



T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA YAS SÜRECİNİN
ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI İLE BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ESRANUR ÇEVİK YILDIZ
0000-0003-2450-7642

EBELİK BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SIVAS
EYLÜL-2023

T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA YAS SÜRECİNİN
ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI İLE BAŞA ÇIKMA
STRATEJİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ESRANUR ÇEVİK YILDIZ

EBELİK BÖLÜMÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ŞÜKRAN ERTEKİN PINAR

SIVAS-2023

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

GEBELİK KAYBI YAŞAYAN KADINLARDA YAS SÜRECİNİN ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI İLE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Esranur ÇEVİK YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Doç. Dr. Şükran ERTEKİN PINAR

2023, 61 sayfa

Ölü doğum, düşük yapma veya yeni doğan ölümü nedeniyle bir bebeğin kaybı travmatik yaşam olayı olarak kabul edilmektedir. Araştırma, gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas sürecinin öfke ve öfke ifade tarzları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı türdeki araştırmanın örneklemini 01 Haziran 2022-30 Mayıs 2023 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne yatışı yapılan, araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan 260 kadın oluşturmuştur. Gebelik kaybı yaşayan kadınlar ile Gebe ve Jinekoloji Servisi'nde kayıp sonrası 24 saat içerisinde birinci görüşme, bir ay sonra da Kadın Doğum Polikliniği'nde ikinci görüşme yapılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ile toplanmıştır. Gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm) toplam puan, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyutlarından sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği alt boyutlarından problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıptan bir ay sonra genel olarak prenatal yas düzeyleri, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ve stresle başa çıkma stratejilerinde azalma olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik kaybı, yas süreci, öfke ve öfke ifade tarzları, başa çıkma stratejileri, ebelik.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ANGER AND COPING ANGER EXPRESSION STYLES OF THE MOURNING PROCESS IN WOMEN WITH A LOSS OF PREGNANCY

Esranur ÇEVİK YILDIZ

Master of Science Thesis, Department of Midwifery

Assoc. Prof. Dr. Sukran ERTEKIN PINAR

2023, 61 page

The loss of a baby due to stillbirth, miscarriage or newborn death is considered as a traumatic life event. The research is planned to examine the relationship between anger and anger expression styles of the grieving process and coping strategies of women who experienced pregnancy loss. The samples of the descriptive study consisted of 260 women who were admitted to Sivas Numune Hospital Pregnancy and Gynecology Service between 01 June 2022 and 30 May 2023 and met the criteria for inclusion in the study. The first interview was held with the women who experienced pregnancy loss within 24 hours after the loss in the Pregnancy and Gynecology Service, and the second interview was held in the Obstetrics and Gynecology Clinic one month later. Data were collected via Personal Information Form, Perinatal Grief Scale (Short Version), Trait Anger and Anger Expression Style Scale, and Strategies for Coping with Stress Scale. A statistically significant difference was found between the mean scores of Perinatal Grief Scale (Short Version), Trait Anger and Anger Expression Style Scale sub-dimensions trait anger, anger inside, anger out, and anger control in women who experienced pregnancy loss at the first and second follow-up ($p<0.05$). Additionally, a statistically significant difference was found between the mean scores of problem solving, seeking social support and avoidance, which are sub-dimensions of the Strategies for Coping with Stress Scale ($p<0.05$). One month later, there was a general decrease in prenatal grief levels, trait anger and anger expression styles, and strategies for coping with stress in women with the loss of pregnancy.

Key Words: Pregnancy loss, grief process, anger and anger expression styles, coping strategies, midwifery.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	iv
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	iv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik	4
2.2. Gebelik Kaybı	5
2.2.1. Gebelik Kayıplarına Neden Olan Faktörler	6
2.2.2. Gebelik Kaybı Sonrası Verilen Tepkiler	7
2.3. Yas Kavramı.....	8
2.3.1. Yas Tutma Süreci	8
2.3.2. Gebelik Kaybında Yas Tutma Süreci.....	11
2.3.3. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler	12
2. 4. Öfke ve Öfke İfade Tarzları	12
2.5. Başa Çıkma Stratejileri	14
2.6. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Yas Süreci, Öfke ve Öfke İfadesinde Ebelik Yaklaşımları	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	19
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	19
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	19
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	19
3.5. Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)	20
3.5.2. Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm) (PYÖ) (Ek 2)	20
3.5.3. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ) (Ek 3)	20
3.5.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BÇSÖ) (Ek 4)	21
3.6. Ön Uygulama	21
3.7. Araştırmanın Uygulanması	22
3.8. İstatistiksel Yöntem	22
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	23
4. BULGULAR	24
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	38
6.1. Sonuçlar	38
6.2. Öneriler	38
7. KAYNAKLAR	40

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	24
Tablo 2: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 3: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Öfke ile İlgili Kendini Değerlendirmelerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Stres ve Problemlerle Başa Çıkma Durumlarının Dağılımı	29
Tablo 5: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Prenatal Yas Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 6: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 7: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 8: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Prenatal Yas Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	33

KISALTMALAR DİZİNİ

- BÇSÖ** : Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
NICHD : National Institute of Child Health and Human Development (Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişme Enstitüsü)
PYÖ : Prenatal Yas Ölçeği
SÖÖİTÖ : Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
TDK : Türk Dil Kurumu
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO : World Health Organization

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bazen komplikasyonların da gelişebildiği önemli bir süreçtir (Ayvaz ve ark., 2006; Ketten ve ark., 2015). Gebelikteki en önemli komplikasyonlardan biri de bebeğin kaybıdır (Engelhard ve ark., 2006; Sayın, 2020). Dünya geneline bakıldığında yaklaşık dört gebelikten biri düşükle sonuçlanmakta, yılda 2.6 milyon bebek ölü doğmaktadır (Côté-Arsenault ve Donato, 2011; Obst ve ark., 2020). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre kendiliğinden düşük oranı %22 olup, perinatal ölüm hızı %11 olarak bildirilmiştir (TNSA, 2018).

Gebelik kaybı hangi zaman diliminde yaşanırsa yaşansın kadını, aileyi ve toplumu etkileyen bir kayıp olgusudur (Fockler ve ark., 2017). Ölü doğum, düşük veya yenidoğan ölümü nedeniyle bir bebeğin kaybı travmatik olarak kabul edilmektedir (Köneş ve ark., 2017). Yaşanılan kayıplarla birlikte bireyde yas duygusu gelişir. Yas gebelerin strese daha fazla maruz kalmalarına neden olan bir durumdur (Madazlı, 2005; Yörük ve ark., 2016). Gebelik kaybı için kültürel olarak kabul edilen yas ritüellerinin olmaması kadınların yas sürecinde kendilerini ihmal etmiş hissetmelerine neden olabilmektedir. Yaşanan kayıp, yas tutma veya çözülme süreci, diğer bireyler veya aileler tarafından fark edilmediği ve önemsenmediği için daha zor olmaktadır (Gerber-Epstein ve ark., 2008; Markin, 2017; Watson ve ark., 2019). Bu nedenle gebelik kaybı yaşayan kadınlar farklı duygusal değişimler yaşayabilmektedir.

Kadınlar kayıp sonrası stres, suçluluk, keder, endişe ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilmekte, ayrıca öfke duygusu da yaşayabilmektedir (Fockler ve ark., 2017). Bebeğini kaybeden annenin öfkesi bebeğe, eşe, hemşire ve ebeye, doktora ya da Tanrıya yönlenebilir. Ancak öfkenin uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, kadının destek sisteminde çok önemli yeri olan kişilerin kendisinden uzaklaşmasına neden olabilir. Öfke bastırılırsa depresyon, aşırı duygusal tepkiler ve strese bağlı hastalıklar görülebilir (Akyol, 2010). Ebeveynlerin gebelik kaybına verdikleri tepkiler din, kültür, ırk ve destek mekanizmaları gibi durumlara bağlı olarak farklılık göstermesine rağmen yaşanan kayba adaptasyon oldukça zor olmaktadır

(Yılmaz ve Yılmaz, 2014). Bu durumda bireylerin yaşanan olaylara yönelik gösterdiği başa çıkma stratejileri önem kazanmaktadır.

Kayıpla baş edebilmede aile bireylerinin varlığı ve kadının gereksinimlerinin karşılanması baş etme sürecinin etkili olmasını sağlamaktadır. Bu sürecin krize dönüşüp dönüşmemesi kadınların sorunu veya olayı kavramasına, yaşama ilişkin bakış açısına, sorunlarla baş etme becerisine ve destek sistemlerini kullanabilmelerine bağlıdır (Akan, 2006). Literatürde önceki gebelik kaybının kadınlarda sosyal izolasyon, olumsuz duygu durumu ve ağrı duygusuna odaklanma gibi davranışlara ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu bildirilmektedir (Ayçiçek, 2019).

