



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBELİK KAYBI YAŞAYAN ÇİFTLERE VERİLEN SWANSON BAKIM
KURAMINA GÖRE TEMELLENDİRİLMİŞ EBELİK BAKIMININ YAS VE
GENEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ**

Betül ALTAY

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça DEMİR YILDIRIM

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

GEBELİK KAYBI YAŞAYAN ÇİFTLERE VERİLEN SWANSON BAKIM
KURAMINA GÖRE TEMELLENDİRİLMİŞ EBELİK BAKIMININ YAS VE
GENEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

Betül ALTAY

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Ayça DEMİR YILDIRIM

İSTANBUL-2024

ÖZET

GEBELİK KAYBI YAŞAYAN ÇİFTLERE VERİLEN SWANSON BAKIM KURAMINA GÖRE TEMELLENDİRİLMİŞ EBELİK BAKIMININ YAS VE GENEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu çalışma, gebelik kaybı yaşayan çiftlere Swanson Bakım Kuramına temellendirilen ebelik bakım ve danışmanlığının, kadınların perinatal yas düzeyi ve genel iyi oluşları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma randomize kontrollü deneysel tasarımda, Haziran 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesine gebelik kaybı nedeniyle başvuran 1623 kadın oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanarak 76 çift (müdahale: 38, kontrol: 38) ile çalışma yürütüldü. Müdahale grubuna Swanson Bakım Kuramına temellendirilen ebelik bakımı verilirken kontrol grubuna rutin ebelik bakımı verildi. Araştırmada veri toplamak için Tanıtıcı Bilgi Formu, Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu ve Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) kullanıldı.

Araştırma bulgularında bakım öncesi müdahale ve kontrol grupları arasında perinatal yas ve genel iyi oluş ölçek puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken Swanson Bakım Kuramına temellendirilen ebelik bakımı sonrasında; müdahale grubunun perinatal yas ölçek puan ortalamasının 50.66 genel iyi oluş ölçek puan ortalamasının 60.00 olduğu tespit edildi, kontrol grubunun perinatal yas ölçek puan ortalamasının 102.74 genel iyi oluş ölçek puan ortalamasının 37.03 olduğu tespit edilerek gruplar arasında ileri derecede anlamlı fark tespit edildi ($p<0.001$).

Bu araştırmadan elde edilen bulgular; Swanson Bakım Kuramına temellendirilmiş ebelik bakımı ve danışmanlığının perinatal yas, aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk düzeyini azaltırken genel iyi oluş düzeyini artırdığı tespit edildi. Sonuç olarak; rutin klinik uygulamalarda gebelik kaybı yaşayan kadınların fiziksel ihtiyaçlarına yönelik bakım verilirken kadın ve ailesinin psikososyal ihtiyaçları arka planda kalarak kadınların yas düzeyleri artmaktadır. Gebelik kaybı yaşayan kadın ve ailesinin psikososyal açıdan iyileşmesi için; bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım ebeler tarafından klinik uygulamalara dahil edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, gebelik kaybı, perinatal yas, yas bakımı, ebelik bakım ve danışmanlığı



ABSTRACT

THE EFFECT OF MIDWIFERY CARE BASED ON SWANSON CARE THEORY ON GRIEF AND GENERAL WELL-BEING LEVEL OF COUPLES EXPERIENCING PREGNANCY LOSS

In this study, the effect of midwifery care and counselling based on Swanson Care Theory given to couples experiencing pregnancy loss on women's perinatal grief and general well-being levels was examined.

The study was conducted in a randomised controlled experimental design between June 2023 and June 2024. The population of the study consisted of 1623 women who applied to a training and research hospital due to pregnancy loss. The study was conducted with 76 couples (intervention: 38. control: 38) using the G* Power 3.1.9.2 package programme for sampling. The intervention group received midwifery care based on Swanson Care Theory, while the control group received routine midwifery care. Descriptive Information Form, General Well-Being and Perinatal Bereavement Scale were used to collect data.

In the research findings, no significant difference was detected in perinatal grief and general well-being scale scores between the control and intervention groups before the care, but after the midwifery care based on Swanson Care Theory; it was determined that the mean score of the intervention group was 50.66 and the mean score of the intervention group was 60.00. while the mean score of the control group was 102.74 and the mean score of the intervention group was 37.03. and a highly significant difference was detected between the groups ($p < 0.001$).

In the light of the findings obtained from this study, it was determined that midwifery care and counselling based on Swanson Care Theory decreased negative affect such as perinatal grief level, active grief, difficulty in coping, hopelessness and increased the level of general well-being. In conclusion, while care is provided for the physical needs of women experiencing pregnancy loss in routine clinical practice, the psychosocial needs of the woman and her family remain in the background and women's grief levels increase. Individualised and holistic care should be included in clinical practice by midwives for the psychosocial recovery of women with pregnancy loss and their families.

Keywords: Midwifery, pregnancy loss, perinatal grief, bereavement care, midwifery care and counselling

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecimde bana bilgi ve tecrübeleri ile ışık olan ve tez dönemim boyunca üzerimden desteğini eksik etmeyen, başaramayacağım hissine kapıldığım anlarda beni iyimserliği ile motive eden saygıdeğer tez danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi Ayça DEMİR YILDIRIM'a**,

Bilgi birikimi ve örnek kişiliğiyle bize rehber olan saygıdeğer hocam **Prof. Dr. Güler CİMETE' ye**,

Yüksek lisans eğitimim sırasında teorik, uygulama ve pratik anlamda birçok şey öğrendiğim, tez dönemimde de katkı ve desteğini esirgemeyen, saygıdeğer hocam **Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YILMAZ ESENCAN'a**,

Lisans eğitim sürecimden bugüne kadar kişiliği, duruşu ve kadın savunuculuğu ile kendime örnek aldığım, değerli hocam **Doç. Dr. Özlem DOĞAN YÜKSEKOL' a**,

Tez savunma sınavıma jüri üyesi olarak katılarak beni onurlandıran ve tanımaktan mutluluk duyduğum hocalarım, **Doç. Dr. Meltem MECDİ KAYDIRAK ve Dr. Öğr. Üyesi Arzu AKDEMİR'e**

Tez çalışmamı yaptığım İstanbul S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi-1 **ebe ve sekreterlerine**,

Tez sürecimde manevi desteklerini esirgemeyen, beni sıklıkla motive eden değerli arkadaşlarım **Betül DEMİR, Fariba ROSTAMVAND, Pınar TURGUT ve Gamze SOLMAZ' a**,

Her durumda yanımda olan varlığından güç aldığım annem **Nesrin ALTAY** ve babam **Ahmet ALTAY'a**,

Her işimi kolaylaştıran, beni her koşulda güldüren biricik kardeşim **Fatih ALTAY'a**,

Desteğini hep üzerimde hissettiğim yengem **Esra ALTAY**, amcam **Mehmet ALTAY'a**,

Geçtiğimiz yıl kaybettiğim, bugünlere gelmemde büyük emeği olan canım **babaanneme**,

Son olarak da araştırmama katılarak kayıp ve yas deneyimlerini benimle paylaşan tüm kadınlara, sonsuz teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve şkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

09/08/2024

Betül ALTAY

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
TEŞEKKÜR	iv
BEYAN FORMU	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kayıp Kavramı.....	5
2.2. Gebelik Kaybı	6
2.3. Yas Kavramı	7
2.4. Yas Tutma Süreci.....	7
2.4.1. İnkâr ve şok.....	8
2.4.2. Öfke	8
2.4.3. Pazarlık	8
2.4.4. Depresyon	8
2.4.5. Kabullenme	8
2.5. Gebelik Kaybı ve Yas	9
2.5.1. Gebelik kayıplarında baş etme.....	10
2.5.2 Gebelik kaybı sonrası sosyal destek	11
2.6. Gebelik Kayıplarına Yönelik Ebelik Bakımı	12
2.7. Gebelik Kayıplarına Yönelik Bakım Kuram ve Modelleri.....	12
2.7.1. Watson'un insan bakım kuramı.....	13

2.7.2. Roy adaptasyon modeli.....	13
2.7.3. Swanson bakım kuramı.....	14
2.8. Kristen M. Swanson.....	15
2.8.1. Swanson bakım kuramı.....	16
2.8.2. Swanson bakım kuramı basamakları	17
2.8.3. Gebelik kaybı yaşayan kadınlara yönelik Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş ebelik bakımı	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Amacı.....	21
3.3. Araştırmanın Hipotezleri	21
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.6. Araştırmanın Randomizasyonu.....	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.7.1. Bağımlı değişkenler	24
3.7.2. Bağımsız değişkenler	24
3.8. Veri Toplama Araçları	25
3.8.1. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek 1.):	25
3.8.2. Kadın tanıtıcı bilgi formu (Ek 2.):	25
3.8.3. Erkek tanıtıcı bilgi formu (Ek 3):	25
3.8.4. Genel iyi oluş ölçeği kısa formu (GİÖÖ) (Ek 4.):	26
3.8.5. Perinatal yas ölçeği (33 maddeli kısa sürüm) (PYÖ) (Ek 5.):	26
3.9. Araştırmanın Hazırlık Aşamaları.....	27
3.9.1. Gebelik kaybı yaşayan çiftlere ebelik bakımı ve danışmanlığı uygulayıcı kılavuzunun hazırlanması	27
3.9.2. Araştırmanın ön uygulaması.....	28
3.10. Araştırmanın Uygulanması	28

3.10.1. Müdahale grubuna yapılan uygulamalar.....	30
3.10.2. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar	31
3.11. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi.....	31
3.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	41
3.13. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	41
3.14. Araştırmanın Kaydı.....	41
3.15.Verilerin Analizi	41
4. BULGULAR.....	44
4.1. Katılımcıların ve Katılımcıların Eşlerinin Profiline İlişkin Bulgular	45
4.2. PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ İlişkin Bulgular	61
4.3. PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ puanlarının Kontrol Grubu Ön Test- Müdahale Grubu Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
4.4. Kontrol Grubu PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ Ön Test –Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	64
4.5. Kontrol ve Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Son Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
4.6. Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Ön Test- Son Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
4.7. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	67
4.8. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması	71
4.9. Katılımcıların Son Gebelik ve Kaybı Tanılama Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması	74
4.10. Yaş, İlk Gebelik Yaşı, Toplam Gebelik Sayısı, Yaşayan Çocuk Sayısı ve PYÖ, PYÖ Alt Boyutları, GİÖÖ ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	87
4.11. Perinatal Yas, Aktif Keder, Başa Çıkmada Zorlanma, Umutsuzluk ve Genel İyi Oluş Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	89
5.TARTIŞMA.....	91

5.1. Sosyo-Demografik (Tanımlayıcı) Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması.....	91
5.2. Obstetrik Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması	95
5.3. Genel İyi Oluş Ölçeği'ne Ait Bulguların Tartışılması.....	97
5.4. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) ve Alt Boyutlarına Ait Puanların Tartışılması	98
5.5. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Bulguların Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu Puanı, PYÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	100
5.6. Yas Bakımına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	104
5.7. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Bulguların Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması.....	106
5.8. Gebelik Kaybı Yaşayan Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bazı Bulguların Tartışılması	108
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
KAYNAKLAR	114
EKLER	123
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	123
Ek 2. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu	125
Ek 3. Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu	128
Ek 4. Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (GİÖÖ)	131
Ek 5. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon).....	132
Ek 6. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı Uygulayıcı Kılavuzu	135
Ek 7. Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu Kullanım İzni	136
Ek 8. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) Kullanım İzni.....	137
Ek 9. Kriz ve Yas Danışmanlığı Uygulayıcı Sertifikası	138
Ek 10. Yas Danışmanlığı Sertifikası.....	139
Ek 11. Etik Kurul Onayı	140

Ek 12. Kurum İzni	141
Ek 13. Özgeçmiş	142



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: $\alpha=0.05$ önem düzeyinde KGÖ değerleri (Veneziano ve Hooper, 1997)	32
Tablo 2: Kılavuzun genel yapısına ilişkin uzman görüşleri.....	33
Tablo 3: Birinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri.....	34
Tablo 4: İkinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri	35
Tablo 5: Üçüncü görüşmeye ilişkin uzman görüşleri	36
Tablo 6: Dördüncü görüşmeye ilişkin uzman görüşleri.....	37
Tablo 7: Beşinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri.....	38
Tablo 8: Altıncı görüşmeye ilişkin uzman görüşleri.....	39
Tablo 9: Yedinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri	39
Tablo 10: Sekizinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri.....	40
Tablo 11: Güvenirlilik ve normallik incelemesi	42
Tablo 12: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular	45
Tablo 13: Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular	47
Tablo 14: Katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular..	49
Tablo 15: Katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular..	52
Tablo 16: Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular.....	54
Tablo 17: Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular	56
Tablo 18: Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular	59
Tablo 19: PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ilişkin bulgular	61
Tablo 20: Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarının karşılaştırılması	63
Tablo 21: Kontrol grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test- son test puanlarının karşılaştırılması.....	64
Tablo 22: Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarının karşılaştırılması.....	65
Tablo 23: Müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test- son test puanlarının karşılaştırılması.....	66
Tablo 24: Katılımcıların gruplarına göre PYÖ, PYÖ alt boyutları ile GİÖÖ ait ön test ve son test puanlarının karşılaştırılması.....	67
Tablo 25: Kontrol grubundaki katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	68

Tablo 26: Müdahale grubundaki katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	70
Tablo 27: Kontrol grubundaki katılımcıların obstetrik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	71
Tablo 28: Müdahale grubundaki katılımcıların obstetrik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	73
Tablo 29: Kontrol grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarına göre karşılaştırılması.....	75
Tablo 30: Müdahale grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarına göre karşılaştırılması.....	77
Tablo 31: Müdahale grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	78
Tablo 32: Kontrol grubundaki katılımcıların yasa yönelik düşünceleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	80
Tablo 33: Müdahale grubundaki katılımcıların yasa yönelik düşünceleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması.....	86
Tablo 34: Katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyut ve GİÖÖ puanları ile yaşları, ilk gebelik yaşları, toplam gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları arasındaki kolerasyon analizi sonuçları.....	87
Tablo 35: PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ arasındaki kolerasyon analizi sonuçları..	89

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Swanson bakım kuramı.....	16
Şekil 2: Araştırmanın örneklem hesabı	23
Şekil 3: Araştırmanın randomizasyonu	24
Şekil 4: Araştırmanın consort akış şeması	29
Şekil 5: Lawshe'nin KGO hesap formülü	32



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GİÖÖ: Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu

PYÖ : Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi-1: KHDS-1



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı, Önemi ve Amacı

Perinatal kayıplar, çiftler üzerinde ciddi biyopsikososyal etkiler yaratmakta ve bu süreçte sağlık hizmetlerinin yetersizliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde tüm gebeliklerin %20-25'i istemsiz abortus, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi sebeplerle kaybedilmekte, bu da kadınların yaklaşık dörtte birinin üreme çağıında abortus, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlediğini göstermektedir (Palas ve ark., 2020; Yılmaz, 2010). Gebelik kaybı, stresli bir durum olup, özellikle gebelik haftasının ilerlemesiyle kadınların bebeklerine bağlanması ve annelik duygusunun gelişmesi nedeniyle travmatik sonuçlara neden olabilmektedir (Daugirdaitė ve ark., 2015; Turkyılmaz ve ark., 2021). Gebeliğin başlangıcı ile postpartum dönem arasında meydana gelen bu kayıplar, perinatal kayıp olarak adlandırılmaktadır (Tavares Da Silva ve ark., 2016; Yılmaz, 2010) ve bu dönemler embriyo veya fetüsün dölleme, gebelik, doğum veya erken neonatal dönemin ilk günlerini kapsamaktadır (Mecdi Kaydırak ve Aslan, 2020).

Perinatal kayıplar, sadece fetüsün kaybı değil, aynı zamanda çiftlerde geleceğe yönelik umutsuzluk, hayal kırıklığı ve benlik saygısının yitirilmesi gibi çoklu kayıpları içeren büyük bir yaşam krizine yol açmaktadır (Mecdi Kaydırak ve Aslan, 2021; Tian ve Solomon, 2020; Oreg, 2020). Çiftler, bu süreçte biyopsikososyal ve ruhsal düzeylerde etkilenebilen perinatal yas sürecini yaşamaktadırlar (Fernández-Férez ve ark., 2021). Araştırmalar, ebeveynlerin perinatal kayıp sonrası yoğun ve karmaşık duygular yaşadığını göstermektedir (Berry ve ark., 2020). Bu süreçte yas, normal ve beklenen bir tepki olarak görülmekte, ancak anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik sorunlar da perinatal kayıplarla ilişkilendirilmektedir (Davoudian ve ark., 2021; Fernández-Basanta ve ark., 2020; Herbert ve ark., 2022). Perinatal kaybı olan kadınların bir sonraki gebelikleri de bu kayıplardan etkilenmekte; bu kadınlarda anksiyete ve depresyon düzeyleri kaybı olmayan gebelere kıyasla daha yüksek olmaktadır (Herbert ve ark., 2022; Mainali ve ark., 2023). Perinatal kaybı olan her çift, yas sürecini farklı şekilde yaşayabilmekte ve bu süreç

verdiği tepkileri bireysel olarak değişiklik göstermekle birlikte cinsiyet, kültür, sosyal çevre gibi faktörlerden de etkilenmektedir (Berry ve ark., 2020).

Perinatal kayıplar, çiftlerin ve ailelerinin aile dinamiklerini, sosyal ve çalışma ortamlarını da etkilemektedir. Bu kayıpların sosyal ve aile ortamında tanınması, çiftlerin ve ailelerinin yasla baş etmesine yardımcı olmaktadır (Fernández-Sola ve ark., 2020). Perinatal kaybı olan kadınların duygusal anlamda iyileşmeleri için hasta merkezli ve şefkatli bakımın önemli bir rol oynamaktadır (Palmer ve Murphy-Oikonen, 2019). Erkeklerde ise perinatal yas sürecinde toplumsal cinsiyet ayrımı yapılmaksızın duygusal desteği sağlayacak bakıma yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Mota ve ark., 2023). Literatürde genellikle kadınlara odaklanılmış olup, erkeklerin perinatal yası nasıl yaşadığı ve bu süreçte nelere ihtiyaç duyduğu bilinmemektedir (Obst ve ark., 2020). Erkekler, toplumsal cinsiyet ayrımının getirdiği eşe destek rolü sebebiyle kadınlara göre daha az ve kalıcı düzeyde psikolojik olarak etkilenirken, alkol tüketimi ve kaçınma gibi baş etme davranışları sergileyebilmektedir (Jones ve ark., 2019). Baba adayları, mevcut sağlık hizmetlerinde perinatal kayıp sonrası göz ardı edildiklerini hissedip, yas döneminde özel desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Obst ve ark., 2021). Birçok erkek, partnerini destekleyebilmek için duygularını ve yasını ifade etmekten kaçındığını, hatta sosyal ortamda da kayıpları hakkında konuşup duygularını ifade ederek destek alabileceği kimse olmadığını ifade etmiştir (Miller ve ark., 2019). Baba adayları bu süreçte yoğun düzeyde yas yaşayabilir ve sağlık profesyonelleri, aileleri ve arkadaşları tarafından kayba yönelik desteğe ihtiyaç duyabilirler. Baba adaylarından beklenen eşini destekleme görevi olmakla birlikte, onların da desteğe ihtiyaç duyabilecekleri düşüncesi ile destekleme ve desteklenme arzusunu dengeleyebilmek gerekmektedir (Obst ve Due, 2019).

Kadınlar ve eşleri, erken gebelik kayıplarından biri olan abortusla ilgili bakımdan memnuniyetsizlik duyduklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, bakımı veren sağlık profesyonelleri ise çiftlere duygusal destek sağlamak için kendilerini hazırlıksız ve yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir (Lee ve ark., 2022). Kadın ve eşini etkileyen olumsuz duyguların ve kronik yas sürecinin önlenmesi için çiftlere birlikte erken dönemde bakım ve danışmanlık hizmeti gerekmektedir (Hunter ve ark., 2017).

Özetle, uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde perinatal kaybı olan kadın ve eşi için perinatal yas sürecinde eşlerin birlikte danışmanlık alarak bu süreci nasıl

geçirdiğini araştıran çalışmalar bulunmamaktadır. Sağlık kuruluşlarında perinatal kayıp sonrası kadınlara fiziksel bakıma yönelik girişimlerde bulunulurken, sosyal, emosyonel, spiritüel ve psikolojik yönden yeterli bakım ve destek sağlanamamaktadır (Yeşildere Sağlam, 2022). Özellikle hastane ortamında, aktif ve hızlı bir şekilde kadın ve eşinin kaybının ve yasının tanınmasına ve çiftlerin bu süreçte danışmanlık almaya ve desteklenmeye ihtiyaçları vardır (Obst ve Due, 2019). Kadın ve eşinin perinatal kayıp ve yas sürecini yaşayabilmeleri için psikolojik, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutta destek sağlanması gerekmektedir. Çiftlerin sosyal ve psikolojik desteklere yönlendirilebilmesi ve bu süreçte danışmanlık yapılabilmesi için ebeler iyi bir konumdadır (Obst ve ark., 2021). Ebeler, perinatal kayıp sırasında ve sonrasında kadınlara bakım verirken, baba adaylarını da bu sürece dahil edebilme becerilerine sahiptir. Baba adayının bu sürece dahil edilmesi, kadının da eş desteği almasını kolaylaştıracaktır. Eşlerin birlikte ve bir ebe danışman desteğiyle yas sürecini daha erken atlatması ve kronik yas sürecine girmesinin önlenmesi mümkündür.

Verilen bakım, danışmanlık ve eğitimlerin klinikte uygulanması kolay, erişilebilir bir program ve rehberlere dayandırılması ve sürekli uygulanabilir olması oldukça önemlidir. Perinatal kayıp yaşayan ebeveyn adaylarının fikirlerini dikkatle dinlemeyi, duygu ve düşüncelerini ifade etmek için teşvik etmeyi, güveni geliştirmek için olumlu güven ilişkisi oluşturmayı içeren bireyselleştirilmiş bir ebelik bakımı sağlamak için Swanson Bakım Modeli'nden yararlanılabilir. Çıkış noktası perinatal kayıplar olan Swanson Bakım Kuramı, hemşirelik bakımında farklı alanlarda kullanılmış ve çeşitli çalışmalarda temel alınmıştır (Mårtensson ve ark., 2021; Yeşildere Sağlam & Gürsoy, 2021). Swanson Bakım Kuramı'nın iyileşme sürecinde hastalara olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir (McKelvey, 2018; Najjar ve ark., 2020; Tsai ve Chou, 2013). Perinatal kayıplarla karşı karşıya kalan bireylere yönelik olarak da Kristen M. Swanson'ın Swanson Bakım Kuramı'nın süreci yönetme ve iyileştirmede etkili olduğu bilinmektedir (Yeşildere Sağlam, 2022). Bu kuram, “bilmek”, “birlikte olmak”, “gereksinimlerini karşılamak”, “güçlendirmek” ve “inancı sürdürmek” olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Swanson, 1999; Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021; Wojnar, 2014). Swanson Bakım Kuramı ile perinatal kaybı olan ebeveynlerin yas sürecinde birbirlerine destek olmaları ve süreci birlikte yönetmeleri sağlanabilir.

Sonuç olarak, perinatal kayıp sonrası çiftlere Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş bakım ve eğitim verilmesinin, çiftlerin psikososyal başa çıkma

becerilerini geliştireceği ve yas sürecinde daha sağlıklı bir şekilde adapte olmalarına katkı sağlayacağı öngörölmektedir. Swanson Bakım Kuramı'na dayalı bakım, perinatal kayıp yaşıayan çiftlerin süreci daha hızlı atlatmalarına ve yas sürecinin kronikleşmesini önlemelerine yardımcı olabilir. Bu nedenle, bu sürecin yönetilmesi ve çiftlere sağlanan bakımın etkinliğinin araştırılması önem arz etmektedir. Bu nedenle çiftlere perinatal kayıp sonrası Swanson Bakım Modeli'ne temellendirilmiş bakım ve danışmanlık verilerek ebelik bakımının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik randomize kontrollü deneysel bir araştırma yapılması planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kayıp Kavramı

"Kayıp," bir şeyin, birinin veya bir durumun artık elde bulunmamasını ifade eden bir terimdir (Gillbert ve Harmon, 2002; Öz, 2004). Bu, bir nesnenin fiziksel kaybı olabileceği gibi, bir ilişkinin sona ermesi, bir işin kaybedilmesi, bir sağlık durumunun kötüleşmesi, sevilen birinin ölümü veya herhangi bir olumsuz durumun ortaya çıkması gibi durumları da kapsar (Bildik, 2013; Çolak ve Hocaoglu, 2021).

Kayıp kavramı; nesnel bir ifadedir ve kayıp yaşayan bireyin içinde bulunduğu durumu ifade eder, aynı zamanda sevilen bir kimsenin yitirilmesi anlamını da taşır (Gizir, 2006). Ancak kayıp, her bireyin yaşamında farklı bir anlam taşır ve herkes bu durumu farklı bir şekilde deneyimler (Omay ve Aydın, 2014). Bu deneyimler, bireyin kişisel geçmişi, kültürel bağlamı, inançları ve yaşam deneyimleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilir (Cowen ve ark., 2012; Malkinson, 2009). Dolayısıyla, kaybın birey üzerindeki etkisi ve bu kayıpla başa çıkma süreci, her birey için benzersiz ve farklıdır.

Kayıp, genellikle duygusal bir zorluk ve adaptasyon sürecini tetikler. Bu adaptasyon sürecindeki kayıp yaşayan bireylerin kayba yönelik verdiği bireysel tepkiler yas sürecini oluşturur. Bu bağlamda; yas kavramı, kayıp sonrası yaşanan süreçteki üzüntü duygu durumunu ifade eder. Yas; kayba yönelik verilen doğal bir tepki ve uyum sürecidir. Bu uyum sürecinde kayba yönelik tepki olarak ortaya çıkan bir dizi duygusal, fiziksel ve davranışsal reaksiyonlar vardır (Bildik, 2013; Kaplan ve Sadock, 2007). Bu tepkiler arasında üzüntü, öfke, şok, inkar, suçluluk ve depresyon gibi duygusal reaksiyonlar yer alabilir. Kayıp yaşayan birey, kaybın gerçekleştiği anda veya sonrasında, bu kaybın getirdiği duygusal tepkilerle baş etmeye çalışır.

Matem ise kaybın kültürel boyutunu temsil etmektedir, bilinçli ya da bilinçdışı kültürel reaksiyonları içerir (Bildik, 2013; Malkinson, 2009).

Kayıp, yas ve matem kavramlarının genellikle birbirinin yerine kullanılmasına karşın; anlam olarak birbirinden farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Bildik, 2013; Malkinson, 2009).

2.2. Gebelik Kaybı

Kadın ve eşi için gebelik; genellikle umutları, hayal ve isteklerini gerçekleştirmeyi temsil eden olumlu duyguların yoğun olarak yaşandığı bir deneyimdir (Gerber-Epstein ve ark., 2009). Fakat her gebelik; bebeğin doğumu ile olumlu sonuçlanan bir olgu değildir.

Embriyo, fetüs veya yeni doğanın; döllenme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin herhangi birinde ölümünü ifade eden kavram; gebelik kaybıdır (Özçetin, 2020). Gebelik kaybı, gebeliğin erken dönemlerinden başlayarak doğum anına kadar herhangi bir aşamada gerçekleşebilir. Gebelik süresine bakılmaksızın fetüsün yaşam kapasitesine erişmeden uterustan dışarı atılması ise fetal ölüm olarak tanımlanmaktadır (Hutti, 2018; Özçetin, 2020). Dünyada tüm gebeliklerin %20-%25'i istemsiz abortus, ektopik gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi sebeplerle kaybedilmektedir (Cote-Arsenault ve Donato, 2011). Bununla birlikte kadınların yaklaşık dörtte biri üreme çağında abortus, ektopik gebelik, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlemiştir (Gerber-Epstein ve ark., 2009; Hamama-Raz ve ark., 2010; Palas ve ark., 2020; Yılmaz, 2010;). TNSA verilerine göre; ülkemizde istemsiz düşük oranının %22 ve ölü doğum oranının ise %4 olduğu belirlenmiştir (TNSA, 2018). Gebelik kayıplarının büyük bir çoğunluğu az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmesine karşın gelişmiş ülkelerde de görülebilen önemli bir sağlık sorunudur (Obst ve ark., 2020). Günümüzdeki obstetrik gelişmelere rağmen abortus ve ölü doğum sıkça karşılaşılan ve milyonlarca ebeveyni etkileyen patolojik bir durumdur (Hutti, 2018).

Gebe olduğunu öğrenen kadın ve eşi; gebeliğin devamı ile birlikte gebeliğe fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve spiritüel açıdan gebeliğe adaptasyon sürecine girer. Gebeliğin kaybı ile birlikte ebeveyn adaylarının öngördüğü hayalleri, umutları ve planları değişmektedir (Özçetin, 2020). Gebeliğin potansiyelinin kaybı ve annelik rollerinin değişmesi ile birlikte kadınlar derinden etkilenmektedir (Gerber-Epstein ve ark., 2009). Gebelik kayıpları beklenmeyen bir şekilde ortaya çıktığı için, ebeveynlerin doğmasını beklediği bebeği ile bir anısı ve deneyimi olmadığından yani kısaca yas tutacakları somut bir varlık olmaması sebebi ile çiftler eşi ve benzeri olmayan yas deneyimi yaşamaktadır (Gaudet ve ark., 2018; Kersting ve Wagner, 2012). Bebek bekleyen kadınlar bebekleri ile ilgili pek çok plan yapıp ve hayal kurarlar ve bebeğin kaybına hazırlıksızdırlar (Lea-Kint, 2015; Özçetin, 2020). Başka bir deyişle gebelik kaybına yönelik belirgin anı veya

deneyim bulunmamasına rağmen annenin zihninde bebeği için oluşturduğu hayal ve imgelerin yer alması yas sürecini yaşamasına neden olmaktadır (Brier, 2008). Gebelik kayıpları çiftlerin ve ailelerinin aile dinamiklerini, sosyal ve çalışma ortamlarını da etkilemektedir (Fernández-Sola ve ark., 2020).

Ölüm olayı sonrasında genellikle her toplumda geleneksel olarak yapılan sosyal törenlere rastlanmaktadır. Fakat gebelik kaybı için sosyal törenlerin kabul görüldüğü çok az topluma rastlanmıştır (Özçetin, 2020). Geride yaşayanlar için anı bırakarak ölen yaşlı bir aile bireyinin ölümünün aksine gebelik kayıplarında yas tutulacak somut bir birey bulunmamaktadır.

2.3. Yas Kavramı

Yas kavramını ilk kez Yas ve Melankoli (Mourning and Melancholia) isimli yayınında Sigmund Freud'un tanımladığı bilinmektedir (Yeşildere Sağlam, 2022). Freud bu yayınında yası; sevilen bir nesnenin, birey için önemli olan değerler ve ideallerin kaybına karşı geliştirdiği tepki olarak tanımlanmaktadır (Uslu ve Berksun, 1993; Yeşildere Sağlam, 2022). Bununla birlikte Türk dilinde yas kavramının ilk olarak Uygur metinlerinde kullanıldığı ve "hüsran, zarar, ziyan," gibi anlamları taşıdığı bilinmektedir (Çolak ve Hocoğlu, 2021; Yeşildere Sağlam, 2022). Yas; kayıp ile karşı karşıya kalan bireyin kayba karşı verdiği, vermesi beklenen, normal bir tepkidir ve kayıp yaşayan bireyin, kaybına yönelik gerçekleştiremediği hayalleri, tamamlanmamış planları ve isteklerini içerir (Bildik, 2013). Yas; duygusal, fiziksel, psikolojik ve zihinsel bir süreçtir ve bireyden bireye farklılık gösterebilir (Yeşildere Sağlam, 2022). Kayba karşı verilen tepkiler ise; bireylerin yaşadığı toplumlar, kültür, din, cinsiyet, geçmiş deneyimleri, kaybın beklenip/beklenmediği, destek sistemleri gibi faktörlerden etkilenebilir (Köneş, 2018).

2.4. Yas Tutma Süreci

Yas tutma süreci, bir kayıp yaşandığında bireyin bu kayba duygusal ve zihinsel olarak yanıt verme sürecidir ve bireyden bireye farklılık gösterse de, inkar, şok, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul gibi aşamalardan geçmektedir (Çolak ve Hocoğlu, 2021; Keser Özcan, 2015; Kubler-Ross ve Kessler, 2014; Öz, 2010; Özel ve Özkan, 2020; Yeşildere Sağlam, 2022; Zara, 2011).

2.4.1. İnkâr ve şok

Bu aşama, kaybın ilk duyulduğu andır ve kayıp yaşayan birey genellikle olayı kabul etmekte zorlanır ve bir şok içinde olabilir (Çolak ve Hocaoglu, 2021 ve Kubler-Ross ve Kessler, 2014). Kayıp yaşayan bireyde "Bu gerçek olamaz" veya "Bu neden benim başıma geldi?" gibi düşünceler hakimdir. Bu sorulara cevap aramaya çalışır ve kaybın gerçek olduğunu kabullenemeyebilir (Kubler-Ross ve Kessler, 2014).

2.4.2. Öfke

Yas sürecinin bu aşamasında, birey genellikle kaybın nedenine, başkalarına veya kendisine karşı öfke hissi yaşar (Çolak ve Hocaoglu, 2021; Kubler-Ross ve Kessler, 2014). Kayıp sonrası bu aşamada birey ölen kişiyi ihmal ettiği düşüncesi ile kendisine, hekimlere ve yeteri kadar üzülmeyişi düşündüğü diğer insanlara öfke duyabilir (Çolak ve Hocaoglu, 2021). Bu öfke, adaletsizlik hissi veya kontrol kaybı hissiyle ilişkilendirilebilir (Kubler-Ross ve Kessler, 2014).

2.4.3. Pazarlık

Bu aşamada ise kişi, kaybı geri getirme umuduyla içsel bir pazarlık sürecine girebilir. Bu aşamada, "Keşke şu şartlar olmasaydı" düşünceleri yoğunlaşabilir (Çolak ve Hocaoglu, 2021; Kubler-Ross ve Kessler, 2014).

2.4.4. Depresyon

Bu aşama, gerçeklikle yüzleşme ve kaybın getirdiği üzüntüyle baş etme aşamasıdır. Kişi bu dönemde genellikle derin bir hüznün içindedir, umutsuzluk hissi yaşayabilir ve genel bir düşük enerji seviyesine sahip olabilir. Bu evre ruhsal bir hastalık olarak görülmemelidir (Çolak ve Hocaoglu, 2021; Kubler-Ross ve Kessler, 2014).

2.4.5. Kabullenme

Bu aşamada, kişi kaybı kabullenme ve kaybın içinde olmadığı yeni bir hayata adapte olma sürecine girer. Kişi, yaşanan kayıpla yaşamaya devam etmeyi öğrenir ve yaşamına devam etmeye başlar. Ayrıca bu aşamada birey ölen kişiye ne kadar bağılıysa yeniden yapılanması o kadar zor olacaktır (Çolak ve Hocaoglu, 2021; Kübler-Ross, 1969; Kubler-Ross ve Kessler, 2014).

Bu aşamalar; yaygın olarak "yasın beş aşaması" olarak bilinir ve İsviçreli psikiyatrist Elisabeth Kübler-Ross tarafından öne sürülmüştür (Kübler-Ross ve Kessler,

2014). Fakat bu aşamalar; evrimsel ve lineer bir süreç olarak algılanmamalıdır çünkü; yas tutma süreci her birey için farklıdır ve geriye dönüşler, tekrarlar ve farklı sıralamalar gösterebilir (Çolak ve Hoccoğlu, 2021; Yeşildere Sağlam, 2022).

2.5. Gebelik Kaybı ve Yas

Gebelik bir kadının sosyal, kültürel, fiziksel, zihinsel ve spiritüel boyutta etkilenebildiği benzersiz bir deneyimdir. Kadın ve eşi için gebelik; genellikle umutları, hayal ve isteklerini gerçekleştirmeyi temsil ettiğinden olumlu duyguların yoğun olarak yaşandığı bir deneyimdir (Gerber-Epstein ve ark., 2009). Fakat her gebelik; bebeğin doğumu ile olumlu sonuçlanan bir olgu olmadığı için kadın ve eşi olumsuz sonuçlanan gebelik durumlarında; üzüntü, öfke, şok, inkar, suçluluk ve depresyon gibi duygusal reaksiyonlar yaşayabilir. Anksiyete bozukluğu, majör depresif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu da gebelik kayıpları ile ilişkilendirilmektedir (Davoudian ve ark., 2021; Fernández-Basanta ve ark., 2020; Herbert ve ark., 2022). Gebelik kayıpları; tüm gebeliklerin %10-%35'inde intrauterin fetal ölüm, abortus, ektopik gebelik, maternal ve/veya fetal endikasyonlar nedeni ile terminasyon gibi nedenler ile ortaya çıkabilir (Davoudian ve ark., 2021; Yeşildere Sağlam, 2022). Gebelik toplumumuzda genellikle kadın ve eşi için heyecan veren, merak ve sevgi ile dolu olan ve olumlu sonuçlanan süreç olarak algılanması sebebi ile; bu tanılarının koyularak kadının gebelik kaybı yaşaması; kadın ve eşi için gebelik kaybının yıkıcı bir süreç olmasına sebep olmaktadır. Bebek bekleyen ve sağlıklı bir doğuma hazırlanan çiftler bebekleri ile ilgili planlar yapar ve hayal kurarlar, yaşanan bu olumlu duygular sebebi ile gebelik kaybı yaşayan çiftler bu kayba hazırlıksızdır ve bu durumu genellikle inkar eder ve hayatın anlamını yitirdiğini düşünürler (Chaloumsuk, 2013; Gerber-Epstein ve ark., 2009). Özetle; gebelik kayıpları, hayallerin, umudun ve benlik saygısının kaybı da dahil olmak üzere çoklu kayıpları içeren büyük bir yaşam krizidir (Oreg, 2020). Gebelik kaybı yaşayan çiftler onları biyopsikososyal ve ruhsal düzeylerde etkileyebilen yas sürecini yaşamaktadırlar (Fernández-Férez ve ark., 2021). Gebelik kaybından sonra çiftler normal yaşamlarına geri dönseler de bebeğini kaybetmenin bir travma olduğunu ve travmalarını unutamadıklarını bildirmiştir (Badenhorst ve Hughes 2007). Gebelik kaybı yaşayan çiftlerde yas normal ve beklenen bir tepkidir (Davoudian ve ark., 2021). Aynı zamanda gebelik kaybı yaşayan kadınların bir sonraki gebeliklerinin de etkilendiği literatürde mevcuttur; gebelik kaybı olan kadınların bir sonraki gebeliklerinde; kaybı olmayan gebe kadınlara kıyasla, anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksektir (Herbert ve ark., 2022; Mainali ve ark., 2023).

