığı s:244-245, 5. Uluslar arası Üreme Sağlık ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara.

Ozcan Ş, Sahin N.H., Bilgic D, Yılmaz S, Somek A, Reproductive Health of Turkish Women with Diabetes, 68th Scientific Sessions Abstract Book, the June 2008 supplement to the journal Diabetes abstract number 3820.

Yılmaz S, Beji NK. Gebelikte Öz Bakım, 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 15-18 Ocak 2009 Bursa, Poster Sunum.

Yılmaz S, Demirgöz M, Beji N, Yalçın Ö. "Üriner İnkontinans Tanı Ve Değerlendirme Sürecinde Uygulanan Klinik Testlerin Kanıt Temelli İncelenmesi" Kongre Kitabı s: 4. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi 21-24 Ekim 2009 İstanbul, Poster sunum.

Kurslar ve Toplantılar

1. Ameliyathane Hemşireliği Kursu II, 31 Ocak-1Şubat 2003.
2. 4. Uluslar Arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23 Nisan 2005.
3. The 9th ESC (European Society of Contraception Congress) Improving Life Quality Through Contraception and Reproductive Health Care, 3-6 Mayıs 2006.
4. İstatistik Analize Giriş ve Orta Düzey İstatistik Eğitim Analiz Eğitimi, 27 Mayıs 2006.
5. 1.Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi, 28 Kasım–01 Aralık 2006.
6. 1.Ulusal Ebelik Sempozyumu (Uluslararası katılımlı), 3-4 Mayıs 2007.

7. “Üroloji Hemşireleri Derneği Üriner Stomalarda Bakım Kursu”, 30-31 Mayıs 2007.
8. 1.Ulusal Ebelik Kongresi, 20–22 Haziran 2007.
9. 1.Ulusal Ebelik Kongresi “Uygulamalı Fetal Monitörizasyon ve NST Kursu” 20-22 Haziran 2007.
10. 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Uluslararası Katılımlı), 26-29 Haziran 2007.
11. İstanbul İnfertilite Hemşireleri Toplantısı “Etkin İletişim Ve Tıp ” Semineri, 28 Haziran 2007.
12. “Onkoloji Hemşireliğinde Sistemik Tedavi Yaklaşımlarında Semptom Yönetimi Konsensusu - I”, 22-23 Kasım 2007, İstanbul.
13. “Bilim Etiği Sempozyumu” 14-15 Aralık 2007, İstanbul.
14. “Diyabetlilerde Cinsel Sağlık Ve Hemşirenin Rolü”, 26 Şubat 2008.
15. 1.Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet”, 20-22 Mart 2008 Ankara.
16. İstanbul Tıp Fakültesi İnfertilite ve Perinatoloji Günleri, 26-29 Mart 2008, İstanbul .
17. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi “Kuramsaldan Uygulamaya Hemşirelik Sempozyumu” 9-10 Mayıs 2008 İstanbul
18. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Cerrahpaşa Kadın Doğum ve Tüp Bebek Günleri, 30-31 Mayıs 2008 İstanbul.
19. Androlojide Güncelleme ve Avrasya Androloji Zirvesi Kadın Cinsel Disfonksiyon Bozukluğu (Kadında Hipoandrojenizm) Kursu, 5-7 Haziran 2008.
20. Androlojide Güncelleme Sempozyumu ve Avrasya Androloji Zirvesi Kongresi 5-7 Haziran 2008 İstanbul.
21. 3.Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi 15-19 Ekim 2008 Antalya.
22. 3.Ulusal Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Kongresi "İnfertilite Hemşireliği Kursu", 15 Ekim 2008 Antalya.
23. Perinatolojide Sorunlar ve Güncel Yaklaşımlar Paneli, 26 Kasım 2008, İstanbul.
24. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi 15-18 Ocak 2009 Bursa.
25. Sağlık İçin Sosyal Bilimler Derneği (SASBİL) “Kalitatif Araştırma Yöntemleri” kursu. 26-28 Şubat 2009 İstanbul.

26. Kadın Hastalıkları ve Doğum Pratiğinde 2.Epidemiyoloji ve Biyoistatistik Kursu 29 Kasım 2009 İstanbul.
27. Türkiye Biyoetik Derneği VII Tıp Etiği “Yeni Üreme Teknikleri Yeni Annelikler” Sempozyumu 9 Mart 2009 İstanbul.
28. Üremeye Yardımcı Tekniklerde Veri Toplanması ve Çoğul Gebeliklerin Önlenmesi Sempozyumu 21-22 Mart 09 İstanbul.
29. I.Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Sempozyumu 21 Mayıs 09 İstanbul.
30. 4. Ulusal Urojinekoloji Kongresi 21-24 Ekim 2009 İstanbul.
31. “I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi” 02-04 Kasım 2009 İstanbul.
32. “I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi” kapsamında “Elektronik Fetal İzlem Hemşirelik kursu 02 Kasım 2009 İstanbul.
33. “I. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi” kapsamında “İnfertilite Hemşireliği” kurs programında “İnfertilite ve anne bebek bağlanması” konulu konuşma 02 Kasım 2009 İstanbul.
34. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Pratiğinde 2.Epidemiyoloji ve Biyoistatistik Kursu 29 Kasım 2009 İstanbul.
35. TAPV “Güvenli Annelik” Sempozyumu 8 Aralık 2009 Princess Hotel İstanbul
36. “Örnek Problem ve Çözüm Odaklı Biyoistatistik ve Epidemiyoloji” sempozyumu 12 Aralık 2009 İstanbul.
37. Yardımcı Üreme Teknikleri (YÜT): Geleceğe Yolculuk Sempozyumu 16 Ocak 2010.
38. Onkoloji Hemşireliğinde Bakım Standartları Konsensusu 2010, 13-14 Mart 2010, İstanbul.
39. “Üriner İnkontinans Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım Kursu” 8-9 Nisan 2010, İstanbul.
40. II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Sempozyumu, 15.04.2010, İstanbul.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okuma, tiyatro, sinema, yüzme.