Gebelik kaybı ile ilgili anne bebek ölüm oranları, sağlık ile ilgili gelişme düzeyini gösterdiğinden ülkemizde ve dünyada bu oranların azaltılması önemlidir (Taşkın, 2011). Anne ve bebeğe yönelik sağlık hizmetleri, bu hizmetlere ulaşılabilirlik ve hizmetlerin etkili kullanımı neonatal mortalitenin azalmasında önemli bir faktördür (Demirel ve ark., 2013). Bu nedenle gebelik öncesi ve gebelik döneminde kadınlara bakım veren önemli sağlık profesyonellerinden biri olan ebelerin yaklaşımları büyük önem taşımaktadır. Gebelik kaybı yaşayan kadınlar yas sürecinde öfke duygusu yaşayabilir, sorunlarla başa çıkma yetenekleri zayıflar ve başa çıkmada zorluk yaşayabilirler (Taşkın, 2011). Ebeler, gebelik kaybı sonucu kadınlarda yaşanabilecek ruhsal sorunların farkında olmalı, bireylerin başa çıkma yeteneklerini desteklemelidir (Kavanaugh ve Hershberger, 2005). Bu nedenle kayıp yaşayan bireylerin gösterdiği öfke duygularının ve başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi kadının ve sonraki gebeliklerde fetüsün fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından önemlidir. Ayrıca Türk kültüründe prenatal kayıplar bazen gerçek bir kayıp olgusu gibi algılanmayabilmekte, sonrasında kadınlar yalnızlık duygusu yaşayabilmekte ve kısa süre sonra tekrar gebe kalabilmektedir. Bu nedenle ebeler gebelik kaybı yaşayan kadınların riskli gebelik yaşamalarını önlemek için yaşanan kayıp sonrası daha sık izlemlerini yapmalıdırlar. Literatürde gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas sürecini (Bulut, 2018; Gür ve ark., 2022; Kavanaugh ve Hershberger, 2005; Keten ve ark., 2015; Köneş ve ark., 2017; Köneş, 2018) araştıran çalışmalar yer almakta olup, doğrudan öfke duygusunu ve başa çıkma stratejilerini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır. Ayrıca çalışmadan elde edilecek bulguların literatüre katkı sağlayacağı da düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas sürecinin öfke ve öfke ifade tarzları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik; belirli bir fizyolojik erişkinliğe ulaşmış her kadının yaşayabileceği ve kadın yaşamında çeşitli değişimlere (sosyal, fizyolojik ve psikolojik) neden olan bir süreçtir. Kadınların gebelik algısı; bireyin yaşı, kişisel deneyimleri, isteyerek gebe kalması, gebeliğe hazır olma, gebelik sürecinden beklentileri, hayalleri, ruhsal yapısı, sosyo-ekonomik ve kültürel birikimleri, yaşanan toplumun gebeliğe bakış açısı ve gebelikte yaşanan sorunlar gibi değişkenlerle birlikte farklılık göstermektedir (Arslan ve ark., 2019; Babacan Gümüş ve ark., 2011). Literatürde gebelik algısı pozitif olan bireylerin psikolojik rahatsızlıklardan daha az etkilendiği bildirilmektedir. Ancak gebeliğin plansız olması ve ileri yaş gibi durumlarda gebelik algısı olumsuz yönde etkilenmektedir (Abımbola, 2012).

Gebelikte yalnızca fizyolojik değişimler değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal değişimler de yaşanmaktadır. Bu süreçlerin birbiri ile uyumu anne adayının sağlığı için ve gebeliğin normal seyrinde ilerlemesi için çok önemlidir (Ayvaz ve ark., 2006). Gebelik döneminde meydana gelen fizyolojik ve sosyal değişimlerle birlikte bazı kriz dönemleri de gerçekleşebilmektedir. Gebelik kaybı, anneyi ve diğer aile üyelerini etkileyen biyo-psiko-sosyal boyutu olan bir yaşam krizidir (Yörük ve ark., 2016). Bu kritik dönemde meydana gelen değişimlere uyum sağlamak ve kriz sürecini en az problemle geçirmek anne ve bebeğin gebelik sonrası hayatı için önem arz etmektedir (Sayın, 2020).

Sağlıklı bir gebelik, gebelik öncesinde ve gebelik sürecinde komplikasyonların bulunmaması, ciddi derecede kadına özgü bir hastalığın olmaması aynı zamanda yeterli fetal büyümenin gerçekleşmesiyle mümkün olmaktadır (Yates, 2010). Bununla birlikte perinatal morbidite ve mortaliteyi arttıran gebelikler ise riskli gebelikler olarak nitelendirilmektedir (TNSA, 2018). Gebelikte risk “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli” olmak üzere gruplara ayrılmaktadır. Öncelikle bütün anne adayları düşük riskli gebe olarak incelenmektedir. TNSA (2018) verilerine göre riskli gebeliğin anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkilerinin hala yaygın olduğu belirtilmektedir. Son beş yılda

doğum yapan kadınların %27'si tekli yüksek risk diliminde bulunurken, %9'u ise çoklu yüksek risk diliminde bulunmaktadır (TNSA, 2018). "Risk" kelime olarak Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından "zarara uğrama tehlikesi" şeklinde tanımlanmaktadır Gebelik sürecinde görülen riskler hem gebeliğin sonucunu hem de anne ve fetüsün sağlığını etkileyebilmektedir (Taşkın, 2016). Gebelikte gerçekleşmesi muhtemel en önemli riskli durumlardan biri de gebeliğin kaybıdır (Engelhard ve ark., 2006).

2.2. Gebelik Kaybı

Kayıp kavramı; kişinin kendisi için önem ifade eden nesnelere, eşyaların, akraba ve arkadaşların, işlevlerin vb. kendisinden uzak kalması ya da yitilmesi olarak ifade edilmektedir. Bütün kayıp türlerinden en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölümdür (Yörük ve ark., 2016). Gebelik kaybı; embriyo, fetüs veya yenidoğanın döllenme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin herhangi birinde gerçekleştiği belirtmektedir. Fetal ölüm ise konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce meydana gelen ölüm şeklidir (Jatlaoui ve ark., 2017). Gebelik kayıplarını açıklarken literatürde gebeliğin sonlandırılması, gebeliğin tıbbi terminasyonu, tıbbi tahliye, medikal abortus, terapötik abortus gibi tanımların kullanıldığı görülmektedir (Büyükkurt, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi abortusu 20. gebelik haftasından küçük gebeliğin sonlanması veya gebelik haftasına dair bir bilgi bilinmiyor ise 500 gramdan küçük bir fetüsün doğumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1995). En yaygın görülen gebelik kayıpları şunlardır;

Spontan Abortus: Gebeliğin genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanmasıdır. Oluşan fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmemiştir. Abortus sonrası kadının yaşayabileceği sorunlar gebelik haftası ile ilgili olarak değişiklik göstermektedir. Erken gebelik haftalarında yaşanan abortuslarda kadın çok az rahatsızlık hissedebilir, bazen o anda durumun farkına bile varmayabilir. Bazen de bebeğin düşmesi sırasında çok şiddetli ağrı ve kanama yaşanabilir (Gillbert ve Harmon, 2002).

Ölü Doğum: Bebeğin anne rahminde doğumdan önce ölmesidir ve iki şekilde gerçekleşir. İlkinde bebeğin anne rahminde ölmüş olduğu doğumdan günler veya

haftalar önce saptanabilir. İkincisinde ise kadın bebeğin ölmüş olduğunu doğum esnasında öğrenebilir (Özgünen, 2007).

Neonatal Ölüm: Bebeğin doğumundan itibaren bir ay içerisinde olan sürede ölmesidir. Genellikle bebek gelişimsel bir defekt, hastalık ya da prematürite sebebiyle kaybedilir (Ayçiçek, 2019).

Bebek Ölümü: Bebeğin bir yaşına kadar olan ölümüne denir. Bebek ölümü genellikle hastalık, kaza veya ani bebek ölümü sendromu ile meydana gelir (Ayçiçek, 2019).

Ani Bebek Ölümü: Bir yaş altı sağlıklı bir bebeğin ani ve açıklanamayan bir biçimde genellikle uyku esnasında ölümünün gerçekleşmesidir. Bu yaştaki bebeklerin başlıca ölüm nedeni olan bu sendrom ne önlenebilmekte ne de tahmin edilebilmektedir. Sağlıklı olan bebeğin beklenmedik bir şekilde gerçekleşen ölümüne aileler hazırlıksız yakalanmakta ve şoka girmektedir (NICHD, 2009).

2.2.1. Gebelik Kayıplarına Neden Olan Faktörler

Gebelikte mortalite ve morbiditeyi etkileyen risk faktörleri; sosyal faktörler, annenin özgeçmiş, daha önce yaşadığı gebelik öyküsü, şimdiki gebelik sorunları, doğuma ve yenidoğana ait faktörlerdir (Demir ve ark., 2001; WHO, 2013). Annenin öğrenim düzeyi, sosyo-ekonomik koşullar ve ailenin gelir düzeyi, yaşanılan çevre koşulları gelişmekte olan ülkelerde ölüm riskini artıran önemli faktörlerdir (Demir ve ark., 2001). Bunlara ek olarak gebelik kaybına neden olan faktörler aşağıda açıklanmıştır.

Yaş: Kadının 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük olması bebek ve kadın için riskli bir durumdur. Bu durumlarda gebelik yaşına göre küçük bebek doğumu, ölü doğum daha fazla görülür ve ilk gebeliklerde risk daha fazladır. Kromozom anomalilerinin bu grupta daha sık görüldüğü ve 20 yaşından küçük annelerde ise bebek ölüm riskinin birinci ayda yaklaşık %88'den daha fazla olduğu bildirilmiştir (Topçuoğlu ve ark., 2014).

Madde bağımlılığı: Gebelikte sigara kullanımı, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenebilir önemli bir risk faktörüdür. Sigara kullanımı ektopik gebelik abortus, plasenta previa, dekolman plasenta, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum riskini arttırmaktadır (Abide ve ark., 2018).

Sosyo-ekonomik durum: Literatürde olumsuz yaşam koşulları, bilgisizlik, yoksulluk gibi ailenin sosyo-ekonomik durumunun kötü olmasına neden olan faktörler ile erken doğum ve intrauterin büyüme geriliği arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Vançelik ve ark., 2012).