Gebelik kaybı olan çiftlerin özellikle kadınların bir sonraki gebeliğinde yoğun bir şekilde bebeğini kaybetme korkusu yaşadıklarına rastlanmıştır (Wallerstedt ve ark., 2003). Gebelik kaybı ani ve beklenmeyen bir şekilde ortaya çıktığı için, ailenin doğmasını beklediği bebeği ile bir anısı ve deneyimi olmadığından yani kısaca yas tutacakları somut bir varlık olmaması sebebi ile çiftler eşi ve benzeri olmayan yas deneyimi yaşamaktadır (Gaudet ve arkadaşları, 2018; Kersting ve Wagner, 2012). Her çiftin yas sürecine verdiği tepkiler farklıdır (Palas ve ark., 2020). Gebelik kayıplarına verilen tepkiler bireysel olarak değişiklik göstermekle birlikte cinsiyet ve kültürlerden de etkilenmektedir (Berry ve ark., 2020). Kayıp sonrası verilen bu tepkileri doğru ya da yanlış olarak adlandırmak mümkün olmamaktadır. Kayıplar çiftleri etkilediği gibi çiftlerin; ailelerinin aile dinamiklerini, sosyal ve çalışma ortamlarını da etkilemektedir (Fernández-Sola ve ark., 2020).

2.5.1. Gebelik kayıplarında baş etme

Gebelik kayıp deneyimleri kadın, eşi ve çocukları hatta gebelik kaybından sonraki doğan çocuklarını bile aile ilişkileri, bağlanma, duygusal, sosyal ve psikolojik açıdan etkileyebileceğinden bu süreçte erken dönemde etkili bakımın önemi büyüktür (Hunter ve ark., 2017). Aynı zamanda bu süreçte oluşabilecek; anksiyete, depresyon, stres, yas tepkilerini değerlendirmek ve psikolojik olarak iyi oluşluğu desteklemek için takip ve danışmanlık önerilmektedir (Robinson, 2014; Yeşildere Sağlam, 2022).

Gebelik kaybı sonrasında; özellikle hastane ortamında, aktif ve hızlı bir şekilde çiftlerin kayıp ve yasının tanınması, danışmanlık alma ve desteklenme ihtiyacı ebeler tarafından karşılanabilir. Çünkü; kadına sağlık kuruluşunda gerek fiziksel gerekse emosyonel olarak bakım veren ebeler; çiftleri sosyal ve psikolojik desteklere yönlendirebilmek, onlara bu süreçte danışmanlık yapabilmek ve yas sürecinde destek olabilmek için iyi bir konumdadır (Obst ve ark., 2021). Kadın ve eşinin kayıp ve yas sürecini yaşayabilmeleri için onları psikolojik, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutta bu süreci atlatabilmelerine destek olabilmek gerekmektedir. Gebelik kayıplarında kadın ve eşinin yas ile baş etme ve duruma adaptasyon sağlamasını desteklemek için destek ve bakım süreci gebelik kaybının öğrenilip tedavi süreci için kadının kliniğe yatışı gerçekleştiği süreden itibaren başlatılmalıdır. Ebeler çiftlerin bilgi ve ihtiyaç gereksinimlerini belirleyerek, onların gereksinimleri doğrultusunda bireyselleştirilmiş bakım vermelidir. Çiftlere verilen bakım ve bilgilendirme aşamasında çelişkili bilgilerden kaçınmalı, onların anlayabileceği şekilde açıklamalar yapılarak bakım verilmelidir

(Badenhorst ve Hughes, 2007; Yeşildere Sağlam,2022). Yapılan tedavi, kullanılan ilaçlar ve gebeliğin sonlandırılmasının her aşaması hakkında bilgi verilmelidir. Araştırmalar çoğu kadının gebeliğin sonlandırılması aşamasında sağlık personellerinden daha kapsamlı bilgi almak istediğini göstermiştir (Chaloumsuk, 2013). Aynı zamanda kadın ve eşinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmeli ve merak ettiklerini sorması konusunda teşvik edilerek soruları cevaplanmalıdır. Gebeliğin sonlandırılması sonrasında taburculuk hakkında ve evdeki gereksinimleri hakkında konuşulmalı ve ihtiyaç duyduğu konularda eğitim verilmelidir. Yas süreci ve baş etme konuları hakkında konuşularak yas desteği sağlanmalıdır. Yas tutma süreci her birey için farklı olduğu için her birey için bireysel ve ihtiyaçlarına yönelik bakım sunulmalıdır.

2.5.2 Gebelik kaybı sonrası sosyal destek

Genellikle kayıp yaşayan çiftler ailelerinden veya arkadaşlardan kaybın hemen sonrasında destek ve yardım beklemektedir. Fakat aileler ve arkadaşlar çoğu zaman yas sürecindeki çiftlere ne zaman ne konuda ve nasıl yardım edecekleri hakkında emin değildir (Lea-Kint, 2015). Gebelik kayıpları genellikle toplum tarafından bir çocuk veya bir yetişkinin ölümü gibi görülmediği için gebelik kaybından sonra çiftler anlaşılmadığını düşünerek toplumdan uzaklaşıp kendilerini izole edebilmektedir (Özçetin, 2020; Williams ve ark., 2009). Genellikle kayıp sonrası kadınlara eğer başka çocuğu var ise onun için şükretmesi söylenmekte, bir daha gebe kalabileceğini ve bu durum için kendisini üzmemesi gerektiği vurgulanmakta, erkek ebeveynler ise genellikle görmezden gelinmekle birlikte eşlerine destek olmasının gerekliliği söylenmektedir (Özçetin,2020). Çiftlere verilen bu mesajlar gebelik kaybının görmezden gelinip önemsizleştirildiğini ve çiftlerin yaslarının kabul edilmeyip hisselerinin önemsizleştirildiğini ifade eden tutumlar olduğu belirtilmektedir (Kavanaugh ve ark., 2004; Özçetin, 2020). Araştırmalar kayıp yaşayan çiftlerin çoğu zaman aile ve arkadaşları tarafından terk edildiğini hissederek çiftlerin kendilerini yalnız hissetmesine sebep olduğunu göstermektedir (Candan, 2012). Bazı çiftler de sosyal çevresinin bu süreçte kendileri ile karşılaşmaktan kaçındığını ifade etmişler. Çiftler genellikle sosyal çevrelerinin kayıp durumunu anlamadığını, kayıplarının sosyal çevreleri tarafından kabul görmediğini veya bu kaybın önemsiz olarak görülmesinin kendileri için zor olduğunu ifade etmişler (McCreight, 2004; Özçetin, 2020). Bununla birlikte sosyal destek eksikliği karmaşık ve kronik yas ile bağdaştırılmıştır (Özçetin, 2020).

2.6. Gebelik Kayıplarına Yönelik Ebelik Bakımı

Gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşinin bakım ve danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi ve sağlanması uzman bir ekip tarafından karşılanmalıdır. Bu ekibin içerisinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, psikiyatrist, psikolog, ebe ve sosyal çalışma uzmanı yer alır (Büyükkurt , 2017; Kaydırak, 2018). Prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadarki, yani sağlıklı bir gebeliğin sonuna kadar olan süreçte olduğu gibi gebeliğin sonlandırılması sürecinde de kadının karşılanması gereken sağlık bakım gereksinimi bulunmaktadır. Bu sağlık bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ancak yakın takip ve gözlem ile mümkün olduğu gösterilmiştir (Kaydırak, 2018). Kadına sağlık kuruluşunda gerek fiziksel gerekse emosyonel olarak bakım veren ebeler; gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşini sosyal, psikolojik desteklere yönlendirebilmek, onlara bu süreçte danışmanlık yapabilmek ve yas sürecinde destek olabilmek için iyi bir konumdadır (Obst ve ark., 2021). Ebe; gebelik kaybı yaşayan çiftlere bakım verirken kadın ve eşinin de bakıma katılımını sağlayarak çiftlerin duygu ve düşüncelerini anlatmasına fırsat vermeli, onlarla güvenli ve empatik bir ilişki kurmalıdır. Ebe; kayıp yaşayan çiftlerle kayıpları üzerine konuşmalı ve yaslarını ifade etmelerini sağlamalıdır.

Gebelik kaybı yaşayan eşlerin birlikte ve bir ebe danışman desteğiyle yas sürecini daha erken atlatıp kronik yas sürecine girmesi önlenabilir. Verilen bakım, danışmanlık ve eğitimlerin klinikte uygulanması kolay, erişilebilir, bir program ve rehberlere dayandırılması, sürekli uygulanabilir olması oldukça önemlidir. Verilen bakım, eğitim ve uygulanan uygulamaların kuram ve modeller ile temellendirilmesi; bireyin ihtiyacına yönelik ve bütüncül bakım verilmesini sağlar. Ayrıca model ve kuramlar yol gösterici bakım ve danışmanlığın etkinliğini arttırmaktadır (Kaydırak, 2018).

2.7. Gebelik Kayıplarına Yönelik Bakım Kuram ve Modelleri

Gebelik kaybı yaşayan çiftlere yönelik bakım, danışmanlık ve eğitimlerin kuram ve modellere temellendirilmesi bakımın sürekli uygulanabilir olması açısından oldukça önemlidir. Gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşinin bakım ve gereksinimlerinin karşılanırken Watson'un İnsan Bakım Kuramı, Roy Adaptasyon Modeli ve Swanson Bakım Kuramı gibi kuram ve modellerden faydalandığı literatürde mevcuttur (Karaca ve Oskay, 2017; Kaydırak, 2018; Küçükaya, 2009; Roy, 2009; Swanson, 1991; Tektaş ve Çam, 2017; Yeşilçınar ve ark., 2019).

2.7.1. Watson'un insan bakım kuramı

Jean Watson'un İnsan Bakım Kuramı, bakım verilen insanın bütünlüğünü ve bakım verilirken gösterilen şefkatin önemini vurgular. Watson, bakımın iyileşme, bütünlük ve insanlığın gelişimi için güvenilir insan bakım ilişkilerine katılan bir süreç olduğunu, bireyin fiziksel, duygusal, ruhsal ve zihinsel ihtiyaçlarının birbirine bağlı olduğunu ve bu ihtiyaçların tamamının karşılanmasının iyileşme ve sağlıklı bir yaşam sürmeye katkıda bulunduğunu öne sürmüştür (Akbari ve Nasiri, 2022; Sitzman ve Watson, 2018).

Watson'ın İnsan Bakım Kuramı hemşirelik alanında birçok çalışmada temel alınmış ve kuram temelli çalışmaların bireylere olumlu katkılar sağladığı görülmüştür. Bu kuramı temel alarak gebelik kaybı yaşayan kadınlar içinde, empati, duygusal destek ve güvenli bakım ilişkisi ile fiziksel, duygusal, ruhsal ve zihinsel iyileşme sürecini destekleme konusunda rehberlik edebilir. Watson'ın İnsan Bakım Modeli'ne temellendirilmiş bakımın gebelik kaybı öyküsü olan gebelerin ruh sağlığı üzerinde olumlu etki yarattığı belirlenmiştir (Tektaş, 2015). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada gebelik kaybı yaşayan kadınlardan oluşan müdahale grubuna Watson'un insan bakım modeli doğrultusunda hemşirelik bakımı verilmiş ve çalışma sonucunda kontrol ve müdahale grupları arasında anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve doğum öncesi bağlanma puanları arasında önemli farklar olduğu saptanmış ve gebelik kaybı yaşayan kadınların ruh sağlığının olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir (Tektaş ve Çam, 2017).

2.7.2. Roy adaptasyon modeli

Bu modeli 1964 yılında oluşturulmaya başlayan Sister Callista Roy, 1968 yılında uygulamaya koymuş, 1970'li yıllarda ise geliştirmeye devam etmiştir. Bu modelin gelişim aşamasında ise; Bertalanffy'nin Genel Sistemler Kuramı'ndan, Selye'nin Adaptasyon Kuramı'ndan; hümanistik değerler ve holistik yaklaşımdan ve Johnson, Abraham Maslow, Dorothy, Dorothea Orem ile farklı birçok disiplindeki bilim insanlarının kuram ve kavramlarından yararlanmıştır (Fawcett, 2005; Pektekin, 2013; Sert ve ark., 2014). Roy, kuramını insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramları üzerine temellendirmiş ve bu kavramları ayrıntılı olarak ele almıştır.

Roy Adaptasyon Modeli'ne göre insan; sürekli değişkenlik içerisinde olan çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunan ve bu değişken çevreye uyum sağlayan bir

sistemdir (İşbir ve Mete, 2009; Özkaraman ve ark., 2012; Sert ve ark. 2014; Vicdan, 2010).

Roy'un Adaptasyon Modeli, birey ve ailelerinin sağlıklı adaptasyon süreçlerini desteklemelerine yardımcı olurken, aynı zamanda bireye verilen bakımın bireyselleştirilmesini ve etkili bir şekilde planlanmasını sağlar. Bu modelin sağlık hizmetlerinin sunumu, eğitimi, danışmanlığı ve araştırmasında birçok alanda yaygın bir şekilde kullanıldığı literatürde görülmektedir (Baksi, ve ark., 2013; Frazão ve ark., 2013; İlkaz ve ark., 2018; İşbir ve Mete 2009; Kavuran ve Yurttaş, 2018; Maghsoodi ve ark., 2016; Ordin ve ark., 2013; Özkaraman ve ark., 2012; Rosińczuk ve ark., 2015; Sert ve ark., 2014; Ursavaş ve ark., 2014).

Literatür incelendiğinde; gebelik kaybı yaşayan kadınlar için de Roy Adaptasyon Modeli'nin, bireyin bu stresli duruma nasıl adapte olduğunu anlama ve adaptasyon sürecini destekleme açısından kullanıldığı görülmektedir.

Örneğin; 23.Gebelik haftasında perinatal kayıp yaşayan bir kadın olgu sunumu sonucunda; koyulan tanılar sahada çalışanlar için referans olmuş, yapılan müdahaleler ise perinatal kayıp yaşayan kadınların üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve test edilmesi önerilmiştir (Yeşilçınar ve ark.,2019). Başka bir randomize kontrollü çalışmada ise; tıbbi terminasyon kararı alınan gebelere Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda destek programı geliştirilmiş ve programın etkinliği değerlendirilmiştir. Deney grubundaki kadınların; olumlu stresle baş etme tarzları kazandığı ve fizyolojik uyum alanının olumlu yönde etkilediği kanıtlanmıştır (Mecdi Kaydırak, 2018).

2.7.3. Swanson bakım kuramı

Swanson Bakım Kuramı, Kristen Swanson tarafından geliştirilmiştir ve bireylerin sağlık sorunlarıyla başa çıkma süreçlerini anlamaya yönelik bir çerçeve sunar. Bu kuram “bilmek”, “birlikte olmak”, “gereksinimlerini karşılamak”, “güçlendirmek” ve “inancı sürdürmek” olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır (Swanson,1999; Wojnar,2014; Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021). Kuram hemşirelik bakımında farklı alanlarda kullanılmış ve farklı alanlardaki yapılan çalışmalarda temel alınmıştır (Mårtensson ve ark., 2021; Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021). Kuram genellikle travmatik olaylar ve kriz durumlarına yönelik oluşturulmuştur. Örneğin; ciddi hastalıklarla başa çıkma sürecinde bireylerin deneyimlerini anlamak için kullanıldığı görülmektedir. Özellikle

kanser, kalp hastalıkları gibi önemli sağlık sorunlarına odaklanan çalışmalarda bu kuramın kullanımı literatürde mevcuttur (Wang ve Hsu, 2014). Kuramın bir diğer odak noktası ise kuramın ortaya çıkışında Kristen M. Swanson'un odaklandığı gebelik kaybı yaşayan bireylerin verdiği tepkiler olmuştur. Gebelik kaybı, ölüm gibi kayıp deneyimlerinde de Swanson Bakım Kuramı temel alınmıştır (Adolfsson ve Larsson, 2010; Muenwatzai ve ark.,2010; Palas Karaca ve Oskay, 2020; Yeşildere Sağlam,2022). Bu tür çalışmalarda, bireylerin duygusal süreçleri ve bakım almaları konularında Swanson'ın beş bakım süreci temel alınmış ve bireylerin kriz durumlarına nasıl uyum sağladıkları ve bu süreçte nasıl desteklendikleri incelenmiştir. Swanson Bakım Kuramı'nın birçok sağlık kuruluşunda kabullenilerek kullanıldığı ve iyileşme sürecinde hastalara olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir (McKelvey, 2018; Najar et al., 2020; Tsai ve Chou, 2013; Wang ve Hsu, 2014; Yeşildere Sağlam,2022).

Literatür incelendiğinde; randomize kontrollü bir şekilde düşük yapan kadınlar iki gruba ayrıldığı ve deney grubuna yas sürecine adaptasyon sağlamalarını ve bu süreci kolay atlatmasını sağlamak amacıyla Swanson Bakım Kuramına dayalı temellendirilen hastane, ev ziyareti ve telefon görüşmesi şeklinde bakım planı hazırlanarak kadınlara yönelik bakım ve eğitim verilen, kontrol grubuna ise rutin bakım verilen bir çalışmaya rastlanmıştır (Palas Karaca, 2017). Swanson Bakım Kuramına dayalı temellendirilen bakım ve eğitim verilen deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara kıyasla yas sürecine karşı verdiği tepkilerin olumlu yönde geliştiği, motivasyonlarında artış olduğu ve gelecekteki umut ve beklenti düzeylerinde olumlu yönde gelişme görüldüğü saptanmıştır (Palas Karaca, 2017). Başka bir çalışmada ise; Swanson Bakım Kuramı'na göre geliştirilen mobil destekli eğitim programının etkinliğinin randomize kontrollü ve ön test son test desenli deneysel olarak değerlendirilmiştir (Yeşildere Sağlam, 2022). Araştırma sonucunda ise; müdahale grubundaki kadınların depresyon, stres ve anksiyete düzeylerinin ve ağrı algılarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu; baş etme ve uyum sürecinin ise anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Yeşildere Sağlam, 2022).

2.8. Kristen M. Swanson

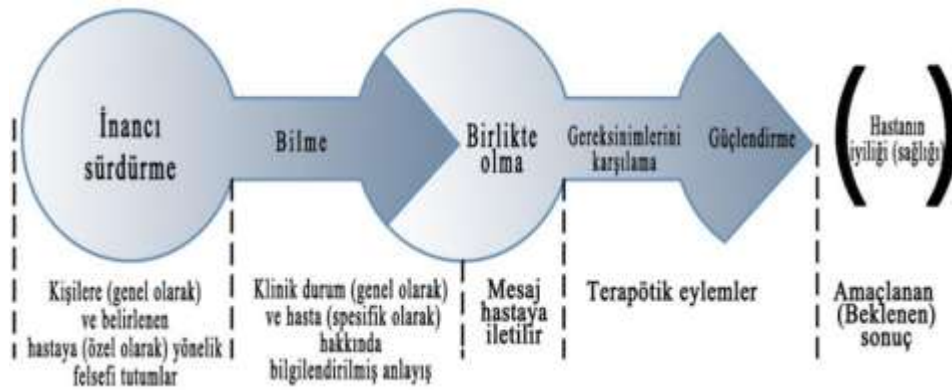
1975 yılında Rhode Island Üniversitesi Hemşirelik Koleji'nden lisans derecesini alan Kristen M. Swanson, Pensilvanya Üniversitesi'nde 1978 yılında Yetişkin Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisansını tamamlamıştır. Doktora sürecinde ise

Colorado Üniversitesinde stres, kayıp, başa çıkma, kişilerarası ilişkiler, bakım, çevre gibi kavramları temel alarak psikososyal hemşirelik konusunda uzmanlaşmıştır (Yeşildere Sağlam, 2021). Kristen M. Swanson akademik hayatında; öğretim ve idari sorumluluklarının yanı sıra öğrencilerine rehberlik etmiş, ulusal ve uluslararası düzeyde danışmanlık hizmeti vermeye devam etmiştir (Swanson, 2012; Wojnar, 2014. Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021).

2.8.1. Swanson bakım kuramı

Swanson bakım kuramını geliştirirken çeşitli kaynaklardan yararlanmış ve Dr. Jean Watson'ın danışmanlığında doktora çalışmalarını sürdürmüştür (Swanson, 1993; Wojnar, 2014; Yeşildere Sağlam, 2022). Çeşitli fenomenolojik çalışmalardan ve deneysel olarak geliştirilen bakım kuramı 1991 ve 1993 yıllarında yayınlanmıştır (Kalfoss ve Owe, 2015; Wojnar, 2014; Yeşildere Sağlam, 2022). Swanson, bu kuramı oluştururken özellikle ciddi hastalıklar, kronik durumlar ve kayıplar gibi stresli durumlarla başa çıkma sürecini anlamaya odaklanmıştır. Gebelik kaybı yaşayan kadınlar için, bu kuram, duygusal destek, bilgilendirme ve kayıp sonrası destek olma konusunda rehberlik edebilir.

Kristen M. Swanson kuramını beş temel süreç olarak önermiştir. Bu beş temel süreç; “Bilmek”, “birlikte olmak”, “gereksinimlerini karşılamak”, “güçlendirmek” ve “inancı sürdürmek” olan beş aşamadan oluşmaktadır. (Swanson,1999; Wojnar,2014; Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021).



Şekil 1: Swanson bakım kuramı (Wojnar,2014; Yeşildere Sağlam ve Gürsoy, 2021; Yeşildere Sağlam,2022)

2.8.2. Swanson bakım kuramı basamakları

Bilme; bu aşamada Swanson ilk olarak hastayı dikkatle dinlemenin hastanın ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik ipuçları arayarak bu ipuçları üzerinde değerlendirme yapmanın gerekliliğini savunmuştur (Swanson,1999). Bu aşamada amaç; bireyin yaşadığı deneyimin bakım verici tarafından, bakım verilen gözüyle anlaşılmasına çalışılmasıdır (Jansson ve Adolfsson, 2011; Yeşildere Sağlam,2022). Kuramın bu aşamasında sadece bakım verilen bireye yoğunlaşarak bireyin; fiziksel, sosyal, zihinsel, psikolojik ve spiritüel yönlerini kapsamlı bir şekilde değerlendirip birey hakkında bilgi toplamak gereklidir (Yeşildere Sağlam, 2022). Bireyin tek ve eşsiz olduğu kabul edilerek bireyin ihtiyaçlarını yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşım ve bakım uygulanmalıdır (Jansson ve Adolfsson, 2011; Yeşildere Sağlam, 2022). Bu aşamada; ebe, bakım verirken; hasta ile güvenli bir iletişim süreci başlatarak bireyin değerleri, inançları, kültürel bağlamı ve önceki deneyimleri hakkında bilgi edinebilir. Bireyin özgün ihtiyaçlarını ve duygusal durumunu anlamak için empati kurarak iletişim kurmaya devam ederek ve bireysel ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik ipuçları arayarak hasta ve ihtiyaçları hakkında detaylı bir bilgi sahibi olabilir.

Birlikte olma; bu aşama bireyin hissettiklerini, duygularını ve geçmişteki deneyimlerini ve deneyimlerin onlar için ne ifade ettiğini anlamının ve paylaşmanın bir yoludur (Swanson, 1993; Yeşildere Sağlam, 2022). Hasta ve bakım veren arasındaki duygu ve deneyimleri paylaşıp, bireyin yaşadığı stresli durumla başa çıkma sürecinde ona destek olma ve duygusal bağ kurma süreci bu aşamada gerçekleşir. Bu aşama; bireyi sadece fiziksel olarak değil bireyin içinde bulunduğu durumu tüm yönüyle bilmek ve anlamaktan daha fazlasıdır (Yeşildere Sağlam, 2022). Bireyin tüm yönlerini anlayabilmek için ebe, bu aşamada kadını etkili bir şekilde dinlemeli ve dinlendiğini kadına hissettirmelidir. Kadın kendisini ifade ederken; göz teması kurup, kabul ettiğini belirten yüz ifadelerinde bulunarak sözsüz iletişim yöntemleriyle kadına destek verip iletişimi güçlendirebilir. Bu aşama, bireye destek olmayı ve onlara güven veren bir ortam sağlamayı içerir. Kadın bakım veren ebeye güven duymalı ve hissettiği duygusal zorluklarla başa çıkma konusunda desteklenmelidir. Ebe, bu duygusal paylaşım sürecinde kadının yanında olduğunu hissettirip, kadının kendisini ifade etmesi teşvik edebilir. Kadının tüm yönleriyle bütün olduğunu bilip saygı göstermek, onların duygusal deneyimlerini değerli kılar. Ebe, kadının duygusal durumuna müdahale etmek yerine, hissettiği duygulara saygı göstererek ihtiyaçlarına yönelik birey merkezli bir yaklaşım benimsemeli, kadının rahatı

ve kendini iyi hissetmesi için elinden geleni yapmalıdır (Kavanaugh ve ark, 2006; Swanson, 1993; Yeşildere Sağlam, 2022).

Gereksinimleri karşılamak; kuramın bu aşaması, bireylerin karşılamaları gereken duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına etkili bir şekilde yanıt verme sürecini ifade eder. Bu sayede, bireyin sağlık sorunlarıyla başa çıkma sürecinde desteklenmesi ve duygusal iyileşme sürecini güçlendirmesi amaçlanır. “**Gereksinimleri karşılamak**” aşamasında; bireyin ihtiyaç duyduğu her boyutta eğitim, bakım ve danışmanlığın sağlanmalıdır. Bireyin kendi başına yapamadığı ve yapılması mümkün olan faaliyetlerin yapılması, bireyin kendi başına yapabileceği ve onun yararına olan faaliyetlerin kendisinin yapması için desteklenmesi sürecini içerir (Jansson ve Adolfsson, 2011; Swanson, 1993; Yeşildere Sağlam, 2022). Ebe, kadının ihtiyaçlarını gözlemleyerek belirlemeli ve kadının kendi başına yapabileceği faaliyetlerde destek sağlamalıdır. Bakımın rahatlatıcı ve kadının onurunu koruyucu bir şekilde verilmesi önemlidir (Ahern ve ark., 2011; Kalfoss ve Owe, 2015).

Güçlendirme; bu aşamada amaç bireyin hayatını olumsuz etkileyen süreci atlatmasını kolaylaştırmaktır. (Jansson ve Adolfsson, 2011; Kalfoss ve Owe, 2015; Swanson, 1993; Yeşildere Sağlam, 2022). Güçlendirme, bir yönden uyum ve adaptasyon sürecidir. Güçlendirme aşamasında amaç bireyin uzun vadeli refahını sağlamaya yöneliktir (Swanson, 1993) ve bireyin kendini geliştirme, gerçekleştirme kapasitesini artırmaktır (Kalfoss ve Owe, 2015; Yeşildere Sağlam, 2022). Bu süreç, bireyin kendi güçlü yanlarına güven duymasını sağlamayı amaçlar. Ebe bu aşamada kadının kendi kendine bakımını yönetme yeteneğini güçlendirmeli, güçlü yanlarını keşfetmesini ve bu güçlü yanlarını kullanarak bakıma katılmasına kadını teşvik etmelidir. Ebe, kadının kendi kendine bakımını yönetme yeteneğini güçlendirmeli, güçlü yönlerini keşfetmesini sağlamalı ve bu yönleri kullanarak bakıma katılmasını teşvik etmelidir. Bu süreç, kadının öz-yeterlilik duygusunu artırarak, başa çıkma ve sorun çözme becerilerini geliştirmeyi amaçlar (Andershed ve Olsson, 2009).

İnancı sürdürmek; kuramın bu aşamasında bireyin kriz durumlarında güçlenmesine ve iyileşme sürecindeki inançlarını korumasına yardımcı olmayı amaçlanır ve bu aşamada; bireyin yaşadığı zorlu deneyimle başa çıkarken inançlarını ve umutlarını sürdürmeyi içerir. Swanson’a göre kuramın bu aşamasında; bireyin umutsuzluk yaşadığı durumlarda bile bakım veren kişi ona karşı iyimser olmalıdır (Andershed ve Olsson, 2009; Yeşildere

Sağlam ve Gürsoy, 2021). Ebe bu aşamada bakım verirken umutsuz durumlarda bile kadına karşı umut dolu tavrını sürdürmeli, kadına inandığını hissettirmeli, kadının bu süreci sağlıklı bir biçimde atlatabilecek güce sahip olduğunu ona hissettirmelidir. Ebe bakım verirken; kadının inançlarına saygı göstermelidir çünkü her bireyin inanç sistemi farklıdır ve bu inançlara saygı göstermek, duygusal iyileşme sürecinde desteklenmesine yardımcı olabilir. Kadının inanç sistemine uygun ritüeller ve spiritüel destek, bu aşamada kadın için önemli ve yararlı olabilir. Böylelikle ebe, kadının kendini güçlü hissetmesine, inançlarını ifade etmesine ve bu süreçte destek almasına yardımcı olabilir.

2.8.3. Gebelik kaybı yaşayan kadınlara yönelik Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş ebelik bakımı

Literatür incelendiğinde; kuramlara temellendirilen gebelik kaybı yaşayan kadınlara yönelik bakım, eğitim ve danışmanlık verilen araştırmalara rastlanmıştır (Mecdi Kaydırak, 2018; Tektaş ve Çam, 2017; Yeşilçınar ve ark., 2019; Yeşildere Sağlam, 2022). Ulusal literatür incelendiğinde araştırmaların sadece gebelik kaybı yaşayan kadınlara yönelik olduğu ve gebelik kaybı yaşayan baba adayların geri planda kaldığı görülmüştür. Perinatal kaybı olan erkeklerin de perinatal yas sürecinde onlara duygusal desteği toplumsal cinsiyet ayrımı yapılmaksızın sağlayacak bakıma yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür (Mota ve ark., 2023). Mevcut literatür ve yas bakım kılavuzları genelde kadınlara odaklandığı için erkeklerin perinatal yası nasıl yaşadığı ve bu süreçte nelere ihtiyaç duyduğu bilinmemektedir (Obst ve ark., 2020). Perinatal kayıp yaşayan erkeklerin toplumsal cinsiyet ayrımının getirdiği eşe destek rolü sebebiyle; kadınlara göre daha az ve kalıcı düzeyde psikolojik olarak etkilenirken alkol tüketimi ve kaçınma gibi baş etme davranışları sergilediği görülmüştür (Jones ve ark., 2019). Baba adayları mevcut sağlık hizmetinde perinatal kayıp sonrası göz ardı edildiğini hissedip yas döneminde özel desteğe ihtiyaç duyduğu belirtmişlerdir (Obst ve ark., 2021). Perinatal kayıp sonrası birçok erkek partnerini destekleyebilmek için duygularını ve yasını ifade etmekten kaçındığı, hatta sosyal ortamda da kayıpları hakkında konuşup duyguları ifade ederek destek alabileceği kimse olmadığını ifade etmiştir (Miller ve ark., 2019). Perinatal kayıplarda arka planda kalan baba adayları yoğun düzeyde yas yaşayabilir ve sağlık profesyonelleri, ailesi ve arkadaşları tarafından kayba yönelik desteğe ihtiyaç duyabilmektedir. Baba adaylarından beklenen eşini destekleme görevi olmakla birlikte onların da desteğe ihtiyaç duyabilecekleri düşüncesi ile destekleme ve desteklenme arzusunu dengeleyebilmek gerekmektedir (Obst ve Due., 2019). Kadınlar ve eşleri erken

gebelik kayıpları sebebi ilgili aldıkları bakımdan memnuniyetsizlik duyduklarını belirtmişlerdir (Lee ve ark., 2022). Kadın ve eşini etkileyen olumsuz duyguların ve kronik yas sürecinin önlenmesi için çiftlere birlikte erken dönemde bakım ve danışmanlık hizmeti gerekmektedir (Hunter ve ark., 2017).

Özetle uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde gebelik kaybı olan kadın ve eşi için yas sürecinde eşlerin birlikte danışmanlık alarak bu süreci nasıl atlatıp geçirdiğini araştıran çalışmalar bulunmamaktadır. Özellikle hastane ortamında, aktif ve hızlı bir şekilde kadın ve eşinin kaybının ve yasının tanınmasına ve çiftlerin bu süreçte danışmanlık almaya ve desteklenmeye ihtiyaç vardır (Obst ve Due., 2019). Kadın ve eşinin kayıp ve yas sürecini yaşayabilmeleri için onları psikolojik, duygusal, sosyal ve spiritüel boyutta bu süreci atlatabilmelerine destek olabilmek gerekmektedir. Ayrıca çiftlerin sosyal ve psikolojik desteklere yönlendirebilmek onlara bu süreçte danışmanlık yapabilmek için ebeler iyi bir konumdadır (Obst ve ark., 2021). Ebeler, gebelik kaybı sırasında ve sonrasında kadınlara bakım verirken baba adaylarını da bu sürece dahil edebilme becerilerine sahiptir. Baba adayının bu sürece dahil edilmesi kadınında eş desteği alabilmesini kolaylaştıracaktır. Eşlerin birlikte ve bir ebe danışman desteğiyle yas sürecini daha erken atlatıp kronik yas sürecine girmesi önlenabilir. Verilen bakım, danışmanlık ve eğitimlerin klinikte uygulanması kolay, erişilebilir, bir program ve rehberlere dayandırılması, sürekli uygulanabilir olması oldukça önemlidir. Gebelik kaybı yaşayan ebeveyn adaylarının fikirlerini dikkatle dinlemeyi, duygu ve düşüncelerini ifade etmek için teşvik etmeyi, güveni geliştirmek için olumlu güven ilişkisi oluşturmayı içeren bireyselleştirilmiş bir ebelik bakımı sağlamak için Swanson bakım modelinden yararlanılabilir. Çıkış noktası perinatal kayıplar olan Swanson Bakım Kuramı Kuramı'nın iyileşme sürecinde hastalara olumlu katkılar sağladığı bilinmektedir (McKelvey, 2018; Najar ve ark., 2020; Tsai ve Chou, 2013; Wang ve Hsu, 2014). Yapılan araştırmaların kısıtlı olması sebebi ile birlikte Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilen ve eşlerin birlikte danışmanlık aldığı bir çalışmaya rastlanmadığı ve yapılan çalışmada ise; Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilmiş düşük yapan kadınların eşlerini kapsayan araştırmaların yapılması önerildiği görülmektedir (Palas Karaca, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, ön test-son test desenli randomize kontrollü deneysel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelik kaybı yaşamış kadınların psikososyal açıdan değerlendirilmesini sağlamak ve çiftlere Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilmiş ebelik bakım ve danışmanlığının perinatal yas süreci ile genel iyi oluş üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1- Gebelik kaybı sonrası Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımı gebelik kaybı yaşayan kadınların yas düzeyinin azalmasında etkilidir.

H2- Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımı ile gebelik kaybı yaşayan kadınların genel iyi oluş düzeyleri artar.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi-1'de (KHDS-1) Ağustos 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

KHDS-1; Kadın doğum klinik şefi, kadın doğum uzmanı, kadın doğum asistanları, sorumlu ebe, klinik ebeleri, sekreterler, temizlik personelleri ve hasta taşıma personelinin oluştuğu, aseptik, ürojinekoloji, jinekolojik onkoloj, septik hastalarının ve sezaryen ile vajinal doğum yapan lohusaların takip ve tedavisinin sürdüğü 40 yataklı karma bir servistir. Servise acil kadın doğum birimi, doğum ünitesi ve kadın doğum polikliniklerinden gelen hastaların yatışı kabul edilmektedir.

Klinik prosedüre göre; birime kabul edilen hastaların, sorumlu asistan doktor tarafından ilk değerlendirme ve muayenesi yapılır. Servis sekreteri hastanın yatış dosyasını hazırlar, yatış kaydını yapar. Refakatçi gereksinimi olan hastaların refakatçisinin bilgileri servis sekreteri tarafından sisteme kaydedilir. Servisteki görevli

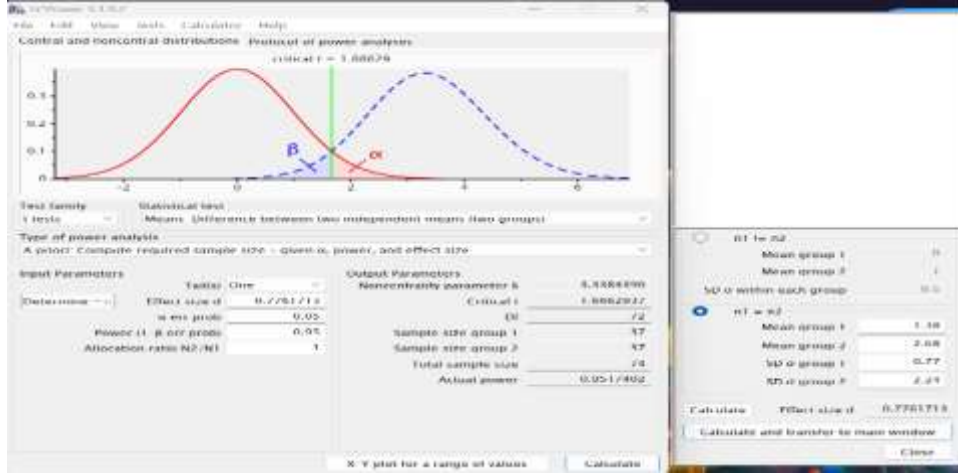
ebe hastaya kendini tanıtarak Hasta Kimliğinin Doğrulanması Prosedürü 'ne uygun olarak hastanın bilekliği kontrol eder. Hastanın bilekliği yoksa ebe tarafından yatış barkodlu bilekliği takılır. Hasta, kimlik bilekliğinin önemi hakkında bilgilendirilir. Hastanın damar yolu yoksa damar yolu ebe tarafından açılır. Vital bulguları ve kan şekeri ölçülür. Ebe tarafından anamnezi alınan hastaya hastane ve servis kuralları anlatılıp, eğitimi verilerek servise yatışı yapılır ve tedavi ve takipleri doktor orderına göre yapılır. Hastaya, süreç ve uygulanacak tedavi hakkında ayrıntılı bilgi verilir ve “Aydınlatılmış Onam Belgesi” alınır.

Kadının taburculuk kararı; klinik vizitini yapan uzman hekim tarafından kadının genel durumunun değerlendirilmesinin ardından verilmektedir. Kadın taburculuk sonrası ise yaklaşık 10 gün sonra kontrole çağrılmaktadır. Araştırmanın yapılmış olduğu klinikte yatış aşamasından taburculuk aşamasına kadar hastanın sorduğu sorular doğrultusunda ve rutin bilgilendirme yapılmaktadır. Bu bilgilendirme ise kapsam ve içerik açısından yeterli değildir. Bu nedenler doğrultusunda hastalara hastaneye yatış sürecinden taburculuk aşamasına ve taburculuk sonrası ise 30 güne kadar geçen süreçte eğitim, bakım, bilgilendirme ve danışmanlık desteği içeren gebelik kaybı yaşayan çiftlere yönelik bakım ve danışmanlık uygulayıcı kılavuzu oluşturulmuştur.

3.5. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi KHDS-1’de yatan intrauterin fetüs ölümü, abortuslar ve ektopik gebelik tanısı ile 17 Mayıs 2022-17 Mayıs 2023 tarihleri arasında yatışı gerçekleşen 1623 kadın araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme için G* Power 3.1.9.2 paket programı kullanılmıştır. Mecdi Kaydırak ve Arslan’ın 2021 de yapmış oldukları araştırmada bulunan Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) puan ortalamaları ile etki alanı hesaplanmış ve 0.776 bulunmuştur. T testi ile iki grulu örneklem hesabı ile güven aralığı %95 ve alfa hata payı 0.05 alınarak yapılan hesaplamada 37 müdahale grubu, 37 kontrol grubu olmak üzere toplam 74 çift bulunmuştur (Şekil 2). Araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırmanın yarıda kalması gibi riskler düşünülerek örneklem sayısı 76 çift (müdahale grubu:38 çift, kontrol grubu:38 çift) olmak üzere 152 kişiye çıkarılmıştır.

Araştırmada örneklem seçimi randomizasyon yapılarak seçilmiştir. Randomizasyon random.org sitesinden rastgele sayılar tablosu ile her iki gruba benzersiz numaralar atayarak oluşturulmuştur.