Akraba evliliği: Genetik geçişli hastalıklar bebek ölümlerinin artmasına neden olmaktadır (Pirinçci ve ark., 2010). Bodur ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada akraba evliliğinin ve aşırı doğurganlığın azaltılması sonucu bebek ölümlerinin de azalabileceği sonucuna varılmıştır (Bodur ve ark., 2009). TNSA (2018) verilerine göre, 20-24 yaşlarındaki evlenmiş kadınların %24'ü, eşleriyle akraba olduklarını bildirmişlerdir. Buna göre Türkiye'de her dört evlilikten biri akraba evliliğidir. Akraba evliliği yapanların oranı kırsal ve kentsel bölgelerde farklılık göstermektedir (TNSA 2018).

2.2.2. Gebelik Kaybı Sonrası Verilen Tepkiler

İnsanın bilebildiği tek mutlak gerçek olan ölüm karşısında değişik savunma mekanizmaları geliştirilir (Ayçiçek, 2019). Yas tutma sürecinde şu temel öğeleri her zaman göz önünde bulundurmak gerekir;

- Her kayıp, bireyde kaçınılmaz bir elem ve acı süreci başlatır,
- Her kayıp, geçmiş kayıpları tazeler,
- Her kayıp, eğer düzgün bir biçimde yaşanırsa psikolojik büyüme ve yenilenme için bir araç olabilir (Yörük ve ark., 2016).

Gebelik kaybı yaşayan çift açısından bakıldığında ailenin yas tutma süreci karşımıza çıkar (Zara, 2011). Bebek bekleyen veya yeni ebeveyn olmuş bireyler bebeklerinin yaşamı ile ilgili bir çok plan yapar ve hayal kurarlar. Bu süreçte bebeğin düşük, ölü doğum, neonatal ölüm veya bebek ölümü yoluyla kaybına aileler uyum gösterme esnasında büyük sorunlar yaşayabilmektedir. Bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdır (Yılmaz, 2010). Kadınlar kaybettiikleri bebeğe özlem duyar, bedenlerine olan güveni, hayallerini ve umutlarını kaybederler (Chaloumsuk, 2013; Gerber-Epstein ve ark., 2008). Bu bireylerde obsesif-kompulsif semptomlarda artış ve intihar düşünceleri görülebilir (Markin, 2017).

Gebelik kaybı yaşayan ebeveynler sıklıkla bu durumu inkâr eder ve yaşamın anlamını yitirdiğini, böyle bir kaybın niye kendilerini ve bebeklerini bulduğunu düşünürler. Kayıp yaşayan ebeveynler bu olumsuz duygularla başa çıkmaya çalışırken ailelerinden ve arkadaşlarından yeterli desteği alamamaktadırlar (Kübler-Ross, 2010). Bebeğin kaybindan sonra ebeveynlerin bu duruma uyumu diğer kayıplara göre daha zor olmaktadır. Özellikle düşük, ölü doğum, neonatal ölüm ve bebek ölümü gibi ölümün beklenmediği durumlarda çok daha büyük sorunlar yaşanabilmektedir. Bu tür kayıpların diğer bireyler tarafından anlaşılması zor ve karmaşıktır (Körükçü ve Kukulcu, 2010).

Fetüs ölümü, yaşayan bir insan ölümü gibi algılanmaz. Gebelik döneminde yaşanan kayıplar ebeveynler için fetüsün tamamlanmamış, yerine getirilmemiş hayallerini bırakır. Aileler ve arkadaşlar kaybedilen fetüsün varlığını yetişkin bir insanın kaybı gibi algılamazlar (Köneş, 2018). Ailenin ölüm olgusuna nasıl tepki vereceği ile ilgili zorluk yaşaması sonucunda ölümün diğer bireyler ile paylaşılması son derece zordur (Zara, 2011).

2.3. Yas Kavramı

Yas kelimesi ilk olarak Uygur metinlerinde “zarar, ziyan ve hüsrân” anlamlarında belirtilmiştir (Maraş, 2014). TDK’na göre matem ve yas kelimelerinin anlam olarak birbirinden farklı olmadığı ve birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir. Türkçe sözlükte yas “ölüm veya bir felaketten doğan acı ve bu acıyı belirten davranışlar, matem” olarak tanımlanmış, matem kelimesinin karşılığı ise “yas” olarak belirtilmiştir. Yas, hayatta kalmaktan ve yaşamaya devam etmekten doğan, ölenin anılarıyla ölen olmadan yaşamayı öğrenmenin bir sürecidir ve ölen kişi ile aradaki duygusal bağların kopması gerekmez (Arnold ve Gemma, 2008).

2.3.1. Yas Tutma Süreci

Yas tutma süreci, gerçek bir kayıptan veya kayıp tehdidinin ardından başlayabilmektedir. Bir kaybın etkisi, katlanılabilir bir acıdan duygusal bir felaket olmaya kadar değişiklikler gösterir. Bir kaybı kabullenmenin yolu yas tutmaktır (Akyıldız, 2019). Yas uzun bir süreç olmakla birlikte sınırları çizilemez. Yası yaşayan kişi tarafından bu sürecin hiç geçmeyeceği düşünülebilir ve bireyi korkutabilir (Küçükaya, 2009).

Yas, araştırmacılar tarafından farklı dönemlere ayrılrsa da belli aşamaları olan, bireyin tamamlaması ve kayıp öncesi denge durumuna dönmesi gereken bir süreçtir (Çelik ve Sayıl, 2003). Yas süreci ilk olarak Freud (1917) tarafından tanımlanmış, normal yasin aşamalarından bahseden ilk kişi Lindemann (1944) olmuştur. Daha sonraları Bowlby, Parkes, Kübler-Ross, Engel, Poloch ve Volkan yas tutmanın birbirini takip eden dönemlerden oluştuğunu bildirmişlerdir (Mestçioğlu ve Sorgun, 2003).

Worden, bireyin yas sürecini tamamlayabilmesi için dört aşamayı geçmesi gerektiğini, aksi halde bu süreçte takılıp kalarak çeşitli psikopatolojik durumlar oluşabileceğini belirtmiştir (Akbaş ve ark., 2008; Worden, 2010). Worden'in aşamaları:

- 1) Kaybın varlığını kabul etmek,
- 2) Yas ile oluşan acı üzerinde çalışmak ve duyguları ifade etmek,
- 3) Ölen kişinin olmadığı bir çevreye uyum sağlamak,
- 4) Duygusal anlamda ölen kişi ile ilişkilerini yeniden düzenlemek ve yaşama devam etmektir (Gizir, 2006).

Birey tarafından kayıp sonucu yaşanan acının fark edilmesi ve kabullenilmesi gerekir. Aksi halde farklı belirtiler ve anormal davranışlar görülebilir. Kişinin acısını yaşamasını engelleyen her şey yas sürecinin uzamasına neden olur (Alhusen, 2008). Kişinin yas sürecini yaşamasına çevrenin engel olması, Worden'in belirttiği ikinci aşamanın tamamlanmasında zorlaştırıcı bir etken olabilir. Bazen kişiler düşüncelerinden kaçarak, duygularından kendilerini soyutlayarak ve acılarını inkâr ederek bu aşamayı tamamlayamazlar (Akbaş, 2008; Worden, 2010).

Ebeveynin kederini değerlendirmek için ebeveynlerde yas sürecinde altı tür tepki var olduğu öne sürülmüştür. Bunlar:

- Umutsuzluk,
- Konfüzyon ve çatışma,
- Suçluluk,
- Öfke,
- Somatik problemler,
- Evlilik ile ilgili sorunlardır.

Yas tepkileri duygusal, bedensel, bilişsel ve davranışsal tepkiler şeklinde yaşanabilir. Üzüntü, öfke, suçluluk, bunaltı, yalnızlık, çaresizlik, hasret çekme, özlem, şaşkınlık, şok, huzursuzluk, rahatlama ve hissizlik yas sürecinde yaşanan duygusal tepkilerdir. Midede boşluk hissi, göğüste sıkışma, çevreye aşırı duyarlılık, solunum güçlüğü, güçsüzlük ve ağız kuruluğu sık görülen bedensel tepkilerdir (Bildik, 2013; Gizir, 2006). Konfüzyon, sanrılar, görsel/işitsel halüsinasyonlar, unutkanlık, takıntılar, konsantrasyon ve karar verme güçlüğü bilişsel tepkileri oluştururken; uyku ve iştahta düzensizlik, ağlama, iç çekme, ölenle ilgili rüyalar, dalgınlık, aşırı hareketlilik, sosyal izolasyon, öleni hatırlatacak ortamdan kaçınmak, sürekli ölen kişiyi hatırlatıcı yerlere gitme ve ona ait eşyaları taşımak da davranışsal tepkilerdendir (Casarett ve ark., 2001; Gizir, 2006). Bu tepkiler birkaç hafta içinde ve normal yas sürecinde görülen davranışsal değişikliklerdir (Casarett ve ark., 2001). Ayrıca yasin çeşitli patolojik şekilleri de bulunmaktadır. Kronik yas; depresyon, anksiyete, fobiler, obsesyon ve psikotik reaksiyonlara yol açabilir. Gecikmiş yas veya yasin görülmemesi kaybedilen bebeğin yerine yeniden gebe kalma ile sonuçlanan başka bir patolojik biçimdir (Badenhorst ve Hughes, 2007).

Yasın çözümünün özel evreleri tanımlamıştır (Köneş, 2018). Bu evreler;

Hissizlik: Bu evre ilk birkaç saat içinde başlayabilir ve bir haftaya kadar sürebilir. Hissizlik döneminde kayıp yaşayan birey şoka girer. Birey ölüm gerçeği karşısında şaşkına dönmüştür ve kaybı inkâr eder. Bu evrede öfke patlamaları veya panik atakta artış görülebilir (Körükçü ve Kukulu, 2010).

Özlem Duyma, Arama: İkinci evre özlem duyma ve arama evresidir. Kayıptan aylar, hatta yıllar sonra sona eren bu evrede yas tutan birey bu kaybı niçin kendilerinin yaşadığını sorgular. Şiddetli bir biçimde ölmüş bireyi iyileştirip tekrar aralarına katma duygusu vardır. Kayıp yaşayan bireyler bu evrede çok yoğun bir özlem duygusu, öfke, geri getirme isteği ve umutsuzluk hissederler (Kübler-Ross, 2010).

Karışıklık (disorganizasyon) ve Umutsuzluğa Düşme: Bu evrede kademeli olarak ölüm gerçeği kabul edilir (Akdeniz ve Gönül, 2004).

Düzenleme (reorganizasyon) ve İyileşme: Bu evrede önceki karamsar durumdan farklı olarak daha olumlu bir duygu vardır. Kayıp yaşayan birey ölen

bireyden ayrı olarak kendini yeniden tanımlar. Genellikle duygu ve düşünceler kayıp yaşanmadan önceki haline dönmeye başlar (Akdeniz ve Gönül, 2004).

2.3.2. Gebelik Kaybında Yas Tutma Süreci

Bir bebeğin kaybının ardından ebeveynlerin dünyaları anlamsızlaşır, yaşamlarını ve ölümü anlamaya çalışarak niçin, nasıl gibi sorular sorarlar (Köneş, 2018). Kaybın hemen ardından kadınlar depresif tepkiler, anksiyete bozuklukları, hatta intihara eğilimli olabilirler (Guzewicz, 2014). Düşük nedeniyle gebelik kaybı yaşayan kadınların yaklaşık %40'ının düşükten kısa bir süre sonra yas semptomlarından dolayı acı çektiği, düşük yaptıktan sonra da %10-50'sinin majör depresif bozukluk yaşadığı bildirilmiştir (Lok ve Neugebauer, 2007). Gebelik kaybı yaşayan bireylerin diğer kayıp yaşayan bireylerden farkı düzenleme ve iyileşme evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamalarıdır (Yılmaz, 2010).

Ortak yas tepkilerinde olduğu gibi bir çocuğu kaybettikten sonra ilk tepkiler genellikle üzüntü, öfke, ağlama, hayal kırıklığı ve suçluluk duygusudur. Tüm bu duygular çok uzun süre devam edebilir ve bir ailenin çocuklu görüntüsü, aile toplantıları, doğumun yıl dönümü gibi belirli durumlarda yoğunlaşabilir (Özel ve Özkan, 2020; Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2019). Kadınlar tarafından yapıldığı bir şey ya da işlediği bir günahın bebeğin ölümüne sebep olduğu düşünülmektedir. Kadınlar gebelikle yapması gereken görevleri yerine getirmediği, alkol, sigara vb. maddeleri kullanarak ihmale sebep oldukları, zamanında kontrole gitmediği veya doktorun önerilerini yerine getirmediği için suçluluk hissetmektedirler (Demirbaş ve Kadıoğlu, 2014).

Gebelik kaybında çiftlerin birbirini suçladıklarını da tespit edilmiştir. Çift yeterli destek alamadığında yas süreci başa çıkılmaz bir hale gelmektedir (Akdeniz ve Gönül, 2004). Arkadaşlar ve akrabalar kaybın yasını tutan çifte nasıl davranacaklarını bilemedikleri için kendilerini rahatsız hissetmekte ve ebeveynler ile etkileşime girmekten kaçınmaktadırlar. Bazen çiftlerin boşanması gibi durumlarla da karşılaşmaktadır (Candan, 2012). Fetüsün varlığının soyut ve anlaşılmaz olması, kayıp hakkında konuşulmasını güçleştirmektedir (Akbaş ve ark., 2008). Ayrıca aileler ölü doğmuş bebeğin ölüm töreninin planlanmasında fikir ayrılığı yaşamaktadır.

Ebeveynlerin fetüs veya bebek ile olan ilişkileri tam olarak oluşmadığı için de yas tutma süreci daha da zor olmaktadır (Gözüyeşil ve ark., 2008).

Ebeveynlerin gebelik kaybına tepkileri farklılıklar göstermektedir (Zara, 2011). Anneler ölümü hayallerinin ve kendilerinden bir parçanın kaybı olarak değerlendirmektedir. Anneler kendilerinden bir parçanın kaybına yas tutarken babalar, babalık rolü beklentisini karşılayamadıkları için yas tutarlar (Yılmaz, 2010). Günümüzde babaların eşleriyle birlikte ultrasonla görüntüleme gibi uygulamalarda bulunmasından dolayı gebelik kaybı yaşanması durumunda duygusal semptomlar yaygın olarak görülmektedir (Gold ve ark., 2010). Bebeğine daha fazla bağlanan ebeveynin yaşamında çocuk daha merkezi bir yer kapladığı için kayba ve yas sürecine verilen yanıt da daha belirgindir (Yılmaz, 2010).

2.3.3. Yas Sürecini Etkileyen Faktörler

Bireyin yas sürecinde kullandığı başa çıkma yöntemleri değerlendirilirken, yas süreci ve yas tepkilerini etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2019). Gerek kayıp yaşayan ebeveynlerin yakınları gerekse toplum tarafından bebek ölümleri görmezden gelinmekte ve bebeğin ölümüne kısa sürede uyum sağlanması beklenmektedir (Akan, 2006). Ebeveynlerin yakınları tarafından bir bebeğin ölümü yetişkin bir bireyin ölümü gibi algılanmayabilir. Bu nedenle kayıp sonrası ebeveynler anlaşılmadıklarını hissettikleri ve incinmekten korktukları için toplumdan izole olabilirler (Karaca, 2016). Bu durum onların yas sürecini etkileyebilir. Yasın tipi, yoğunluğu, süresi, ölen kişiyle ilişkinin niteliği, ölen kişinin yaşı, ölümün şekli, toplumsal etmenler, kayıp yaşayan kişinin kişilik özellikleri, ruhsal ve fiziksel sağlık durumu yasa verilen tepkileri etkiler (Çelik ve Sayıl, 2003). Ayrıca yası yaşayan kişinin yaşı, sosyal destek alma durumu (kişilerarası faktörler), çalışma durumu gibi faktörler de yas sürecini etkiler (Şimşek Arslan ve Buldukoğlu, 2019).

2. 4. Öfke ve Öfke İfade Tarzları

Gebelik; kadında nöroendokrin ve psikososyal değişikliklere neden olduğu için kadın hayatının en zorlu dönemlerinden biridir (Marakoğlu ve Şahsıvar, 2008). Bu dönemde stres ve anksiyeteye neden olacak birçok faktörle karşılaşma riski bulunmaktadır. Daha önceleri gebelik “psikososyal sağlık durumları için koruyucu bir dönem” olarak

görülmesine karşın, günümüzde bu görüşten uzaklaşmıştır (Akdeniz ve Gönül, 2004; Ayvaz ve ark., 2006; Bulut, 2018).

Gebelik, kadın yaşamının neredeyse tüm alanlarını etkilemektedir (Bulut, 2018). Hem gebe hem de ailesi beden imgesi değişikliği, bilgisizlik, farklı roller ve sorumluluklar üstelenme, kayıp yaşama gibi nedenlerle anksiyete, stres, kriz, depresyon ve öfke yaşayabilir (Doyurgan, 2009). Stres düzeyinin yüksek olması öfke duygusunda artışa neden olabilir. Öfke de diğer duygular gibi temel duygulardan biridir ve günlük yaşamın kaçınılmaz bir parçasıdır (Eroğlu ve İrdem, 2016). Öfke duygusunun fark edilmesi ve sağlıklı bir biçimde ifade edilmesi bireyin kişilerarası ilişkileri açısından önemlidir (Uçak, 2019). Bununla beraber gebeliğin riskli olması ve gebeliğin kaybedilmesi yaşanan öfke duygusunu arttırabilir.

Gebelik kaybı yaşayan ebeveynlerin yaşadığı engellenmişlik duygusu, çaresizlik, kontrol kaybı ve öfke normal tepkilerden biridir. Öfkenin olumlu yanı, başa çıkmada gerekli olan enerjiyi harekete geçirmesidir. Ancak öfkenin uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, bireylerin destek sisteminde çok önemli olan kişilerin yabancılaşmasına neden olabilmektedir (Candan, 2012).

Bireyler, kaybı engelleyemediği için kendisine öfkelenmekle birlikte bazı zamanlarda öfkesini dış kaynaklara yönlendirerek diğer insanların da yapabileceklerini yapmadıklarını düşünebilir. Ani ve zamansız olarak algılanan kayıplar dünyanın adil bir yer olduğu konusundaki inançları zedelendiği için bir şekilde yaratıcıya veya yaşamın kendisine de öfke duyabilirler. Kişi akut yas döneminde içsel ve dışsal kaynaklarının yeterliliğini aşan birden fazla ve farklı duyguyu yoğun olarak deneyimlediğinde kişide bunun yansıması boşluk hissi yaşanabilir. Boşluk hissi özellikle kaybın erken dönemlerinde daha yoğun hissedilen bir duygudur (Bakır, 2022).

Her bireyin öfkesini ifade etme tarzı farklıdır. Bu ifade tarzları öfke içte, öfke dışta ve kontrol edilen öfkedir (Spielberger ve ark., 1983). Öfke içte, öfke yaratan düşünce ve duyguları bastırma eğilimini; öfke dışta, çevredeki insanlara veya objelere yönelik saldırgan davranışlar gösterme eğilimini; kontrol edilen öfke ise, öfkenin ifadesini kontrol edebilme yeteneğini göstermektedir (Bridewell ve Change, 1997).