Şekil 2: Araştırmanın örneklem hesabı

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Araştırmaya partneri ile katılmayı kabul etmek.
- Türkçe konuşup anlayabilme yeterliliğine sahip olmak.
- 18 yaş ve üstü olmak.
- En az ilkokul mezunu olmak.
- Spontan gebelik sonrası kayıp yaşamış olmak.

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış olmak.
- Fetal anomali sebebi ile gebelik kaybı yaşıyor olmak.
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalıp gebelik kaybı yaşıyor olmak.

3.6. Araştırmanın Randomizasyonu

1'den 96'a kadar olan sayılar random.org sitesinde rastgele iki gruba ayrıldı ve randomize seçilen numaraların müdahale ve kontrol gruplarına atamaları yapıldı (Şekil 3). Bu süreç, katılımcıların eşit ve rastgele şekilde müdahale ve kontrol gruplarına dağıtılmasını sağlamıştır. Vakanın hangi grubuna alınacağı ise kliniğe yatış sırasına göre belirlenerek Excel listesine kaydedilmiştir.

Araştırmada yapılacak bakım müdahalesi ve verilerin toplanması araştırmacı tarafından yürütüldüğünden tek yönlü körleme yapılmıştır.

Kontrol ve müdahale gruplarına atanan numaralar şu şekildedir:

Kontrol Grubu: 88, 48, 40, 82, 38, 67, 64, 87, 60, 6, 4, 21, 7, 53, 13, 16, 11, 8, 28, 41, 96, 26, 31, 15, 36, 52, 61, 94, 50, 43, 81, 68, 10, 25, 55, 86, 63, 44, 80, 56, 27, 5, 24, 92, 66, 84, 59, 83

Müdahale Grubu: 23, 90, 62, 57, 47, 72, 69, 85, 76, 9, 77, 14, 49, 37, 34, 22, 93, 73, 78, 65, 45, 33, 46, 74, 95, 91, 17, 2, 51, 18, 1, 19, 79, 58, 54, 29, 30, 89, 35, 75, 39, 71, 3, 42, 12, 32, 20, 70



Şekil 3: Araştırmanın randomizasyonu

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler

Araştırmada katılımcıların Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) ve Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu puanlarının değerlendirilmesi bağımlı değişkenlerdir.

3.7.2. Bağımsız değişkenler

Araştırmada yaş, meslek, ekonomik durum, eğitim durumu, obstetrik özellikler gibi sosyodemografik değişkenler, bağımsız değişkenlerdir.

3.8. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler yüz yüze ve telefon ile görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada 5 adet veri toplama aracı kullanılmıştır. Birinci form olan; Bilgilendirilmiş Onam Formu, bilgilendirme ve etik amaçlı araştırmacı tarafından hazırlanmış olup katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. İkinci formda araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Berry ve ark., 2020; Georgsson ve Carlsson, 2019; Karaca, 2017; Köneş, 2018; Sola ve ark., 2020; Yeşildere Sağlam, 2022) ve 32 maddeden oluşan Gebelik Kaybı Yaşayan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu; üçüncü formda araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Berry ve ark., 2020; Sola ve ark., 2020) ve 25 maddeden oluşan; Kayıp Yaşayan Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu; dördüncü formda Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu; beşinci formda ise Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) yer almaktadır.

3.8.1. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu (Ek 1.):

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, verilerin toplanma aşamasından hemen önce doldurulmuştur. Bu form; çalışmanın içeriğini, amacını, araştırmanın ne zaman sonlanacağını, hangi veri toplama araçlarının kullanılacağını, verilerin hangi amaçla toplanacağını ve bilgi mahremiyetinin nasıl sağlanacağını katılımcılara aktaran; araştırma hakkındaki bilgilerin bulunduğu, araştırmacı bilgilerinin yer aldığı ve katılımcıların onayı ile gönüllülüklerinin belirlendiği bir onam formudur.

3.8.2. Kadın tanıtıcı bilgi formu (Ek 2.):

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Berry ve ark., 2020; Georgsson ve Carlsson, 2019; Karaca, 2017; Köneş, 2018; Sola ve ark., 2020; Yeşildere Sağlam, 2022) hazırlanıp sosyodemografik bilgiler, obstetrik bilgiler, son gebelik durumuna ve genel psikososyal durum tanılamaya yönelik verileri içeren 32 sorudan oluşmuştur.

3.8.3. Erkek tanıtıcı bilgi formu (Ek 3):

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanıp (Berry ve ark., 2020; Sola ve ark., 2020) sosyodemografik bilgiler ve genel psikososyal durum tanılamaya ilişkin verileri içeren 25 sorudan oluşmuştur.

3.8.4. Genel iyi oluş ölçeği kısa formu (GİÖÖ) (Ek 4.):

Genel İyi Oluş Ölçeği'nin Kısa Formu, Longo ve arkadaşları tarafından 2017 yılında bireylerin iyi oluşlarını tespit edebilmek amacıyla geliştirilen 65 madden oluşan Genel İyi Oluş Ölçeği'nin kısaltılması faktör analizi çalışmaları sonucunda oluşturulmuştur. Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu 14 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi ölçekte “yaptığım her şey değerlidir” gibi maddeler bulunmaktadır. “1” hiç doğru değil, “5” her zaman doğru şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliliği 2021 yılında 3 akademisyen tarafından yapılmış, güvenirlik çalışmaları sonucu ölçeğin iç tutarlık katsayısı ve yapı güvenirliği 0.84. iki yarı test korelasyonu ise 0.77 olarak bulunmuştur (Odacı ve ark.,2021).

Bu araştırma da ise ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.84 olarak bulunmuştur (Tablo 11).

3.8.5. Perinatal yas ölçeği (33 maddeli kısa sürüm) (PYÖ) (Ek 5.):

Toedter ve arkadaşları tarafından geliştirilen Perinatal Yas Ölçeği ((33 – Maddeli Kısa Versiyon) 5’li likert formatında 32 maddeden oluşan bir ölçektir (Köneş ve ark., 2017). Ölçek perinatal kayıp sonrası yasın derecesini değerlendirmektedir (Gözüm ve Aksayan 2002; Köneş ve ark.,2017; Toedter ve ark., 1988). Ölçekteki her soru; “Kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçeğin 11 ve 32. maddeleri olumlu cümle yapısına sahip olup diğer maddeleri ise olumsuz cümle yapısına sahiptir. Olumlu cümlelerin puanlaması; kesinlikle katılıyorum (1 puan), katılıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılmıyorum (4 puan), kesinlikle katılmıyorum (5 puan) şeklindedir. Olumsuz ifadelerin puanlaması; kesinlikle katılıyorum (5 puan), katılıyorum (4 puan), kararsızım (3 puan), katılmıyorum (2 puan), kesinlikle katılmıyorum (1 puan) şeklindedir.

Aktif keder, umutsuzluk, başa çıkmada zorlanma ise ölçeğin alt boyutlarıdır. Toplam perinatal yas puanı ve alt boyutlardan alınan toplam puan artıça bireyin yas düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmektedir. PYÖ’ den alınabilecek toplam perinatal yas puanı 32-160 arasındadır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliliği 2017 yılında, 4 akademisyen tarafından yapıp ve kapsam geçerliliği indeksi 0.95 olarak bulunmuştur (Köneş ve ark., 2017). Bu araştırma da ise ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.77 olarak bulunmuştur (Tablo 11).

3.9. Araştırmanın Hazırlık Aşamaları

3.9.1. Gebelik kaybı yaşayan çiftlere ebelik bakımı ve danışmanlığı uygulayıcı kılavuzunun hazırlanması

Ebelik bakımı ve uygulayıcı kılavuzu; araştırmacı tarafından literatür taraması sonucunda gebelik kaybı yaşayan çiftlerin ihtiyaçlarına yönelik oluşturulmuştur. Literatür taramasında yapılan çalışmalar incelenmiş ve Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilerek ebelik bakımı ve danışmanlığı uygulayıcı kılavuzu oluşturulmuştur (Jansson ve Adolfsson, 2011; Jones ve ark., 2017; Lafarge, 2016; Lafarge ve ark., 2014; Maguire ve ark., 2015; Parker ve ark., 2014; Randolph ve ark., 2015; Yeşildere Sağlam, 2022). Literatür taraması sonucu hazırlanan kılavuz; başlık, kapak, içindekiler, giriş ve sekiz ayrı görüşmenin amacı, görüşmelerin planlandığı zaman dilimi, planlanan sürenin yeterliliği ve uygulama aşamasında planlanan ebe bakımı ve danışmanlığının değerlendirilmesi amacı ile uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman önerileri doğrultusunda kılavuz içeriğinde güncelleme yapılmıştır.

Gebelik kaybı yaşayan çiftlere yönelik geliştirilen Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilen ebe bakımı ve danışmanlığı yüz yüze ve telefon ile iletişim kurularak yapılan sekiz görüşmeden oluşmuştur. Ebe bakım ve danışmanlığı kuramın aşamalarına göre aşağıda belirtildiği şekilde temellendirilmiştir:

“Bilme” bireyin yaşadığı deneyimin bakım verici tarafından, bakım verilen gözüyle anlaşılmaya çalışılmasıdır. Bu aşamada Swanson ilk olarak hastayı dikkatle dinlemenin hastanın ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik ipuçları arayarak bu ipuçları üzerinde değerlendirme yapmanın gerekliliğini savunmuştur. Kuramın bu basamağına göre sadece bakım verilen çiftlere yoğunlaşarak çiftlerin bireysel ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik ipuçları aranmıştır.

“Birlikte olmak” ise duygu ve deneyimleri paylaşmak için bir yoldur, çiftlerin içinde bulunduğu durumu anlamaktan daha fazlasıdır. Kuramın bu basamağına göre çiftlere bakım verirken çiftlerin yanında bulunduğu hissettirilmiştir.

“Gereksinimleri karşılamak” ise bireylerin ihtiyaç duyduğu her boyutta eğitim, bakım ve danışmanlığın sağlanmasıdır. Bireyin yapamadığı ve onun yararına olan ve yapılması mümkün olanların yapılmasıdır. Bu bakım prensibine göre ise çiftlerin karşılanması mümkün olan gereksinimleri karşılanmıştır.

Swanson’a göre “**Güçlendirme**” prensibi bireyin hayatını olumsuz etkileyen süreci atlatmasını kolaylaştırmaktır. Güçlendirme, bir yönden uyum ve adaptasyon sürecidir. Kuramın bu prensibi doğrultusunda çiftlerin normal hayatlarına geçişini kolaylaştırmak hedeflenmiş ve bu doğrultuda bakım ve danışmanlık sağlanmıştır.

“**İnancı sürdürmek**” bireyin olumsuz bir olay ve/veya süreci atlatabilmek için gerekli güç ve kapasiteye sahip olduğunun bilinmesidir. Kuramın bu basamağı çiftlerin bu süreci sağlıklı bir biçimde atlayabilecek güce sahip oldukları onlara bakım veren ebe tarafından hissettirilerek ebe bakım ve danışmanlığı ile gelecekte olumlu durumların onları beklediğine olan inançlarının kapasitesini arttırmak için çiftler desteklenmiştir.

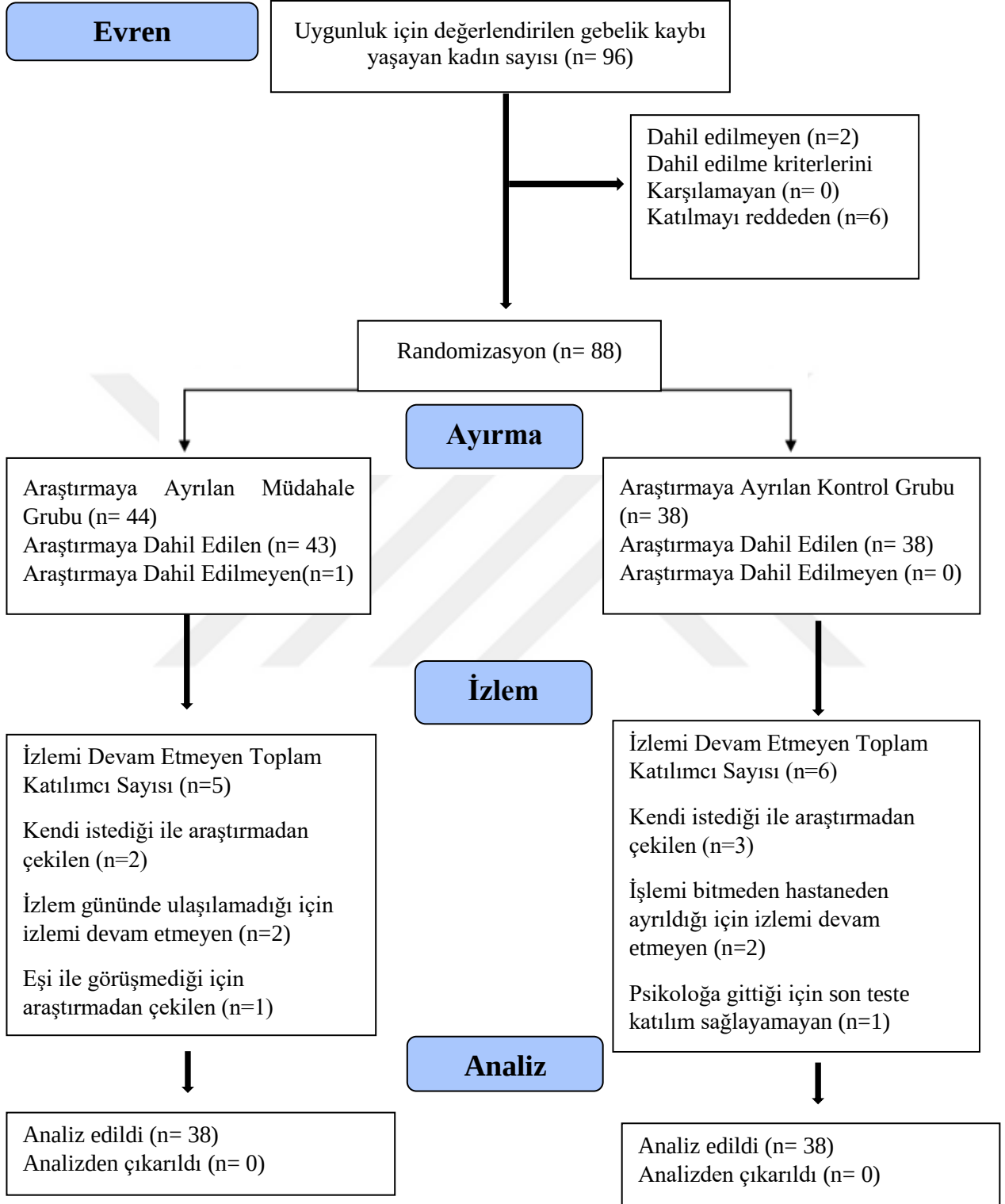
3.9.2. Araştırmanın ön uygulaması

Araştırmanın uygulanma aşamasına başlamadan 10 tane uzman görüş analizine başvuru kılavuz uzmanların önerileri doğrultusunda güncellenmiştir. Gebelik kaybı yaşayan iki kadın ve eşi ile görüşülerek ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama aşamasında veri toplama formlarının anlaşılabilirliği, bakım ve danışmanlığın uygulanma aşamaları ve bu aşamalar için ayrılan süreler test edilmiştir. Ön uygulama sonrasında veri toplama formlarında ve bakım kılavuzunda herhangi bir değişiklik yapılmamış ve uygulama aşamasına geçilmiştir.

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi-1’e başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 76 kadın ve eşi ile birlikte yapılmıştır. Kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek araştırmanın amacı açıklanmıştır. Sonrasında kadına kliniğe yatış sırasına göre 1 ila 96 arasında sayı verilmesi planlanarak, random.org sitesinde 1-96 arasındaki numaralar rastgele müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılarak müdahale ve kontrol grubundaki kadın ve eşlerin sıra numarası belirlenmiştir. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kadınlara da talep ettiği ve ihtiyaç duyduğu bakım ve danışmanlık verilmiş olup, hastanenin rutin uygulaması olan tüm prosedürler yerine getirilmiştir. Araştırmanın adımları CONSORT akış şemasına göre yapıldı. CONSORT akış şeması Şekil 4’te verildi.

Araştırmanın CONSORT Akış Şeması



Şekil 4: Araştırmanın consort akış şeması

3.10.1. Müdahale grubuna yapılan uygulamalar

Müdahale grubunda yer alan gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşi ile kliniğe kadının yatışı gerçekleştirildikten sonra tanışılarak araştırma hakkında detaylı bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 1) doldurulmuştur. Gebelik kaybı yaşayan kadın için araştırmacılar tarafından hazırlanan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2), Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (Ek 4) Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) (Ek 5) eşleri için ise Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 3) dolduruldu. Müdahale grubundaki katılımcılar için; “Bilmek”, “Birlikte olmak”, “Gereksinimleri karşılamak”, “Güçlendirmek” ve “İnancı sürdürmek” aşamalarından oluşan Swanson Bakım Kuramı’na göre temellendirilen uygulayıcı kılavuzu oluşturuldu. Bu kılavuz dördü klinikte yüz yüze, dördü ise taburculuk sonrası telefon ile olmak üzere sekiz görüşmeyi yapıldı. İlk görüşmede kadının kliniğe yatışı yapıldıktan hemen sonra, çiftlerle tanışma, kadının durumunu değerlendirmesi ve empati kurarak çiftlerin duygusal durumlarını anlamaya çalışma amaçlandı. Bu aşamada amaç çiftlerin ihtiyaçlarını belirlemek ve onlara uygun destek sağlamak oldu. İkinci görüşmede, kadının terminasyon işleminden önce gerçekleşti. Bu aşamada süreç hakkında bilgi verildi, çiftlerin duygusal durumlarına yönelik destek sunuldu. Üçüncü görüşmede, terminasyon işlemi sonrasında, kadının fiziksel durumu ile duygusal ihtiyaçları değerlendirmek amacıyla yapıldı. Bu aşamada, çiftler bakım verici ebe tarafından kayıpları üzerine konuşmaları ve birbirlerine destek olması için teşvik edildi. Dördüncü görüşme, taburculuktan hemen önce gerçekleşti ve çiftlere taburculuk sonrası süreç hakkında bilgi verilerek adaptasyon sürecini kolaylaştırmak hedeflendi. Beşinci görüşmede, taburculuk sonrası ikinci gün telefon ile gerçekleşti ve bu görüşme ile çiftlerin duygusal durumu, geleceğe yönelik inançları ve uyum süreçleri değerlendirildi. Altıncı görüşmede, taburculuk sonrası yedinci gün gerçekleştirildi ve çiftlerin adaptasyon süreci ile normal hayatlarına dönüş durumları değerlendirildi. Yedinci görüşmede, taburculuk sonrası 15.gün yapıldı ve bu süreçte çiftin yaşadığı duygusal tepkiler, travma sonrası belirtiler ve ilişkilerindeki değişiklikler değerlendirildi. Çiftlerin ihtiyaçlarına uygun destek ve rehberlik sağlandı. Bu görüşme, çiftlerin yaşamlarına devam ederken karşılaştıkları zorlukları ele alarak onları destekleyici stratejiler geliştirmek hedeflendi. Sekizinci ve son görüşmede ise, taburculuk sonra 30. gün gerçekleştirildi. Bu görüşmede, çiftlerin yas sürecinde geldikleri nokta, günlük hayata adaptasyonları ve ilişkilerindeki dinamikler gözden geçirildi. Çiftlerin uzun vadeli iyilik hallerini sürdürmeleri için önerilerde bulunularak gerektiğinde

profesyonel yardım alabilecekleri kaynaklar hakkında bilgi verildi. Son görüşme çiftlerin sağlıklı bir şekilde iyileşme sürecini tamamlamalarına yardımcı olma ve süreç boyunca gelişen ilişkilerini güçlendirme amaçlandı. Bu görüşmeler boyunca, bakım verici ebe tarafından çiftlerin duygusal ve psikolojik durumlarını sürekli olarak değerlendirildi ve gerekli durumlarda psikolojik destek için yönlendirme yapıldı. Son görüşmede son test olarak Genel İyi Oluş Ölçeği ve Perinatal Yas Ölçeği tekrar dolduruldu.

3.10.2. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

Kontrol grubunda yer alan gebelik kaybı yaşayan kadın ve eşi ile kliniğe kadının yatışı gerçekleştikten sonra tanışılarak araştırma hakkında detaylı bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek 1) doldurulmuştur. Gebelik kaybı yaşayan kadın için araştırmacılar tarafından hazırlanan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2) ve Türkçe geçerlik güvenirliliği yapılan ve yapılan araştırmacılar tarafından izin alınan Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (EK- 4) Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) (Ek 5) eşleri için Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 3) dolduruldu. Kontrol grubundaki kadınlara ve eşlerine araştırma sırasında herhangi bir girişim uygulanmadı ve bu grupta yer alan kadınlara hastane ve klinik prosedürlere uygun rutin ebelik bakım ve danışmanlığı verildi.

Kadının klinikten taburculuğu gerçekleştikten sonraki 30. günde planlanan görüşmede ise son test olarak ön test aşamasında uygulanan veri toplama formlarından; Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (EK 4) Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) (Ek 5) telefon ile görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Ölçekler doldurulmak için arandığında katılımcıların sorduğu sorulara yanıt verilerek rutin ebelik bakımı sağlandı.

3.11. Uzman Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Bir araştırmada kullanılan ölçek, kılavuz, soru formu gibi yapıların o araştırmanın amacına uygun olması gerekmektedir. Bu nedenle söz konusu yapının kapsam geçerliliği ölçülmelidir. Araştırma sürecinde kullanılacak *Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı Uygulayıcı Kılavuzu*'nun kapsam geçerliğini ölçmek adına uzman görüşlerine başvurulmuştur.

Kılavuz 10 uzman önerisine sunulmuştur ve bu uzmanlardan kılavuzun tamamını (Başlık, kapak, içindekiler, giriş ve yapılacak sekiz görüşmeye ait maddeler)

değerlendirmeleri talep edilmiştir. Uzmanlar kılavuza ait her bir kısmı Lawshe (1975)’nin geliştirdiği kapsam geçerlik ölçümü tekniğine uygun olacak şekilde; ‘‘Uygun’’, ‘‘Kısmen Uygun’’ ve ‘‘Geliştirilmeli’’ seçeneklerinden oluşan üçlü bir yapıda değerlendirmiştir.

Lawshe tekniğinde incelenen her bir maddenin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) hesaplanır ve elde edilen değerler minimum/kritik değeri ifade eden Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) ile kıyaslanarak maddenin geçerli olup olmadığı belirlenir. Son olarak ölçülen yapının bir boyutunun veya tamamının geçerli olup olmadığı o boyuta ait geçerli sayılan maddelerin KGO değerlerinin ortalaması alınarak hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) ile belirlenir. KGİ değerinin KGÖ değerinden büyük olması durumunda söz konusu yapının kapsam geçerliği bütün olarak sağlanmış demektir (Lawshe, 1975).

KGO hesaplanırken Lawshe (1975) tarafından bulunan şu formüllerden biri kullanılmaktadır:

$$KGO = \frac{Nu - N/2}{N/2} \quad \text{veya} \quad KGO = \frac{Nu}{N/2} - 1$$

Şekil 5: Lawshe’nin KGO hesap formülü

Veneziano ve Hooper (1997) KGÖ değerleri için $\alpha=0.05$ önem düzeyini baz alarak bir standartlaşmaya gitmiştir.

Tablo 1: $\alpha=0.05$ önem düzeyinde KGÖ değerleri (Veneziano ve Hooper, 1997)

Uzman Sayısı	Minimum (veya Kritik) Değer	Uzman Sayısı	Minimum (veya Kritik) Değer
5	0.99	13	0.54
6	0.99	14	0.51
7	0.99	15	0.49
8	0.78	16	0.42
9	0.75	17	0.37
10	0.62	18	0.33
11	0.59	19	0.31
12	0.56	20	0.29

Bu araştırmada 10 uzman görüşüne başvurulduğu için kullanılacak KGÖ değeri 0.62’dir (Tablo 1). Bu durumda söz konusu maddenin KGO değerlerinin 0.62 değerinden büyük olması durumunda kapsam açısından geçerli olacaktır. KGO’nun 0.62 değerinden

küçük olması halinde ise söz konusu maddenin uzman önerileri doğrultusunda geliştirilmesi gerekecektir.

Tablo 2: Kılavuzun genel yapısına ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Kitapçığın Başlığı	Kitapçığın başlığı, çalışmanın amacını yansıtmaktadır.	“Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı Uygulayıcı Kılavuzu”	7		3	0.40*	Geçersiz
KGİ:							
Kapak	Kapak sayfası uygun olarak hazırlanmıştır.		10			1.00	Geçerli
	Kapak sayfasında kullanılan görsel içerik ile uyumludur.		10			1.00	Geçerli
KGİ: 1.00 Geçerli							
İçindekiler	İçindekiler sayfası uygun olarak hazırlanmıştır.		8	1	1	0.60*	Geçersiz
KGİ:							
Giriş	Gebelik kaybının önemini açıklar.		9		1	0.80	Geçerli
	Swanson bakım kuramını amacını açıklar.		9		1	0.80	Geçerli
	Swanson bakım kuramının aşamalarını açıklar.		9		1	0.80	Geçerli
	Swanson bakım kuramına temellendirilmiş gebelik kaybı yaşayan çiftlere verilen ebe bakım ve danışmanlığını açıklar.		9	1		0.80	Geçerli
KGİ: 0.80 Geçerli							

*KGO<KGÖ

Tablo 2 incelendiğinde kitapçığın başlığı bölümü için KGO=0.40 < KGÖ=0.62 olduğu ve içindekiler bölümü için KGO=0.60 < KGÖ=0.62 olduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu iki bölüm kapsam açısından geçerli bulunamamış ve KGİ hesaplaması yapılamamıştır. Fakat uzman görüş önerileri doğrultusunda kılavuz yeniden düzenlenmiş olup yeniden düzenlenen kılavuz doğrultusunda çalışma yürütülmüştür.

Kapak ve giriş kısımlarının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ).

Tablo 3: Birinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Birinci Görüşme	Bilme ve Birlikte Olma		9	1		0.80	Geçerli
	Amaçlar birinci görüşme için uygundur.	1. Kadın ve eşi ile tanışmak. 2. Kadının durumunun detaylı değerlendirmesini yapmak 3. Bakım verilecek çiftlere odaklanarak duygu durumlarına yönelik ipuçları aramak.	9	1		0.80	Geçerli
	İlk görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Kadının kliniğe yatışı yapıldıktan sonra.	10			1.00	Geçerli
	Birinci görüşme için planlanan süre yeterlidir.	30-60 dk	10			1.00	Geçerli
	Birinci görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Karşılıklı iletişim kurma, ipuçları arama, soru cevap	10			1.00	Geçerli
	İlk görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		10			1.00	Geçerli
KGI:						0.93	Geçerli

Tablo 3 incelendiğinde birinci görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak birinci görüşmenin kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGI>KGÖ).

Tablo 4: İkinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
İkinci Görüşme	Birlikte Olma ve Gereksinimleri Karşılama		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar ikinci görüşme için uygundur.	1. Çiftlerin yanında olmak. 2. Çiftlerin bu süreçte yalnız hissetmemesini sağlamak. 3. Çiftlerin duygularını paylaşmasını sağlamak.	10			1.00	Geçerli
	İkinci görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Kadının terminasyon işlemi tamamlanmadan önce	9		1	0.80	Geçerli
	İkinci görüşme için planlanan süre yeterlidir.	30-60 dk	10			1.00	Geçerli
	İkinci görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Dinleme, yorumlama, soru cevap	10			1.00	Geçerli
	İkinci görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		9		1	0.80	Geçerli
	KGİ:					0.93	Geçerli

Tablo 4 incelendiğinde ikinci görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak ikinci görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ).

Tablo 5: Üçüncü görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Üçüncü Görüşme	Gereksinimleri Karşılama ve Güçlendirme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar üçüncü görüşme için uygundur.	1. Çiftlerin gereksinimlerini karşılamak. 2. Kadının fiziksel, duygusal, sosyal, zihinsel ve spiritüel boyutta rahat etmesini sağlamak. 3. Mahremiyeti korumak.	10			1.00	Geçerli
	Üçüncü görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Terminasyon işlemi tamamlandıktan sonraki ilk 1 saat içerisinde.	10			1.00	Geçerli
	Üçüncü görüşme için planlanan süre yeterlidir.	30-60 dk	10			1.00	Geçerli
	Üçüncü görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Uygulama, soru cevap, bakım verme, anlatım	10			1.00	Geçerli
	Üçüncü görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		10			1.00	Geçerli
KGİ:						1.00	Geçerli

Tablo 5 incelendiğinde üçüncü görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak üçüncü görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ).

Tablo 6: Dördüncü görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Dördüncü Görüşme	Güçlendirme ve İnancı Sürdürme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar dördüncü görüşme için uygundur.	1. Çiftleri desteklemek ve güçlendirmek. 2. Çiftlerin kayıpla baş edebilmelerini kolaylaştırmak. 3. Çiftlerin eski yaşamına dönmesini kolaylaştırmak.	10			1.00	Geçerli
	Dördüncü görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Taburculuktan hemen önce	10			1.00	Geçerli
	Dördüncü görüşme için planlanan süre yeterlidir.	30-60 dk	10			1.00	Geçerli
	Dördüncü görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Soru cevap, anlatım, karşılıklı iletişim	10			1.00	Geçerli
	Dördüncü görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		9		1	0.80	Geçerli
	KGİ:					0.97	Geçerli

Tablo 6 incelendiğinde dördüncü görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak dördüncü görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ).

Tablo 7: Beşinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Beşinci Görüşme	Güçlendirme ve İnancı Sürdürme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar beşinci görüşme için uygundur.	1. Çiftlerin kayıp öncesi yaşantısına dönüp dönmediğini değerlendirmek. 2. Çiftlerin geleceğe yönelik umutsuzluk, kaygı gibi olumsuz hisleri var ise düşüncelerini değiştirmek ve gelecekte kötü günlerin geçeceğine olan inançlarını geliştirmek ve sürdürmek. 3. Hastanede verilen bakım ve danışmanlığın etkinliğini ölçmek.	9		1	0.80	Geçerli
	Beşinci görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Taburculuk sonrası 2.gün	10			1.00	Geçerli
	Beşinci görüşme için planlanan süre yeterlidir.	30-45 dk	10			1.00	Geçerli
	Beşinci görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Dinleme, yorumlama, soru cevap	10			1.00	Geçerli
	Beşinci görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		9		1	0.80	Geçerli
	KGİ:					0.93	Geçerli

Tablo 7 incelendiğinde beşinci görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak beşinci görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ).

Tablo 8: Altıncı görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Altıncı Görüşme	İnancı Sürdürme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar altıncı görüşme için uygundur.	1. Çiftlerin adaptasyon sürecini değerlendirmek	10			1.00	Geçerli
	Altıncı görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Taburculuk sonrası 7.gün	10			1.00	Geçerli
	Altıncı görüşme için planlanan süre yeterlidir.	15-45 dk	10			1.00	Geçerli
	Altıncı görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Karşılıklı iletişim, soru cevap	10			1.00	Geçerli
	Altıncı görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		10			1.00	Geçerli
	KGİ:					1.00	Geçerli

Tablo 8 incelendiğinde altıncı görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak altıncı görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir ($KGO > KGÖ$, $KGİ > KGÖ$).

Tablo 9: Yedinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Yedinci Görüşme	İnancı Sürdürme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar yedinci görüşme için uygundur.	Çiftlerin gelecek planlarını değerlendirmek	7		3	0.40*	Geçersiz
	Yedinci görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Taburculuk sonrası 15.gün	10			1.00	Geçerli
	Yedinci görüşme için planlanan süre yeterlidir.	15-45 dk	10			1.00	Geçerli
	Yedinci görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Karşılıklı iletişim, soru cevap	9		1	0.80	Geçerli
	Yedinci görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		9		1	0.80	Geçerli
	KGİ:						

* $KGO < KGÖ$

Tablo 9 incelendiğinde “Amaçlar yedinci görüşme için uygundur.” bölümü için $KGO = 0.40 < KGÖ = 0.62$ olduğu görülmektedir. Burada da Tablo 2’de olduğu gibi; bu

madde de kapsam açısından geçerli bulunamamıştır. Bu nedenle KGİ hesaplaması yapılamamıştır. Fakat uzman görüş önerileri doğrultusunda kılavuz yeniden düzenlenmiş olup kılavuz doğrultusunda çalışma yürütülmüştür. Yedinci görüşmeye ait “Amaçlar yedinci görüşme için uygundur.” dışındaki bütün maddelerin ve bölüm olarak yedinci görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ).

Tablo 10: Sekizinci görüşmeye ilişkin uzman görüşleri

Bölüm	Madde	Açıklama	Değerlendirme			KGO	Karar
			Uygun	Kısmen Uygun	Geliştirilmeli		
Sekizinci Görüşme	İnancı Sürdürme		10			1.00	Geçerli
	Amaçlar sekizinci görüşme için uygundur.	Çiftlere verilen Swanson bakım kuramı temelli ebelik bakım ve danışmanlığının perinatal yas ve genel iyi oluşluğa etkisini belirlemek amacı ile son test olarak ölçekleri doldurmak	10			1.00	Geçerli
	Sekizinci görüşmenin zaman planlaması uygundur.	Taburculuk sonrası 30.gün	10			1.00	Geçerli
	Sekizinci görüşme için planlanan süre yeterlidir.	45-60 dk	10			1.00	Geçerli
	Sekizinci görüşmenin yöntemi uygulama ile uyumludur.	Soru cevap	10			1.00	Geçerli
	Sekizinci görüşmede uygulama aşamasında neler yapılacağı açık bir şekilde tanımlanmıştır.		10			1.00	Geçerli
	KGİ:					1.00	Geçerli

Tablo 10 incelendiğinde sekizinci Görüşmeye ait bütün maddelerin ve bölüm olarak sekizinci görüşmenin tamamının kapsam geçerliği açısından geçerli olduğu tespit edilmiştir (KGO>KGÖ, KGİ>KGÖ)

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

T.C. İstanbul Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 04/07/2023 tarihinde 61351342/HAZİRAN 2023-45 sayılı etik kurul onayı alındı. İstanbul Valiliği, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü E-15916306-604.01.01-222432814 sayılı çalışma Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu tarafından 15/08/2023 tarih ve 2023/12 sayılı kararınca onaylandı. İstanbul İstanbul S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden 17/08/2023 tarihinde izin alındı. Çalışmada kullanılan Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu'nun Prof Dr. Hatice Odacı'dan 27/04/2023 tarihinde ve Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) kullanım izni ise 26/04/2023 tarihinde Doç. Dr. Meltem Kaydırak'tan alındı. Katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ile yazılı onay alındı.

3.13. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Güçlü Yönleri

- Araştırmanın randomize kontrollü ve deneysel tasarımda olması,
- Yas destek programının bir model doğrultusunda geliştirilmiş olması,
- Yas destek programına babalarında dahil edilmesi.
- Görsel ve yazılı materyal geliştirilmesi.
- Telefon ile görüşme yöntemi ile çiftlerin duygularını yüzyüze anlatma güçlüğü ortadan kalkmıştır.

Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın tek merkezde yapılması.
- Uzun dönem sonuçlarının bilinmemesi.

3.14. Araştırmanın Kaydı

Araştırmanın ClinicalTrials.gov Protocol Registration and Results System'e kaydı yapılmıştır.

3.15. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

Katılımcıların Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) (PYÖ) ve Genel İyi Oluş Ölçeği' ne (GIOÖ) verdikleri yanıtlar ile toplanan verilerin iç tutarlılıkları ve

güvenilirlikleri Cronbach Alfa katsayısı yardımıyla kontrol edilmiştir. Cronbach Alfa katsayısı, 0 ile 1 arasında değişen, bireysel puanların k soru içeren bir ölçekteki sorulara verilen yanıtların toplanmasıyla bulunduğu durumlarda soruların birbirleri ile benzerliğini, yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Cronbach Alfa katsayısı ölçekte yer alan k sorunun türdeş bir yapıyı açıklamak ya da sorgulamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadığını sorgulamayı sağlamaktadır (Özdamar, 1997). Cronbach alfa katsayısının $0.60 \leq \alpha < 0.80$ arasında olması verilerin oldukça güvenilir olduğunu, $0.80 \leq \alpha \leq 1.00$ arasında olması ise verilerin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir (Kalaycı 2005; Özdamar 2004).

Verilerin güvenilir oldukları tespit edildiği takdirde parametrik veya parametrik olmayan testlerden hangileri ile analiz edileceklerini belirlemek adına normal dağılıma uygunlukları çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek kontrol edilmiştir. Pituch ve Stevens (2016) bir veri setinin normal dağılıma uyduğunu iddia edebilmek için o veri setine ait çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında olması gerektiğini ifade etmiştir.

Tablo 11: Güvenirlik ve normallik incelemesi

Grup	Ölçek / Alt Boyut	Test	Güvenirlik		Normallik	
			Madde Sayısı	Cronbach Alfa	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Kontrol Grubu (n=38)	PYÖ	Ön Test	32	0.906	-0.948	0.285
		Son Test	32	0.774	-0.884	1.606
	Aktif Keder	Ön Test	10	0.772	-1.026	1.326
		Son Test	10	0.602	-0.309	1.078
	Başa Çıkmada Zorlanma	Ön Test	11	0.604	-0.350	-0.819
		Son Test	11	0.610	0.050	0.489
	Umutsuzluk	Ön Test	11	0.871	-0.648	-0.278
		Son Test	11	0.678	-0.152	-0.167
	GİÖÖ	Ön Test	14	0.878	1.283	0.979
		Son Test	14	0.698	0.895	1.833
Müdahale Grubu (n=38)	PYÖ	Ön Test	32	0.845	-0.338	1.382
		Son Test	32	0.824	0.979	0.726
	Aktif Keder	Ön Test	10	0.625	-0.774	0.610
		Son Test	10	0.676	1.170	1.877
	Başa Çıkmada Zorlanma	Ön Test	11	0.615	-0.015	0.726
		Son Test	11	0.638	0.816	0.480
	Umutsuzluk	Ön Test	11	0.721	-0.011	-0.002
		Son Test	11	0.634	1.555	1.857
	GİÖÖ	Ön Test	14	0.875	0.819	0.001
		Son Test	14	0.848	-0.215	-0.537

Tablo 11 incelendiğinde; kontrol ve müdahale grubuna ait bütün Cronbach Alfa değerlerinin 0.60'ın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kontrol ve müdahale grubuna ait bütün çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 2 aralığında değerler aldığı görülmektedir. Elde edilen bu bulgular ışığında PYÖ ve GİÖÖ'den elde edilen verilerin güvenilir ve normal dağılıma uygun oldukları tespit edilmiştir. Normallik varsayımı sağlandığı için verilerin analizlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

Ayrıca bu çalışmanın verileri normal dağılım gösterdikleri için analizinde Pearson Korelasyon yöntemi kullanılmıştır. Korelasyon iki değişken arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını, bu ilişkinin yönünü ve gücünü gösteren, -1 ile +1 arasında değerler alan istatistiksel bir yöntemdir. Köklü ve arkadaşları (2007) korelasyon katsayısına (r) ilişkin ölçüt değerleri aşağıda olduğu gibi ifade etmektedir:

- $r=0.00$ ise doğrusal bir ilişki yoktur.
- $0.01 \leq r < 0.30$ ise düşük düzeyde bir ilişki vardır.
- $0.30 \leq r < 0.70$ ise orta düzeyde bir ilişki vardır.
- $0.70 \leq r \leq 0.99$ ise yüksek düzeyde bir ilişki vardır.
- $r=1.00$ ise mükemmel ilişki vardır.