İnsan yaşamı boyunca sosyal bir varlıktır. Öfke duygusu davranışlarda fark edilir ya da fark edilmeden içte yaşanır. Bunun nedeninin kültür ve sosyalleşme ile ilişkili olduğu açıklanmaktadır. Öfke ancak dışa vurulduğu takdirde başkaları tarafından anlaşılabilir. Dolayısıyla öfkenin dışa vurumu önemlidir (Davies, 2018).

Öfke kontrolü kişiden kişiye farklılık göstermesine rağmen temelde şiddet ve saldırganlık içermeden, kişinin kendisine ve çevresine zarar vermeden duygusunu ortaya koyup, kendini ifade etme yeteneğidir. Öfkelerini kontrol edebilen kişi, öfkeliğinde daha mantıklı ve sakin düşünebilmekte, aynı zamanda öfke duygusunun olumsuz yönüyle başa çıkabilmek için problem çözme ve iletişim kurma becerilerini kullanarak olayı kontrol edebilmektedir (Üçüncü, 2020).

2.5. Başa Çıkma Stratejileri

Baş çıkma stratejileri daha çok stres ve stres ile baş çıkma kavramı ile ilişkilendirilmiştir. Stres kavramını ilk olarak Kanadalı hekim Hans Selye ortaya koymuştur. Selye (1956) stresi, “bedenin, kendisine yönelik herhangi bir baskıya verdiği tepki” şeklinde tanımlamıştır (Kaba, 2019). Baltaş ve Baltaş’a (2008) göre stres, bireyin fiziksel ve psikolojik sınırlarının tehdit altında olduğunu düşündüğü ve hissettiği zaman yaşadığı duygusal durum olarak belirtmiştir. Cüceloğlu da (1994) stresi, bireyin çevresindeki uyumsuz koşullar nedeniyle sınırlarının ötesinde psikolojik ve fiziksel çaba göstermesi durumu olarak tanımlamaktadır. Stres yeterli düzeyde olduğunda bireyin gelişmesine yardımcı olur, ancak çok yoğun olduğunda bireyin psikolojik ve fizyolojik sınırlarını zorlar (Goldberger ve Breznitz, 1993). Yapılan stres tanımlarına bakıldığında, stresin bireyin yaşamında kaçınılmaz bir sorun olduğu belirtilmiş ve stresle baş çıkmanın bireyin yaşamında büyük bir fark yarattığı düşüncesi yaygınlaşmıştır (Lazarus ve Folkman, 1984).

Bireyin olumsuz durumlar karşısında içsel ve dışsal dengesini korumaya yönelik bilişsel ve davranışsal çabaları baş çıkma stratejileri olarak tanımlanmaktadır (Kaba, 2019). Folkman ve Lazarus'a (1985) göre baş çıkma kavramı, bireyin iç ve dış stresörlerini kontrol etmek, tolere etmek ya da en aza indirmek için gösterdiği duygusal ve davranışsal çabalarıdır. Ayrıca baş çıkma negatif durumlara verdiğimiz tepkiler olarak da tanımlanır. Bu tepkiler, değişim sonucunda bireyin çevreye uyum sağlamasını kolaylaştırabilir ya da zorlaştırabilir (Kaba, 2019).

Yas süreci ile başa çıkmak, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığını korumak, kaliteli bir yaşam deneyimi sürdürmek için gereklidir. Başa çıkma, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen olayları tamamen ortadan kaldırmak değil, bunların neden olduğu duygusal gerilimi azaltmak, davranışsal ve duygusal tepkilerini güçlendirmektir (Yaşar, 2008).

Duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma, olumsuz yaşantılarla başa çıkmanın iki ana işlevidir (Lazarus ve Folkman, 1984). Pasif bir strateji içeren duygu odaklı başa çıkmada birey, üzüntü kaynağına yönelik duygularını düzenler ve istenmeyen bir olay karşısında ortaya çıkan duyguları ortadan kaldırmayı amaçlar. Problem odaklı başa çıkmada ise üzüntünün kaynağına odaklanılır (Aslan ve Güzel, 2018).

Başa çıkma stratejileri, bireyin tehdit olarak algıladığı durumlar karşısında ihtiyaçlarından kaynaklanan stresi azaltma ya da ortadan kaldırma çabasıdır. Bireyin tüm bu çabaları dört farklı yaklaşımla açıklanmıştır:

- Analitik yaklaşıma göre birey bilinçsizce ego savunma mekanizmalarını kullanarak kendini korur.
- Kişilik özelliklerine göre başa çıkmada birey her stres kaynağı karşısında kendi kişilik özelliklerine uygun başa çıkma yöntemlerini kullanır.
- Duruma özgü başa çıkma yaklaşımına göre, bireyin stresle başa çıkması, bilişsel işlevleri ve kişilik özellikleri temelinde oluşturduğu duruma özgü başa çıkma yöntemlerini kullanmasıdır.
- Fenomenolojik yaklaşıma göre birey, psikolojik ve fiziksel rahatlama tekniklerini kullanarak stresli durumlarla başa çıkmaktadır (Çelik ve Sayıl, 2003; Erözkan, 2004).

2.6. Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Yas Süreci, Öfke ve Öfke İfadesinde Ebelik Yaklaşımları

Sağlık bakımı kadın ve ailesinin fizyolojik, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini kapsayan bütüncül bir bakımdır (Balkaya, 2017). Bu ihtiyaçların karşılanması ile ailelerin kayıpla başa çıkma becerileri arasında doğrudan bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Yörük, 2016). Bu süreçte ebeler tarafından yapılabilecek yaklaşımlar aşağıdaki gibidir;

- Günümüzde bebek ölümleri daha çok hastanelerde meydana gelmektedir. Bu nedenle bebeğin ölümünden sonra ailelere yardımcı olmak ve onları desteklemek ebelerin görevleri arasındadır. Kayıp sonrası ebeveynlerin yaşadığı duygular ebeler tarafından fark edilmeli, bu farkındalık bebeğini kaybeden ebeveynlere uygulanacak yaklaşımlara temel oluşturmalıdır (Kübler-Ross, 2010).
- Ebe, gebelik kaybı yaşamış kadın ve ailesinin bakım gereksinimlerini değerlendirmelidir. Yeterli bakımı ve desteği sağlayarak kadının ve aile üyelerinin bu dönemi sorunsuz şekilde geçirmesine yardımcı olmalıdır (Balkaya, 2017).
- Gebelik kaybı yaşayan bir kadının postpartum hüznün yaşama olasılığı, sağlıklı bir bebek doğurmuş kadınlara göre daha fazladır (Balkaya, 2017). Bu nedenle kayıp sonrası yas sürecinde kadının yanında olunmalıdır (Köneş, 2018).
- Yas daha çok diğer bireylerle ilişkilerin kesildiği bir süreçtir ve başa çıkılması zaman gerektirir. Ebeveynler kaybın yarattığı acının üstesinden gelmek ve günlük aktivitelerine hemen dönmek isteyebilirler (Coşkun, 2012). Kayıp ve üzüntü duygularının yaşam boyu devam etmesi nedeni ile kayba uyum sağlamak için kadının zamana ihtiyacı olduğu göz önünde bulundurulmalı (Akbaş, 2008; Arnold ve ark., 2005), bu süreci atlatabilmeleri için zaman tanınmalıdır (Coşkun, 2012).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda anksiyete, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların görülme olasılığı yüksek olduğu için bu belirtiler yönünden kadınlar kayıp sonrası taburcu edildikten sonra da takip edilmelidir (Sayın, 2020).
- Kayıp sonrası kadının mahremiyetine dikkat edilerek sessiz, güvenli bir ortam sağlanmalı, bu ortamda bebek ile ilgili eşya olmamasına özen gösterilmelidir (Körükçü ve Kukulu, 2010).
- Kayıp sonrası gebenin kayba ilişkin duygularını ifade etmesinde destek olunmalıdır (Armstrong, 2007; Körükçü ve Kukulu, 2010).
- Gebelik kaybında etkin baş etme tekniklerinin kullanılması (solunum ve gevşeme egzersizleri, uyku ve beslenmenin düzenlenmesi, yürüyüş, spor

yapma, mzk, uğraşı terapileri gibi) sağlanmalıdır (Ct-Arsenault ark., 2014).

- Kaybı yaşıayan kişilere ve ailelerine yas sürecinde yaşıayabilecekleri hakkında bilgi verilmelidir (Coşkun, 2012).
- Yas sürecinde empatik yaklaşım ve emosyonel destek sağlanmalıdır (Karaca, 2016).
- Gebelik kaybı sonrası kadınlara tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgi verilmelidir (Coşkun, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi ile Kadın Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır. Sivas Numune Hastanesi Sivas ili şehir merkezinde bulunan T.C Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastanedir. Hastanede yer alan Gebe ve Jinekoloji Servisi 26 yataklı olup hastanenin ikinci katında yer almaktadır. Serviste riskli gebeliklerin (erken doğum tehdidi, erkem membran rüptürü, pelvik ağrı, ektopik gebelik, abortus vb.) yatışı yapılmaktadır. Hasta odaları dışında riskli gebelikler için Nonstress Test odası, tanısal ve terapötik küretajlar için müdahale odası, tedavi odası ve hemşire dinlenme odası bulunmaktadır. Serviste 12 ebe ve hemşire ve 1 tıbbi sekreter hizmet vermektedir. Ebe ve hemşireler vardiya ve nöbet şeklinde çalışmaktadır. Kadın Doğum Polikliniği hastanenin zemin katında yer almakta ve 09.00-16.00 saatleri arasında randevu sistemiyle hizmet vermektedir. Poliklinikte gebe izlemi ve jinekolojik muayeneler yapılmakta, her poliklinikte bir doktor, bir ebe veya hemşire, tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Kadınlar randevu sırasına göre muayeneye alınmaktadır. Poliklinikte çalışan ebe ve hemşireler tarafından genellikle spontan eğitimler verilmekte, bireyin muayeneye hazırlığı yapılmakta, ancak planlı eğitim ve danışmalıklar rutin hizmetler arasında yer almamaktadır. Ayrıca prenatal kayıp yaşayan kadınlara hem Gebe ve Jinekoloji Servisi'nde hem de Kadın Doğum Polikliniği'nde rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne gebelik kaybı tanısı ile yatışı yapılan kadınlar oluşturmuştur. 01 Ocak 2020-31 Aralık 2020 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne gebelik kaybı nedeni ile 1991 kadının yatışı yapılmıştır. Evreni bilinen aşağıdaki formül ile hesaplama yapılmış ve en az 235 gebelik kaybı yaşayan kadının örnekleme alınması planlanmıştır. Ancak veri kayıpları göz önüne alındığında 260 kadın ile çalışma

tamamlanmıştır. Araştırma verileri 01 Haziran 2022-30 Mayıs 2023 tarihleri arasında toplanmıştır.

$$n = N.t^2.p.q / (N-1).d^2+t^2.p.q$$

$$n = 1991.(1,96)^2.0,50.0,50 / (1990).(0,06)^2+(1,96)^2.0,50.0,50$$

N: Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma değeri

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Gebe ve Jinekoloji Servisi'ne yatışı yapılan,
- İlk gebeliği olan,
- Türkçe konuşabilen ve sorulara cevap verebilen,
- Tanı almış fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan,
- 18 yaş ve üzeri yaşta olan,
- Katılımda gönüllülük gösteren kadınlar araştırmaya alınmıştır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği puanları bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmada kullanılan ölçeklerin iki zaman aralığındaki sabitliği ve değişimi araştırıldığı için zaman (bir aylık süre) bu çalışmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu, Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm), Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Form gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim, çalışma durumu, aile tipi, gelir durumu gibi) ve obstetrik özelliklerini (gebelik öyküsü, gebeliğinde sorun yaşayıp yaşamadığı, gebeliğin sonlandırılma nedeni, gebeliğin sonlandırılma zamanı, gebeliğin planlı ve istenen olma durumu, gebelik takibi yaptırma durumu gibi) kapsayan 22 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm) (PYÖ) (Ek 2)

Ölçek Toedter ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köneş ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan ölçek perinatal kayıp sonrası yaşanan yasın derecesini kapsamlı olarak değerlendirmektedir. Ölçek kayıptan 1-2 gün sonra kullanılabilmesi gibi kayıp sonrası daha geç dönemde de kullanılabilir. Ölçek 32 maddeden oluşan beşli likert tipindedir. Sorular kesinlikle katılıyorum (1 puan), katılıyorum (2 puan), kararsızım (3 puan), katılmıyorum (4 puan) ve kesinlikle katılmıyorum (5 puan) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, aktif keder (11 madde), başa çıkmada zorlanma (10 madde) ve umutsuzluk (11 madde) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlardan ve toplamdan alınan yüksek puan bireyin yaşadığı yas düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Toplam puandan alınabilecek en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır. Köneş ve arkadaşları (2017) ölçeğin Cronbach Alpha değerini toplam ölçek için 0,96, üç alt boyut için 0,91-0,93 arasında bulmuştur. Bizim çalışmamızda birinci izlemde toplam ölçek için 0,93, aktif keder alt boyutu için 0,76, başa çıkmada zorlanma için 0,83 ve umutsuzluk için 0,89 olarak saptanmıştır.

3.5.3. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ) (Ek 3)

Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek 34 madde ve dörtlü likert tipindedir. Sürekli öfke (10 soru) ve öfke tarzı (24 soru) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Öfke

tarzı; “öfke içte (8 madde)”, “öfke dışı (8 madde)” ve “öfke kontrol (8 madde)” olmak üzere üç alt boyuta ayrılmıştır. Sürekli öfke alt boyutundan alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Öfke tarzı alt boyutlarının her birinden alınabilecek puanlar 8-32 arasındadır. Sürekli öfke alt boyutundan alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; öfke içte alt boyutundaki yüksek puanlar öfkenin bastırılmış olduğunu; öfke dışı alt boyutundaki yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu; öfke kontrol alt boyutundan alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir. Özer (1994) sürekli öfke ölçeğinin Cronbach Alpha değerini 0,67 ile 0,92; öfke tarzı alt boyutlarından öfke içte değerini 0,58-0,76; öfke dışı değerini 0,69-0,91 ve öfke kontrol değerini de 0,80-0,90 arasında bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise birinci izlemde sürekli öfke alt boyutu için 0,80, öfke içte alt boyutu için 0,70, öfke dışı alt boyutu için 0,78, öfke kontrol alt boyutu için 0,73 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği (BÇSÖ) (Ek 4)

Amirkhan (1990) tarafından geliştirilen kendini değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Aysan (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek 33 madde ve üçlü likert tipindedir. Ölçekte problem çözme (11 madde), sosyal destek arama (11 madde) ve kaçınma (11 madde) olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutlarda 11’er madde yer almakta ve alt boyut toplam puanları 11-33 arasında değişmektedir. Ölçeğin Çok (3 puan), Biraz (2 puan) ve Hiç (1 puan) şeklinde değerlendirilmesi yapılmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça başa çıkma stratejisinin kullanım derecesinin de arttığını göstermektedir. Her alt boyut bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach Alpha değeri sosyal destek arama alt boyutu için 0,92; problem çözme için 0,89 ve kaçınma için 0,83 olarak belirlenmiştir (Aysan, 2003). Bizim çalışmamızda birinci izlemde problem çözme için 0,83, sosyal destek arama için 0,77 ve kaçınma için 0,77 olarak bulunmuştur.

3.6. Ön Uygulama

Kişisel Bilgi Formu’nda yer alan soruların anlaşılır olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 10 gebelik kaybı yaşayan kadına ön uygulama yapılmış ve uygulamadan

sonra formda değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan bu kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan kadınlar ile tanışılarak çalışmanın amacı açıklanmış, kadınların yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelik kaybı yaşayan kadınlara araştırmacı tarafından kayıp sonrası 24 saat içinde yüz yüze görüşme yöntemi ile Kişisel Bilgi Formu, PÖY, SÖÖİTÖ ve BÇSÖ doldurulmuştur (birinci izlem). Bu görüşme bireyin hasta odasında sessiz, sakin ve kadının kendisini rahat hissedebileceği bir ortamda yapılmıştır. Bireylerin bir ay sonra durumlarındaki değişimleri izleyebilmek amacıyla ikinci izlem yapılmıştır. Bu izlem için kadınlar telefonla aranarak Sivas Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne davet edilmiştir. Poliklinikte sessiz, sakin ve mahremiyetin sağlandığı bir ortamda kadınlara gebelik kaybı sonrası birinci ayda PYÖ, SÖÖİTÖ ve BÇSÖ tekrar uygulanmıştır (ikinci izlem). Formların doldurulması 20-30 dakika sürmüştür.

3.8. İstatistiksel Yöntem

Araştırma verileri SPSS 23.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnow testi ile belirlenmiştir. Sosyo-domografik özelliklerinin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik dağılım, ölçek puanlarının değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Kadınların izlemleri arasındaki ölçek puanlarının değerlendirilmesinde bağımlı gruplarda t testi, ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmış, yanılma düzeyi ise $p < 0,05$ anlamlı olarak alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (karar no: 2020-11/25; tarih: 18-11-2020) (Ek-6) ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin (sayı no: E-76728045-799-220767660) (Ek-7) alınmıştır. Bireylere araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, bilgilendirilmiş olur formunun okunması sağlanmış ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, hastaneye başvuran ve Türkiye'nin İç Anadolu Bölgesi'nde yer alan sadece gebelik kaybı yaşayan kadınları kapsamakta olup, elde edilen sonuçlar tüm gebeler için genellenemez.



4. BULGULAR

Tablo 1: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=260)

Özellikler	n (%)
Yaş ortalaması	26,81±5,23 (min: 18-max:42)
Yaş grubu	
18-25	120 (46,2)
26-35	125 (48,1)
36-42	15 (5,7)
Eğitim durumu	
İlkokul-ortaokul	41 (15,8)
Lise	147 (56,5)
Üniversite ve üzeri	72 (27,7)
Çalışma durumu	
Çalışmıyor	182 (70,0)
Çalışıyor	78 (30,0)
Aile tipi	
Çekirdek	233 (89,6)
Geniş	27 (10,4)
Yerleşim yeri	
İl	207 (79,6)
İlçe	53 (20,4)
Gelir gider durumu	
Gelir giderden az	75 (28,8)
Gelir gidere eşit	163 (62,7)
Gelir giderden fazla	22 (8,5)
Genel sağlığı değerlendirme	
İyi	118 (45,4)
Orta	142 (54,6)
Ailede destek kişi	
Var	249 (95,8)
Yok	11 (4,2)
Sigara kullanma durumu	
Evet	45 (17,3)
Hiç kullanmadım	215 (82,7)

Tablo 1’de gebelik kaybı yaşayan kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin yaş ortalaması $26,81\pm 5,23$ (min: 18; max: 42)’dür. Kadınların %48,1’nin 26-35 yaş aralığında olduğu, %56,5’nin lise mezunu, %70’inin çalışmadığı, %89,6’sının çekirdek aile tipine sahip olduğu ve %79,6’sının il merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir. Kadınların %62,7’sinin gelir durumunun gider durumuna eşit ve %54,6’sının genel sağlık durumunun orta, %95,8’nin ailede destek olacak kişinin var olduğu ve %82,7’nin sigara kullanmadığı saptanmıştır.