Bahsedilen sınırların pozitif veya negatif olması ilişkinin gücünü değil yönünü belirtmektedir.

4. BULGULAR

Araştırma sürecinde toplanan veriler on bir ana başlık altında incelenmiş ve istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur:

1. Katılımcıların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Son Gebelik ve Tanılama Özelliklerine, Katılımcıların Eşlerinin Sosyo-Demografik ve Tanılama Özelliklerine ait Bulgular
2. Perinatal Yas Ölçeğine (PYÖ) ve Genel İyi Oluş Ölçeğine (GİÖÖ) İlişkin Bulgular
3. PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ puanlarının Kontrol Grubu Ön Test- Müdahale Grubu Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması
4. Kontrol Grubu PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ Ön Test –Son Test Puanlarının Karşılaştırılması
5. Kontrol ve Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Son Test Puanlarının Karşılaştırılması
6. Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Ön Test- Son Test Puanlarının Karşılaştırılması
7. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması
8. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması
9. Katılımcıların Son Gebelik ve Kaybı Tanılama Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması
10. Yaş, İlk Gebelik Yaşı, Toplam Gebelik Sayısı, Yaşayan Çocuk Sayısı ve PYÖ, PYÖ Alt Boyutları, GİÖÖ ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
11. Perinatal Yas, Aktif Keder, Başa Çıkmada Zorlanma, Umutsuzluk ve Genel İyi Oluş Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

4.1. Katılımcıların ve Katılımcıların Eşlerinin Profiline İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik, obstetrik, son gebelik ve tanılama özellikleri ve katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik ve tanılama özelliklerine ait bulgular sunulmuştur.

Tablo 12: Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)		Ki-Kare	
		f	%	f	%	χ^2	P
Yaş	20-25 Yaş	8	21.1	10	26.3	2.57	0.276
	26-35 Yaş	27	71.0	21	55.3		
	36-44 Yaş	3	7.9	7	18.4		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	28.97±4.19	21-41	29.87±5.86	20-44		
Eğitim Durumu	İlkokul	10	26.3	5	13.2	2.41	0.492
	Ortaokul	12	31.6	12	31.6		
	Lise	10	26.3	14	36.8		
	Üniversite	6	15.8	7	18.4		
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	2	5.3	3	7.9	3.07	0.215
	Gelir gidere eşit	33	86.8	27	71.0		
	Gelir giderden az	3	7.9	8	21.1		
Meslek	Ev hanımı	27	71.0	26	68.4	0.08	0.962
	Kamu personeli	3	7.9	3	7.9		
	Özel sektör çalışanı	8	21.1	9	23.7		
Sigara İçme Durumu	Evet	8	21.1	10	26.3	0.29	0.589
	Hayır	30	78.9	28	73.7		
Boy	145-155 cm	5	13.2	10	26.3	2.49	0.287
	156-165 cm	27	71.0	21	55.3		
	166-178 cm	6	15.8	7	18.4		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	161.24±4.48	153-172	160.34±7.08	145-178		
Kilo	47-59 kg	10	26.3	12	31.6	0.36	0.948
	60-69 kg	11	28.9	11	28.9		
	70-79 kg	12	31.6	10	26.3		
	80-97 kg	5	13.2	5	13.2		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	67.24±9.58	50-85	65.71±12.34	47-97		

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 12’de sunulmuştur. Katılımcıların yaşları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %21.1’inin 20-25 yaş aralığında, %71.0’inin 26-35 yaş aralığında, %7.9’unun 36-44 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 28.97±4.19 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %26.3’ünün 20-25 yaş aralığında, %55.3’ünün 26-35 yaş aralığında,

%18.4'ünün 36-44 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 29.87 ± 5.86 olduğu tespit edilmiştir. Yaş değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %26.3'ünün ilkokul düzeyinde, %31.6'sının ortaokul düzeyinde, %26.3'ünün lise düzeyinde, %15.8'inin üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %13.2'sinin ilkokul düzeyinde, %31.6'sının ortaokul düzeyinde, %36.8'inin lise düzeyinde, %18.4'ünün üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %5.3'ünün gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %86.8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %7.9'unun gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %7.9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %71.0'ının gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %21.1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %71.0'ının ev hanımı olduğu, %7.9'unun kamu personeli olduğu, %21.1'inin özel sektör çalışanı olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %68.4'ünün ev hanımı olduğu, %7.9'unun kamu personeli olduğu, %23.7'sinin özel sektör çalışanı olduğu tespit edilmiştir. Meslek değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların sigara içme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %78.9'unun sigara içmediği, %21.1'inin sigara içtiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %73.7'sinin sigara içmediği, %26.3'ünün sigara içtiği tespit edilmiştir. Sigara içme durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların boyları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %13.2'sinin 145-155 cm aralığında, %71.0'ının 156-165 cm aralığında, %15.8'inin 166-

178 cm aralığında olduğu ve boy ortalamalarının 161.24 ± 4.48 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %26.3'ünün 145-155 cm aralığında, %55.3'ünün 156-165 cm aralığında, %18.4'ünün 166-178 cm aralığında olduğu ve boy ortalamalarının 160.34 ± 7.08 olduğu tespit edilmiştir. Boy değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların kiloları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %26.3'ünün 47-59 kg aralığında, %28.9'unun 60-69 kg aralığında, %31.6'sının 70-79 kg aralığında, %13.2'sinin 80-97 kg aralığında olduğu ve kilo ortalamalarının 67.24 ± 9.58 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %31.6'sının 47-59 kg aralığında, %28.9'unun 60-69 kg aralığında, %26.3'ünün 70-79 kg aralığında, %13.2'sinin 80-97 kg aralığında olduğu ve kilo ortalamalarının 65.71 ± 12.34 olduğu tespit edilmiştir. Kilo değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)		Ki-Kare	
		f	%	F	%	χ^2	P
İlk Gebelik Yaşı	15-19 Yaş	3	7.9	4	10.5	3.53	0.317
	20-24 Yaş	20	52.6	16	42.1		
	25-29 Yaş	13	34.2	11	28.9		
	30-34 Yaş	2	5.3	7	18.4		
	Ort. $\pm$ SS / Min.-Maks.	23.76 $\pm$ 3.54	15-31	24.82 $\pm$ 4.31	15-34		
Toplam Gebelik Sayısı	1 Gebelik	10	26.3	10	26.3	0.13	0.989
	2 Gebelik	11	28.9	10	26.3		
	3 Gebelik	11	28.9	11	28.9		
	4 Gebelik	6	15.8	7	18.4		
Yaşayan Çocuk Sayısı	Çocuk yok	10	26.3	13	34.2	2.62	0.520
	1 Çocuk	13	34.2	13	34.2		
	2 Çocuk	11	28.9	6	15.8		
	3 Çocuk ve üzeri	4	10.5	6	15.8		
Düşük Yaşama Durumu	Evet	2	5.3	5	13.2	1.42	0.234
	Hayır	36	94.7	33	86.8		
Küretaj Olma Durumu	Evet	2	5.3	5	13.2	1.42	0.234
	Hayır	36	94.7	33	86.8		
Düzenli Gebelik Takibi	Evet	31	81.6	33	86.8	0.40	0.529
	Hayır	7	18.4	5	13.2		
Son İki Gebelik Arasındaki Süre	0-1 Yıl	19	50.0	15	39.5	3.28	0.194
	2-5 Yıl	17	44.7	16	42.1		
	6 Yıl ve üzeri	2	5.3	7	18.4		

Katılımcıların obstetrik özellikleri Tablo 13'te sunulmuştur. Katılımcıların ilk gebelik yaşları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %7.9'unun ilk gebelik

yaşının 15-19 yaş aralığında, %52.6'sının ilk gebelik yaşının 20-24 yaş aralığında, %34.2'sinin ilk gebelik yaşının 25-29 yaş aralığında, %5.3'ünün ilk gebelik yaşının 30-34 yaş aralığında olduğu ve ilk gebelik yaş ortalamalarının 23.76 ± 3.54 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %10.5'inin ilk gebelik yaşının 15-19 yaş aralığında, %42.1'inin ilk gebelik yaşının 20-24 yaş aralığında, %28.9'unun ilk gebelik yaşının 25-29 yaş aralığında, %18.4'ünün ilk gebelik yaşının 30-34 yaş aralığında olduğu ve ilk gebelik yaş ortalamalarının 24.82 ± 4.31 olduğu tespit edilmiştir. İlk gebelik yaşı değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların toplam gebelik sayıları incelendiğinde grubundaki katılımcıların %26.3'ünün 1 gebelik, %28.9'unun 2 gebelik, %28.9'unun 3 gebelik, %15.8'inin 4 gebelik yaşadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %26.3'ünün 1 gebelik, %26.3'ünün 2 gebelik, %28.9'unun 3 gebelik, %18.4'ünün 4 gebelik yaşadığı tespit edilmiştir. Toplam gebelik sayısı değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %26.3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı, %34.2'sinin yaşayan 1 çocuğu olduğu, %28.9'unun yaşayan 2 çocuğu olduğu, %10.5'inin yaşayan en az 3 çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %34.2'sinin yaşayan çocuğunun olmadığı, %34.2'sinin yaşayan 1 çocuğu olduğu, %15.8'inin yaşayan 2 çocuğu olduğu, %15.8'inin yaşayan en az 3 çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Yaşayan çocuk sayısı değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların düşük yaşama durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %5.3'ünün düşük yaşadığı, %94.7'sinin düşük yaşamadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %13.2'sinin düşük yaşadığı, %86.8'inin düşük yaşamadığı tespit edilmiştir. Düşük yaşama değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların küretaj olma durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %5.3'ünün küretaj olduğu, %94.7'sinin küretaj olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %13.2'sinin küretaj olduğu, %86.8'inin küretaj

olmadığı tespit edilmiştir. Küretaj olma değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların düzenli gebelik takibi yaptırmama durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %81.6'sının düzenli gebelik takibi yaptırdığı, %18.4'ünün düzenli gebelik takibi yaptırmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %86.8'inin düzenli gebelik takibi yaptırdığı, %13.2'sinin düzenli gebelik takibi yaptırmadığı tespit edilmiştir. Düzenli gebelik takibi yapma değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Katılımcıların son iki gebeliği arasındaki süre incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %50'sinin son iki gebeliği arasında 0-1 yıl olduğu, %44.7'sinin son iki gebeliği arasında 2-5 yıl olduğu, %5.3'ünün son iki gebeliği arasında 6 yıl ve üzeri bir süre olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %39.5'inin son iki gebeliği arasında 0-1 yıl olduğu, %42.1'inin son iki gebeliği arasında 2-5 yıl olduğu, %18.4'ünün son iki gebeliği arasında 6 yıl ve üzeri bir süre olduğu tespit edilmiştir. Son iki gebelik arasındaki süre değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 13).

Tablo 14: Katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)		Ki-Kare	
		f	%	f	%	χ^2	P
Yakın Kaybı Yaşama Durumu	Evet	15	39.5	19	50.0	0.85	0.356
	Hayır	23	60.5	19	50.0		
Gebeliğe Karşı Tutum	Hiçbir şey hissetmeme	2	5.3	4	10.5	0.72	0.395
	Sevinç	36	94.7	34	89.5		
Eşin Gebelik Kaybına Tepkisi	Üzüntü	34	89.5	33	86.8	0.13	0.723
	Ne hissettiğini bilmiyorum	4	10.5	5	13.2		
Gebeliğin Olumsuz Sonuçlanmasının Hissettirdiği Duygu	Üzüldüm	9	23.7	10	26.3	0.07	0.791
	Çok üzüldüm	29	76.3	28	73.7		
Gebelik Kaybının Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	12	31.6	16	42.1	0.91	0.342
	Hayır	26	68.4	22	57.9		
Gebelik Kaybının Eşi ile İlişisini Etkileme Durumu	Evet	5	13.2	4	10.5	0.13	0.723
	Hayır	33	86.8	34	89.5		
Hüzünlendiğinde Eşin Destek Olma Durumu	Evet	35	92.1	35	92.1	0.00	1.000
	Hayır	3	7.9	3	7.9		
Bir Daha Gebe Kalmanın Hissettirdiği Duygu	Çok sevinirim	26	68.4	16	42.1	7.38	0.025
	Bebeğini kaybedeceğini düşünme	5	13.2	15	39.5		
	Bilmiyorum	7	18.4	7	18.4		

Katılımcıların son gebelik ve kaybı tanımlama özelliklerine ait bulgular Tablo 14’te sunulmuştur. Katılımcıların yakın kaybı yaşama durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %39.5’inin daha önce yakın kaybı yaşadığı, %60.5’inin daha önce yakın kaybı yaşamadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %39.5’inin daha önce yakın kaybı yaşadığı, %60.5’inin daha önce yakın kaybı yaşamadığı tespit edilmiştir. Yakın kaybı yaşama değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların gebeliğe karşı tutumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %5.3’ünün hiçbir şey hissetmediği, %94.7’sinin sevinç duyduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %10.5’inin hiçbir şey hissetmediği, %89.5’inin sevinç duyduğu tespit edilmiştir. Gebeliğe karşı tutum değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların eşlerinin gebelik kaybına tepkisi incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %89.5’inin eşlerinin üzüldüğünü belirttiği, %10.5’inin eşlerinin ne hissettiğini bilmediğini belirttiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %86.8’inin eşlerinin üzüldüğünü belirttiği, %13.2’sinin eşlerinin ne hissettiğini bilmediğini belirttiği tespit edilmiştir. Eşin gebelik kaybına tepkisi değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların gebeliklerinin olumsuz sonuçlanmasının hissettirdiği duygular incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %23.7’sinin üzüldüğü, %76.3’ünün çok üzüldüğü tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %26.3’ünün üzüldüğü, %73.7’sinin çok üzüldüğü tespit edilmiştir. Gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının hissettirdiği duygu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %31.6’sının sosyal yaşantısının gebelik kaybindan etkilendiği, %68.4’ünün sosyal yaşantısının gebelik kaybindan etkilenmediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %42.1’inin sosyal yaşantısının gebelik kaybindan etkilendiği, %57.9’unun sosyal yaşantısının gebelik kaybindan etkilenmediği

tespit edilmiştir. Gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların gebelik kaybının eşi ile ilişkisini etkileme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %13.2'sinin eşi ile ilişkisinin gebelik kaybindan etkilendiği, %86.8'inin eşi ile ilişkisinin gebelik kaybindan etkilenmediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %10.5'inin eşi ile ilişkisinin gebelik kaybindan etkilendiği, %89.5'inin eşi ile ilişkisinin gebelik kaybindan etkilenmediği tespit edilmiştir. Gebelik kaybının eşi ile ilişkiyi etkileme durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların eşlerinin onlara destek olma durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %92.1'inin eşinin hüzünlenme durumunda kendisine destek olduğu, %7.9'unun eşinin hüzünlenme durumunda kendisine destek olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %92.1'inin eşinin hüzünlenme durumunda kendisine destek olduğu, %7.9'unun eşinin hüzünlenme durumunda kendisine destek olmadığı tespit edilmiştir. Hüzünlendiğinde eşin destek olma durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Katılımcıların bir daha gebe kalırsa hissedeceği duygular incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %68.4'ünün çok sevineceği, %13.2'sinin bebeğini kaybetme düşüncesi içinde olacağı, %18.4'ünün ne hissedeceğini bilmediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %42.1'inin çok sevineceği, %39.5'inin bebeğini kaybetme düşüncesi içinde olacağı, %18.4'ünün ne hissedeceğini bilmediği tespit edilmiştir. Bir daha gebe kalmanın hissettireceği duygu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)	
		f	%	f	%
Yaşanılan Yakın Kaybına Verilen Tepki	Ağlamak	13	52.0	17	70.8
	Şok olmak	12	48.0	7	29.2
Şu an Hissedilen Korkular	Aynı Şeyleri Yaşama Korkusu	30	78.9	28	73.7
	Eş ve Sosyal Çevreyle Sorun Yaşama Korkusu	3	7.9	1	2.6
	Kendi Sağlığı İçin Endişe	19	50.0	19	50.0
	Bir Daha Çocuk Sahibi Olamama Korkusu	17	44.7	13	34.2
	Korkmuyor	1	2.6	5	13.2
	Sigara / Alkol / Madde Kullanmak	-	-	1	2.6
Kayıpla Başa Çıkma Şekli	Dua Etmek	25	65.8	27	71.0
	Uyumak	27	71.0	6	15.8
	Hiçbir Şey Olmamış Gibi Davranmak	1	2.6	3	7.9
	Eş / Arkadaş / Aileden Destek Almak	25	65.8	21	55.3
	Kendisiyle Öncekinden Daha Fazla Vakit Geçirmeleri	29	76.3	23	60.5
Kayıp Sonrası Eş ve Sosyal Çevreden Beklentiler	Ev, Çocuk, Kendi Bakımı Konusunda Yardımcı Olmaları	15	39.5	17	44.7
	Kendisini Yalnız Bırakmaları	8	21.1	6	15.8
	Kendisiyle Sosyal Aktivitelerde Bulunmaları	11	28.9	8	21.1
	Kendisine Fiziksel, Sosyal, Psikolojik Açıdan Destek Olmaları	30	78.9	29	78.4
Kayıp Sonrası Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Beklentiler	Eşinin Yanında Olmasını Sağlamaları	23	60.5	15	40.5
	Kendisini Yalnız Bırakmaları	5	13.2	3	8.1
	Mahremiyetini Sağlamaları	25	65.8	15	40.5

Katılımcılara son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 15'te sunulmuştur.

Daha önce yakın kaybı yaşayan katılımcıların yaşanılan yakın kaybına verdiği tepkiler incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %52'sinin ağladığı, %48'inin yaşadığı yakın kaybı karşısında şok olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %70.8'inin ağladığı, %29.2'sinin yaşadığı yakın kaybı karşısında şok olduğu tespit edilmiştir (Tablo 15).

Katılımcıların şu an hissettiği korkular incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %78.9'unun bir daha aynı şeyleri yaşamaktan korktuğu, %7.9'unun eş ve sosyal çevresiyle sorun yaşamaktan korktuğu, %50'sinin kendi sağlığı için endişe duyduğu için korktuğu, %44.7'sinin bir daha çocuk sahibi olamayacağından korktuğu, %2.6'sının korkmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %73.7'sinin bir daha aynı şeyleri yaşamaktan korktuğu, %2.6'sının eş ve sosyal çevresiyle sorun yaşamaktan korktuğu, %50'sinin kendi sağlığı için endişe duyduğu için korktuğu, %34.2'sinin bir daha çocuk sahibi olamayacağından korktuğu, %13.2'sinin korkmadığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

Katılımcıların kayıpla başa çıkma şekilleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %65.8'inin dua ederek, %71.0'ının uyuyarak, %2.6'sının hiçbir şey olmamış gibi davranarak, %65.8'inin eş / arkadaş / aileden destek alarak kayıpla başa çıkmaya çalıştığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %2.6'sının sigara / alkol / madde kullanarak, %71.0'ının dua ederek, %15.8'inin uyuyarak, %7.9'unun hiçbir şey olmamış gibi davranarak, %55.3'ünün eş / arkadaş / aileden destek alarak kayıpla başa çıkmaya çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

Katılımcıların kayıp sonrası eş ve sosyal çevreden beklentileri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %76.3'ünün kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirmelerini, %39.5'inin ev, çocuk, kendi bakımı konusunda yardımcı olmalarını, %21.1'inin kendisini yalnız bırakmalarını, %28.9'unun kendisiyle sosyal aktivitelerde bulunmalarını beklediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %60.5'inin kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirmelerini, %44.7'sinin ev, çocuk, kendi bakımı konusunda yardımcı olmalarını, %15.8'inin kendisini yalnız bırakmalarını, %21.1'inin kendisiyle sosyal aktivitelerde bulunmalarını beklediği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Katılımcıların kayıp sonrası sağlık kuruluşu ve personelinden beklentileri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %78.9'unun kendisine fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmalarını, %60.5'inin eşinin yanında olmasını sağlamalarını, %13.2'sinin kendisini yalnız bırakmalarını, %65.8'inin mahremiyetini sağlamalarını beklediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %78.4'ünün kendisine fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmalarını, %40.5'inin eşinin yanında olmasını

sağlamalarını, %8.1'inin kendisini yalnız bırakmalarını, %40.5'inin mahremiyetini sağlamalarını beklediği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Tablo 16: Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)		Ki-Kare	
		f	%	f	%	χ^2	P
Yaş	24-29 Yaş	12	31.6	8	21.1	1.15	0.563
	30-34 Yaş	13	34.2	14	36.8		
	35-44 Yaş	13	34.2	16	42.1		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	32.08±4.30	24-40	33.45±5.05	24-44		
Eğitim Durumu	İlkokul	4	10.5	6	15.8	3.40	0.265
	Ortaokul	12	31.6	10	26.3		
	Lise	16	42.1	10	26.3		
	Üniversite	6	15.8	12	31.6		
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	2	5.3	3	7.9	1.96	0.376
	Gelir gidere eşit	32	84.2	27	71.0		
	Gelir giderden az	4	10.5	8	21.1		
Meslek	Kamu Personeli	5	13.2	3	7.9	0.61	0.737
	Serbest Meslek	17	44.7	19	50.0		
	Özel Sektör Çalışanı	16	42.1	16	42.1		
Sigara İçme Durumu	Evet	17	44.7	19	50.0	0.21	0.646
	Hayır	21	55.3	19	50.0		
Boy	160-169 cm	13	34.2	11	28.9	1.65	0.439
	170-179 cm	17	44.7	14	36.8		
	180-188 cm	8	21.1	13	34.2		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	173.37±6.32	164-187	174.13±7.45	160-188		
Kilo	55-70 kg	7	18.4	10	26.3	1.36	0.506
	71-85 kg	24	63.2	19	50.0		
	86-108 kg	7	18.4	9	23.7		
	Ort.±SS / Min.-Maks.	78.76±9.22	60-100	79.32±10.76	55-108		

Katılımcıların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 16'da sunulmuştur.

Katılımcıların eşlerinin yaşı incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %31.6'sının 24-29 yaş aralığında, %34.2'sinin 30-34 yaş aralığında, %34.2'sinin 35-44 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 32.08±4.30 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %21.1'inin 24-29 yaş aralığında, %36.8'inin 30-34 yaş aralığında, %42.1'inin 35-44 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamalarının 33.45±5.05 olduğu tespit edilmiştir. Yaş değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %10.5'inin ilköğretim düzeyinde, %31.6'sının ortaokul düzeyinde,

%42.1'inin lise düzeyinde, %15.8'inin üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %15.8'inin ilköğretim düzeyinde, %26.3'ünün ortaokul düzeyinde, %26.3'ünün lise düzeyinde, %31.6'sının üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin gelir durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %5.3'ünün gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %84.2'sinin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %10.5'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %7.9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %71.0'ının gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %21.1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Gelir durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin meslekleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %13.2'sinin kamu personeli olduğu, %44.7'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %42.1'inin özel sektör çalışanı olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %7.9'unun kamu personeli olduğu, %50'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %42.1'inin özel sektör çalışanı olduğu tespit edilmiştir. Meslek değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin sigara içme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %44.7'sinin sigara içmediği, %55.3'ünün sigara içtiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %50'sinin sigara içmediği, %50'sinin sigara içtiği tespit edilmiştir. Sigara içme durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin boyu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %34.2'sinin 160-169 cm aralığında, %44.7'sinin 170-179 cm aralığında, %21.1'inin 180-188 cm aralığında olduğu ve boy ortalamalarının 173.37 ± 6.32 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %28.9'unun 160-169 cm aralığında, %36.8'inin 170-179 cm aralığında, %34.2'sinin 180-188 cm aralığında

olduğu ve boy ortalamalarının 174.13 ± 7.45 olduğu tespit edilmiştir. Boy değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Katılımcıların eşlerinin kiloları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %18.4'ünün 55-70 kg aralığında, %63.2'sinin 71-85 kg aralığında, %18.4'ünün 86-108 kg aralığında olduğu ve kilo ortalamalarının 78.76 ± 9.22 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %26.3'ünün 55-70 kg aralığında, %50'sinin 71-85 kg aralığında, %23.7'sinin 86-108 kg aralığında olduğu ve kilo ortalamalarının 79.32 ± 10.76 olduğu tespit edilmiştir. Kilo değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)		Ki-Kare	
		f	%	f	%	χ^2	P
Daha Önce Yakın Kaybı Yaşama Durumu	Evet	16	42.1	16	42.1	0.00	1.000
	Hayır	22	57.9	22	57.9		
Gebeliğe Karşı Tutum	Sevinç	38	100.0	38	100.0	-	-
Eşin Gebelik Kaybına Tepkisi	Üzüntü	36	94.7	37	97.4	0.35	0.556
	Ne hissettiğini bilmiyorum	2	5.3	1	2.6		
Gebeliğin Olumsuz Sonuçlanmasının Hissettirdiği Duygu	Üzüntü	13	34.2	18	47.4	1.36	0.243
	Yüksek derece üzüntü	25	65.8	20	52.6		
Gebelik Kaybının Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	3	7.9	9	23.7	3.56	0.059
	Hayır	35	92.1	29	76.3		
Gebelik Kaybının Eş ile İlişkiyi Etkileme Durumu	Hayır	38	100.0	38	100.0	-	-
Eşine Destek Olma Durumu	Evet	38	100.0	38	100.0	-	-
Hüzünlendiğinde Eşin Destek Olma Durumu	Evet	37	97.4	35	92.1	1.06	0.304
	Hayır	1	2.6	3	7.9		

Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ait bulgular Tablo 17'de sunulmuştur.

Katılımcıların eşlerinin daha önce yakın kaybı yaşama durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %42.1'inin daha önce yakın kaybı yaşadığı, %57.9'unun daha önce yakın kaybı yaşamadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki

katılımcıların eşlerinin %42.1'inin daha önce yakın kaybı yaşadığı, %57.9'unun daha önce yakın kaybı yaşamadığı tespit edilmiştir. Daha önce yakın kaybı yaşama değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Katılımcıların eşlerinin gebeliğe karşı tutumları incelendiğinde kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin tamamının sevinç duyacağı tespit edilmiştir (Tablo 17).

Katılımcıların eşlerinin gebelik kaybına tepkisi incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşleri ele alındığında %94.7'sinin eşlerinin üzüldüğünü belirttiği, %5.3'ünün eşlerinin ne hissettiğini bilmediğini belirttiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşleri ele alındığında %97.4'ünün eşlerinin üzüldüğünü belirttiği, %2.6'sının eşlerinin ne hissettiğini bilmediğini belirttiği tespit edilmiştir. Eşin gebelik kaybına tepkisi değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının katılımcıların eşlerine hissettirdiği duygular incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %34.2'sinin üzüldüğü, %65.8'inin çok üzüldüğü tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %47.4'ünün üzüldüğü, %52.6'sının çok üzüldüğü tespit edilmiştir. Gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının hissettirdiği duygu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Gebelik kaybının katılımcıların eşlerinin sosyal yaşantısını etkileme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %7.9'unun sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilendiği, %95.1'inin sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilenmediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %23.7'sinin sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilendiği, %76.3'ünün sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilenmediği tespit edilmiştir. Gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Gebelik kaybının eş ile ilişkiyi etkileme durumu incelendiğinde kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin tamamının yaşanan gebelik kaybının eşleri ile ilişkilerini etkilemeyeceğini belirttiği tespit edilmiştir (Tablo 17).

Eş destek olma durumu incelendiğinde, kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin tamamının eşlerine destek olduklarını belirttikleri tespit edilmiştir (Tablo 17).

Katılımcıların eşleri üzüldüklerinde eşlerinin onlara destek olma durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %97.4'ünün eşinin hüznlenme durumunda kendisine destek olduğu, %2.6'sının eşinin hüznlenme durumunda kendisine destek olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %92.1'inin eşinin hüznlenme durumunda kendisine destek olduğu, %7.9'unun eşinin hüznlenme durumunda kendisine destek olmadığı tespit edilmiştir. Hüznlendiğinde eşin destek olma durumu değişkenine göre kontrol ve müdahale gruplarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 17).

Tablo 18: Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ilişkin bulgular

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)		Müdahale Grubu (n=38)	
		f	%	f	%
Yaşanılan Yakın Kaybına Verilen Tepki	Ağlamak	10	35.7	13	65.0
	Şok olmak	7	25.0	5	25.0
	Öfkelenmek	8	28.6	1	5.0
	Suçluluk	3	10.7	1	5.0
Eşe Destek Olma Şekli	Eş ile Vakit Geçirerek	25	65.8	32	84.2
	Eşin Sosyal Çevreden Destek Almasını Sağlayarak	21	55.3	12	31.6
	Eşin Mutlu Olması İçin Elinden Geleni Yapararak	26	68.4	24	63.2
Şu an Hissedilen Korkular	Aynı Şeyleri Yaşama Korkusu	21	55.3	20	52.6
	Eş ve Sosyal Çevreyle Sorun Yaşama Korkusu	1	2.6	2	5.3
	Eşin Sağlığı İçin Endişe	25	65.8	26	68.4
	Bir Daha Çocuk Sahibi Olamama Korkusu	9	23.7	7	18.4
	Korkmuyorum	11	28.9	4	10.5
Kayıpla Başa Çıkma Şekli	Sigara / Alkol / Madde Kullanmak	10	26.3	7	18.4
	Dua Etmek	31	81.6	24	63.2
	Uyumak	19	50.0	5	13.2
	Hiçbir Şey Olmamış Gibi Davranmak	1	2.6	4	10.5
	Eş / Arkadaş / Aileden Destek Almak	22	57.9	12	31.6
Kayıp Sonrası Eş ve Sosyal Çevreden Beklentiler	Kendisiyle Daha Fazla Vakit Geçirmeleri	19	50.0	15	39.5
	Kendisini Yalnız Bırakmaları	1	2.6	1	2.6
	Beklentisi Yok	19	50.0	20	52.6
	Kendisiyle Sosyal Aktivitelerde Bulunmaları	9	23.7	5	13.2
Kayıp Sonrası Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Beklentiler	Kendisine ve Eşine Fiziksel, Sosyal, Psikolojik Açıdan Destek Olmaları	26	68.4	14	36.8
	Eşinin Sağlığına Kavuşmasını Sağlamaları	34	89.5	28	73.7
	Eşinin Mahremiyetini Sağlamaları	17	44.7	17	44.7
	Kendisini, Eşinin Yanında Olmasını Sağlamaları	27	71.1	13	34.2

Katılımcıların eşlerinin kaybı tanılama özelliklerine ait bulgular Tablo 18’de sunulmuştur.

Daha önce yakın kaybı yaşayan eşlerin yaşanılan yakın kaybına verdiği tepkiler incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %35.7’sinin yaşadığı yakın kaybı karşısında ağladığı, %25’inin yaşadığı yakın kaybı karşısında şok olduğu,

%28.6'sının yaşadığı yakın kaybı karşısında öfkelenildiği, %10.7'sinin yaşadığı yakın kaybı karşısında suçluluk hissettiği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %65'inin yaşadığı yakın kaybı karşısında ağladığı, %25'inin yaşadığı yakın kaybı karşısında şok olduğu, %5'inin yaşadığı yakın kaybı karşısında öfkelenildiği, %5'inin yaşadığı yakın kaybı karşısında suçluluk hissettiği tespit edilmiştir (Tablo 18).

Katılımcıların eşlerinin eşlerine destek olma şekilleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %65.8'inin eşi ile vakit geçirerek, %55.3'ünün eşinin sosyal çevreden destek almasını sağlayarak, %68.8'ünün eşinin mutlu olması için elinden geleni yaparak eşine destek olmaya çalıştığı, müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %84.2'sinin eşi ile vakit geçirerek, %31.6'sının eşinin sosyal çevreden destek almasını sağlayarak, %63.2'sinin eşinin mutlu olması için elinden geleni yaparak eşine destek olmaya çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 18).

Katılımcıların eşlerinin şu an hissettiği korkular incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %55.3'ünün aynı şeyleri yaşama korkusu içinde olduğu, %2.6'sının eş ve sosyal çevreyle sorun yaşama korkusu içinde olduğu, %65.8'inin eşinin sağlığı için endişe duyduğu, %23.7'sinin bir daha çocuk sahibi olamama korkusu içinde olduğu, %28.9'unun korkmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların %52.6'sının aynı şeyleri yaşama korkusu içinde olduğu, %5.3'ünün eş ve sosyal çevreyle sorun yaşama korkusu içinde olduğu, %68.4'ünün eşinin sağlığı için endişe duyduğu, %18.4'ünün bir daha çocuk sahibi olamama korkusu içinde olduğu, %10.5'inin korkmadığı tespit edilmiştir (Tablo 18).

Katılımcıların eşlerinin kayıpla başa çıkma şekilleri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %26.3'ünün sigara / alkol / madde kullanarak, %81.6'sının dua ederek, %50'sinin uyuyarak, %2.6'sının hiçbir şey olmamış gibi davranarak, %57.9'unun eş / arkadaş / aileden destek alarak kayıpla başa çıkmaya çalıştığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %18.4'ünün sigara / alkol / madde kullanarak, %63.2'sinin dua ederek, %13.2'sinin uyuyarak, %10.5'inin hiçbir şey olmamış gibi davranarak, %31.6'sının eş / arkadaş / aileden destek alarak kayıpla başa çıkmaya çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 18),.

Katılımcıların eşlerinin kayıp sonrası eş ve sosyal çevreden beklentileri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %50'sinin kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirmelerini, %2.6'sının kendisini yalnız bırakmalarını,

%23.7'sinin kendisiyle sosyal aktivitelerde bulunmalarını beklediği, %50'sinin ise beklentisi olmadığı tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %39.5'inin kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirmelerini, %2.6'sının kendisini yalnız bırakmalarını, %13.2'sinin kendisiyle sosyal aktivitelerde bulunmalarını beklediği, %52.6'sının beklentisi olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 18).

Katılımcıların eşlerinin kayıp sonrası sağlık kuruluşu ve personelinin beklentileri incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %68.4'ünün kendisine ve eşine fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmalarını, %89.5'inin eşinin sağlığına kavuşmasını sağlamalarını, %44.7'sinin eşinin mahremiyetini sağlamalarını, %71.1'inin kendisinin eşinin yanında olmasını sağlamalarını beklediği tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %36.8'inin kendisine ve eşine fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmalarını, %73.7'sinin eşinin sağlığına kavuşmasını sağlamalarını, %44.7'sinin eşinin mahremiyetini sağlamalarını, %34.2'sinin kendisinin eşinin yanında olmasını sağlamalarını beklediği tespit edilmiştir (Tablo 18).

4.2. PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmada kullanılan PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ ait tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur.

Tablo 19: PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ilişkin bulgular

Grup	Ölçek / Alt Boyut	Test	Ort.	SS	Min.	Maks.
Kontrol Grubu (n=38)	PYÖ	Ön Test	97.76	18.72	50	125
		Son Test	102.74	11.02	67	120
	Aktif Keder	Ön Test	37.16	6.42	18	47
		Son Test	37.39	4.49	24	46
	Başa Çıkmada Zorlanma	Ön Test	28.58	5.62	17	38
		Son Test	31.13	4.29	21	41
	Umutsuzluk	Ön Test	32.03	8.84	12	48
		Son Test	34.21	5.52	21	44
	GİÖÖ	Ön Test	38.47	10.11	27	66
		Son Test	37.03	5.92	27	54
Müdahale Grubu (n=38)	PYÖ	Ön Test	107.05	14.53	62	135
		Son Test	50.66	8.48	38	74
	Aktif Keder	Ön Test	40.42	4.67	27	48
		Son Test	19.16	4.00	13	31
	Başa Çıkmada Zorlanma	Ön Test	32.11	5.63	16	43
		Son Test	17.55	3.24	12	26
	Umutsuzluk	Ön Test	34.53	6.55	19	46
		Son Test	13.95	2.77	11	22
	GİÖÖ	Ön Test	41.13	8.92	27	64
		Son Test	60.00	5.28	49	69

Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların araştırmada kullanılan ölçeklere (PYÖ ve GİÖÖ) verdiği yanıtlardan elde edilen bulgular Tablo 19’da sunulmuştur.

PYÖ geneli için kontrol grubunun maksimum 160 puan üzerinden ön test ortalamasının 97.76 ± 18.72 (minimum: 50. maksimum: 125), son test ortalamasının 102.74 ± 11.02 (minimum: 67. maksimum: 120) olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunun ise maksimum 160 puan üzerinden ön test ortalamasının 107.5 ± 14.53 (minimum: 62. maksimum: 135), son test ortalamasının 50.66 ± 8.48 (minimum: 38. maksimum: 74) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 19).

PYÖ alt boyutlarına ait değerler incelendiğinde aktif keder alt boyutu için kontrol grubunun maksimum 50 puan üzerinden ön test ortalamasının 37.16 ± 6.42 (minimum: 18. maksimum: 47), son test ortalamasının 37.39 ± 4.49 (minimum: 24. maksimum: 46) olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunun ise maksimum 50 puan üzerinden ön test ortalamasının 40.42 ± 4.67 (minimum: 27. maksimum: 48), son test ortalamasının 19.16 ± 4.00 (minimum: 13. maksimum: 31) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 19).

Başa çıkmada zorlanma alt boyutu için kontrol grubunun maksimum 55 puan üzerinden ön test ortalamasının 28.58 ± 5.62 (minimum: 17. maksimum: 38), son test ortalamasının 31.13 ± 4.29 (minimum: 21. maksimum: 41) olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunun ise maksimum 55 puan üzerinden ön test ortalamasının 32.11 ± 5.63 (minimum: 16. maksimum: 43), son test ortalamasının 17.55 ± 3.24 (minimum: 12. maksimum: 26) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 19).

Umutsuzluk alt boyutu için kontrol grubunun maksimum 55 puan üzerinden ön test ortalamasının 32.03 ± 8.84 (minimum: 12. maksimum: 48), son test ortalamasının 34.21 ± 5.52 (minimum: 21. maksimum: 44) olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunun ise maksimum 55 puan üzerinden ön test ortalamasının 34.53 ± 6.55 (minimum: 19. maksimum: 46), son test ortalamasının 13.95 ± 2.77 (minimum: 11. maksimum: 22) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 19).

GİÖÖ için kontrol grubunun maksimum 70 puan üzerinden ön test ortalamasının 38.47 ± 10.11 (minimum: 27. maksimum: 66), son test ortalamasının 37.03 ± 5.92 (minimum: 27. maksimum: 54) olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubunun ise maksimum 70 puan üzerinden ön test ortalamasının 41.13 ± 8.92 (minimum: 27. maksimum: 64), son test ortalamasının 60.00 ± 5.28 (minimum: 49. maksimum: 69) olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 19).

4.3. PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ puanlarının Kontrol Grubu Ön Test-Müdahale Grubu Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney sürecinin başlangıcında müdahale grubunun kontrol grubuna karşı herhangi bir avantaj sağlayıp sağlamadığını belirlemek adına her iki grubun deney sürecinden bağımsız olan ön test puanları karşılaştırılmıştır. Katılımcılara uygulanan bakımdan elde edilecek sonuçlar pozitif yönde bir gelişimi işaret ediyor olsalar dahi müdahale grubunun deney sürecine avantajlı bir şekilde başladığı senaryodaki sonuçlar sağlıklı olmayacaktır. Bu sebeple müdahale grubunun deney sürecinde avantajlı bir şekilde başlamıyor olması beklenmektedir.

Tablo 2: Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarının karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyutlar	Grup	Ort.	SS	t	p
PYÖ	Kontrol Ön Test	97.76	18.72	-2.42	0.018
	Müdahale Ön Test	107.05	14.53		
Aktif Keder	Kontrol Ön Test	37.16	6.42	-2.54	0.013
	Müdahale Ön Test	40.42	4.67		
Başa Çıkmada Zorlanma	Kontrol Ön Test	28.58	5.62	-2.73	0.008
	Müdahale Ön Test	32.11	5.63		
Umutsuzluk	Kontrol Ön Test	32.03	8.84	-1.40	0.166
	Müdahale Ön Test	34.53	6.55		
GİÖÖ	Kontrol Ön Test	38.47	10.11	1.22	0.228
	Müdahale Ön Test	41.13	8.92		

Kontrol grubu ön test puanları ile müdahale grubu ön test puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi sonucunda PYÖ geneli ve aktif keder alt boyutu ($p<0.05$), başa çıkmada zorlanma alt boyutu ($p<0.01$) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiş, umutsuzluk alt boyutu ve GİÖÖ geneli puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Elde edilen bulgular ışığında deney sürecine girilirken müdahale grubundaki katılımcıların perinatal yas düzeylerinin, aktif kederlerinin ve başa çıkmada zorlanma düzeylerinin kontrol grubuna nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla müdahale grubundaki katılımcıların deney sürecine girerken perinatal yas düzeyi, aktif keder düzeyi ve başa çıkmada zorlanma düzeyi hususunda avantajlı değil aksine dezavantajlı bir durumda olduğu görülmüştür. Umutsuzluk ve genel iyi oluş düzeylerinde deney sürecine girilirken müdahale grubunun kontrol grubuna karşı herhangi bir avantajı olmadığı, iki grubun homojen bir yapıda oldukları tespit edilmiştir (Tablo 20).

4.4. Kontrol Grubu PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ Ön Test –Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney sürecinin başarılı sonuçlandığı durumda, elde edilen başarının deney sürecinin bir sonucu olup olmadığı herhangi ek bir bakım almamış kontrol grubundaki katılımcıların ön test ve son test puanlarının karşılaştırılmasıyla ortaya koymak amaçlanmıştır. Kontrol grubu son test puanlarının ön test puanlarına nazaran pozitif bir gelişim göstermesi halinde deney sürecinin güvenilirliği azalacak ve elde edilen sonuçların normal şartlarda dahi gerçekleşeceği söylenebilecektir. Bu sebeple kontrol grubu üzerinde yapılan ölçümlerde pozitif bir gelişim olmaması beklenmektedir.

Tablo 3: Kontrol grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test-son test puanlarının karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyutlar	Grup	Ort.	SS	t	p
PYÖ	Kontrol Ön Test	97.76	18.72	-2.20	0.034
	Kontrol Son Test	102.74	11.02		
Aktif Keder	Kontrol Ön Test	37.16	6.42	-0.28	0.779
	Kontrol Son Test	37.39	4.49		
Başa Çıkmada Zorlanma	Kontrol Ön Test	28.58	5.62	-3.35	0.002
	Kontrol Son Test	31.13	4.29		
Umutsuzluk	Kontrol Ön Test	32.03	8.84	-2.03	0.049
	Kontrol Son Test	34.21	5.52		
GİÖÖ	Kontrol Ön Test	38.47	10.11	1.12	0.269
	Kontrol Son Test	37.03	5.92		

Kontrol grubunun ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımlı (eşleştirilmiş) gruplar t testi sonucunda PYÖ geneli ve umutsuzluk alt boyutu (**p<0.05**), başa çıkmada zorlanma alt boyutu (**p<0.01**) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiş, aktif keder alt boyutu ve GİÖÖ geneli puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Elde edilen bulgular ışığında Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımı almamış kontrol grubundaki katılımcıların negatif bir büyüme göstererek perinatal yas, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde ön test puanlarına nazaran anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir (Tablo 21).

4.5. Kontrol ve Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney sürecinin başarılı bir şekilde sonuçlanıp sonuçlanmadığını tespit etmek amacı ile kontrol grubunun son test puanları ile müdahale grubunun son test puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 4: Kontrol ve müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarının karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyutlar	Grup	Ort.	SS	t	p
PYÖ	Kontrol Son Test	102.74	11.02	23.09	0.000
	Müdahale Son Test	50.66	8.48		
Aktif Keder	Kontrol Son Test	37.39	4.49	18.71	0.000
	Müdahale Son Test	19.16	4.00		
Başa Çıkmada Zorlanma	Kontrol Son Test	31.13	4.29	15.55	0.000
	Müdahale Son Test	17.55	3.24		
Umutsuzluk	Kontrol Son Test	34.21	5.52	20.23	0.000
	Müdahale Son Test	13.95	2.77		
GİÖÖ	Kontrol Son Test	37.03	5.92	-17.86	0.000
	Müdahale Son Test	60.00	5.28		

Kontrol grubu son test puanları ile müdahale grubu son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubu son test puanlarının kontrol grubu son test puanlarından PYÖ geneli ve PYÖ alt boyutlar bazında anlamlı bir şekilde daha düşük, GİÖÖ bazında ise anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında deney sürecinin pozitif yönde etkili olduğu, deney sürecinin sonunda müdahale grubundaki katılımcıların perinatal yas, aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinin kontrol grubundaki katılımcılarına nazaran anlamlı bir şekilde düştüğü ve genel iyi oluş düzeylerinin ise anlamlı bir şekilde yükseldiği tespit edilmiştir (Tablo 22).

4.6. Müdahale Grubunun PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Ön Test- Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde deney sürecinin başarılı bir şekilde sonuçlanıp sonuçlanmadığını tespit etmek amacıyla müdahale grubunun ön test puanları ile son test puanları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5: Müdahale grubundaki katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GIOÖ ait ön test- son test puanlarının karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyutlar	Grup	Ort.	SS	t	p
PYÖ	Müdahale Ön Test	107.05	14.53	21.60	0.000
	Müdahale Son Test	50.66	8.48		
Aktif Keder	Müdahale Ön Test	40.42	4.67	23.54	0.000
	Müdahale Son Test	19.16	4.00		
Başa Çıkmada Zorlanma	Müdahale Ön Test	32.11	5.63	14.15	0.000
	Müdahale Son Test	17.55	3.24		
Umutsuzluk	Müdahale Ön Test	34.53	6.55	18.50	0.000
	Müdahale Son Test	13.95	2.77		
GIOÖ	Müdahale Ön Test	41.13	8.92	-13.96	0.000
	Müdahale Son Test	60.00	5.28		

Müdahale grubunun ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını tespit etmek amacıyla uygulanan bağımlı (eşleştirilmiş) gruplar t testi sonucunda istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.001$). Müdahale grubunun son test puanlarının ön test puanlarından PYÖ geneli ve PYÖ alt boyutları bazında anlamlı bir şekilde daha düşük, GIOÖ bazında ise anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında deney sürecinin pozitif yönde etkili olduğu, deney sürecinin sonunda müdahale grubundaki katılımcıların perinatal yas, aktif kederler, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinin kendi ön test ölçümlerine nazaran anlamlı bir şekilde düştüğü, genel iyi oluş düzeylerinin ise anlamlı bir şekilde yükseldiği tespit edilmiştir (Tablo 23).

Tablo 24: Katılımcıların gruplarına göre PYÖ, PYÖ alt boyutları ile GİÖÖ ait ön test ve son test puanlarının karşılaştırılması

Ölçek / Alt Boyut	Grup	Ön Test		Son Test		Test Değeri	P
		Ort.	SS	Ort.	SS		
PYÖ	Kontrol	97.76	18.72	102.74	11.02	-2.20*	0.034
	Müdahale	107.05	14.53	50.66	8.48	21.60*	0.000
	Test Değeri	-2.42**		23.09**			
	p	0.018		0.000			
Aktif Keder	Kontrol	37.16	6.42	37.39	4.49	-0.28*	0.779
	Müdahale	40.42	4.67	19.16	4.00	23.54*	0.000
	Test Değeri	-2.54**		18.71**			
	p	0.013		0.000			
Başa Çıkmada Zorlanma	Kontrol	28.58	5.62	31.13	4.29	-3.35*	0.002
	Müdahale	32.11	5.63	17.55	3.24	14.15*	0.000
	Test Değeri	-2.73**		15.55**			
	p	0.008		0.000			
Umutsuzluk	Kontrol	32.03	8.84	34.21	5.52	-2.03*	0.049
	Müdahale	34.53	6.55	13.95	2.77	18.50*	0.000
	Test Değeri	-1.40**		20.23**			
	p	0.166		0.000			
GİÖÖ	Kontrol	38.47	10.11	37.03	5.92	1.12*	0.269
	Müdahale	41.13	8.92	60.00	5.28	-13.96*	0.000
	Test Değeri	1.22**		-17.86**			

*Bağımlı (Eşleştirilmiş) gruplar t testi, **Bağımsız gruplar t testi

Katılımcıların gruplarına göre PYÖ, PYÖ alt boyutlarının puanlarının, GİÖÖ ön test ve son test puanlarının arasındaki ilişki, deneysel süreci özetler şekilde Tablo 24'te sunulmuştur.

4.7. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde PYÖ, PYÖ alt boyut ve GİÖÖ'ye ait toplam puanların sosyo-demografik özelliklere göre bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analizde en güncel veriler olan son test verileri kullanılmıştır.

Tablo 25: Kontrol grubundaki katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GIOÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GIOÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
Yaş	20-25 Yaş	103±10.07	0.03	38±3.82	0.38	30.5±4.99	0.76	34.5±5.18	0.25	33.38±5.21	2.04
	26-35 Yaş	102.81±12.0	0.974*	37.4±4.88	0.688*	31±4.27	0.476*	34.37±5.91	0.778*	38±5.97	0.145*
	36-44 Yaş	101.33±3.21		35.33±2.1		34±1.73		32±2.65		38±4.58	
	İlkokul (1)	104.4±7.59	0.67	38.4±4.22	3.36	30.9±2.88	0.9	35.1±4.75	1.57	35.7±3.86	0.27
Eğitim Durumu	Ortaokul (2)	103.75±9.55	0.577*	37.5±3.83	0.030*	30.25±3.41	0.45**	36±4.94	0.215*	37.5±6.95	0.844*
	Lise (3)	98.5±15.65		34.3±4.6	4>3***	33±5.79		31.2±6.83		37±7.33	
	Üniversite (4)	105±10.16		40.67±3.56		30.17±5.04		34.17±4.45		38.33±4.8	
	Gelir giderden fazla	99±8.49	0.44	34.5±3.54	0.43	31.5±4.95	0.11	33±0	0.88	36.5±3.54	0.08
Gelir Durumu	Gelir gidere eşit	103.4±11.5	0.649*	37.55±4.66	0.66**	31.21±4.5	0.895*	34.6±5.76	0.423*	36.94±6.23	0.923*
	Gelir giderden az	98±6		37.67±3.21		30±1.73		30.3±2.31		38.33±4.04	
	Ev hanımı	102.0±9.58	0.19	37.19±4.06	2.63	31.33±3.8	0.68	33.52±4.98	0.98	36.33±5.69	0.65
	Kamu personeli	105±14.18	0.832*	42.67±4.16	0.086*	28.33±6.66	0.511*	34±3.46	0.386*	39.33±6.11	0.529*
Meslek	Özel sektör çalışanı	104.25±15.4		36.13±5.14		31.5±5.24		36.63±7.54		38.5±6.89	
	Evet	101.5±15.6	-0.35	36.38±6.52	-0.72	30.63±5.32	-0.37	34.5±6.48	0.17	37.38±8	0.19
	Hayır	103.1±9.77	0.726*	37.67±3.88	0.477*	31.27±4.08	0.713*	34.13±5.35	0.87*	36.93±5.4	0.854*
	145-155 cm (1)	101.2±9.98	2.83	36±5.79	5.99	32.4±2.97	0.31	32.8±3.42	1.82	41.4±7.3	3.51
Boy	156-165 cm (2)	105±8.62	0.072*	38.7±3.38	0.006*	31.07±4.5	0.734*	35.22±4.49	0.177*	35.52±4.73	0.041*
	166-178 cm (3)	93.83±17.5		32.67±4.97	2>3***	30.33±4.68		30.83±9.47		40.17±7.52	1>2***
	47-59 kg (1)	101.5±10.46	3.33	36.8±4.54	3.62	31.9±4.15	1.27	32.8±5.14	1.92	37.4±7.18	1.59
	60-69 kg (2)	106.5±10.2	0.031*	38.9±3.94	0.030*	31.09±5.38	0.30**	36.45±5.11	0.145*	36.55±5.16	0.210*
Kilo	70-79 kg (3)	105.5±7.22	2>4***	38.58±3.26	2>4***	31.92±3.26		35±4.71		35.17±4.67	
	80-97 kg (4)	90.4±14.74	3>4***	32.4±5.41	3>4***	27.8±3.63		30.2±7.43		41.8±6.42	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Kontrol grubunun son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GIOÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Eğitim durumu değişkeni için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GIOÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların aktif keder düzeylerinin

lise düzeyinde eğitim almış katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Boy değişkeni için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda ($p<0.01$) ve GİÖÖ genelinde ($p<0.05$) anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında 156-165 cm boylarında olan katılımcıların aktif keder düzeylerinin 166-178 cm boylarında olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. 145-155 cm boylarında olan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin 156-165 cm boylarında olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Kilo değişkeni için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında 60-69 ve 70-79 kg kilolarında olan katılımcıların perinatal yas düzeylerinin ve aktif keder düzeylerinin 80-97 kg kilolarında olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 25).

Yaş, gelir durumu, meslek ve sigara içme durumu değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26: Müdahale grubundaki katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Müdahale Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
Yaş	20-25 Yaş (1)	55.1±9.84	2.86	21.1±4.58	2.13	19.6±4.4	3.54	14.4±3.03	1.08	59.4±6.06	1.02
	26-35 Yaş (2)	50.19±8.38	0.071*	18.86±4.07	0.134*	17.14±2.56	0.040*	14.19±2.98	0.350*	59.43±5.42	0.372*
	36-44 Yaş (3)	45.71±1.38		17.29±1.11		15.86±1.77	1>3***	12.57±1.13		62.57±3.1	
Eğitim Durumu	İlkokul	50.4±6.54	0.12	18.4±1.95	0.43	17±1.22	0.08	15±4	0.26	58±5.48	0.62
	Ortaokul	49.5±9.01	0.947*	18.33±3.47	0.735*	17.42±4.74	0.97**	13.75±2.56	0.852*	61.42±5.14	0.609*
	Lise	51.5±8.32		20±4.42		17.71±2.43		13.79±2.69		60.07±5.59	
	Üniversite	51.14±10.54		19.43±5.29		17.86±3.08		13.86±2.79		58.86±5.18	
Gelir Durumu	Gelir giderden fazla	45±5.29	0.88	16±2.65	1.02	16.67±1.53	0.6	12.33±1.53	0.66	57.67±6.11	1.47
	Gelir gidere eşit	50.7±9.02	0.424*	19.41±4.38	0.371*	17.33±3.26	0.556*	13.96±2.98	0.525*	60.93±5.16	0.244*
	Gelir giderden az	52.63±7.15		19.5±2.56		18.63±3.7		14.5±2.33		57.75±5.15	
Meslek	Ev hanımı	50.31±7.69	0.52	18.65±3.37	1.79	17.88±3.47	0.42	13.77±2.55	0.62	60.62±5.31	0.67
	Kamu personeli	47.33±1.53	0.599*	17.33±0.58	0.181*	17±1	0.659*	13±1	0.543*	57.33±5.69	0.516*
	Özel sektör çalışanı	52.78±11.71		21.22±5.61		16.78±3.11		14.78±3.7		59.11±5.28	
Sigara İçme Durumu	Evet	52.2±6.46	0.67	20.4±3.27	1.15	17.8±3.01	0.28	14±1.63	0.07	57.6±5.23	-1.72
	Hayır	50.11±9.13	0.51*	18.71±4.19	0.258*	17.46±3.37	0.783*	13.93±3.1	0.945*	60.86±5.12	0.094*
Boy	145-155 cm	48.3±7.24	0.54	18±2.75	0.58	16.8±3.79	0.35	13.5±2.07	0.23	62.5±4.95	1.61
	156-165 cm	51.29±9.08	0.589*	19.48±4.56	0.565*	17.81±2.96	0.705*	14±3.32	0.796*	58.95±5.01	0.215*
	166-178 cm	52.14±8.73		19.86±3.85		17.86±3.58		14.43±1.9		59.57±6.08	
Kilo	47-59 kg	51.25±9.03	0.16	19±4.26	0.26	18.25±3.62	0.35	14±3.28	0.57	59.92±6.13	0.27
	60-69 kg	51.18±9.09	0.921*	20±4.82	0.852*	17.64±3.11	0.789*	13.55±2.3	0.639*	59.18±5.12	0.849*
	70-79 kg	50.6±8.36		18.9±2.88		16.9±3.48		14.8±3.16		60.1±5	
	80-97 kg	48.2±8.23		18.2±4.21		17±2.65		13±1.58		61.8±5.22	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Müdahale grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyut ve GİÖÖ puanlarının sosyo-demografik özelliklere göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Yaş değişkeni için PYÖ genelinde, aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), başa çıkmada zorlanma alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında 20-25 yaşlarındaki katılımcıların başa çıkmada zorlanma düzeylerinin 36-44 yaşlarındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 26).

Eğitim durumu, gelir durumu, meslek, sigara içme durumu, boy ve kilo değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 26).

4.8. Kontrol Grubundaki Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutlarının ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde PYÖ, PYÖ alt boyutlarının ve GİÖÖ puanların obstetrik özelliklere göre bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analizde en güncel veriler olan son test verileri kullanılmıştır.

Tablo 27: Kontrol grubundaki katılımcıların obstetrik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkmada Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
İlk Gebelik Yaşı	15-19	99.33±5.51	1.31	36±2.65	0.48	32±2.65	2.22	31.33±1.53	0.83	33.67±0.58	1.28
	20-24	100.85±12.24	0.288**	36.8±5.04	0.700**	30.2±4.21	0.104**	33.85±5.73	0.486**	35.9±5.96	0.296**
	25-29	107.38±9.17		38.46±4.25		33.08±3.64		35.85±5.89		39.08±5.89	
	30-34	96.5±10.61		38.5±0.71		26.5±7.78		31.5±2.12		40±8.49	
Toplam Gebelik Sayısı	1	104.4±11.63	2.91	37.9±4.51	1.37	31.2±5.63	1.02	35.3±5.33	2.80	36.4±5.85	0.77
	2	109.09±6.25	0.049**	39.27±2.87	0.269**	32.64±4.39	0.398**	37.18±4.73	0.055**	37.55±6.38	0.972**
	3	97.27±13.32	2>3***	35.91±5.66		29.45±3.21		31.91±6.35		36.82±7.1	
	4	98.33±6.22		35.83±3.97		31.33±3.01		31.17±2.04		37.5±3.67	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	104.4±11.63	1.36	37.9±4.51	0.46	31.2±5.63	1.26	35.3±5.33	1.34	36.4±5.85	0.60
	1	106.23±9.66	0.271**	38.15±3.8	0.715**	32.23±4.21	0.305**	35.85±5.86	0.277**	37.23±5.9	0.981**
	2	97.64±12.58		36.09±5.54		29.18±3.09		32.36±5.71		37.45±7.08	
	3 ve üzeri	101.25±5.5		37.25±4.19		32.75±2.63		31.25±2.06		36.75±4.5	
Düşük Yaşama Durumu	Evet	99.5±0.71	-0.42	34.5±2.12	-0.94	33.5±2.12	0.80	31.5±3.54	-0.71	40±4.24	0.73
	Hayır	102.92±11.3	0.675*	37.56±4.54	0.356*	31±4.36	0.430*	34.36±5.6	0.483*	36.86±6	0.473*
Küretaj Yapma Durumu	Evet	101±12.73	-0.23	34.5±0.71	-0.94	31±2.83	-0.04	35.5±9.19	0.34	40.5±2.12	0.85
	Hayır	102.83±11.11	0.822*	37.56±4.56	0.356*	31.14±4.39	0.965*	34.14±5.45	0.739*	36.83±6.01	0.401*
Düzenli Gebelik Takip Durumu	Evet	102.55±11.3	-0.22	37.29±4.58	-0.3	31.23±4.48	0.28	34.03±5.57	-0.41	38.26±5.59	2.97
	Hayır	103.57±10.47	0.828*	37.86±4.34	0.767*	30.71±3.64	0.780*	35±5.63	0.690*	31.57±4.12	0.005*
Son İki Gebelik Arasındaki Süre	1 Yıl ve altı	103.26±10.67	0.82	37.58±4.76	1.02	31.26±4.49	0.03	34.42±5	1.15	37.53±5.93	0.14
	2-5 Yıl	103.29±11.84	0.45**	37.71±4.3	0.372**	30.94±4.45	0.969**	34.65±6.13	0.329**	36.47±6.23	0.873**
	6 Yıl ve üzeri	93±1.41		33±0		31.5±0.71		28.5±2.12		37±5.66	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Kontrol grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ ait puanların obstetrik özelliklere göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Toplam gebelik sayısı için aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında 2

gebelik yaşamış katılımcıların perinatal yas düzeylerinin 3 gebelik yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 27).

Düzenli gebelik takibi yapma için PYÖ genelinde, aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında düzenli gebelik takibi yaptıran katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin düzenli gebelik takibi yaptırmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 27).

İlk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, düşük yaşama durumu, küretaj yapma durumu ve son iki gebelik arasındaki süre değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 28: Müdahale grubundaki katılımcıların obstetrik özellikleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Müdahale Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkmada Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
İlk Gebelik Yaşı	15-19	45.5±5.51	0.85	17.5±3.87	0.40	16±1.41	1.06	12±1.41	0.79	60.5±1.73	0.63
	20-24	51.69±9.88	0.475**	19.5±4.73	0.754**	18.13±3.96	0.381**	14.06±2.49	0.515**	61.13±5.83	0.602**
	25-29	52.36±8.64		19.73±3.93		18.18±3.25		14.45±3.27		58.27±5.46	
	30-34	48.57±5.32		18.43±2.44		16.14±1.21		14±3.16		59.86±5.18	
Toplam Gebelik Sayısı	1	55.2±9.08	3.55	20.9±4.07	2.24	18.5±3.78	1.63	15.8±3.58	4.38	57.2±6.41	2.18
	2	53.4±10.01	0.024**	20±4.94	0.101**	18.7±4.11	0.200**	14.7±2.71	0.010**	59.7±5.81	0.108**
	3	45.18±4.02	1>3***	16.82±2.4		16.09±1.38		12.27±1.1	1>3***	62.82±3.46	
	4	48.86±6.04		19.14±3.34		16.86±2.61		12.86±1.35		60±3.46	
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	56±9.88	3.13	21±4.92	1.45	19.31±3.9	2.19	15.69±3.54	3.49	59±6.86	0.23
	1	48.46±6.62	0.038**	18.23±3	0.245**	16.69±2.87	0.107**	13.54±1.94	0.026**	60.46±5.39	0.874**
	2	47.67±8.24		18.17±4.45		17±2.19		12.5±1.76		60.33±3.33	
	3 ve üzeri	46.83±3.06	1>2.3.4***	18.17±2.32		16.17±2.04		12.5±1.05	1>2.3.4***	60.83±2.93	
Düşük Yaşama Durumu	Evet	46.4±0.55	-3.12	17±0.71	-3.13	16.8±1.3	-0.55	12.6±0.89	-1.17	62.2±3.42	1.00
	Hayır	51.3±8.93	0.004*	19.48±4.19	0.004*	17.67±3.44	0.858*	14.15±2.91	0.248*	59.67±5.47	0.324*
Küretaj olma Durumu	Evet	45.8±1.64	-3.27	17±0.71	-3.13	16.4±1.14	-0.85	12.4±1.14	-1.36	61.2±1.48	1.17
	Hayır	51.39±8.86	0.002*	19.48±4.19	0.004*	17.73±3.43	0.401*	14.18±2.88	0.184*	59.82±5.63	0.593*
Düzenli Gebelik Takip Durumu	Evet	50.7±9.04	0.14	19.15±4.23	-0.03	17.55±3.45	-0.04	14±2.88	0.30	59.79±5.44	-0.63
	Hayır	50.4±3.29	0.892*	19.2±2.17	0.98*	17.6±1.52	0.973*	13.6±2.07	0.768*	61.4±4.28	0.532*
Son İki Gebelik Arasındaki Süre	1 Yıl ve altı	54.2±10.39	2.39	20.2±5.07	0.84	18.8±3.86	2.04	15.2±3.55	2.92	59.53±6.5	0.44
	2-5 Yıl	48.75±6.22	0.106**	18.5±3.06	0.442**	16.94±2.64	0.145**	13.31±1.89	0.067**	59.69±4.73	0.647**
	6 Yıl ve üzeri	47.43±6.4		18.43±3.26		16.29±2.43		12.71±1.5		61.71±3.64	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Müdahale grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının obstetrik özelliklere göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Toplam gebelik sayısı için aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve umutsuzluk alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında 1 gebelik yaşamış katılımcıların perinatal yas düzeylerinin ve umutsuzluk düzeylerinin 3 gebelik yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 28).

Yaşayan çocuk sayısı için aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve umutsuzluk alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında yaşayan çocuğu olmayan katılımcıların perinatal yas düzeylerinin ve umutsuzluk düzeylerinin 1. 2. 3 ve üzeri çocuğu olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 28).

Düşük yaşama durumu için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında düşük yaşamayan katılımcıların perinatal yas ve aktif keder düzeylerinin düşük yaşamış katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 28).

Küreteaj yapma durumu için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında küreteaj yapmayan katılımcıların perinatal yas ve aktif keder düzeylerinin küreteaj yapmış katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 28).

İlk gebelik yaşı, düzenli gebelik takibi yapma durumu ve son iki gebelik arasındaki süre değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 28).

4.9. Katılımcıların Son Gebelik ve Kaybı Tanılama Özelliklerinin PYÖ, PYÖ Alt Boyutları ve GİÖÖ Puanlarına Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ'ye ait puanların son gebelik ve tanılama özelliklerine göre bir farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analizde kontrol grubu için en güncel veriler olan son test verileri kullanılırken müdahale grubu için hem ön test hem son test verileri kullanılmıştır.

Tablo 29: Kontrol grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
Daha Önce Yakın Kaybı Yaşama Durumu	Evet	100.67±10.09	-0.93	36.8±4.31	-0.66	31.8±4.49	0.77	32.07±4.53	-2.01	35.53±4.53	-1.27
	Hayır	104.09±11.6	0.357*	37.78±4.65	0.517*	30.7±4.2	0.446*	35.61±5.74	0.052*	38±6.58	0.213*
Gebeliğe Karşı Tutum	Hiçbir şey hissetmem	79.5±17.68	-3.50	29±7.07	-3.00	25.5±4.95	-1.98	25±5.66	-2.61	46±9.9	2.33
	Sevinç	104.03±9.32	0.001*	37.86±3.95	0.005*	31.44±4.11	0.055*	34.72±5.11	0.013*	36.53±5.42	0.025*
Eşin Gebelik Kaybına Tepkisi	Üzüntü	102.35±11.13	-0.62	37.47±4.66	0.3	30.82±4.19	-1.3	34.06±5.43	-0.49	37.12±6.05	0.274
	Ne hissettiğini bilmiyor	106±10.86	0.539*	36.75±2.99	0.766*	33.75±4.92	0.201*	35.5±7	0.628*	36.25±5.25	0.786*
Gebeliğin Olumsuz Sonuçlanmasını Hissettirdiği Duygu	Üzüntü	96.78±14.37	-1.92	35.11±5.58	-1.80	31.33±5.22	0.16	30.33±5.68	2.59	38±8.97	0.41
	Yüksek derece üzüntü	104.59±9.3	0.062*	38.1±3.94	0.080*	31.07±4.07	0.874*	35.41±4.97	0.014*	36.72±4.78	0.692*
Gebelik Kaybının Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	98.25±12.26	-1.75	35.42±4.52	-1.91	30.42±5.42	-0.69	32.42±5.58	-1.38	37.75±7.2	0.51
	Hayır	104.81±9.97	0.088*	38.31±4.25	0.064*	31.46±3.74	0.493*	35.04±5.39	0.177*	36.69±5.35	0.615*
Gebelik Kaybının Eş ile İlişkisi Etkileme Durumu	Evet	102.8±8.58	0.014	35±2.12	-1.29	32.8±1.3	0.93	35±7.31	0.34	39.8±3.11	1.13
	Hayır	102.73±11.45	0.989*	37.76±4.66	0.205*	30.88±4.54	0.358*	34.09±5.33	0.736*	36.61±6.15	0.266*
Hüzünlendiğin de Eşin Destek Olma Durumu	Evet	103.14±11.39	0.772	37.49±4.59	0.42	31.17±4.38	0.193	34.49±5.61	1.05	36.57±5.95	-1.66
	Hayır	98±2	0.445*	36.33±3.51	0.675*	30.67±3.79	0.848*	31±3.46	0.300*	42.33±0.58	0.106*
Bir Daha Gebe Kalmanın Hissettireceği Duygu	Çok sevinirim	106.27±8.62	5.61	38.85±3.82	6.69	31.62±4.09	0.692	35.81±4.72	4.57	36.12±4.24	2.81
	Bebeği kaybetme düşüncesi	97.8±6.38	0.008*	36.2±3.11	0.003*	29.2±5.4	0.507*	32.4±2.3	0.017*	35.4±6.95	0.074*
	Bilmiyor	93.14±15.17	1>3**	32.86±4.74	1>3**	30.71±4.5		29.57±7.25	1>3	41.57±8.89	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Kontrol grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Gebeliğe karşı tutum için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.01$), aktif keder ($p<0.01$) ve umutsuzluk ($p<0.05$) alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde ($p<0.05$) anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında sevinç duyan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin hiçbir şey hissetmeyen katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hiçbir şey hissetmeyen katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sevinç duyan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 29).

Gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının hissettirdiği duygu için PYÖ genelinde, aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), umutsuzluk alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında çok üzülen katılımcıların umutsuzluk düzeylerinin üzülen katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 29).

Bir daha gebe kalmanın hissettireceği duygu için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.01$), aktif keder ($p<0.01$) ve umutsuzluk ($p<0.05$) alt boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında bir daha gebe kaldığı takdirde çok sevinecek olan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin bir daha gebe kaldığı takdirde ne hissedeceğini bilmeyen katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 29).

Daha önce yakın kaybı yaşama durumu, eşin gebelik kaybına tepkisi, gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu, gebelik kaybının eş ile ilişkiyi etkileme durumu ve hüznlendiğinde eşin destek olma durumu değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 29).

Tablo 30: Müdahale grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait ön test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Müdahale Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
Daha Önce Yakın Kaybı Yaşama Durumu	Evet	107.42±13.34	0.15	40.95±3.84	0.69	32.42±5.05	0.34	34.05±7.06	-0.44	43.16±10.09	1.42
	Hayır	106.68±15.99	0.878*	39.89±5.43	0.494*	31.79±6.28	0.734*	35.00±6.16	0.662*	39.11±7.28	0.164*
Gebeliğe Karşı Tutum	Hiçbir şey hissetmem	109.50±16.62	0.32	39.25±6.18	-0.53	35.25±6.90	1.19	35.00±4.69	0.15	35.75±4.99	-1.29
	Sevinç	106.76±14.52	0.770*	40.56±4.55	0.602*	31.74±5.46	0.243*	34.47±6.79	0.881*	41.76±9.11	0.206*
Eşin Gebelik Kaybına Tepkisi	Üzüntü	107.79±15.1	0.80	40.52±4.65	0.32	32.58±5.83	1.34	34.7±6.94	0.41	40.97±8.94	-0.28
	Ne hissettiğini bilmiyor	102.2±9.81	0.430*	39.8±5.26	0.754*	29±2.65	0.189*	33.4±3.05	0.686*	42.2±9.76	0.778*
Gebeliğin Olumsuz Sonuçlanmasının Hissettiği Duygu	Üzüntü	99.3±15.31	-2.05	36.8±5.29	-3.20	30.2±6.37	-1.26	32.3±6.13	-1.26	44.3±9.9	1.32
	Yüksek derece üzüntü	109.82±13.45	0.048*	41.71±3.73	0.019*	32.79±5.29	0.217*	35.32±6.62	0.215*	40±8.44	0.194*
Gebelik Kaybının Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	104.75±15.71	-0.83	40.56±4.82	0.16	31.19±6.32	-0.85	33±6.69	-1.23	40.94±6.6	-0.12
	Hayır	108.73±13.74	0.412*	40.32±4.66	0.876*	32.77±5.12	0.399*	35.64±6.37	0.225*	41.27±10.44	0.904*
Gebelik Kaybının Eş ile İlişkiyi Etkileme Durumu	Evet	103.75±7.93	-0.48	41.25±3.3	0.37	30±3.56	-0.79	32.5±5.45	-0.65	38.5±7	-0.62
	Hayır	107.44±15.15	0.637*	40.32±4.83	0.713*	32.35±5.81	0.436*	34.76±6.7	0.52*	41.44±9.15	0.54*
Hüzünlendiğinde Eşin Destek Olma Durumu	Evet	106.26±14.77	-1.16	40.26±4.74	-0.74	31.69±5.48	-1.60	34.31±6.75	-0.68	41.29±9.26	0.36
	Hayır	116.33±7.51	0.254*	42.33±3.79	0.467*	37±6.08	0.118*	37±3	0.503*	39.33±2.89	0.721*
Bir Daha Gebe Kalmanın Hissettiği Duygu	Çok sevinirim	109.31±11.53	0.36	41.13±3.69	0.50	32.88±5.25	0.83	35.31±5.57	0.20	40.56±7.17	0.15
	Bebegi kaybetme düşüncesi	104.8±17.85	0.698*	40.33±5.69	0.613*	30.67±5.85	0.446*	33.8±7.88	0.817*	42.13±10.38	0.86*
	Bilmiyor	106.71±14.13		39±4.58		33.43±6.13		34.29±6.26		40.29±10.29	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Müdahale grubu ön test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Gebeliğin olumsuz sonuçlanmasının hissettirdiği duygu için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında çok üzülen katılımcıların perinatal yas ve aktif keder düzeylerinin üzülen katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 30).

Daha önce yakın kaybı yaşama durumu, gebeliğe karşı tutum, eşin gebelik kaybına tepkisi, gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu, gebelik kaybının eş ile ilişkiyi etkileme durumu, hüzünlendiğinde eşin destek olma durumu ve bir daha gebe

kalmanın hissettireceği duygu değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 30).

Tablo 31: Müdahale grubundaki katılımcıların son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine ait bulguları ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Müdahale Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p	Ort±SS	t-F, p
Daha Önce Yakın Kaybı Yaşama Durumu	Evet	50.95±7.63	0.21	18.79±3.05	-0.56	18±3.86	0.85	14.16±2.5	0.46	59.84±5.4	-0.18
	Hayır	50.37±9.45	0.837*	19.53±4.82	0.577*	17.11±2.51	0.403*	13.74±3.07	0.646*	60.16±5.3	0.857*
Gebeliğe Karşı Tutum	Hiçbir şey hissetmem	48.5±6.81	-0.53	17.25±2.87	-1.01	17.25±1.71	-0.20	14±2.45	0.04	57.5±5	-1.00
	Sevinç	50.91±8.7	0.597*	19.38±4.08	0.319*	17.59±3.39	0.847*	13.94±2.84	0.969*	60.29±5.31	0.324*
Eşin Gebelik Kaybına Tepkisi	Üzüntü	50.7±8.92	0.072	19.21±4.26	0.21	17.64±3.44	0.4	13.85±2.67	-0.56	60.58±4.95	1.78
	Ne hissettiğini bilmiyorum	50.4±5.32	0.943*	18.8±1.48	0.833*	17±1.58	0.689*	14.6±3.65	0.579*	56.2±6.42	0.084*
Gebeliğin Olumsuz Sonuçlanmasını Hissettiği Duygu	Üzüntü	46.7±8	1.77	17.4±3.47	-1.66	16.2±3.74	-1.57	13.1±2.33	-1.13	61.6±6.26	1.12
	Yüksek derece üzüntü	52.07±8.32	0.085*	19.79±4.04	0.106*	18.04±2.97	0.126*	14.25±2.89	0.265*	59.43±4.89	0.27*
Gebelik Kaybının Sosyal Yaşantıyı Etkileme Durumu	Evet	52.06±9.53	0.87	20±4.63	1.11	17.75±2.72	0.32	14.31±3.16	0.69	60.88±4.13	0.868
	Hayır	49.64±7.69	0.391*	18.55±3.45	0.274*	17.41±3.63	0.754*	13.68±2.5	0.486*	59.36±6	0.391*
Gebelik Kaybının Eş ile İlişkiyi Etkileme Durumu	Evet	49±3.56	-0.41	18.5±1.73	-0.34	18±2.45	0.29	12.5±0.58	-1.11	62.25±6.5	0.9
	Hayır	50.85±8.89	0.685*	19.24±4.19	0.733*	17.5±3.35	0.775*	14.12±2.88	0.275*	59.74±5.17	0.375*
Hüzünlendiğinde Eşin Destek Olma Durumu	Evet	36.57±5.95	0.14	19.2±4.16	0.22	17.6±3.34	0.3	13.91±2.82	-0.25	60.2±5.19	0.79
	Hayır	42.33±0.58	0.891*	18.67±0.58	0.828*	17±2	0.763*	14.33±2.52	0.805*	57.67±7.02	0.433*
Bir Daha Gebe Kalmanın Hissettireceği Duygu	Çok sevinirim	55.31±8.31	5.20	20.94±3.92	3.05	19.31±3.11	5.85	15.06±3.09	2.47	58.56±5.25	1.31
	Bebegi kaybetme düşüncesi	47.73±7.69	0.011*	17.8±3.86	0.060*	16.67±2.94	0.008*	13.27±2.6	0.099*	61.6±4.48	0.284*
	Bilmiyor	46.29±5.59	1>3***	18±3.27		15.43±2.23	1>3	12.86±1.35		59.86±6.64	

*Bağımsız gruplar t testi sonucu, **Tek yönlü varyans analizi sonucu, ***Tukey testi sonucu

Müdahale grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının son gebelik ve kaybı tanılama özelliklerine göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü varyans analizleri sonucunda;

Bir daha gebe kalmanın hissettireceği duygu için aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.05$) ve başa çıkmada zorlanma ($p<0.01$) alt boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında bir daha gebe kaldığı takdirde çok sevinecek olan katılımcıların perinatal yas ve başa çıkmada zorlanma düzeylerinin bir

daha gebe kaldığı takdirde ne hissedeceğini bilmeyen katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 31).

Daha önce yakın kaybı yaşama durumu, gebeliğe karşı tutum, eşin gebelik kaybına tepkisi, bir daha gebe kalmanın hissettireceği duygu, gebelik kaybının sosyal yaşantıyı etkileme durumu, gebelik kaybının eş ile ilişkiyi etkileme durumu ve hüznünlendiğinde eşin destek olma durumu değişkenleri için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİOÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 31).