Tablo 2: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=260)

Özellikler	n (%)
Gebeliğin sonlanma zamanı	
Birinci trimester	186 (71,5)
İkinci trimester	54 (20,8)
Üçüncü trimester	20 (7,7)
Gebeliğin sonlanma saati	
1-5 saat	95 (36,5)
6-10 saat	102 (39,2)
11 ve üzeri saat	63 (24,2)
Gebelik kaybı nedenleri	
Fetal nedenler	207 (79,6)
Maternal nedenler	53 (20,4)
Gebelikte yaşanan sorun	
Var	57 (21,9)
Yok	203 (78,1)
Yaşanan sorunlar (n=57)	
İlaç kullanma	25 (9,6)
Enfeksiyon geçirme	30 (11,5)
Maddi durum	2 (0,8)
Gebeliği isteme durumu	
Evet	200 (76,9)
Hayır	60 (23,1)
Gebeliğin planlı olma durumu	
Evet	180 (69,2)
Hayır	80 (30,8)
Gebelik takiplerini düzenli yaptırma durumu	
Evet	219 (84,2)
Hayır	41 (15,8)
Gebeliğin oluşma şekli	
Doğal	219 (84,2)
Tıbbi yardım	41 (15,8)

Tablo 2’de gebelik kaybı yaşıyan kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %71,5’i birinci trimesterde, %39,2’si de son altı-on saat arasında gebelik kaybı yaşamıştır. Gebelerin %79,6’sı gebeliğini fetal nedenlerden dolayı kaybetmiş, %78,1’i gebeliğinde herhangi bir sorunla karşılaşmamış, sorun yaşıyanların da %11,5’i gebeliğinde enfeksiyon geçirdiğini belirtmiştir. Kadınların %76,9’unun gebeliğini istediği, %69,2’sinin gebeliğinin planlı olduğu, %84,2’sinin gebelik takiplerini düzenli yaptırdığı ve %84,2’sinin de gebeliğinin kendiliğinden oluştuğu belirlenmiştir.



Tablo 3: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Öfke ile İlgili Kendini Değerlendirmelerinin Dağılımı (n=260)

Öfke ile ilgili kendini değerlendirme durumu	n (%)
Öfkeli	21 (8,1)
Kısmen öfkeli	218 (83,8)
Hiç öfkeli değil	21 (8,1)

Tablo 3'te gebelik kaybı yaşayan kadınların öfke ile ilgili kendini değerlendirmesine yönelik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların %83,8'i kendisini kısmen öfkeli, %8,1'i öfkeli ve %8,1'i ise hiç öfkeli değil olarak değerlendirmiştir.

Tablo 4: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Stres ve Problemlerle Başa Çıkma Durumlarının Dağılımı (n=260)

Stresle ve problemlerle başa çıkma durumu	n (%)
Olumlu	30 (11,5)
Kısmen olumlu	207 (79,6)
Olumsuz	23 (8,8)

Tablo 4’te gebelik kaybı yaşayan kadınların %79,6’sı stres ve problem durumları ile kısmen olumlu olarak başa çıktığını belirtirken, %11,5’i olumlu, %8,8’i de olumsuz olarak başa çıktıklarını ifade etmiştir.

Tablo 5: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Prenatal Yas Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=260)

PYÖ Alt Boyutları	Birinci izlem		İkinci izlem		Test (t / p)
	Min-max	X±SS	Min-max	X±SS	
Aktif keder	11-55	33,77±6,56	11-55	33,96±6,38	-1,572 / 0,117
Başta çıkmada zorlanma	10-50	27,53±7,06	10-49	27,60±6,97	-0,949 / 0,344
Umutsuzluk	11-55	28,62±8,71	15-47	28,66±8,67	-1,00 / 0,318
Toplam PYÖ	32-160	91,04±20,42	32-159	90,19±19,63	3,772 / 0,001*

* p<0,05; PYÖ: Prenatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm); t: Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 5’te gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki Prenatal Yas Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki PYÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p<0,05), PYÖ alt boyutlarından aktif keder, başta çıkmada zorlanma ve umutsuzluk puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Gebelik kaybı yaşayan kadınların ikinci izlemde genel olarak prenatal yas düzeylerinin anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Bununla beraber anlamsız olmakla birlikte ikinci izlemde aktif keder, başta çıkmada zorlanma ve umutsuzluk alt boyutlarında düşük düzeyde de olsa artış olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=260)

SÖÖİTÖ Boyutları	Alt	Birinci izlem		İkinci izlem		Test (t / p)
		Min-max	X±SS	Min-max	X±SS	
Sürekli Öfke		10-33	20,72±4,48	10-32	20,67±4,38	2,423 / 0,016*
Öfke Tarzı						
Öfke içte		8-27	18,24±3,88	8-27	17,88±3,68	4,045 / 0,001*
Öfke dışı		9-27	17,21±4,40	8-28	16,96±4,32	3,456 / 0,001*
Öfke kontrol		13-31	21,21±4,14	8-31	20,81±4,23	4,746 / 0,001*

* p<0,05; SÖÖİTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği; t: Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 6’da gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. SÖÖİTÖ alt boyutlarından sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Gebelik kaybı yaşayan kadınların ikinci izlemde öfke ve bastırılmış öfke düzeyleri azalmış, öfkenin kolayca ifade edilemediği ve öfkenin kontrol edilemediği belirlenmiştir.

Tablo 7: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemde Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=260)

BÇSÖ Boyutları	Alt	Birinci izlem		İkinci izlem		Test (t / p)
		Min-max	X±SS	Min-max	X±SS	
Problem çözme		12-33	23,90±4,58	12-33	23,81±4,57	2,713 / 0,007*
Sosyal destek arama		13-33	22,75±4,29	13-32	22,63±4,19	2,814 / 0,005*
Kaçınma		12-33	22,47±4,24	12-32	22,31±4,23	2,781 / 0,006*

*p<0,05; BÇSÖ: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği; t: Bağımlı gruplarda t testi

Tablo 7’de gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Gebelik kaybı yaşayan kadınların birinci ve ikinci izlemde BÇSÖ alt boyutlarından problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Gebelik kaybı yaşayan kadınların ikinci izlemde problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur.

Tablo 8: Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınların Birinci ve İkinci İzlemede Prenatal Yas Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=260)

SÖÖİTÖ Alt boyutları	PYÖ Toplam	
	Birinci İzlem	İkinci İzlem
Sürekli Öfke	r=0,266**; p=0,001	r=0,295**; p=0,001
Öfke Tarzı		
Öfke içe	r=0,157*; p=0,011	r=0,154*; p=0,013
Öfke dışı	r=0,128*; p=0,040	r=0,137*; p=0,028
Öfke kontrol	r=-0,108; p=0,082	r=-0,098; p=0,114
BÇSÖ Alt Boyutları		
Problem çözme	r=0,006; p=0,924	r=0,030; p=0,632
Sosyal destek arama	r=-0,050; p=0,418	r=-0,042; p=0,496
Kaçınma	r=-0,027; p=0,066	r=0,024; p=0,705

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır; **Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

PYÖ: Prenatal Yas Ölçeği (Kısa Sürüm); SÖÖİTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği;

BÇSÖ: Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği

Tablo 8’de gebelik kaybı yaşıyan kadınların birinci ve ikinci izlemdeki Prenatal Yas Ölçeği puan ortalamaları ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir.

Birinci izlemde PYÖ’nin toplam puanları ile SÖÖİTÖ alt boyutlarından sürekli öfke ($r=0,266$; $p=0,001$), öfke içte ($r=0,157$; $p=0,011$) ve öfke dışı ($r=0,128$; $p=0,040$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. İkinci izlemde de PYÖ’nin toplam puanları ile SÖÖİTÖ alt boyutlarından sürekli öfke ($r=0,295$; $p=0,001$), öfke içte ($r=0,154$; $p=0,013$) ve öfke dışı ($r=0,137$; $p=0,028$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Gebelik kaybı yaşıyan kadınların hem birinci hem de bir ay sonraki ikinci izleminde yas düzeyleri arttıkça öfke ve öfkeyi bastırma düzeyleri artmakta, öfkeyi daha kolay ifade edebilmektedirler.