Tablo 32: Kontrol grubundaki katılımcıların yasa yönelik düşünceleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GIOÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Kontrol Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GIOÖ	
		Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p
Yaşanılan Yakın Kaybından Dolayı Ağlamak	Evet	101±10.53	-0.70	37.08±4.52	-0.31	31.54±4.75	0.42	32.38±4.65	-1.50	35.23±4.6	-1.37
	Hayır	103.64±11.37	0.491	37.56±4.56	0.758	30.92±4.12	0.680	35.16±5.78	0.144	37.96±6.38	0.181
Yaşanılan Yakın Kaybından Dolayı Şok Olmak	Evet	105.17±7.94	0.92	39.58±4.12	2.14	31.08±3.23	-0.05	34.5±4.36	0.22	38.17±6.56	0.80
	Hayır	101.62±12.16	0.363	36.38±4.36	0.039	31.15±4.76	0.963	34.08±6.05	0.830	36.5±5.65	0.427
Aynı Şeyleri Yaşama Korkusu	Var	105.3±8.82	3.08	38.6±3.73	3.72	31.23±4.42	0.28	35.47±4.49	3.00	36.33±5.62	-1.42
	Yok	93.13±13.61	0.004	32.88±4.39	0.001	30.75±4.03	0.782	29.5±6.72	0.005	39.63±6.67	0.165
Kendi Sağlığı İçin Endişe	Var	102.47±13.62	-0.15	36±4.65	-1.99	31.95±4.21	1.18	34.53±6.8	0.35	35.74±5.95	-1.36
	Yok	103±7.99	0.885	38.79±3.95	0.054	30.32±4.33	0.247	33.89±4.01	0.729	38.32±5.75	0.183
Bir Daha Çocuk Sahibi Olamama Korkusu	Var	99.94±8.06	-1.43	35.94±3.25	-1.86	31.65±3.32	0.69	32.35±5.01	-1.94	37.53±6.32	0.47
	Yok	105±12.67	0.162	38.57±5.06	0.072	30.71±4.99	0.595	35.71±5.56	0.061	36.62±5.7	0.644
Kayıpla Dua Ederek Başa Çıkma	Evet	101.56±12.38	-0.91	37.04±5	-0.67	31.36±4.57	0.45	33.16±5.76	-1.67	36.32±5.5	-1.02
	Hayır	105±7.7	0.368	38.08±3.35	0.507	30.69±3.84	0.656	36.23±4.57	0.104	38.38±6.67	0.314
Kayıpla Uyuyarak Başa Çıkma	Evet	101.56±12.06	-1.04	36.37±4.52	-2.33	31.37±4.4	0.53	33.81±6	-0.69	38.04±6.22	1.69
	Hayır	105.64±7.62	0.307	39.91±3.39	0.025	30.55±4.16	0.598	35.18±4.19	0.496	34.55±4.41	0.099
Kayıpla Eş / Arkadaş / Aileden Destek Alarak Başa Çıkma	Var	98.64±10.99	-3.68	36.24±4.55	-2.33	30.56±4.27	-1.14	31.84±4.91	-4.55	37.4±7.02	0.54
	Yok	110.62±5.53	0.001	39.62±3.55	0.026	32.23±4.28	0.261	38.77±3.37	0.000	36.31±2.9	0.596
Eş ve Çevreden Kendisiyle Öncekinden Daha Fazla Vakit Geçirme Beklentisi	Var	104.48±8.6	1.33	38.34±4	2.50	31.17±3.19	0.07	34.97±4.85	1.54	36.45±5.23	-1.08
	Yok	97.11±15.99	0.216	34.33±4.82	0.017	31±7.05	0.945	31.78±7.05	0.132	38.89±7.82	0.286
Eş ve Çevreden Ev, Çocuk, Kendi Bakımı Konusunda Yardımcı Olmaları Beklentisi	Var	100±9.48	-1.25	35.93±3.03	-1.66	31.27±3.84	0.16	32.8±5.77	-1.28	37.67±6.73	0.53
	Yok	104.52±11.77	0.221	38.35±5.06	0.106	31.04±4.65	0.878	35.13±5.27	0.207	36.61±5.44	0.597
Eş ve Çevreden Kendisini Yalnız Bırakmaları Beklentisi	Var	99.5±15.63	-0.93	34.38±4.98	-2.26	32±6.16	0.64	33.13±6.53	-0.62	36.75±7.74	-0.15
	Yok	103.6±9.6	0.357	38.2±4.06	0.030	30.9±3.75	0.527	34.5±5.3	0.538	37.1±5.49	0.884
Eş ve Çevreden Kendisiyle Sosyal Aktivitelerde Bulunmaları Beklentisi	Var	100.45±9.2	-0.81	36.27±3.2	-0.98	30.91±3.96	-0.20	33.27±5.48	-0.66	35.82±5.31	-0.80
	Yok	103.67±11.71	0.423	37.85±4.9	0.332	31.22±4.49	0.842	34.59±5.59	0.511	37.52±6.17	0.429
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Kendisine Fiziksel, Sosyal, Psikolojik Açından Destek Olmaları Beklentisi	Var	103.5±9.76	0.82	37.7±3.9	0.81	31.17±4.3	0.10	34.63±5.41	0.91	36.43±5.77	-1.20
	Yok	99.88±15.34	0.416	36.25±6.45	0.424	31±4.57	0.924	32.63±6	0.367	39.25±6.32	0.237
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Eşinin Yanında Olmasını Sağlamaları Beklentisi	Var	99.65±12.03	-2.25	36.17±4.87	-2.18	30.91±4.17	-0.38	32.57±5.58	-2.42	38.65±6.41	-2.21
	Yok	107.47±7.33	0.031	39.27±3.13	0.036	31.47±4.61	0.703	36.73±4.5	0.021	34.53±4.1	0.034
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Kendisini Yalnız Bırakmaları Beklentisi	Var	92±14.58	-2.50	32.8±5.63	-2.65	29±4.9	-1.20	30.2±5.59	-1.80	42.2±6.98	2.20
	Yok	104.36±9.65	0.017	38.09±3.94	0.012	31.45±4.18	0.239	34.82±5.33	0.081	36.24±5.44	0.034
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Mahremiyetini Sağlamaları Beklentisi	Var	105.36±8.58	2.13	37.96±3.6	1.08	32.2±3.88	2.24	35.2±4.86	1.56	34.88±4.29	-3.56
	Yok	97.69±13.61	0.040	36.31±5.85	0.288	29.08±4.44	0.031	32.31±6.38	0.127	41.15±6.56	0.001

Kontrol grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının yasa yönelik düşüncelerine göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi analizleri sonucunda;

Yaşanılan yakın kaybindan dolayı şok olmak için PYÖ genelinde, Başa Çıkmada Zorlanma ve Umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında yaşadığı kayba şok olan katılımcıların aktif keder düzeylerinin yaşadığı kayba şok olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Aynı şeyleri yaşama korkusu için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında aynı şeyleri yaşama korkusu olan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin aynı şeyleri yaşama korkusu olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Kayıpla uyuyarak başa çıkma için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında yaşadığı kayıpla uyuyarak başa çıkmayan katılımcıların aktif keder düzeylerinin yaşadığı kayıpla uyuyarak başa çıkan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkma için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.01$), aktif keder ($p<0.05$) ve umutsuzluk ($p<0.01$) alt boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Eş ve çevreden kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında eş ve çevreden kendisiyle

öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi olan katılımcıların aktif keder düzeylerinin eş ve çevreden kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcıların aktif keder düzeylerinin eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluğu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi için aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.05$), başa çıkmada zorlanma ($p<0.05$) alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde ($p<0.01$) anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluğu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olan katılımcıların perinatal yas ve başa çıkmada zorlanma düzeylerinin sağlık kuruluğu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluğu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olmayan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluğu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Geri kalan değişkenler için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 32).

Kontrol grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının son gebelik ve tanılama özelliklerine (çoklu cevaplı ifadelere) göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi analizleri sonucunda;

Yaşanılan yakın kaybından dolayı şok olmak için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında yaşadığı kayba şok olan katılımcıların aktif keder düzeylerinin yaşadığı kayba şok olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Aynı şeyleri yaşama korkusu için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında aynı şeyleri yaşama korkusu olan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin aynı şeyleri yaşama korkusu olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Kayıpla uyuyarak başa çıkma için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında yaşadığı kayıpla uyuyarak başa çıkmayan katılımcıların aktif keder

düzeylerinin yaşadığı kayıpla uyuyarak başa çıkan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkma için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.01$), aktif keder ($p<0.05$) ve umutsuzluk ($p<0.01$) alt boyutlarında anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin kayıpla eş / arkadaş / aileden destek alarak başa çıkan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Eş ve çevreden kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında eş ve çevreden kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi olan katılımcıların aktif keder düzeylerinin eş ve çevreden kendisiyle öncekinden daha fazla vakit geçirme beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi için PYÖ genelinde, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcıların aktif keder düzeylerinin eş ve çevreden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi için başa çıkmada zorlanma alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşu ve personelinden eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden

eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde, aktif keder alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcıların perinatal yas, aktif keder düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden kendisini yalnız bırakmaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Sağlık kuruluşu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi için aktif keder ve umutsuzluk alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ($p<0.05$), başa çıkmada zorlanma ($p<0.05$) alt boyutunda ve GİÖÖ genelinde ($p<0.01$) anlamlı farklar tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olan katılımcıların perinatal yas ve başa çıkmada zorlanma düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olmayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kuruluşu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olmayan katılımcıların genel iyi oluş düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinden mahremiyetini sağlamaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 32).

Geri kalan değişkenler için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 32).

Tablo 33: Müdahale grubundaki katılımcıların yasa yönelik düşünceleri ile PYÖ, PYÖ alt boyutlarına ve GİÖÖ ait son test puanlarına göre karşılaştırılması

Değişken	Grup	Müdahale Grubu (n=38)									
		PYÖ		Aktif Keder		Başa Çıkma Zorlanma		Umutsuzluk		GİÖÖ	
		Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p	Ort±SS	t, p
Yaşanılan Yakın Kaybından Dolayı Ağlamak	Evet	50.88±6.54	0.15	19.06±2.86	0.14	17.88±3.24	0.56	13.94±2.33	-0.01	59.76±4.87	-0.24
	Hayır	50.48±9.93	0.886	19.24±4.79	0.893	17.29±3.3	0.580	13.95±3.14	0.990	60.19±5.71	0.809
Yaşanılan Yakın Kaybından Dolayı Şok Olmak	Evet	50.86±9.17	0.07	18±2.58	-0.85	18.14±4.6	0.53	14.71±2.69	0.81	59.14±6.12	-0.47
	Hayır	50.61±8.47	0.946	19.42±4.24	0.404	17.42±2.94	0.601	13.77±2.8	0.425	60.19±5.17	0.641
Aynı Şeyleri Yaşama Korkusu	Var	50.57±8.66	-0.10	19.04±4.14	-0.31	17.68±3.27	0.40	13.86±2.63	-0.33	60.11±5.42	0.21
	Yok	50.9±8.39	0.918	19.5±3.75	0.757	17.2±3.33	0.695	14.2±3.26	0.742	59.7±5.14	0.838
Kendi Sağlığı İçin Endişe	Var	50.68±8.7	0.02	18.95±3.58	-0.32	17.63±3.37	0.15	14.11±3.03	0.35	59.16±4.11	-0.98
	Yok	50.63±8.49	0.985	19.37±4.46	0.750	17.47±3.2	0.883	13.79±2.55	0.730	60.84±6.24	0.333
Bir Daha Çocuk Sahibi Olamama Korkusu	Var	49.77±6.02	-0.46	19.15±2.67	0.00	17±3.32	-0.75	13.62±2.47	-0.53	58.62±5.12	-1.17
	Yok	51.12±9.59	0.648	19.16±4.59	0.996	17.84±3.24	0.456	14.12±2.95	0.601	60.72±5.32	0.249
Kayıpla Dua Ederek Başa Çıkma	Evet	51.3±7.99	0.72	19±3.43	-0.38	18.11±3.15	1.71	14.19±2.92	0.83	59.67±5.26	-0.60
	Hayır	49.09±9.8	0.475	19.55±5.32	0.708	16.18±3.19	0.097	13.36±2.38	0.414	60.82±5.51	0.549
Kayıpla Uyuyarak Başa Çıkma	Evet	52.17±8.66	0.47	18.83±1.47	-0.21	18.67±4.76	0.92	14.67±3.08	0.69	59.33±4.41	-0.33
	Hayır	50.38±8.55	0.641	19.22±4.32	0.832	17.34±2.94	0.366	13.81±2.74	0.496	60.13±5.48	0.741
Kayıpla Eş / Arkadaş / Aileden Destek Alarak Başa Çıkma	Var	51.14±7.92	0.39	19.76±3.65	1.04	17.71±3.21	0.34	13.67±2.46	-0.69	58.81±4.18	-1.58
	Yok	50.06±9.33	0.701	18.41±4.39	0.307	17.35±3.37	0.738	14.29±3.16	0.495	61.47±6.21	0.124
Eş ve Çevreden Kendisiyle Öncekinden Daha Fazla Vakit Geçirme Beklentisi	Var	52.35±9.43	1.55	20.04±4.54	1.74	18.04±3.24	1.16	14.26±3.19	0.86	59.43±4.91	-0.81
	Yok	48.07±6.19	0.130	17.8±2.57	0.091	16.8±3.21	0.254	13.47±1.96	0.395	60.87±5.88	0.421
Eş ve Çevreden Ev, Çocuk, Kendi Bakımı Konusunda Yardımcı Olmaları Beklentisi	Var	48.88±6.72	-1.17	18.35±2.42	-1.20	17±3.5	-0.94	13.53±2.1	-0.83	60.12±5.48	0.12
	Yok	52.1±9.59	0.251	19.81±4.88	0.241	18±3.03	0.352	14.29±3.23	0.410	59.9±5.25	0.904
Eş ve Çevreden Kendisini Yalnız Bırakmaları Beklentisi	Var	49.83±6.31	-0.26	18.33±2.5	-0.55	17.5±3.73	-0.04	14±3.58	0.05	59±7.46	-0.50
	Yok	50.81±8.9	0.799	19.31±4.23	0.589	17.56±3.21	0.966	13.94±2.66	0.960	60.19±4.91	0.620
Eş ve Çevreden Kendisiyle Sosyal Aktivitelerde Bulunmaları Beklentisi	Var	52.13±7.49	0.55	18.88±1.25	-0.39	18.5±4.07	0.93	14.75±2.82	0.92	59.25±3.88	-0.45
	Yok	50.27±8.8	0.589	19.23±4.47	0.825	17.3±3.02	0.360	13.73±2.77	0.363	60.2±5.63	0.657
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Kendisine Fiziksel, Sosyal, Psikolojik Açından Destek Olmaları Beklentisi	Var	51.34±8.99	0.89	19.72±4.25	1.60	17.62±3.24	0.23	14±2.79	0.21	59.55±4.58	-0.94
	Yok	48.44±6.5	0.377	17.33±2.4	0.118	17.33±3.43	0.820	13.78±2.86	0.837	61.44±7.25	0.355
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Eşinin Yanında Olmasını Sağlamaları Beklentisi	Var	47.13±6.23	-2.17	17.53±3.04	-2.12	16.47±2.97	-1.71	13.13±2.42	-1.49	61.73±5.76	-1.67
	Yok	52.96±9.06	0.037	20.22±4.24	0.041	18.26±3.28	0.096	14.48±2.91	0.146	58.87±4.73	0.103
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Kendisini Yalnız Bırakmaları Beklentisi	Var	49.33±5.77	-0.28	17.00±0.00	-0.97	19±5.2	0.80	13.33±0.58	-0.40	60.67±8.74	0.23
	Yok	50.77±8.72	0.782	19.34±4.12	0.337	17.43±3.11	0.428	14±2.88	0.695	59.94±5.08	0.823
Sağlık Kuruluşu ve Personelinden Mahremiyetini Sağlamaları Beklentisi	Var	51.8±9.68	0.67	19.27±4.15	0.13	17.87±3.83	0.50	14.67±3.18	1.31	59.47±5.15	-0.50
	Yok	49.91±7.73	0.510	19.09±3.99	0.894	17.35±2.87	0.636	13.48±2.43	0.200	60.35±5.45	0.622

*Bağımsız gruplar t testi uygulanmıştır.

Müdahale grubu son test PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ toplam puanlarının yasa yönelik düşüncelerine göre değişip değişmediğini tespit etmek amacıyla uygulanan bağımsız gruplar t testi analizleri sonucunda;

Sağlık kuruluşu ve personelinin eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında sağlık kuruluşu ve personelinin eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olmayan katılımcıların perinatal yas ve aktif keder düzeylerinin sağlık kuruluşu ve personelinin eşinin yanında olmasını sağlamaları beklentisi olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 33).

Geri kalan değişkenler için gerek PYÖ genelinde gerek PYÖ alt boyutları bazında gerekse GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 33).

4.10. Yaş, İlk Gebelik Yaşı, Toplam Gebelik Sayısı, Yaşayan Çocuk Sayısı ve PYÖ, PYÖ Alt Boyutları, GİÖÖ ile Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde perinatal yas düzeyleri, aktif keder düzeyleri, başa çıkmada zorlanma düzeyleri, umutsuzluk düzeyleri, genel iyi oluş düzeyleri ile yaşları, ilk gebelik yaşları, toplam gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığı Pearson Korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 34: Katılımcıların PYÖ, PYÖ alt boyut ve GİÖÖ puanları ile yaşları, ilk gebelik yaşları, toplam gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Değişken	İstatistik	Kontrol				Müdahale			
		Yaş	İlk Gebelik Yaşı	Toplam Gebelik Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Yaş	İlk Gebelik Yaşı	Toplam Gebelik Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı
Perinatal Yas	r	-0.231	0.046	-0.304	-0.205	-0.297	0.077	-0.387	-0.397
	p	0.164	0.783	0.064	0.216	0.070	0.644	0.016	0.014
Aktif Keder	r	-0.279	0.033	-0.231	-0.140	-0.232	0.072	-0.272	-0.264
	p	0.089	0.843	0.163	0.401	0.161	0.666	0.099	0.109
Baş Çıkma Zorlanma	r	0.026	-0.003	-0.100	-0.032	0.323	-0.083	-0.272	-0.333
	p	0.878	0.985	0.548	0.851	0.048	0.619	0.098	0.041
Umutsuzluk	r	-0.253	0.068	-0.340	-0.272	0.195	0.230	-0.472	-0.445
	p	0.125	0.686	0.037	0.099	0.240	0.165	0.003	0.005
Genel İyi Oluş	r	0.175	0.336	0.042	0.007	0.100	-0.177	0.280	0.120
	p	0.292	0.039	0.802	0.966	0.549	0.288	0.089	0.474

Uygulanan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; kontrol grubundaki katılımcıların yaşı, ilk gebelik yaşı ve yaşayan çocuk sayısı ile PYÖ alt boyutlarından umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Toplam gebelik sayıları ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcılarının toplam gebelik sayıları arttıkça umutsuzluk düzeylerinde düşüş görülmüştür (Tablo 34).

Kontrol grubundaki katılımcıların yaşı, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile genel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$). İlk gebelik yaşları ile genel iyi oluş düzeyleri arasında ise pozitif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcılarının ilk gebelik yaşları arttıkça genel iyi oluş düzeylerinde de artış görülmüştür (Tablo 34).

Kontrol grubundaki katılımcıların yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile perinatal yas düzeyleri, PYÖ alt boyutlarından aktif keder ve başa çıkmada zorlanma düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Müdahale grubundaki katılımcıların yaşları ile başa çıkmada zorlanma düzeyleri arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcılarının yaşları arttıkça başa çıkmada zorlanma düzeylerinde düşüş görülmüştür (Tablo 34). Yaş ile perinatal yas düzeyi, aktif keder, umutsuzluk düzeyleri arasında ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Müdahale grubundaki katılımcıların toplam gebelik sayıları ile perinatal yas ($p<0.05$) ve umutsuzluk düzeyleri ($p<0.01$) arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcılarının gebelik sayıları arttıkça perinatal yas ve umutsuzluk düzeylerinde düşüş görülmüştür (Tablo 34). Toplam gebelik sayısı ile aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Müdahale katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ile perinatal yas ($p<0.05$), başa çıkmada zorlanma ($p<0.05$) ve umutsuzluk ($p<0.01$) düzeyleri arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcılarının yaşayan çocuk sayıları arttıkça perinatal yas, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk

düzeylerinde düşüş görülmüştür (Tablo 34). Yaşayan çocuk sayısı ile aktif keder alt boyutunda ise anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

Müdahale grubundaki katılımcıların yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ile genel iyi oluş düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 34).

4.11. Perinatal Yas, Aktif Keder, Başa Çıkmada Zorlanma, Umutsuzluk ve Genel İyi Oluş Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu bölümde PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ arasında nasıl bir ilişki olduğu Pearson Korelasyon analizi yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 35: PYÖ, PYÖ alt boyutları ve GİÖÖ arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Grup	Ölçek / Alt Boyut	İstatistik	GİÖÖ	PYÖ	Aktif Keder	Baş Çıkmada Zorlanma	Umutsuzluk
Kontrol Grubu	PYÖ	r	-0.308	1.000			
		p	0.060				
	Aktif Keder	r	-0.297	0.752	1.000		
		p	0.071	0.000			
	Baş Çıkmada Zorlanma	r	-0.205	0.679	0.236	1.000	
		p	0.216	0.000	0.154		
	Umutsuzluk	r	-0.214	0.857	0.505	0.385	1.000
		p	0.197	0.000	0.001	0.017	
Müdahale Grubu	PYÖ	r	-0.377	1.000			
		p	0.020				
	Aktif Keder	r	-0.355	0.890	1.000		
		p	0.029	0.000			
	Baş Çıkmada Zorlanma	r	-0.232	0.797	0.518	1.000	
		p	0.161	0.000	0.001		
	Umutsuzluk	r	-0.371	0.843	0.672	0.521	1.000
		p	0.022	0.000	0.000	0.001	

Uygulanan Pearson Korelasyon analizi sonucunda; kontrol grubundaki katılımcıların, perinatal yas düzeyleri ile aktif keder ve umutsuzluk düzeyleri arasında pozitif yönde ve yüksek düzeyde, başa çıkmada zorlanma düzeyi ile pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu durumda katılımcıların perinatal yas düzeylerinde artış gözlemlenince aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde de artış gözlenmiştir (Tablo 35).

Kontrol grubundaki katılımcıların; umutsuzluk düzeyi ile aktif keder düzeyi ($p<0.01$) ve başa çıkmada zorlanma düzeyi ($p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde,

anlamalı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların umutsuzluk düzeylerinde artış gözlendikçe aktif keder ve başa çıkmada zorlanma düzeylerinde de artış gözlemlenmiştir (Tablo 35).

Kontrol grubundaki katılımcıların genel iyi oluş düzeyi ile perinatal yas, aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeyi arasında anlamalı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 35).

Kontrol grubundaki katılımcıların aktif keder düzeyleri ile başa çıkmada zorlanma düzeyleri arasında anlamalı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 35).

Müdahale grubundaki katılımcıların; genel iyi oluş ile perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamalı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcıların genel iyi oluş düzeyleri artış gözlendikçe perinatal yas, aktif keder ve umutsuzluk düzeylerinde düşüş gözlemlenmiştir (Tablo 35).

Müdahale grubundaki katılımcıların; perinatal yas ile aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde, anlamalı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.001$). Bu durumda katılımcıların perinatal yas düzeyleri aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde de artış gözlemlenmiştir (Tablo 35).

Müdahale grubundaki katılımcıların; aktif keder ile başa çıkmada zorlanma ($p<0.01$) ve umutsuzluk ($p<0.001$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamalı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde artış gözlendikçe aktif keder düzeylerinde de artış gözlemlenmiştir (Tablo 35).

Müdahale grubundaki katılımcıların; başa çıkmada zorlanma ile umutsuzluk arasında pozitif yönde, orta düzeyde, anlamalı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.01$). Bu durumda katılımcıların başa çıkmada zorlanma düzeyinde artış gözlendikçe umutsuzluk düzeyinde de artış gözlemlenmiştir (Tablo 35).

Müdahale grubundaki katılımcıların; genel iyi oluş düzeyi ile perinatal yas, aktif keder ve başa çıkmada zorlanma düzeyi arasında anlamalı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 35).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular ışığında gebelik kaybı yaşayan kadınların; sosyodemografik ve obstetrik özellikleri, GIOÖ, PYÖ ve alt boyutlarına ait toplam puanların karşılaştırılması, gebelik kaybı yaşayan kadınların perinatal yas düzeyinin sosyodemografik özelliklerden etkilenme durumu, gebelik kaybı yaşayan kadınların perinatal yas düzeyinin obstetrik özelliklerden etkilenme durumu, kadın tanıtıcı bilgi formundan elde edilen bazı verilerin tartışması yapıldı.

5.1. Sosyo-Demografik (Tanımlayıcı) Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmanın örneklemine dahil edilen kadınların sosyodemografik özellikleri; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumuna ilişkin bulgular tartışıldı.

Kontrol ve müdahale grubuna dahil edilen kadınların yaş ortalaması, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyi benzerlik göstermektedir. Kontrol ve müdahale gruplarının bu özellikler açısından benzer olma durumu çalışmanın sonuçlarının etkilenmemesi açısından önemlidir.

İleri yaşta anne olmak, gebelik ve doğum sırasında çeşitli komplikasyonlarla ilişkilidir. Gestasyonel diyabet, preeklamsi ve plasenta previa gibi komplikasyonlar, gebelik kaybı riski ile ilişkilendirilebilir ve ileri yaştaki gebeliklerde bu tür komplikasyonların daha yaygın olması, gebelik kaybı riskinin artmasına sebep olabilir (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2019). Farren ve ark. (2020)'nin 537 gebelik kaybı yaşayan kadın ile yaptığı çalışmada yaş ortalamasının 33 ± 5.90 olduğunu ve ileri yaşta gebelik kaybı yaşayan kadınların daha yoğun yas tepkileri verdiğini ve bu sürecin yönetiminde özel bir destek gerektiğini belirtmiştir. Benzer şekilde, Mutiso ve ark. (2018) 405 gebelik kaybı yaşayan kadın ile yaptığı başka bir çalışmada ise yaş ortalamasının 27.4 olduğunu ve ileri yaşta gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp sonrası depresyon ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Hutti ve ark. (2018) yaptığı çalışmada yaş ortalamasının 31.22 ± 5.60 olduğunu tespit etmiştir (Hutti ve ark. 2018). Bir çalışmada erken ve geç dönemde yaşanan terminasyon olguları incelenmiş ve bu çalışmadaki katılımcıların yaş ortalamasının %31.1 olduğu tespit edilmiştir (Kaya ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise; terminasyon sonrası perinatal yas ve ilişkili faktörleri inceledikleri bir yıllık izlem

çalışmasında yaş ortalaması 29.6 olarak tespit edilmiştir (Güçlü ve ark., 2021). Retrospektif terminasyon vakalarının incelendiği çalışmada yaş ortalamasının 29.3 olduğu tespit edilmiştir (Gök ve ark., 2022). Başka bir retrospektif çalışmada ise; fetal anomali nedeni ileri gebelik hafta terminasyonlarını değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş ortalaması %29.5 olarak bulunmuştur (Tayyar ve ark., 2018). Tektaş ve Çam'ın (2017) daha önce gebelik kaybı yaşayan gebe kadınlara Watson İnsan Bakım Modeli'ne dayalı verilen destek programının anksiyete ve depresyon düzeyine etkisini inceledikleri çalışmada %89.1'i 15-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Mecdi Kaydırak, 2018; Tektaş ve Çam, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2021 yılında kadınların doğurganlık yaşının %29.1 olduğu belirtilmiştir (TÜİK, 2021). Bu araştırmada ise kontrol grubundaki katılımcıların %71.0'ının 26-35 yaş aralığında, yaş ortalamalarının 28.97 ± 4.19 olduğu; müdahale grubundaki katılımcıların ise %55.3'ünün 26-35 yaş aralığında ve müdahale grubu yaş ortalamasının 29.87 ± 5.86 olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışma sonuçları ile bu bulguların birbiri ile yakın olduğu tespit edilmiştir. Bulguların birbiri ile bezer olmasının sebebinin araştırma gruplarındaki kadınların doğurgan yaşta olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumu ve yaşam davranışı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyi genellikle bireyin yaşam kalitesini ve davranışlarını etkiler. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan bireyler genellikle daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olur ve daha bilinçli kararlar alırlar. Bu sebeplerle çalışmaya katılan kadınların eğitim durumu önemli bir faktördür. Mutiso ve ark. (2018) ilkokul mezunu %28.6 kadın, lise mezunu: %42.9 yükseköğrenim mezunu %28.5 kadın ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan kadınların gebelik kaybı sonrası daha düşük depresyon ve anksiyete seviyelerine sahip olduklarını tespit etmiştir. Sun ve ark. (2018) fetal anomaliye sahip olan gebe kadınlar arasında aile desteği programının aile desteği, depresyon ve travma sonrası stres semptomları açısından etkilerini inceledikleri çalışmada müdahale grubunun %43.6'sının lisans ve üstü, kontrol grubunun ise %39'unun lisans ve üstü eğitim derecesine sahip olduklarını tespit etmişlerdir (Sun ve ark., 2018). Mecdi Kaydırak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada kadınların eğitim durumu incelendiğinde deney grubundaki kadınların %53'ünün ve kontrol grubundaki kadınların ise %40'ının lisans ve lisansüstü eğitim aldığı belirlenmiştir. Güçlü ve ark. (2021) ise yapmış olduğu çalışmada kadınların yarısından çoğunun eğitim düzeyinin ortaokul ve altında olduğunu tespit etmişlerdir. TNSA 2018 verilerine göre, 25-29 yaş arasındaki kadınların %52.3'ü lise ve daha yüksek

düzeyde eğitim almışken, 30-34 yaş arasındaki kadınların %41.7'si aynı eğitim düzeyine sahiptir. Ülkemizdeki TNSA 2018 verilerine göre, üreme çağındaki perinatal kayıp yaşayan 20-39 yaş aralığındaki kadınların %45.5'inin eğitim seviyesinin 8 yıl ve daha az olduğu rapor edilmiştir. Bu çalışmada ise; katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %26.3'ünün ilkokul düzeyinde, %31.6'sının ortaokul düzeyinde, %26.3'ünün lise düzeyinde, %15.8'inin üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %13.2'sinin ilkokul düzeyinde, %31.6'sının ortaokul düzeyinde, %36.8'inin lise düzeyinde, %18.4'ünün üniversite düzeyinde eğitim almış olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları incelendiğinde; eğitim durumu konusunda çalışmalar arasında birbirinden farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Birbirinden farklı ve tutarlı olmayan bu sonuçların ortaya çıkmasının sebebi olarak örneklem gruplarının farklı oluşunu düşündürmektedir. Eğitim seviyeleri bireylerin bilgi birikimi, düşünme becerisi, yaşam kalitesi gibi davranışları etkilediğinden farklı toplumsal yapılar ve eğitim seviyeleri örneklemde farklı sonuçların çıkmasına sebep olabilir ve bu durum, iletişim, karar verme süreçleri ve sosyal ilişkiler üzerinde de etkili olabilir.

Çalışma durumu, bireyin finansal durumunu etkileyerek onun yaşam kalitesini belirleyebilir. Finansal sıkıntılar, perinatal yas sürecinde olan bireylerin stres seviyelerini artırabilir ve yas sürecini daha da zorlaştırabilir. İş güvencesi, işyeri destek sistemi ve finansal durum gibi faktörler, yas sürecini daha iyi yönetmeye yardımcı olabilir veya daha da zorlaştırabilir. Bu nedenle, iş ve finansal durumunun düzenli ve destekleyici olması, perinatal yas sürecinde olan kişilerin yaşadığı zorlukları azaltabilir. Mutiso ve ark. (2018) yaptığı çalışmada gebelik kaybı yaşayan kadınların %34.6'sının çalıştığını, %65.4'ünün çalışmadığını tespit etmişlerdir. Hutti ve ark. (2015) tarafından sağlık sektöründe çalışan 106 kadın ile yapılan çalışmada kadınların, gebelik kaybı sonrasında iş yerinde daha fazla destek aldıklarını ve bu desteğin, yas sürecinde duygusal iyilik hallerini korumada önemli olduğunu belirtmişlerdir. Mecdi Kaydırak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada deney grubundaki kadınların %56.7'sinin kontrol grubunun ise %70'inin çalışmadığı saptanmıştır. Köneş'in (2018) çalışmasında ise kadınların %70'inin çalışmadığı, Pehlivan'ın (2021) yürüttüğü çalışmada ise kadınların %65'inin çalışmadığı, Abak (2020) yapmış olduğu çalışmada kadınların %73.1'inin çalışmadığı, tespit etmiştir. Ülkemizde ise TNSA 2018 verilerine göre çalışmayan kadın oranının çalışan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (TNSA, 2018). Bu çalışmaya katılan kadınların

Çalışma durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %71'inin, müdahale grubundaki katılımcıların ise %68.4'ünün çalışmadığı tespit edilmiştir. TNSA verileri ve çalışmalardaki kadınların büyük çoğunluğunun alışmıyor olması; sonuçların benzerliğinin sebebi; Türkiye'de kadınların çalışmasına engel olabilecek durumları; ekonomik bağımlılık, erişimdeki eşitsizlikler, kültürel ve toplumsal normlar, iş gücü piyasasındaki ayrımcılık, güvencesiz iş koşulları, ve ocuk bakımı sorumluluğunun yüksek olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca katılımcıların gelir durumları incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların %5.3'ünün gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %86.8'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %7.9'unun gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların ise %7.9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, %71'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğu, %21.1'inin gelirlerinin giderlerinden az olduğu tespit edilmiştir. Pehlivan (2021) yapmış olduğu çalışmada da benzer sonuçlar tespit edilmiştir. Ridaura ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, perinatal kayıp yaşamış kadınların %44.3'nn ekonomik durumunun düşük olduğunu bildirmiştir. Köneş'in (2018) alışmasında ise kadınların %75.8'inin gelir dengesinin gider dengesinden az olduğu belirtmiştir. Mecdi Kaydırak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada deney grubundaki kadınların %53.3' ve kontrol grubunun %36.7'si gelir düzeyinin fazla olduğunu belirtmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2018'deki verilerine göre eğitim seviyesi ve gelir dağılımının şu şekilde; en az lise ve altı mezun kadınların yıllık gelir düzeyi toplam 11345 TL, lise ve dengi okul mezunu 17107 TL, yükseköğretim mezunu 32847 TL gelir düzeyi olduğu görülmektedir (TÜİK, 2018). Bu sonuçların örneklem gruplarının farklı olması ve ülkemizde çalışan kadın sayısının az olmasından kaynakladığı düşünülmektedir.

Gebelikte sigara kullanımı; gebeliği, fetüsün gelişimini etkiler ve abortus ve ölüm doğum gibi komplikasyonlara neden olabilir (Balmumcu ve nsal, 2020). Köneş'in (2018) yapmış olduğu çalışmada sigara kullanım oranının %15.8 olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcıların %21.1'inin müdahale grubundaki katılımcıların ise %26.3'ünün sigara içtiği tespit edilmiştir. rneklemimizde sigara içmeyen grubun çoğunluğu oluşturması literatür verileri ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Obstetrik Özelliklere Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik kaybı sayısı (düşük ve küretaj), gebelik takiplerinin düzenli yapılıp yapılmadığı ve en son gebelik ile bir önceki gebeliği arasında geçen süreye ilişkin bulgular tartışıldı.

İlk gebeliğini yaşayan bireylerin perinatal yas deneyimleri çeşitli faktörlerden etkilenebilir. Kayıp yaşayan ebeveynlerin ilk kez gebelik deneyimi yaşamaları, süreci genellikle daha da travmatik hale getirir (Köneş ve Yıldız, 2021). Lafarge ve ark. (2013) yaptığı araştırmada, fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırmalarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %30'unun ilk gebeliklerinde olduğu bulunmuştur. Mecdi Kaydırak (2018) çalışmasındaki kadınların %30'nun ilk gebeliğini yaşadığını tespit etmiştir. Aydın ve ark. (2016) tarafından yapılan posterior fossa anomalilerini değerlendirdikleri araştırmada kadınların %46.2'sinin ilk gebeliklerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayçiçek ve arkadaşlarının (2021) prenatal kayıp yaşayan kadınların beklentilerini inceledikleri çalışmada ise, katılımcıların %51'inin ilk veya ikinci gebeliklerinde olduğu belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde ise; kontrol ve müdahale grubunun her ikisinin de %26.3'ünün ilk gebeliği olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamız literatür sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda ilk gebelik durumunun her iki grup içinde eşit dağılması; kontrol ve müdahale gruplarının ilk gebelik değişkeni açısından çalışmanın içsel geçerliliğini artırdığı düşünülmektedir.

Aydın ve ark. (2016) çalışmasında ise kadınların %48.8'inin, Ramdaney ve ark. (2015) ise %41.2'sinin yaşayan çocuğunun olmadığını tespit edilmiştir. Aydın ve ark. (2016) çalışmasındaki katılımcıların; %58.8'nin ve Ramdaney ve ark. (2015) ise %35.3'ünün yaşayan en az bir çocuğu olduğu tespit edilmiştir. (Aydın ve ark. 2016; Ramdaney ve ark. 2015). Mecdi Kaydırak'ın (2018) yaptığı çalışmada kadınların %43.3'ünün yaşayan çocuğunun olmadığı ve %56.7'sinin yaşayan en az bir çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcılarının %26.3'ünün hiç yaşayan çocuğunun olmadığı, %73.7'sinin yaşayan en az bir çocuğunun olduğu; müdahale grubundaki katılımcıların ise %34.2'sinin hiç yaşayan çocuğunun olmadığı, %65.8'inin yaşayan en az bir çocuğunun olduğunun olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda yaşayan çocuğu olan kadınların yaşayan çocuğu olmayan kadınlardan fazla olması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Literatürdeki çalışmalarda kadınların önceki gebelik kayıplarına ilişkin bulgular şu şekildedir: Hutti ve ark. (2012) ise çalışmaya katılan kadınların %42.3'ünün daha önce düşük yaşadığını belirtmişlerdir. Kişimoto ve ark. (2021) ise perinatal kayıp nedeniyle yas tedavisi uygulanan 50 kadın katılımcıyla yapılan çalışmada, altı ay tedavi alan (1. grup) ve altı aydan fazla tedavi alan (2. grup) kadınlar olmak üzere 2 gruba yas desteği vermişlerdir. Birinci grubun %36'sının en az bir kez küretaj geçirdiği ve %58'inin en az bir kez düşük yaşadığı, ikinci grubun ise %14'ünün en az bir kez küretaj geçirdiği ve %41'inin en az bir kez düşük yaşadığı belirtilmiştir. Mecdi Kaydırak'ın (2018) yaptığı çalışmada deney grubundaki kadınların %30'unun, kontrol grubundaki kadınların ise %16.7'sinin daha önce hiç gebelik sonlandırmadığı ve gebeliğini sonlandıran kadınların dağılımlarına bakıldığında ise %11'inin düşük yaşadığı, %5'inin küretaj olduğu ve %3.3'ünün ise tıbbi terminasyon yaşadığı tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da; kontrol grubundaki katılımcıların %5.3'ünün düşük yaşadığı, yine %5.3'ünün küretaj olduğu ve müdahale grubundaki katılımcıların %13.2'sinin düşük yaşadığı ve yine %13.2'sinin küretaj olduğu tespit edilmiştir. Çalışma bulgularının literatür ile uyuşmamasının temel sebebinin farklı çalışmalarda kullanılan örneklemelerin özelliklerindeki çeşitlilik olduğu ve her çalışmacının seçtiği katılımcı grubunun demografik özellikleri, yaşam tarzları ve sağlık geçmişleri gibi faktörler açısından farklılık gösterebileceğini düşündürmektedir.

Düzenli gebelik takibi, gebelik sürecinde potansiyel risk faktörlerini erken teşhis ederek, uygun müdahalelerin yapılmasını sağlar ve aynı zamanda gebelik kaybı riskini azaltabilir. Gebeliğin düzenli takip edilmesi; maternal ve fetal sağlığının korunması ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Literatür incelendiğinde; Köneş'in (2018) yaptığı çalışmada düzenli gebe izlemine giden kadınların oranı %31.6 olduğu görülmüştür. Bu çalışmada ise; kontrol grubundaki katılımcıların %81.6'sının, müdahale grubundaki katılımcıların ise %86.8'inin düzenli gebelik takibi yaptırdığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgularının farklı olmasının sebebinin çalışmaların yapıldığı zamanın farklı oluşu, sağlık hizmet politikalarındaki değişiklikler veya zamanla değişen katılımcıların bilinç ve tutumlarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

İstemli oluşan bir gebeliğin beklenmedik bir şekilde sonlanması genellikle kadın ve eş adayı için derin üzüntü ve psikolojik travma yaratabilir. Gebelik kaybı beklenmeyen bir şekilde ortaya çıktığı için, ailenin doğmasını beklediği bebeği ile bir anısı ve deneyimi olmadığından yani; yas tutacakları somut bir varlık olmaması sebebi ile çiftler eşi ve

benzeri olmayan yas deneyimi yaşamaktadır (Gaudet ve ark., 2018; Kersting ve Wagner, 2012). Turan ve ark. (2013) yaptığı çalışmada ise bu oranın %80.7 olduğunu Tektaş ve Çam'ın (2017) çalışmasında ise %93 olduğu tespit edilmiştir. Köneş'in (2018) yaptığı çalışmada ise kadınlardan yaşadığı mevcut gebelik kaybına ilişkin duygularını 1 ile 10 arasında puan vererek değerlendirmeleri istendiğinde, verilen cevap ortalamasının 8.47 olduğu yani mevcut gebeliğin çok istendiği ve öneminin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise; her iki gruptaki katılımcılarında %92.1'inin gebeliği istediği tespit edilmiştir.

Güleç ve ark. (2013) kadının bir önceki gebeliği ile son gebeliği arasındaki geçen süreyi ortalama 4.4 ± 3.3 (yıl) olarak belirtmişlerdir (Güleç ve ark 2013). Mecdi Kaydırak (2018) ise deney grubu için yaklaşık 4 yıl, kontrol grubu için yaklaşık 5 yıl olduğunu tespit etmiştir. Bu çalışmadaki kontrol grubundaki katılımcıların yarısının son iki gebeliği arasında 1 yıl ve altı bir süre olduğu, %44.7'sinin son iki gebeliği arasında 2-5 yıl olduğu, %5.3'ünün son iki gebeliği arasında 6 yıl ve üzeri bir süre olduğu, müdahale grubundaki katılımcıların da %39.5'inin son iki gebeliği arasında 1 yıl ve altı bir süre olduğu, %42.1'inin son iki gebeliği arasında 2-5 yıl olduğu, %18.4'ünün son iki gebeliği arasında 6 yıl ve üzeri bir süre olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların son iki gebeliği arasındaki sürenin farklılığının örneklem çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Genel İyi Oluş Ölçeği'ne Ait Bulguların Tartışılması

Gebelik kaybı, bireylerin genel iyi oluş düzeyleri üzerinde derin ve kalıcı etkiler bırakabilir. Gebelik kaybının ardından yaşanan depresyon, anksiyete ve posttravmatik stres bozukluğu gibi psikolojik sorunlar bireylerde travmaya dönüşebilir ve kayıp yaşayan bireylerin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırabilir. Ayrıca, kaybın ani ve beklenmedik olması, bireylerin bu durumu anlamlandırma ve kabul etme süreçlerini karmaşık hale getirebilir ve bireylerde duygusal olarak derin bir boşluk ve kayıp hissi yaratabilir. Annenin zihninde oluşturduğu hayal ve imgeler, yas sürecinin uzamasına ve derinleşmesine neden olabilir (Brier, 2008). Kayıplar çiftleri etkilediği gibi çiftlerin; ailelerinin aile dinamiklerini, sosyal ve çalışma ortamlarını da etkileyebilir. (Fernández-Sola ve ark., 2020). Bu bağlamda; gebelik kaybı yaşayan bireylerin yas sürecinde fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve spiritüel boyutunda etkilendiği için kaybın yaşanması genel iyi oluş düzeyinin de azalmasına neden olabilir.

Literatürde; Genel İyi Oluş Ölçeği (GİÖÖ)'nün Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması

sonucunda, genel iyi oluşun yaşam doyumu, pozitif duygulanım ve ihtiyaç doyumu ile pozitif yönde anlamlı ilişkileri; negatif duygulanım ile ise negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Odacı ve ark., 2021). Literatürde gebelik kayıpları ile ilişkili bir çalışmada GİÖÖ'nin kullanılmadığı tespit edilmiştir. Ancak Holland ve ark. (2021)'nin 543 klinik olmayan katılımcı ile gerçekleştirdiği psikometrik bir çalışmada ölçek puanlarının 14-70 arasında değiştiği ve 39 puanın kritik bir sınırı temsil ettiği 39 ve üzerinde puan alanların “normal” popülasyonda yer aldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada kontrol grubunun GİÖÖ puan ortalamasının maksimum 70 puan üzerinden ön testte 38.47 ± 10.11 (minimum: 27. maksimum: 66) ve son testte ise 37.03 ± 5.92 (minimum: 27. maksimum: 54) olduğu, müdahale grubunun GİÖÖ puan ortalamasının ön testte 41.13 ± 8.92 (minimum: 27. maksimum: 64), son testte ise 60.00 ± 5.28 (minimum: 49. maksimum: 69) olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda; kontrol grubunun GİÖÖ ön test puan ortalamasının son testte düşmesi ve müdahale grubu GİÖÖ ön test puan ortalamasının son testte ciddi bir şekilde yükselmesi gebelik kaybı yaşayan kadınlara herhangi bir müdahale uygulanmaz ise negatif yönde duygulanımlarının arttığını, müdahale uygulanır ise yaşam doyumu, pozitif duygulanım ve ihtiyaç doyumunun pozitif yönde arttığı tespit edilmiştir. Swanson Bakım Kuramı temelli ebeklik bakımı ile gebelik kaybı yaşayan kadınların genel iyi oluş düzeyleri artmıştır. Böylece H2 doğrulanmıştır.

5.4. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon) ve Alt Boyutlarına Ait Puanların Tartışılması

Gebelik kayıpları, bireyleri hem fiziksel hem de duygusal olarak derinden etkileyen karmaşık bir süreç ve deneyimdir. Bu tür kaybın ardından yaşanan yas süreci, birey ve ailelerin psikolojik sağlığını ciddi şekilde etkileyebilir. Kaybın ani ve beklenmeyen bir şekilde ortaya çıkması sebebiyle ve ailenin de doğmasını beklediği bebeği ile bir anısı ve deneyimi olmadığından çiftler, eşi ve benzeri olmayan bir yas deneyimi yaşamaktadır (Gaudet ve ark., 2018; Kersting ve Wagner, 2012). Kayba yönelik belirgin anı veya deneyim bulunmamasına rağmen annenin zihninde bebeği için oluşturduğu hayal ve imgelerin yer alması, yas sürecini derinleştirmektedir (Brier, 2008). Bununla birlikte gebelik kaybı deneyiminin, sağlıklı bir çocuğun doğumundan sonra bile ebeveynlerin psikolojik refahı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabileceğini düşündürmektedir (Faleschini ve ark., 2021).

Bu durum, ebeveynlerin yaşadığı kaybı ve yas sürecini karmaşık hale getirmekte ve bu süreci anlamak ve desteklemek için özel yaklaşımların geliştirilmesini gerekli kılmaktadır.

Literatürde, perinatal kayıpla ilişkili yasin değerlendirilmesinde kullanılan Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) sonuçları, bu sürecin duygusal yükünü ortaya koymaktadır. Adolfsson ve ark. (2006), PYÖ toplam puanını 97 olarak bulurken, Lafarge ve ark. (2013) bu puanı 104.1 olarak rapor etmişlerdir. Köneş ve Yıldız (2020) PYÖ toplam puanını 107.1 olarak tespit etmişlerdir. Yeşildere Sağlam (2022) PYÖ toplam puan ortalamasını müdahale grubu için 91.88 ve kontrol grubu için 95.16 olduğunu tespit etmiştir. Mecdi Kaydırak (2018) ise deney grubundaki katılımcıların PYÖ toplam puanlarının 45.87 ± 5.78 ve kontrol grubundaki katılımcıların PYÖ toplam puanlarının 85.73 ± 30.05 olduğunu belirtmiştir. Bu sonuçlar, perinatal kayıp yaşayan kadınların yas sürecindeki yoğun duygusal tepkilerini yansıtmaktadır. Ridaura ve arkadaşları (2017), gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ay izleniminde PYÖ toplam puanını 94.9 olarak bildirmiştir, bu da kaybın hemen ardından yaşanan yasin yoğunluğunu göstermektedir. Pehlivan (2021) benzer bir çalışmada PYÖ toplam puanını 91.19 olarak tespit etmiştir. Bu çalışmada ise deney grubu ön test ortalamasının 95.45 ve son test ortalamasının 79.37 olduğu; kontrol grubunun ise ön test ortalamasının 100.82 ve son test ortalamasının 99.68 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, müdahale edilen grupların zamanla yas düzeylerinin azalabildiğini, kontrol gruplarında ise bu azalmanın daha sınırlı olduğunu göstermektedir.

Maniatelli ve ark. (2017) yaptığı çalışmada, PYÖ alt boyutlarına göre aktif yas için ortalama puanın 31.47, başa çıkma gücü için 23.13 ve umutsuzluk için ortalama puanın 21.07 olduğunu tespit etmiştir. Riduara ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ise birinci aydaki puanları aktif yas 40.36, başa çıkmada zorlanma 26.82 ve umutsuzluk 27.73 olarak bildirmiştir. Bu alt boyutlar, yas sürecinin farklı yönlerini değerlendirmekte önemli ipuçları sunmaktadır. Köneş ve Yıldız (2018) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Gebelik kaybı, kadınları hayal kırıklığı, acı, keder, hüznün ve hatta suçluluk duygularıyla karşı karşıya bırakabilir. Bu duygular, kaybettikleri bebeğin gelecekteki planlarını, anne olma kimliklerini ve aile yapılarını yeniden gözden geçirmelerine neden olabilir. Bu nedenle PYÖ toplam puanlarının benzer bulunduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada ise kontrol grubunun PYÖ ön test toplam puan ortalamasının 97.76 ve son test ortalaması 102.74 olduğu tespit edilmiştir. Müdahale grubu için PYÖ ön test toplam puan ortalamasının 107.5 ve son test ortalaması 50.66

olduğu tespit edilmiştir. PYÖ toplam puan ortalamasının kontrol grubunda; ön testte son testten daha düşük çıktığı yani perinatal yas yaşayan kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmadığında zaman içerisinde yas düzeyinin daha da artabileceğini ortaya koymaktadır. PYÖ toplam puan ortalamasının müdahale grubunun ön testinde kontrol grubunun PYÖ ön test puanından yüksek çıkmasına rağmen son testinde ciddi derecede düştüğü görülmektedir. PYÖ'nin alt boyutlarının puan ortalamalarının müdahale grubu için müdahale sonrasında yas tepkilerinin azalabileceğini ve kontrol grubunda ise bu yas tepkilerinin artabileceğini gösterdiğini ortaya koymaktadır. Aktif keder alt boyutu için kontrol grubunun ön test ortalamasının 37.16 ve son test ortalamasının 37.39 olduğu; müdahale grubu için ise ön test ortalamasının 40.42 ve son test ortalamasının 19.16 olduğu tespit edilmiştir. Başa çıkmada zorlanma alt boyutu için kontrol grubunun ön test ortalamasının 28.58 ve son test ortalamasının 31.13 olduğu; müdahale grubu için ise ön test ortalamasının 32.11 ve son test ortalamasının 17.55 olduğu tespit edilmiştir. Umutsuzluk alt boyutu için kontrol grubunun ön test ortalamasının 32.03 ve son test ortalamasının 34.21 olduğu; müdahale grubu için ise ön test ortalamasının 34.53 ve son test ortalamasının 13.95 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın bulguları ışığında; gebelik kaybı yaşayan kadınlara sadece klinik prosedürlere uygun ebellek bakımı verilmesinin kadınların psikososyal ihtiyacını karşılamadığı ve yas düzeylerini düşürmede etkili olmadığı söylenebilir. Gebelik kaybı yaşayan kadınlara klinik prosedürlere ek bir destek programı uygulanmaması halinde perinatal yas düzeyleri ve aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk gibi olumsuz duygulanımların artacağı düşünülmektedir.

5.5. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Bulguların Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu Puanı, PYÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Kadınların gebelik kaybına verdikleri yas düzeyi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Gold ve ark., 2010; Roberts ve ark., 2012; Setubal ve ark., 2021). Literatürde gebelik kaybı yaşayan kadınların yas sürecini etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Volgsten ve ark., 2018; Köneş, 2018; Setubal ve ark., 2021).

Sağlıklı bir gebelik için uygun gebelik yaşına dair net bir görüş olmamasına karşın biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en uygun yaş 20 ila 30 yaşlar arasındır. 20 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler fetal ve maternal mortalite ve morbiditenin en yüksek olduğu yaşlardır (Taşçı Duran, 2019). Literatürde mevcut olan benzer çalışmaların çoğunda yaş ile PYÖ puanları arasında ilişki bulunamadığı görülmektedir (Pehlivan,2021; Ridaura ve

ark., 2017). Pehlivan (2021) yapmış olduğu çalışmada kadınların yaşı ile PYÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişki bulunamadığı belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ise; kontrol ve müdahale gruplarının her ikisinde de PYÖ alt boyutlarına ait toplam puan ortalaması ve yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir ($p>0.05$). Kontrol grubundaki kadınların yaşı ile PYÖ alt boyutları arasında anlamlı fark tespit edilemezken ($p>0.05$), müdahale grubundaki kadınların yaşı ile PYÖ'nün başa çıkmada zorlanma alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında müdahale grubundaki 20-25 yaşlarındaki katılımcıların başa çıkmada zorlanma düzeylerinin 36-44 yaşlarındaki katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu; genç yetişkinlerin, olası bir kayıp veya stres durumuyla başa çıkmada daha yoğun bir şekilde zorlandığı anlamına gelmektedir. Genç yetişkinlerin başa çıkma becerilerinin, yaşam deneyimlerinin azlığından kaynaklanabileceği bununla birlikte kayıp ve stres durumlarında orta yetişkinlerden daha fazla etkilenebilecekleri düşünülmüştür.

Literatürde eğitim durumunun perinatal yas ile olan ilişkisi incelendiğinde; Mutiso ve ark. (2018) çalışması, eğitim düzeyi yüksek olan kadınların gebelik kaybı sonrası daha düşük depresyon ve anksiyete seviyelerine sahip olduklarını ve bu durumun yas sürecini daha yönetilebilir kıldığını ortaya koymuştur. Köneş'in (2018) yaptığı çalışmada lisans ve lisansüstü eğitime sahip kadınların diğer eğitim düzeyindeki kadınlardan daha yüksek yas düzeyinde olduklarını tespit etmiştir. Pehlivan (2021) ise yapmış olduğu çalışmada; eğitim durumunun yası etkilediği, çalışma örnekleminin lise mezunu olan grubunda yas düzeyinin daha yüksek olduğu tespit etmiştir. Al Maharma ve ark. (2016) ile Paris ve ark. (2016) daha düşük eğitim düzeyindeki kadınların daha yüksek yas puanlarına sahip olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada ise PYÖ ve alt boyutlarına ait toplam puanların katılımcıların eğitim durumuna göre değişip değişmediği incelendiğinde; kontrol grubundaki kadınların eğitim durumu değişkeni için PYÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), aktif keder alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında üniversite düzeyinde eğitim almış katılımcıların aktif keder düzeylerinin lise düzeyinde eğitim almış katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde karşılaştığımız birbirinden farklı olan bu veriler ışığında; gebelik kaybının yol açtığı yas sürecinin her birey için farklılık gösterebileceği ve eğitim düzeyinin tek başına bu süreci belirleyen bir faktör olmadığı söylenebilir.

Sosyoekonomik durumun perinatal yas ile ilişkisine bakıldığında; Barr (2012) yapmış olduğu çalışmada sosyoekonomik durum ile yas puanı arasında bir ilişki bulmamıştır. Yine Ridaru ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışma incelendiğinde ekonomik durum ile yas arasında anlamlı fark tespit etmedikleri görülmektedir. Benzer bulguları tespit eden Demir (2023) yapmış olduğu çalışmada ekonomik durum ile PYÖ ve alt boyutları arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve benzer bulgulara rastlanılmıştır (Druguet ve ark., 2018; Kulathilaka ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ise PYÖ ve alt boyutlarına ait toplam puanların katılımcıların çalışma durumu ve gelir düzeylerine göre incelendiğinde hem kontrol hem de müdahale grubundaki katılımcıların gelir durumları ile ölçek genelinde ve ölçeğin alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızın bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Yas sürecinin, büyük ölçüde psikolojik ve duygusal faktörlerden etkilendiği ve kayıp yaşayan bireylerin hissettikleri acı, keder, hüzn gibi yas tepkilerinin ekonomik durumdan bağımsız ortaya çıkabileceği söylenebilir. Bu duygular, kaybın birey için taşıdığı anlamla ilgilidir. Dolayısıyla, sosyoekonomik durumun bu derin duygusal tepkiler üzerinde doğrudan bir etkisi olmayacağı söylenebilir.

Gebelikte sigara kullanımı maternal ve fetal sağlığı etkileyerek abortus ve ölüm doğum gibi komplikasyonlara neden olabilir (Balmumcu ve Ünsal, 2020). Gür ve ark. (2022) yapmış oldukları çalışmada kadınların sigara kullanımı ile PYÖ ve alt boyutları toplam puanları arasında anlamlı fark tespit etmemişlerdir. Bu çalışma sonuçlarına bakıldığı zaman hem kontrol hem de müdahale grubundaki katılımcıların sigara kullanım durumu ile ölçek genelinde ve ölçeğin alt boyutlarında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızın bulguları ile literatür benzerlik göstermektedir. Gebelikte sigara kullanımı her ne kadar maternal ve fetal mortalite ve morbiteyi artırsa da çalışma bulguları ışığında sigara kullanımının, perinatal yas düzeyinin artmasında herhangi bir etkisinin olmadığı söylenebilir.

Köneş (2018) yaptığı çalışmada ilk gebelik yaşının perinatal yasın şiddeti üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu ve ileri yaşta (≥ 36 yaş) ilk gebeliğini yaşayan kadınların, genç yaşta ilk gebeliğini yaşayan kadınlara göre daha yoğun bir yas süreci yaşadığını belirtmiştir. Bu araştırmada ise ilk gebelik yaşı ile PYÖ genelinde, PYÖ alt boyutları bazında ve GİÖÖ genelindeki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir fark tespit edilmediği görülmektedir ($p>0.05$). Araştırma bulgularımızın literatür ile benzerlik göstermeme

sebebinin; araştırmaya katılan kontrol ve müdahale grubundaki kadınların ilk gebelik yaşının en büyük 34 yaş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Köneş (2018), toplam gebelik sayısının perinatal yasın şiddeti üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu belirtmiş ve yaşayan çocuk sayısı azaldıkça veya yaşayan çocuk hiç yoksa PYÖ alt boyut ve toplam puanlarının arttığı saptanmıştır. Abak (2020) yapmış olduğu çalışmada; gebelik sayısı ile yas düzeyi arasında ilişki tespit edememiştir. Bizim çalışmamızda ise kontrol grubundaki katılımcıların toplam gebelik sayısı için aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında iki gebelik yaşayan katılımcıların perinatal yas düzeylerinin üç gebelik yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca yaşayan çocuk sayısı için anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Müdahale grubundaki katılımcıların toplam gebelik sayısı için ise aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve umutsuzluk alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Elde edilen bulgular ışığında bir gebelik yaşayan katılımcıların perinatal yas düzeylerinin ve umutsuzluk düzeylerinin üç gebelik yaşayan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine müdahale grubundaki katılımcıların yaşayan çocuk sayısı için ise aktif keder ve başa çıkmada zorlanma alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken ($p>0.05$), PYÖ genelinde ve umutsuzluk alt boyutunda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu bulgular yaşayan çocuğu olmayan katılımcıların çocuğu olan katılımcılardan daha yüksek perinatal yas ve umutsuzluk düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir. Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Literatür ve bu bulgular ışığında; toplam gebelik ve çocuk sayısının, perinatal yasın şiddeti ve süresi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca çocuk sayısı fazla olan kadınlar, perinatal kayıp sonrası daha az yoğun bir yas süreci yaşayabilirler. Bu durum, mevcut çocukların varlığının, annenin yas sürecinde bir tür destek ve teselli kaynağı olabileceğini düşündürmektedir.

Literatürde bulunan bazı çalışmalarda düşük ve küretaj sayısı ile yas düzeyi arasında ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Abak, 2020). Ayrıca Gözüyeşil ve ark. (2021) yapmış olduğu çalışmada kadınların düşük yapma durumu ile PYÖ arasında istatistiksel olarak fark tespit etmemiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcıların düşük yaşama durumu ve küretaj olma durumu için PYÖ genelinde, PYÖ alt boyutları bazında

ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken müdahale grubundaki katılımcıların düşük yaşama durumu ve küretaj olma durumu için başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmemiş($p>0.05$) ama PYÖ genelinde ve aktif keder alt boyutunda anlamlı farklar tespit edilmiştir ($p<0.01$). Bu veriler ile düşük yapmayan ve hiç küretaj olmayan katılımcıların perinatal yas ve aktif keder düzeylerinin düşük yaşayan ve/veya küretaj olan katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubunun arasındaki bu farkın her bireyin yasa verdiği tepkinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda düzenli gebelik takibi için müdahale grubunda PYÖ genelinde, PYÖ alt boyutları bazında ve GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmezken, kontrol grubundaki düzenli gebelik takibi yaptıran kadınların GİÖÖ genelinde anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.01$). Elde edilen bulgular ışığında düzenli gebelik takibi yaptıran kadınların genel iyi oluş düzeylerinin düzenli gebelik takibi yaptırmayan kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

5.6. Yas Bakımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kontrol grubu ve Swanson Bakım Kuramı'na dayalı ebeklik bakımı verilen müdahale grubunun PYÖ toplam puanı, PYÖ alt boyut puanları, GİÖÖ puanı ön test ve son test karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışması yapılmıştır.

Gebelik kayıplarından sonra yas süreci yoğun bir şekilde yaşanmaktadır (Fernández-Férez ve ark.,2021). Bu nedenle bu çalışmada kadınlara Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilen ebeklik bakımı verilerek perinatal yas düzeylerinin azaltılması, genel iyi oluş düzeylerinin ise artırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan kontrol grubuna klinik prosedürlerine uygun rutin bakım verilirken, müdahale grubuna Swanson Bakım Kuramı'na temellendiren ebeklik bakım ve danışmanlığı verilmiştir.

Kontrol grubu ön test PYÖ puan ortalamasının 97.76. PYÖ alt boyutları incelendiğinde aktif keder puan ortalamasının 37.16 başa çıkmada zorlanmanın 28.58 ve umutsuzluğun 32.03 GİÖÖ puan ortalamasının ise 38.47 olduğu, kontrol grubu son test PYÖ puan ortalamasının 102.74 PYÖ alt boyutları incelendiğinde aktif keder puan ortalamasının 37.39. başa çıkmada zorlanma 31.13 umutsuzluk 34.21 GİÖÖ puan ortalamasının ise 37.03 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında; herhangi bir müdahalede bulunmadan sadece klinik prosedürlere uygun ebeklik bakımı verilen

katılımcıların son testinde negatif duygulanımlarının negatif yönde arttığı, genel iyi oluş düzeylerinin ise negatif yönde azaldığı saptanmıştır.

Müdahale grubunun ise ön test PYÖ puan ortalamasının 107.05 PYÖ alt boyutları incelendiğinde aktif keder puan ortalamasının 40.42. başa çıkmada zorlanmanın 32.11 ve umutsuzluğun 34.53 GİÖÖ puan ortalamasının ise 41.13 olduğu, müdahale grubu son test PYÖ puan ortalamasının 50.66 PYÖ alt boyutları incelendiğinde aktif keder puan ortalaması 19.16 başa çıkmada zorlanma 17.55 umutsuzluk 13.95 GİÖÖ puan ortalamasının ise 60.00 olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular ışığında; Swanson Kuramı'na temellendirilen ebelik bakımı verilen müdahale grubu katılımcıların son testinde negatif duygulanımlarının pozitif yönde azaldığı, genel iyi oluş düzeylerinin ise pozitif yönde arttığı saptanmıştır. Kontrol grubunun PYÖ, PYÖ alt boyutları bazında ve GİÖÖ puanı açısından müdahale grubuna kıyasla avantajlı puan ortalamaları ile deney sürecine başlarken deney sürecinin sonunda son test puanlarında olumsuz yönde artış sağlanmış ve perinatal yas puanları artarken genel iyi oluş düzeylerinin azaldığı saptanmıştır. Müdahale grubunun ise PYÖ, PYÖ alt boyutları bazında ve GİÖÖ puanı açısından kontrol grubuna kıyasla dezavantajlı puan ortalamaları ile deney sürecine başlarken deney sürecinin sonunda son test puanlarında olumlu yönde azalış sağlanıp ve perinatal yas puanları yarı yarıya azalırken genel iyi oluş düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Bu çalışmada kontrol grubundaki kadınların yas düzeyleri artarken, müdahale grubundaki 38 kadının yas düzeylerinin önemli ölçüde azalması ve genel iyi oluş düzeylerinin önemli ölçüde artması çalışma sürecinde uygulanan Swanson Bakım Kuramı'na göre temellendirilmiş ebelik bakımının etkisi ile açıklanabilir. Böylece **H1** ve **H2** doğrulanmıştır.

Loughnan ve ark. (2022) ölü doğum veya yenidoğan bebeğini kaybeden çiftler için “Kayıpla Yaşamak” adlı internet tabanlı bir perinatal yas destek programı ile ebeveynlerin yas düzeylerinde iyileşme olduğunu tespit etmiştir. Tektaş'ın (2015) gebelik kaybı öyküsü olan kadınlara yönelik yapmış olduğu Watson İnsan Bakım Modeli'ne dayalı hemşirelik bakımının, kadınların anksiyete, depresyon ve umutsuzluk seviyelerinde azalma, prenatal bağlanma düzeylerinde ise artış gösterdiğini tespit etmiştir. Tektaş ve Çam (2017) yapmış olduğu çalışmada kadınların zihinsel sağlığı üzerinde Watson'ın İnsan Bakımı Kuramı'na dayalı hemşirelik bakımının olumlu bir etkisi olduğu tespit etmiştir. Kaydırak'ın (2018) yapmış olduğu çalışmada ise tıbbi terminasyon kararı alınan gebelere yönelik geliştirilen Roy Adaptasyon Modeli

doğrultusunda geliştirilen destek programının, kadınların kayıp karşısında baş etme becerilerini artırarak, kadınlara stresle baş etme tarzı kazandırarak, fizyolojik ve ilişkisel bağlılık alanlarına olumlu etkiler sağlayarak yas sürecini daha kolay atlattığı bulmuştur. Yeşildere Sağlam (2018) ise tıbbi terminasyon uygulanan kadınlara Swanson Bakım Kuram'na göre mobil destekli bakım ve eğitim geliştirmiş ve çalışma sonucunda kadınların perinatal yas, anksiyete, stres ve depresyon düzeylerinin azaldığını tespit etmiştir. Çalışmamızın bulgularının literatür ile uyumlu olduğu ve gebelik kayıpları sonrasında uygulanan yas destek programlarının yas düzeyini düşürmede etkili olduğu görülmektedir (Barat ve ark., 2020; Kaydırak, 2018; Loughnan ve ark., 2022; Mecdi Kaydırak ve Aslan, 2021; Palas Karaca ve Oskay, 2020; Tektaş, 2015; Tektaş ve Çam, 2017; Yeşildere Sağlam, 2018).

Gebelik kaybı yaşayan kadınların yas sürecini daha rahat atlatabilmesi ve yas sürecini etkileyen olumsuz duyguların önlenmesi, yas sürecinin kronikleşmemesi ve kayıp yaşayan çiftlerin normal hayatlarına sağlıklı bir şekilde devam edebilmeleri için; erken dönemde bakım ve danışmanlık hizmetinin verilmesi ile yas sürecinin şiddetinin azaldığı ve genel iyi oluş düzeylerinin arttığı söylenebilir. Gebelik kaybı yaşayan çiftlere verilen bakımda; psikososyal destek, eğitim, bilgilendirme ve danışmanlık gibi bileşenler, çiftlerin yas sürecinde karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına ve duygusal sağlığını desteklemelerine yardımcı olur. Bu nedenle, gebelik kaybı yaşayan çiftlere yas sürecinde sağlanan yas destek programları ile yas sürecinin daha sağlıklı bir şekilde atlatılması sağlanabilir.

5.7. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadın Tanıtıcı Bilgi Formundan Elde Edilen Bazı Bulguların Korelasyon Analizi Sonuçlarının Tartışılması

Bu bölümde katılımcıların perinatal yas düzeyleri, aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve genel iyi oluş düzeyleri ile yaşları, ilk gebelik yaşları, toplam gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları arasındaki korelasyon analizi sonuçları tartışılmıştır.

Abak (2020) yapmış olduğu çalışmada gebelik sayısı ve PYÖ ile PYÖ alt boyut arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir ($p>0.05$). Köneş (2018) ise doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı azaldıkça veya hiç yoksa, perinatal yasin tüm alt grup ve toplam puanlarının arttığını, negatif yönde ve orta düzeydeki bu ilişkinin ileri düzeyde anlamlılık gösterdiğini tespit etmiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcıların

gebelik sayıları ile umutsuzluk düzeyleri ($p<0.05$) müdahale grubundaki katılımcıların ise gebelik sayıları ile perinatal yas ($p<0.05$) ve umutsuzluk düzeyleri ($p<0.01$) arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda kontrol grubundaki katılımcıların gebelik sayısı arttıkça umutsuzluk düzeylerinde düşüş görülmüştür. Müdahale grubundaki katılımcıların ise gebelik sayıları arttıkça perinatal yas ve umutsuzluk düzeylerinde düşüş görülmüştür. Ayrıca müdahale grubundaki katılımcıların yaşayan çocuk sayıları ile perinatal yas ($p<0.05$), başa çıkmada zorlanma ($p<0.05$) ve umutsuzluk ($p<0.01$) düzeyleri arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda katılımcıların yaşayan çocuk sayıları arttıkça perinatal yas, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde düşüş görülmüştür. Bu bulgular ışığında toplam gebelik sayısının fazla olmasının, umutsuzluk duygularını azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Köneş (2018) ve bu araştırma bulgularının ışığında doğum ile sonuçlanan gebelik sayısının kadınların umutsuzluk düzeylerini düşürebileceği söylenebilir yani toplam gebelik sayısının fazla olması, yaşayan çocuk sayısının da fazla olmasını beraberinde getirebilir. Gebelik kaybı yaşayan annenin yaşayan çocuğunun olması da umutsuzluk, başa çıkmada zorlanma gibi olumsuz duyguları hafifleterek perinatal yas düzeyini düşürebilir.

Kontrol grubundaki katılımcıların ilk gebelik yaşları ile genel iyi oluş düzeyleri arasında pozitif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcıların ilk gebelik yaşları arttıkça genel iyi oluş düzeylerinde de artış görülmüştür. İlk gebelik yaşının ilerlemesi ile genellikle annenin fizyolojisi, deneyimleri ve sosyal durumu da iyileşebileceği için genel iyi oluş düzeyinde bir artış görülebilir.

Abak (2020) yapmış olduğu çalışmada yaş ile PYÖ ile PYÖ alt boyut arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Curley ve Johnston (2013) yapmış olduğu çalışmada yas ile yaş arasında negatif yönde korelasyon tespit etmişlerdir. Bu bulgu ile yaş arttıkça yas sürecinin şiddetinin azaldığı söylenebilir. Bu çalışmada ise müdahale grubundaki katılımcıların yaşları ile başa çıkmada zorlanma düzeyleri arasında negatif yönde, orta seviyede, anlamlı doğrusal bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu durumda katılımcıların yaşları arttıkça başa çıkmada zorlanma düzeylerinde düşüş görülmüştür. Başa çıkmada zorlanma düzeyinde düşüş yas sürecinin şiddetini azaltabilir, bu bulgu Curley ve Johnston'ın (2013) tespitini desteklemiştir. Ayrıca ileri yaştaki bireylerin,

yaşam deneyimleri ve olgunlukları sayesinde kayıplarla daha iyi başa çıkabileceği ve yas sürecini daha sağlıklı bir şekilde yönetebileceği düşünülmektedir.

5.8. Gebelik Kaybı Yaşayan Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu'ndan Elde Edilen Bazı Bulguların Tartışılması

Gebelik kaybı hem anneler hem de babalar için derin bir travma yaratır. Ancak, literatürde genellikle annelerin yaşadığı duygusal ve fiziksel travmalar üzerinde durulurken, babaların deneyimleri daha az incelenmiştir (Due ve ark., 2017; Obst ve ark.,2020; Obst ve ark., 2021). Baba deneyimlerini müteakip yas bakımı kılavuzları da genellikle kadınlara odaklanmıştır (Obst ve ark, 2020).

Pekyiğit ve ark. (2024) fenomenolojik bir tasarım kullanarak ile kartopu örnekleme yöntemi ile perinatal yas üzerine 6 ebeveyn ile çalışma yapmışlar ve katılan erkeklerin yaşlarının 25-50 arasında olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışmada ise katılımcıların eşlerinin 24-44 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Ayçiçek (2019) yaptığı çalışmada gebelik kaybı yaşayan eşlerin %39.8'inin ilköğretim mezunu olduğunu, %42.6'sı serbest meslek sahibi olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %10.5'inin ilköğretim düzeyinde eğitim gördüğü, %44.7'sinin serbest meslek sahibi olduğu ve müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %15.8'inin ilköğretim düzeyinde eğitim gördüğü, %50'sinin serbest meslek sahibi olduğu, tespit edilmiştir. Çalışmadaki katılımcıların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin literatür ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Ayçiçek (2019) eşlerin %50.7'sinin geliri gidere denk algıladığı bu çalışmada ise kontrol grubu katılımcılarının eşlerinin %84.2'sinin gelirlerinin giderine denk olduğunu ifade ettiği müdahale grubu katılımcılarının eşlerinin ise %71.0'ının gelirlerinin giderlerine denk olduğunu ifade ettiği tespit edilmiştir. Bu farkın örneklem farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik kaybının sosyal yaşantısını etkileme durumu incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcılarının eşinin %95.1'inin sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilenmediği %76.3'ünün sosyal yaşantısının gebelik kaybından etkilenmediği ayrıca eşler arası ilişkisinde kontrol müdahale grubu her ikisi içinde gebelik kaybından etkilenmediği belirlenmiştir. Bu bağlamda eşlerin büyük çoğunluğun gebelik kaybının

sosyal yaşantısını ve eşi ile olan ilişkisini etkilemediğini düşündüğü tespit edilmiştir ve bu düşüncenin ise kültür, yaşadığı çevre ve aile tipinden etkilenebileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların eşlerinin eşe destek olma durumu incelendiğinde ise her iki grup içinde tüm katılımcıların eşlerinin destek olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %65.8'inin, müdahale grubundaki katılımcıların ise %84.2'sinin eşi ile vakit geçirerek ona destek olduğu belirlenmiştir. Çoğu toplumda, erkeklerin perinatal kayıp yaşadıklarında eşlerine destek olmaları beklenir ve bu durum, erkeklerin kendi yaslarını ifade etmelerini zorlaştırır (Pekyigit ve ark., 2024). Jones ve ark (2019) çalışmasındaki erkeklerin öncelikle “destekleyici bir ortak” rolü olduğunu ve sağlık profesyonelleri tarafından göz ardı edildiklerini ifade ettiğini belirtmiştir (Jones ve ark., 2019). Literatür ışığında ve çalışma sonucu bağlamında gebelik kaybı yaşayan erkeklerin eşe destek olma sorumluluğu nedeni ile yaşadığı yası ifade edemediği ve erkeklerin yasının geri planda kalıp öncelikli olarak desteklenemediği düşünülmüştür.

Jones ve ark. (2019) erkeklerin kadınlardan daha az yoğun ve kalıcı psikolojik sonuçlar bildirdiğini, ancak artan alkol tüketimi gibi kaçınma ve başa çıkma davranışlarında bulunma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada ise kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %26.3'ünün sigara / alkol / madde kullanarak, müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %18.4'ünün sigara / alkol / madde kullanarak, kayıpla başa çıkmaya çalıştığı tespit edilmiştir. Bu bulgular sigara / alkol / madde kullanımının erkekler için bir başa çıkma mekanizması olduğunu ve yaşadıkları yoğun duygusal acıyı bu şekilde hafifletmeye çalıştıklarını göstermektedir. Ancak sigara/alkol gibi zararlı alışkanlıkların bireylerin genel sağlık durumunu olumsuz yönde etkileyerek, gebelik kaybı sonrası yaşadıkları duygusal ve fiziksel zorlukları daha da artırabileceği düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %55.3'ünün, müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %52.6'sının aynı şeyleri yaşama korkusu içinde olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, eşlerin tekrar eden gebelik kaybı korkusunun yansımasıdır. Korku ve kaygı, çiftlerin gelecekteki gebeliklere yönelik umutlarını ve beklentilerini olumsuz etkileyebilir (Mecdi Kaydırak ve Aslan, 2021; Tian ve Solomon, 2020).

Kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin %65.8'inin, müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %68.4'ünün eşlerinin sağlığı için endişe duyduğu tespit

edilmiştir. Gebelik kaybı sonrası kadınların fiziksel ve duygusal sağlığına yönelik endişelerin, eşlerin ortak kaygısı olduğu düşünülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma verilerinden elde edilen bulgular Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımının kadınların PYÖ ve alt boyutlarında yas puanlarını düşürdüğünü ve genel iyi oluş düzeylerinin arttığını gösterdi.

Ayrıca bu araştırma bulguları sonucunda;

- Müdahale ve kontrol grubunun her ikisinin de bireysel ve sosyodemografik özelliklerinin birbirine benzer olduğu,
- Müdahale grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarının 29.87 ± 5.86 olduğu ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş ortalamalarının 28.97 ± 4.19 olduğu;
- Müdahale grubundaki katılımcıların %71'inin ve kontrol grubundaki katılımcıların %86.8'inin gelir durumunun gidere denk olduğu;
- Müdahale grubundaki katılımcıların %34.2'sinin ve kontrol grubundaki katılımcıların ise %26.3'ünün hiç çocuğunun olmadığı,
- Müdahale grubundaki katılımcıların %13.2'sinin, kontrol grubundaki katılımcıların ise %5.3'ünün daha önce düşük/küretaj öyküsünün olduğu,
- Müdahale grubunun ön test PYÖ toplam puan ortalamasının 107.5 ± 14.53 olduğu, kontrol grubunun ise ön test PYÖ toplam puan ortalamasının 97.76 ± 18.72 olduğu,
- Müdahale grubuna ait PYÖ alt boyutlarına ait değerler incelendiğinde; ön test aktif keder puan ortalamasının 40.42 ± 4.67 başa çıkmada zorlanma puan ortalamasının 32.11 ± 5.63 umutsuzluk puan ortalamasının 34.53 ± 6.55 olduğu, kontrol grubuna ait PYÖ alt boyutlarına ait değerler incelendiğinde; ön test aktif keder puan ortalamasının 37.16 ± 6.42 başa çıkmada zorlanma puan ortalamasının 28.58 ± 5.62 umutsuzluk puan ortalamasının 32.03 ± 8.84 olduğu,
- Müdahale grubunun GİÖÖ' nün ön test puan ortalamasının 41.13 ± 8.92 olduğu, kontrol grubunun GİÖÖ' nün ön test puan ortalamasının ise 38.47 ± 10.11 olduğu,
- Müdahale grubunun son test PYÖ toplam puan ortalamasının 50.66 ± 8.48 olduğu, kontrol grubunun ise son test PYÖ toplam puan ortalamasının 102.74 ± 11.02 olduğu,

- Müdahale grubuna ait PYÖ alt boyutlarına ait değerler incelendiğinde; son test aktif keder puan ortalamasının 19.16 ± 4.00 başa çıkmada zorlanma puan ortalamasının 17.55 ± 3.24 umutsuzluk puan ortalamasının 13.95 ± 2.77 olduğu, kontrol grubuna ait PYÖ alt boyutlarına ait değerler incelendiğinde; son test aktif keder puan ortalamasının 37.39 ± 4.49 başa çıkmada zorlanma puan ortalamasının 31.13 ± 4.29 umutsuzluk puan ortalamasının 34.21 ± 5.52 olduğu,
- Müdahale grubunun GIOÖ' nün son test puan ortalamasının ise 60.00 ± 5.28 olduğu, kontrol grubunun GIOÖ' nün son test puan ortalamasının 37.03 ± 5.92 olduğu,
- Katılımcıların eşlerinin 24-44 yaş aralığında olduğu,
- Katılımcıların eşlerinin eşe destek olma durumu incelendiğinde müdahale ve kontrol grubunun her ikisinin de tüm katılımcıların eşlerinin eşlerine destek olduğu,
- Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %18.4'ünün, kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %26.3'ünün sigara / alkol / madde kullanarak kayıpla başa çıkmaya çalıştığı,
- Müdahale grubundaki katılımcıların eşlerinin %65.8'inin, kontrol grubundaki katılımcıların eşlerinin ise %68.4'ünün eşlerinin sağlığı için endişelendiği,
- Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımının müdahale grubunun PYÖ toplam puanlarını ve PYÖ alt boyutlarının puanlarını anlamlı bir şekilde azalttığı,
- Swanson Bakım Kuramı temelli ebelik bakımının müdahale grubunun GIOÖ puanlarını anlamlı bir şekilde artırdığı tespit edildi.

Öneriler

- Gebelik kaybı yaşayan kadınların yas düzeylerini belirlemek amacıyla yas ölçeklerinin klinikte ebeler tarafından aktif bir şekilde kullanılması,
- Gebelik kaybı yaşayan kadınlara kliniklerde uygulanan fiziksel bakıma yönelik bakım prosedürlerine ek olarak kadını destekleyecek yas destek bakımlarının kullanılması,
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların eşleri için yas düzeylerinin ölçülebilmesi için ölçek geliştirilmesi ve yas düzeylerinin ölçülmesi,
- Farklı kültür, farklı şehirlerden daha büyük örneklem grupları ile çalışmalar yapılarak Swanson Bakım Kuramı'na temellendirilen ebelik bakımın değerlendirilmesi,
- Psikososyal yas bakımı konusunda tüm çalışanlara eğitimler verilmesi,
- Gebelik kaybı yaşayan çiftlere bakım veren çalışanlara yas destek program ve modellerini kliniğe entegre etmesi,
- Kadın ve eşinin gebelik kaybı sonrası yas tepkilerini değerlendirebilmek için daha uzun süreli çalışmaların yapılması,
- Çalışma alanı bakımından kadın ve eşi ile yakın ilişki kurabilen hekim, psikolog, ebe, hemşire gibi sağlık çalışanlarının gebelik kayıplara ilişkin klinik araştırmaları artırmaları,
- Destekleyici bakımın gebelik kaybı süreci boyunca ve sonrasında da devam etmesi,
- Bu alanda çalışanların teröpatik iletişim teknikleri, psikososyal ve yas destek kurslarına ve hizmet içi eğitimlerine katılması,
- Yas destek programının ev ziyaretleri şeklinde farklı popülasyon gruplarında çalışılması,
- Benzer deneyim yaşayan çiftlerle grup terapilerinin oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abak, C. (2020). Terminasyon Endikasyonu Verilmiş Gebelerde Perinatal Yas Düzeyine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. (Yayın No. 743213). [Doktora Tezi, İstanbul Biruni Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Adolfsson, A., & Larsson, P.-G. (2010). Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 115(3), 201-209.
- Akbari, A., & Nasiri, A. (2022). A concept analysis of Watson's nursing Caritas process. *Nursing Forum*, 57(6), 1465-1471. doi: 10.1111/nuf.12771. Epub 2022 Jun 29. PMID: 35767362.
- Alvarez-Calle, M., & Chaves, C. (2023). Posttraumatic growth after perinatal loss: A systematic review. *Midwifery*, 121, 103651. doi: 10.1016/j.midw.2023.103651. Epub ahead of print. PMID: 36963142.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice Bulletin No. 204: Fetal Growth Restriction. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), e97-e109.
- American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Aydın, E., Turgal, M., Can, S., & Özyüncü, Ö. (2016). Posterior fossa anomalileri: İlişkili anomaliler ve gebeliklerin sonlanma şekilleri. *Perinatoloji Dergisi*, 24(2), 89-95.
- Balmumcu, A., & Ünsal Atan, Ş. (2020). Gebelikte Sigara İçmenin Gebelik Üzerine Etkileri. 4. Uluslararası Sağlıklı Yaşam Kongresi, 3-4 Aralık 2022, İstanbul Bildiriler (s.218). İstanbul.
- Barat, S., Yazdani, S., Faramarzi, M., Khafri, S., Darvish, M., Rad, M. N., & Asnafi, N. (2020). The effect of brief supportive psychotherapy on prevention of psychiatric morbidity in women with miscarriage: A randomized controlled trial about the first 24-hours of hospitalization. *Oman Medical Journal*, 35(3), e130.
- Berry, S. N., Marko, T., & Oneal, G. (2020). Qualitative interpretive metasynthesis of parents' experiences of perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 50, 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.10.004>
- Bildik, T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52(4), 223-9.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464.
- Cote-Arsenault, D., & Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81-92.
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Iver, D. M. (2012). Resilience in children: A comprehensive view. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(1), 3-7.
- Cowen, P., Harrison, P., & Burns, T. (2012). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

- Curley, M., & Johnston, C. (2013). The characteristics and severity of psychological distress after abortion among university students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(3), 279-93. doi: 10.1007/s11414-013-9328-0. PMID: 23576135.
- Çoban, A., Taşpınar, A., Savaş, N., Deveci, A., Uyar, N., & Baytur, N. (2016). Gebelik kaybının kadınların depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 1(3), 149-156.
- Çolak, G. V., & Hocaoglu, Ç. (2021). Kayıp ve Yas: Bir Gözden Geçirme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 56-62. DOI: 10.35365/ctjpp.21.1.07
- Daugirdaitė, V., van den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. *Journal of Pregnancy*, 2015.
- Davoudian, T., Gibbins, K., & Cirino, N. H. (2021). Perinatal Loss: The Impact on Maternal Mental Health. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 76(4), 223. doi: 10.1097/OGX.0000000000000874. PMID: 33908614.
- Faleschini, S., Aubuchon, O., Champeau, L., & Matte-Gagné, C. (2021). History of perinatal loss: A study of psychological outcomes in mothers and fathers after subsequent healthy birth. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), 338–344. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.11.016>
- Farren, J., Jalmbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., ... & Bourne, T. (2020). Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 10(2), e034216.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2nd Ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fernández-Basanta, S., Coronado, C., & Movilla-Fernández, M. J. (2020). Multicultural coping experiences of parents following perinatal loss: A meta-ethnographic synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(1), 9–21. doi: [CrossRef] [PubMed]
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. D. M. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. doi: 10.3390/ijerph18115587. PMID: 34073728; PMCID: PMC8197264.
- Fernández-Sola, C., Camacho-Ávila, M., Hernández-Padilla, J. M., Fernández-Medina, I. M., Jiménez-López, F. R., Hernández-Sánchez, E., Conesa-Ferrer, M. B., & Granero-Molina, J. (2020). Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3421. doi: 10.3390/ijerph17103421. PMID: 32422977; PMCID: PMC7277582.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camborieu, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2018). Pregnancy after perinatal loss: Association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 240-251.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29.
- Gillbert, E. S., & Harmon, J. S. (2002). Yüksek riskli gebeliğin psikolojik yönü içinde L. Taşkın (Çev. Ed.) *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık.

- Gizir, C. A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan üniversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2), 195-213.
- Gök, K., Özgül, A., Yılmaz, E., Köse, O., Bostancı, M. S., & Özden, S. (2022). Gebelik terminasyonu olgularının retrospektif analizi: 177 olgunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(1), 116-121.
- Gözüyeşil, E., Manav, A. I., Yeşilot, S. B., & Sucu, M. (2022). Türk kadınlarında perinatal kayıp sonrası yas ve ruminatif düşünce: Bir yıllık kohort çalışması. *Sao Paulo Tıp Dergisi*, 140, 188-198.
- Güçlü, O., Şenormancı, G., Tüten, A., Gök, K., ve Şenormancı, Ö. (2021). Fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonu sonrasında perinatal yas ve ilişkili faktörler: Bir yıllık izlem çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(3), 221-227.
- Gür, E. Y., Uzun Özer, B., ve Ejder Apay, S. (2022). Perinatal kayıp yaşayan kadınların yas düzeylerinin belirlenmesi: Tanımlayıcı-kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(3).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- Hamama-Raz, Y., Hemmendinger, S., & Buchbinder, E. (2010). The unifying difference: Dyadic coping with spontaneous abortion among religious Jewish couples. *Qualitative Health Research*, 20(2), 251-261.
- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Holland, J., Murph, D., & Joseph, S. (2021). Assessment of well-being in the clinic: Using the state version of the short Scale of General Well-Being as a clinical outcome measure. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 1629-1643.
- Hunter, A., Tussis, L., & MacBeth, A. (2017). The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 223, 153-164.
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., & Myers, J. (2015). Healthcare utilization in the pregnancy following a perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 40(2), 76-83.
- Hutti, M. H., Myers, J. A., Hall, L. A., Polivka, B. J., White, S., Hill, J., Grisanti, M., Hayden, J., & Kloenne, E. (2018). Predicting need for follow-up due to severe anxiety and depression symptoms after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 47(2), 125-136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.12.004>
- İşbir, G. G., & Mete, S. (2009). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Bulantı kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(2), 75-86.
- Jones, K., Robb, M., Murphy, S., & Davies, A. (2019). New understandings of fathers' experiences of grief and loss following stillbirth and neonatal death: A scoping review. *Midwifery*, 79, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102531>

- Kalaycı, Ş. (Ed.). (2005). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2007). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Williams and Wilkins.
- Karaca, P. P., & Yeşiltepe, Ü. O. (2017). Düşük yapan kadınların bakımında Swanson bakım kuramı. *Hemşirelik Araştırma ve Eğitim Dergisi*, 4(3), 223-232.
- Kaya Erdem, B., & Karakoç, E. (2020). Affective dimension of virtual reality in grief and melancholy. *Intermedia International e-Journal*, 7(12), 252-260.
- Kaya, S., Vaizoğlu, F., Uzuner, S. Z., Toru, H. S., Şimşek, M., & Kumru, S. (2020). Erken ve geç gebelik terminasyonu olgularının değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 28(2), 82-88.
- Kaydırak, M. (2018). Tıbbi terminasyon kararı alınan gebelere Roy adaptasyon modeli doğrultusunda geliştirilen destek programının etkinliği (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187-194.
- Köklü, N., Büyükoztürk, Ş., & Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal bilimler için istatistik*. Pegem A Yayıncılık.
- Köneş, M. Ö. (2018). Gebeliğin farklı dönemlerinde yaşanan perinatal kayıplarda kadınların deneyimledikleri keder düzeyi ve etkileyen faktörler (Yayın No. 508785) [Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi]. *Ulusal Tez Merkezi*.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Köneş, Ö. M., Kaydırak, M. M., Aslan, E., & Yıldız, H. (2017). Perinatal Yas Ölçeği (33 maddeli kısa sürümü): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 231-236.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2013). Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: The impact of coping strategies. *Prenatal Diagnosis*, 33(12), 1173-1182.
- Lafarge, C., Mitchell, K., & Fox, P. (2014). Termination of pregnancy for fetal abnormality: A meta-ethnography of women's experiences. *Reproductive Health Matters*, 22(44), 191-201.
- Lafarge, C. (2016). Women's experience of coping with termination of pregnancy for fetal abnormality: Coping strategies, perinatal grief and posttraumatic growth [Doctoral Thesis, University of West London].
- Lawshe, C. H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Lea-Kint, E. (2015). Women's experiences of pregnancy loss: An interpretative phenomenological analysis (Doctoral Thesis). Edith Cowan University.
- Lee, L., Ma, W., Davies, S., & Kammers, M. (2023). Toward optimal emotional care during the experience of miscarriage: An integrative review of the perspectives of women, partners, and health care providers. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 52-61.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13414>

- Loughnan, S. A., Boyle, F. M., Ellwood, D., Crocker, S., Lancaster, A., Astell, C., ... & Flenady, V. (2022). Living with Loss: Study protocol for a randomized controlled trial evaluating an internet-based perinatal bereavement program for parents following stillbirth and neonatal death. *Trials*, 23(1), 464.
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: A qualitative study. *Contraception*, 91(3), 234-239.
- Mainali, A., Infanti, J. J., Thapa, S. B., Jacobsen, G. W., & Larose, T. L. (2023). Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: A case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05318-2>
- Malkinson, R. (2009). Cognitive-behavioral grief therapy: The ABC model of rational-emotive behavior therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 27(1), 1-15.
- Maniatelli, E., Zervas, Y., Halvatsiotis, P., Tsartsara, E., Tzavara, C., Briana, D. D., & Salakos, N. (2018). Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 31(1), 47-52.
- Mårtensson, S., Hodges, E. A., Knutsson, S., Hjelm, C., Broström, A., Swanson, K. M., & Björk, M. (2021). Caring Behavior Coding Scheme based on Swanson's Theory of Caring - Development and testing among undergraduate nursing students. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1123-1133. <https://doi.org/10.1111/scs.12927>
- McKelvey, M. M. (2018). Finding meaning through Kristen Swanson's caring behaviors: A cornerstone of healing for nursing education. *Creative Nursing*, 24(2), 96-100.
- Mecdi Kaydırak, M., & Aslan, E. (2020). Gebeliğin tıbbi terminasyonu: Hemşirelik destek programı örneği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(3), 430-443.
- Mecdi Kaydırak, M., & Aslan, E. (2021). Efficacy of nursing support in the pre- and postmedical termination of pregnancy phases: A randomized study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 30222819877791.
- Miller, E. J., Temple-Smith, M. J., & Bilardi, J. E. (2019). 'There was just no-one there to acknowledge that it happened to me as well': A qualitative study of male partner's experience of miscarriage. *PLoS One*, 14(5), e0217395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217395>
- Mota, C., Sánchez, C., Carreño, J., & Gómez, M. E. (2023). Paternal experiences of perinatal loss-A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 4886. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064886>
- Mutiso, S. K., Murage, A., & Mukaindo, A. M. (2018). Factors associated with miscarriage among women attending a large public hospital in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-7.
- Najar, J. P. Á., Sanabria, M. L. V., & Pita, A. P. P. (2020). Report of the experience of living with high blood pressure in light of the Theory of Caring. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(2), 1-10.
- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2021). Men's experiences and need for targeted support after termination of pregnancy for foetal anomaly: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17-18), 2718-2731. <https://doi.org/10.1111/jocn.15786>

- Obst, K. L., Due, C., Oxlad, M., & Middleton, P. (2020). Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2677-9>
- Obst, K. L., Due, C. (2019). Australian men's experiences of support following pregnancy loss: A qualitative study. *Midwifery*, 70, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.013>
- Obst, K. L., Oxlad, M., Due, C., & Middleton, P. (2021). Factors contributing to men's grief following pregnancy loss and neonatal death: Further development of an emerging model in an Australian sample. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 29-116. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03514-6>
- Odacı, H., Kaya, F., & Kınık, Ö. (2021). Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu'nun Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (52), 97-111. <https://doi.org/10.53444/deubefd.841481>
- Omay, O., & Aydın, N. (2014). Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi. In S. Stuart & M. Robertson (Eds.), *Psikofarmakoloji Derneği Yayınları* (pp. 225-237). İstanbul: Psikofarmakoloji Derneği Yayınları.
- Oreg, A. (2020). The grief ritual of extracting and donating human milk after perinatal loss. *Social Science & Medicine*, 265, 113312. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113312>
- Öz, F. (2004). Kayıp, ölüm ve yas süreci. In *Sağlık alanında temel kavramlar* (pp. 276-318). Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret.
- Özçetin, E. (2020). Prenatal kayıp deneyiminde umudun anlamı: Nitel bir çalışma (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Özdamar, K. (1997). *Paket programlar yoluyla istatistiksel veri analizi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özdamar, K. (2004). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi* (Genişletilmiş 5. baskı). Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özkaraman, A., Özer, S., & Alparslan, G. B. (2012). Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında Roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 13-152.
- Palas Karaca, P., & Oskay, U. Y. (2017). Swanson's Theory of Caring in the Care of Miscarriage. *Journal of Education Research in Nursing*, 14(3), 228-233.
- Palas Karaca, P., & Oskay, Ü. (2020). Effect of supportive care on the psychosocial health status of women who had a miscarriage. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/ppc.12601>
- Palas, P., Kaya, Y., & Aksu, S. (2020). Kadın doğum kliniklerinde çalışan sağlık profesyonellerin perinatal kayıp ve yas ile ilgili görüşleri. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 4(7), 69-79. <https://doi.org/10.31461/ybpd.701862>
- Palmer, A. D., & Murphy-Oikonen, J. (2019). Social work intervention for women experiencing early pregnancy loss in the emergency department. *Social Work in Health Care*, 58(4), 392-411. <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1571123>

- Parker, A., Swanson, H., & Frunchak, V. (2014). Needs of labor and delivery nurses caring for women undergoing pregnancy termination. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing*, 43(4), 478-487. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12475>
- Pehlivan, F. (2021). Gebelikte kayıp yaşayan kadınlarda perinatal yas süreci ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Akdeniz Üniversitesi.
- Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik felsefesi kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul: Medikal Sağlık ve Yayıncılık.
- Pekyigit, A., Yildiz, D., Deniz, A. Ö., & Bağrıyanik, Ç. B. (2024). White tears: A phenomenological study of perinatal loss. *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 0(0), 1-19. <https://doi.org/10.1177/00302228241234381>
- Pituch, K. A., & Stevens, J. (2016). *Applied multivariate statistics for the social sciences: Analyses with SAS and IBM's SPSS*. New York: Routledge.
- Ramdaney, A., Hashmi, S. S., Monga, M., Carter, R., & Czerwinski, J. (2015). Support desired by women following termination of pregnancy for a fetal anomaly. *Journal of Genetic Counseling*, 24(6), 950-962. <https://doi.org/10.1007/s10897-015-9798-5>
- Randolph, A. L., Hruby, B. T., & Sharif, S. (2015). Counseling women who have experienced pregnancy loss: A review of the literature. *Adultspan Journal*, 14(1), 2-10. <https://doi.org/10.1002/adsp.12011>
- Ridaura, I., Penelo, E., & Raich, R. M. (2017). Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*, 29(1), 43-48. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.212>
- Rowlands, L., & Lee, C. (2010). Adjustment after miscarriage: Predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychology, Health & Medicine*, 15(1), 34-49. <https://doi.org/10.1080/13548500903455522>
- Sert, E., Erkal, Y., & Tuna Oran, N. (2014). Ebelikte Roy Adaptasyon Modeli'nin antenatal değerlendirmede kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 1147-1160.
- Sitzman, K., & Watson, J. (2018). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Sun, S., Li, J., Ma, Y., Bu, H., Luo, Q., & Yu, X. (2018). Effects of a family-support programme for pregnant women with fetal abnormalities requiring pregnancy termination: A randomized controlled trial in China. *International Journal of Nursing Practice*, 24(1), e12614. <https://doi.org/10.1111/ijn.12614>
- Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Journal of Nursing Research*, 48(6), 288-298. <https://doi.org/10.1097/00006199-199912000-00005>
- Taşçı Duran, E. (2019). *Yüksek riskli gebelikler ve yönetimi*. Ankara: Nobel.
- Tavares Da Silva, T., Gonik, B., McMillan, M., Keech, C., Dellicoure, S., Bhange, S. & Avelar, G. (2016). Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*, 34(49), 6057-6068. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.044>

- Tayyar, A., Kanber Acar, D., Turhan, U., Gedik Özköse, Z., Ekiz, A., Gezdirici, A. & Polat, İ. (2018). Fetal anomali nedeniyle ileri gebelik haftalarında yapılan terminasyonlar: 229 olgunun değerlendirilmesi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10(1), 12-17.
- Tektaş, P., & Çam, O. (2017). The effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on the mental health of pregnant women after a pregnancy loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 440-446. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.008>
- Tektaş, P. (2015). *Watson insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığına etkisi* (Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). İzmir.
- Tian, X., & Solomon, D. H. (2020). Grief and post-traumatic growth following miscarriage: The role of meaning reconstruction and partner supportive communication. *Death Studies*, 44(4), 237-247. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1600644>
- Tsai, S.-T., & Chou, F.-H. (2013). A nursing experience of applying Swanson's caring theory to a woman suffering from infective endocarditis due to drug abuse. *Tzu Chi Nursing Journal*, 12(4), 1-10. <https://doi.org/10.9604/tcjin.2013.01.04>
- Turkyilmaz, G., Atan, Y. S., Erturk, E., & Turkeyilmaz, S. (2021). Psychological reactions in women with pregnancy termination due to fetal anomaly. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 27(3), 202-206. <https://doi.org/10.21613/gorm.2021.871>
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Erişim tarihi: 15.11.2023. Retrieved from https://hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Uslu, R., & Berksun, O. (1993). Yas ve melankoli. *Kriz Dergisi*, 1(2), 98-103.
- Veneziano, L., & Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *Evaluation & the Health Professions*, 20(2), 140-149. <https://doi.org/10.1177/016327879702000203>
- Vicdan, A. K. (2010). Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(2), 106-118.
- Wojnar, D. M. (2014). Theory of caring. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed., pp. 145-164). Elsevier Health Sciences.
- Yeşilçınar, İ., Acavut, G., & Şahin, E. (2019). Perinatal kayıp yaşayan kadına yönelik Roy uyum modeline göre hazırlanan hemşirelik bakım planı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(2), 85-92. <https://doi.org/10.5505/euhfd.2019.87564>
- Yeşildere Sağlam, H., & Gürsoy, E. (2021). Swanson bakım kuramı: Hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *Eskişehir Medical Journal*, 2(2), 139-147. <https://doi.org/10.48176/esmj.2021.31>
- Yeşildere Sağlam, H. (2022). *Tıbbi terminasyon uygulanan kadınlara Swanson bakım kuramı'na göre geliştirilen mobil destekli eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi* (Doktora tezi, Osmangazi Üniversitesi). Eskişehir.

Yılmaz, S. D. (2010). *Perinatal kayıp deneyiminin sonraki gebelik üzerine etkileri* (Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). İstanbul.

Zara, A. (2011). Kayıplar, yas tepkileri ve yas süreci. *Yaşadıkça*, 73, 90.



EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu katılacağınız çalışma yüksek lisans tez çalışması amacıyla yapılan bir bilimsel araştırmadır. Araştırmanın adı Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Verilen Swanson Bakıma Göre Temellendirilmiş Ebelik Bakımının Yas ve Genel İyi Oluş Düzeyine Etkisi'dir.

Bu araştırma gebelik kayıplarından sonra klinikte uygulanan bakım prosedürlerine ek size ve eşinize ebelik bakım ve danışmanlığının verilmesinin gebelik kaybından sonraki anksiyete, hüznün ve kaygınızı nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada size 4 adet veri toplama formu üzerinden sorular sorulacak ve eşiniz ve size 30-60 dakikalık danışmanlık yapılacaktır. Daha sonra son test olarak danışmanlık öncesi yapılan testler tekrarlanacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Bu araştırma ile gebelik kaybınızın siz ve eşiniz üzerinde yaratmış olacağı olumsuz psikososyal durum, perinatal yas süreci ve genel iyi oluşunuzu olumlu yönde etkilemek planlanmaktadır. Çalışmaya katılarak genel iyi oluş düzeyinizi artırabilirsiniz. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince siz ve eşinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler

Ek 2. Kadın Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız:

Görüşme Tarihi:

Protokol No:

İletişim Numarası:

A. Sosyo-Demografik Bilgiler

1. **Yaşınız:**
2. **Eğitim Durumunuz:** (1) Okur-yazar (2) İlkokul mezun (3) Ortaokul mezunu
(4) Lise mezunu (5) Üniversite mezunu (6) Lisansüstü mezunu
3. **Ailenizin Gelir Durumu:** (1) Gelir giderden fazla (2) Gelir gidere eşit (3) Gelir giderden az
4. **Çalışma Durumunuz:** (1) Çalışıyorum (Mesleği.....)(2) Çalışmıyorum
5. **Sigara içme durumu:** (1) İçiyor (.....gün /adet) (2) İçmiyor (3) Bırakmış
6. **Boy:**
7. **Kilo:**

B. Obstetrik Bilgiler

8. **İlk gebelik yaşıınız:**
9. **Kaç defa gebe kaldınız?** (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ve üzeri
10. **Yaşayan çocuk sayısı:**
11. **Daha önce dış gebeliğiniz oldu mu?** (1) Evet (Sayısını yazınız)..... (2) Hayır
12. **Hiç düşük yaptınız mı?** (1) Evet (Sayısını yazınız)..... (2) Hayır
13. **Hiç küretaj oldunuz mu?** (1) Evet (Sayısını yazınız)..... (2) Hayır
14. **Gebelik takiplerinizi düzenli yaptırdınız mı?** (1) Evet (2)Hayır
15. **Gebeliği isteme durumunuz:** (1) Evet (2)Hayır
16. **15. Soruya cevabınız hayır ise nedenleri nelerdir?**
 - (1)İstemsiz gebelik
 - (2)Ailevi nedenler
 - (3)Eşimin istememe durumu
 - (4)Diğer.....
17. **En son gebelik ile şu andaki gebelik arasında geçen süre:**

C. Son Gebelik Durumu ve Tanılama

18. **Daha önce bir yakınınızı kaybettiniz mi?** (1) Evet (2)Hayır

19. 18.soruya cevabınız evet ise yakınlık dereceniz:

Yaşadığınız kayba yönelik tepkiniz neler oldu? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

(1) Ağladım (2) Şok oldum (3) Öfkelendim (4) Suçluluk hissettim (5) Diğer.....

20. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizde ne hissettiniz?

(1) Üzüldüm. (2) Hiçbir şey hissetmedim (3) Sevindim

21. Gebelik kaybınıza eşinizin tepkisi ne oldu?

(1) Üzüldü (2) Ne hissettiğini bilmiyorum (3) Mutlu oldu

22. Gebeliğinizin olumsuz sonuçlanmasının nedeni ne olabilir?

(1) Hiçbir fikrim yok (2) Hormonlar (3) Kalıtsal Faktörler (4) Stres (5) Diğer.....

23. Gebeliğinizin olumsuz sonuçlanması size ne hissettirdi?

(1) Üzüldüm (2) Çok üzüldüm (3) Hiçbir şey hissetmiyorum.

24. Gebelik kaybınız sosyal yaşantınızı etkiler mi? (1) Evet (2) Hayır

25. Gebelik kaybınız eş/partnerinizle olan ilişkinizi etkiler mi? (1) Evet (2) Hayır

26. Hüzünlendiğinizde/stres yaşadığınızda/sinirlendiğinizde eş/partneriniz destek oluyor mu?

(1) Evet (2) Hayır

27. Başka bir gebelik planınız var mı? (1) Evet (2) Hayır

28. Bir daha gebe kalmak size ne hissettirir? (1) Çok sevinirim (2) Bebeğimi kaybedeceğimi düşünürüm. (3) Bilmiyorum. (4) Üzülürüm.

29. Şuan ne tür korkular yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

(1) Bir sonraki gebeliğimde aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum

(2) Eşim ve sosyal çevrem ile sorun yaşamaktan korkuyorum

(3) Kendi sağlığım için endişeleniyorum

(4) Bir daha çocuğum olmayacağından korkuyorum

(5) Korkmuyorum

(6) Diğer....

30. Kayıpla nasıl başa çıkarsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

(1) Sigara/alkol/madde kullanırım

(2) Dua ederim

(3) Uyurum

(4) Hiçbir şey olmamış gibi davranırım

(5) Eş/arkadaş/ailemden destek alır,onlarla dertleşirim.

31. Kayıp sonrası eşiniz ve sosyal çevrenizden beklentileriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- (1) Benimle öncekinden daha fazla vakit geçirmeleri
- (2) Ev, çocuk, kendi bakımım vb. konularda yardımcı olmaları
- (3) Beni yalnız bırakmaları
- (4) Benimle sosyal aktivitelerde bulunmaları
- (5)Diğer....

32. Kayıp sonrası sağlık kuruluşu ve sağlık personellerinden beklentileriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- (1) Bana fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmaları
- (2) Eşimin yanımda olmasını sağlamaları
- (3) Beni yalnız bırakmaları
- (4) Mahremiyetimi sağlamaları
- (5) Diğer....

Ek 3. Erkek Tanıtıcı Bilgi Formu

Adınız Soyadınız: **Görüşme Tarihi:**

Eş Protokol No:

İletişim Numarası:

A. Sosyo-Demografik Bilgiler

- 1. Yaşınız:**
- 2. Eğitim Durumunuz:** (1) Okur-yazar (2) İlkokul mezun (3) Ortaokul mezunu
(4) Lise mezunu (5) Üniversite mezunu (6) Lisansüstü mezunu
- 3. Ailenizin Gelir Durumu:** (1) Gelir giderden fazla (2) Gelir gidere eşit (3) Gelir
giderden az
- 4. Çalışma Durumunuz:** (1) Çalışıyorum (Mesleği.....) (2) Çalışmıyorum
- 5. Sigara içme durumu:** (1) İçiyor (.....gün /adet) (2) İçmiyor (3) Bırakmış
- 6. Boy:**
- 7. Kilo:**

B. Tanılama

- 8. Daha önce bir yakınınızı kaybettiniz mi?** (1) Evet (2)Hayır
- 9. 18.soruya cevabınız evet ise yakınlık dereceniz:**
- 10. Yaşadığınız kayba yönelik tepkiniz neler oldu?**
(1) Ağladım (2)Şok oldum (3)Öfkelendim (4)Suçluluk hissettim (5)Diğer.....
- 11. Eşinizin gebe olduğunu öğrendiğinizde ne hissettiniz?**
(1) Üzüldüm. (2) Hiçbir şey hissetmedim (3) Sevindim
- 12. Eşinizin gebelik kaybına tepkisi ne oldu?**
(1) Üzüldü (2) Ne hissettiğini bilmiyorum (3) Mutlu oldu
- 13. Eşinizin gebeliğinin olumsuz sonuçlanmasının nedeni ne olabilir?**
(1) Hiçbir fikrim yok (2) Eşimden kaynaklanıyor (3) Benim yüzümden (4) Stres (5)
Diğer.....
- 14. Eşinizin gebelik durumunun olumsuz sonuçlanması size ne hissettirdi?**
(1) Üzüldüm (2) Çok üzüldüm (3) Hiçbir şey hissetmiyorum.
- 15. Eşinizin gebelik kaybı sosyal yaşantınızı etkiler mi?** (1) Evet (2) Hayır
- 16. Bir eş olarak yas sürecinde eşinizin yanında olmalı mısınız?** (1) Evet (2) Hayır
- 17. Gebelik kaybınız eş/partnerizle olan ilişkinizi etkiler mi?** (1) Evet (2) Hayır

18. Eşiniz kayıp sebebiyle hüzünlendiğinde ona destek olur musunuz? (1) Evet (2) Hayır

19. 18. Soruya cevabınız evet ise nasıl destek olursunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- (1) Onunla vakit geçiririm
- (2) Sosyal çevremizden destek almasını sağlarım
- (3) Mutlu olması için elimden geleni yaparım
- (4) Ne yapacağımı bilmiyorum
- (5) Yalnız bırakarak süreci atlattırmasını sağlarım
- (6) Diğer....

20. Hüzünlendiğinizde/stres yaşadığınızda/sinirlendiğinizde eş/partneriniz destek oluyor mu?

- (1) Evet
- (2) Hayır

21. Başka bir gebelik planınız var mı? (1) Evet (2) Hayır

22. Şuan ne tür korkular yaşıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- (1) Eşimin bir sonraki gebeliğinde de aynı şeyleri yaşamaktan korkuyorum
- (2) Eşim ve sosyal çevrem ile sorun yaşamaktan korkuyorum
- (3) Eşimin sağlığı için endişeleniyorum
- (4) Bir daha çocuğumuzun olmayacağından korkuyorum
- (5) Korkmuyorum
- (6) Diğer....

23. Kayıpla nasıl başa çıkarsınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- (1) Sigara/alkol/madde kullanırım
- (2) Dua ederim
- (3) Uyurum
- (4) Hiçbir şey olmamış gibi davranırım
- (5) Eş/arkadaş/ailemden destek alırım,onlarla dertleşirim.

24. Kayıp sonrası eşiniz ve sosyal çevrenizden beklentileriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

- 1) Benimle öncekinden daha fazla vakit geçirmeleri
- (2) Beni yalnız bırakmaları
- (3) Beklentim yok

(4) Benimle sosyal aktivitelerde bulunmaları

(5)Diğer...

25. Kayıp sonrası sağlık kuruluğu ve sağık personellerinden beklentileriniz nelerdir?

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

(1) Bana ve eşime fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan destek olmaları

(2) Eşimin sağılığına kavuşmasını sağılamaları

(3) Eşimin mahremiyetini sağılamaları

(4) Eşimin yanında olmamı sağılamaları

(5) Diğer.....



Ek 4. Genel İyi Oluş Ölçeği Kısa Formu (GIOÖ)

	Hiç doğru değil (1)	Doğru değil (2)	Kısmen doğru (3)	Doğru (4)	Her zaman doğru (5)
1.Kendimi mutlu hissederim.					
2. Kendimi enerjik hissederim.					
3. Kendimi rahat hissederim.					
4. Kendimi iyimser hissederim.					
5. Aktivitelerimde yaptığım şeylere tüm dikkatimi veririm.					
6. Hislerimi önemserim.					
7. Kendimle ilgili birçok özelliğimi kabullenirim.					
8. Kendimi mükemmel hissederim.					
9. Yaptığım işlerde oldukça yeterliyim.					
10. Kendimi sürekli geliştirdiğimi hissederim.					
11. Yaşamımda her zaman bir amacım vardır.					
12. Yaptığım her şey değerlidir.					
13. Yaptığım şeyler yapmam gerektiğine inandığım şeylerle tutarlıdır.					
14. Etrafımdaki insanlara yakınlık hissederim.					

Ek 5. Perinatal Yas Ölçeği (33 – Maddeli Kısa Versiyon)

Aşağıdaki maddelerin her biri sizin gibi bebeği ile ilgili kayıp yaşayan kişilerin ifade ettikleri duygu ve düşüncelerdir. Aşağıdaki ifadeleri yanıtlarken kaybettiğiniz bebeğiniz hakkında sizin yaşadığınız mevcut duygu ve düşüncelerinizi düşünün. Her ifadeyi okuyarak hangi yanıtın sizin duygularınızı en iyi şekilde tanımladığına karar verin. Daha sonra her ifadeye uygun olan seçeneği işaretleyin.					
	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Depresif hissediyorum.					
2. Bazı insanlarla anlaşmakta zorlanıyorum.					
3. İçimde bir boşluk hissediyorum.					
4. Normal aktivitelerimi devam ettiremiyorum.					
5. Bebeğim hakkında konuşmaya ihtiyacım var.					
6. Bebeğim için yas tutuyorum.					
7. Korkuyorum.					
8. Kaybımdan beri intiharı düşünüyorum.					
9. Ruhsal problemlerim için ilaç kullanıyorum.					
10. Bebeğimi çok özledim.					
11. Kayıptan sonraki hayatıma iyi uyum sağladığımı düşünüyorum.					
12. Bebeğimi düşündükçe üzülüyorum.					

13.Bebeğimi düşündüğüm zaman ağlıyorum.					
14.Bebeğimi düşündükçe kendimi suçlu hissediyorum.					
15.Bebeğimi düşündükçe fiziksel olarak kendimi hasta hissediyorum.					
16.Bebeğim öldüğünden beri kendimi tehlikeli bir dünyada korunmasız hissediyorum.					
17.Gülmeye çalışıyorum ama artık hiçbir şey komik gelmiyor.					
18.Bebeğim öldüğünden beri zaman geçmek bilmiyor.					
19.Bebeğim ile birlikte benim de en iyi parçam öldü.					
20. Bebeğim öldüğünden beri insanları hayal kırıklığına uğrattıyorum.					
21.Bebeğim öldüğünden beri kendimi değersiz hissediyorum.					
22. Bebeğimin ölümü için kendimi suçluyorum.					
23.Arkadaş ve akrabalarımın gereğinden fazla çatışıyorum.					

24.Hayatımı tekrar düzene sokmak için, bazen profesyonel bir yardıma ihtiyacım olduğunu hissediyorum.					
25. Bebeğim öldüğünden beri gerçekten yaşamıyor, sadece varmışım gibi hissediyorum.					
26.Bebeğim öldüğünden beri kendimi aşırı yalnız hissediyorum.					
27.Arkadaşlarımı n arasında bile kendimi bir şekilde uzak ve ortamdan kopmuş hissediyorum.					
28.Sevmemek daha güvenli.					
29.Bebeğim öldüğünden beri karar vermekte zorlanıyorum.					
30.Geleceğimin nasıl olacağı konusunda endişeleniyorum.					
31.Bebeğini kaybetmiş birer ebeveyn olmak, “ikinci sınıf vatandaş” olmak anlamına gelir.					
32.Hayatta olmak harika hissettiriyor.					

**Ek 6. Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Ebelik Bakımı ve Danışmanlığı
Uygulayıcı Kılavuzu**

***Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlere Ebelik Bakımı ve
Danışmanlığı Uygulayıcı Kılavuzu***



Hazırlayanlar:

Ebe Betül ALTAY

Dr. Öğr. Üyesi Ayça DEMİR YILDIRIM

İSTANBUL

2023