Birinci ve ikinci izlemde de PYÖ’nin toplam puanları ile BÇSÖ alt boyutlarından problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas sürecinin öfke ve öfke ifade tarzları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda tartışılmıştır:

Günümüzde fetal ya da maternal nedenlerin etkisiyle perinatal kayıplar meydana gelebilmektedir. Kayıp yaşayan ebeveynlerin, çoğu zaman ilk gebelik deneyimlerinin olması nedeniyle yaşanan süreç daha da travmatik hâle gelmektedir (Gür ve ark., 2022). Çalışmamızda gebelik kaybı yaşayan kadınlarla iletişime geçilmiş olup tüm ölçekler kayıp sonrası 24 saat içinde ve kayıptan bir ay sonra tekrar incelenmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara bakıldığında; gebelik kaybı yaşayan kadınların bir ay sonraki izleminde aktif keder, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk düzeylerinde anlamlı değişiklik olmamakla birlikte genel olarak prenatal yas düzeyleri bebeklerini yeni kaybettikleri zamana göre bir ay sonrasında anlamlı düzeyde azaldığı görülmüştür. Abak (2022) yaptığı çalışmasında bizim bulgumuzdan farklı olarak yaşanan perinatal kayıp sonrası 48. saatteki yas puanını oldukça yüksek bulmuştur (Abak, 2022). Yapılan başka bir çalışmada perinatal yas belirtilerinin, gebeliğin sonlandırılması sonrasındaki altı aya kadar giderek azalabileceği, altı aydan bir yıla kadar devam eden bir dönem boyunca bu durumun kalıcı olabileceği belirtilmiştir (Güçlü ve ark., 2021). Gür ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada kullanılan Perinatal Yas Ölçeği'nin toplam puanı ve tüm alt boyutlarından alınabilecek puanlar göz önüne alındığında katılımcıların yas düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada aktif keder duygusunu yaşadıkları, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk duygularını ise baskın olarak yaşamadıkları tespit edilmiştir (Gür ve ark., 2022). Köneş (2018)'in çalışmasında çalışmamızda kullanılan benzer ölçek ile yapılan dört ayrı değerlendirme sonucunda kadınların aktif kederinde zamanla azalma olduğu, ancak başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk duygularında ise zamanla artış olduğu ve farklılıkların ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Ölçeğin toplamında ise çalışma bulgumuzdan farklı olarak kadınların yaşadıkları yas düzeyinde olayın gerçekleştiği andan üç ay sonrasına kadar anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (Köneş, 2018). Bu farklılıkların nedeni çalışmaya dahil edilen örneklem gruplarının sosyo-demografik ve kültürel özelliklerinin farklı olması ile açıklanmıştır. Bonanna ve

arkadaşları (2002) tarafından yapılan çalışmada, sevdikleri birinin ölümünden 18 ay sonra katılımcıların %45'inde depresif belirtilerin ve yas semptomlarının azaldığı izlenmiştir (Bonanna ve ark., 2002). Maniatelli ve arkadaşlarının (2018), Yunan kadınlarda Perinatal Yas Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında, 12. gebelik haftasından büyük kayıplarda aktif keder, başa çıkmada zorlanma, umutsuzluk ve toplam yas ölçeği puanını anlamlı oranda yüksek bulmuştur (Maniatelli ve ark., 2018). Araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgumuz literatür ile paralellik göstermektedir.

Bizim çalışmamızda gebelik kaybı yaşayan kadınların bir ay sonraki izleminde öfke ve bastırılmış öfke düzeyleri azalmış, öfkenin kolayca ifade edilemediği ve öfkenin kontrol edilemediği belirlenmiştir. Buna göre kadınların gebelik kaybindan bir ay sonra bebeğini yeni kaybettikleri zamana göre öfke duygusunda azalma olduğu ve öfke duygularını daha az bastırdıkları görülmektedir. Ayrıca bu bulgu bir ay sonra öfkeyi kolayca ifade etmede ve rahatlıkla kontrol etmede zorlandıklarını da göstermektedir. Öfke duygusu insanın yaşadığı diğer duygular gibi doğuştan var olan normal bir duygudur (Eroğlu ve İrdem, 2016). Öfke, insan yaşamında işlevsellik ile yıkıcılık arasında ince bir çizgide bulunmaktadır. Öfkenin işlevselliği kişinin öfkesini kontrol edebilmesine bağlıdır. Yıkıcı yönüyle zihnin karar vermede güçlük çekmesine, çözüm yollarının kapanmasına, düşmanlık ve düşmanlığa bağlı diğer duyguların oluşmasına, genel olarak insan ilişkilerinde sorunlara, fizyolojik ve psikolojik hastalıklara neden olabilmektedir (Eroğlu ve İrdem, 2016; Özpolat, 2022). Genel olarak, toplum tarafından öfke duygusu olumsuz olarak değerlendirilmektedir (Eroğlu ve İrdem, 2016). Ebeveynlerin fetüs veya bebek ile olan ilişkileri tam olarak oluşmadığı ve aile üyeleri kaybın yasını tutan çifte nasıl davranacaklarını bilemedikleri için kendilerini rahatsız hissetmekte ve kayıp yaşayan kadın ile etkileşime girmekten kaçınmaktadır (Candan, 2012; Gözüyeşil ve ark., 2008). Ayrıca kadının ailesi ve çevresindeki diğer bireyler tarafından yaşanan kayıp duygusunun kadın tarafından zamanla kabul edilmesi beklenmektedir. Bu nedenle kadınların sosyal desteklerinin azalması, aile üyelerinin kendilerini anlamadığını düşünmesi ve küçümsendiğini hissetmesi sonucu öfke duygularını daha zor ifade etmiş olabilirler. Elde edilen bulgumuz literatür ile uyumludur.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların ikinci izleminde problem çözme, sosyal destek arama ve kaçınma düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur. Buna göre kadınların

bebeklerini yeni kaybettikleri zamandan bir ay sonra problem çözme becerilerinde ve sosyal destek algılarında azalma olmakla birlikte, kaçınma davranışında da azalma olduğu görülmektedir ve kayıptan bir ay sonra kadınların başa çıkma stratejileri azalmıştır. Bir ay sonra kadınlar kayıp gerçeği ile karşı karşıya gelmekte, durumları ile yüzleşmekte oldukları için başa çıkma stratejilerinde zamanla azalma olduğu düşünülmüştür. Abak (2022) Perinatal Yas Ölçeği'ni kullanarak hasta taburcu olmadan önce 48. saatte yaptığı çalışmasında bebeğini kaybeden kadınların üzülmeye düzeyi arttıkça başa çıkmada zorlanma puanında da anlamlı düzeyde azalma olduğunu saptamıştır (Abak, 2022). Nourrouzi ve arkadaşlarının (2022) yaptığı bir çalışmada perinatal ölüm sonrası başa çıkma programına katılan kadınların, katılmayan kadınlara kıyasla daha az aktif keder, umutsuzluk ve baş etme güçlüğü yaşadıkları bildirilmiştir. Hagigi ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında erken ve geç gebelik kaybı yaşayan annelere uygulanan altı seanslık müdahale sonrasında, müdahale grubunda aktif keder, umutsuzluk ve başa çıkma güçlüğü puanlarının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir. Bu sonuçlar ve çalışmamızdan elde ettiğimiz başa çıkma stratejilerinin kayıptan sonra azalması bulgusuna dayanarak kadınların başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesi yönünde destek sağlanmasının önemine vurgu yapılmaktadır.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların hem kayıptan sonraki 24 saat içinde hem de bir ay sonraki izlemde yas düzeyleri arttıkça öfke ve öfkeyi bastırma düzeyleri artmakta, öfkeyi de daha kolay ifade edebilmektedirler. Bu durum bireylerin geçen süreyle birlikte yaşanan gebelik kaybına verdikleri öfke duygusunun zamanla azalarak bireylerin acılarını ifade etmekte daha rahat olabildiklerini düşündürmektedir. Ayrıca araştırmamızda kadınların bebeklerini yeni kaybettikleri zamana göre bir ay sonrasında prenatal yas düzeyleri anlamlı düzeyde azalmıştır. Bu nedenle de yas düzeyleri azaldıkça öfke ve öfkeyi daha kolay bastırabilmiş ve öfkeyi de daha kolay ifade edebilmiş olabilirler. Çalışmamızda kadınların çoğunluğu kayıp sonrası 24 saat içindeki ilk görüşmede genel olarak öfke durumlarını kısmen öfkeli (%83,8) olarak belirtmiştir. Bu nedenle de kadınların kayıptan hemen sonra yaşadıkları öfke durumlarının yaşadıkları yas ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda önemli sağlık profesyonellerinden biri olan ebelerin kayıptan hemen sonra eğitici, destek, danışmanlık ve bakım verici rollerine vurgu yapılmaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarda yas sürecinin öfke ve öfke ifade tarzları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Gebelik kaybı yaşayan kadınların çoğunluğu (%83,8) kendisini kısmen öfkeli, az bir kısmı da (%8,1) öfkeli olduğunu ve hiç öfkeli (%8,1) olmadıklarını belirtmiştir (Tablo 3).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların yarısından fazlası (%79,6) stres ve problem durumları ile kısmen olumlu olarak başa çıktığını belirtirken, az bir kısmı (%11,5) olumlu, %8,8'i de olumsuz olarak başa çıkmaktadır (Tablo 4).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların bir ay sonraki izleminde genel olarak prenatal yas düzeyleri bebeklerini yeni kaybettikleri zamana göre anlamlı düzeyde azalmıştır (Tablo 5).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların bir ay sonraki izlemlerinde öfke ve bastırılmış öfke düzeyleri azalmış, öfkenin kolayca ifade edilemediği ve öfkenin kontrol edilemediği belirlenmiştir (Tablo 6).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların bebeklerini yeni kaybettikleri zamandan bir ay sonra başa çıkma stratejilerinde azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).
- Gebelik kaybı yaşayan kadınların hem kayıptan sonraki 24 saat içinde hem de bir ay sonraki izleminde yas düzeyleri arttıkça öfke ve öfkeyi bastırma düzeyleri artmakta, öfkeyi de daha kolay ifade edebilmektedirler (Tablo 8).

6.2. Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlara gebe kalmadan önceki dönemden başlayarak öfke, öfke ifade tarzları ve başa çıkma stratejileri, gebelik kaybı yaşayan kadınlara da bu konulara ek yas süreci hakkında eğitim ve danışmanlıklar verilmesi,
- Danışmanlık hizmetlerinin sadece gebelik kaybı nedeniyle hastaneye yatışı yapılan kadınlara değil kadının eşine, ailesine ve destek olacak her bireye de verilmesi,
- Gebelik kaybı yaşayan kadınlara ve eşlerine sosyal destek sağlanması,

- Kadınların sadece gebelik kaybı yaşadığı zaman değil hastaneden taburcu edildikten sonraki süreçte de takip edilmesi,
- Gebelik kaybı yaşayan kadınlardaki yas sürecinin öfke ve öfke ifade tarzları ile başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi inceleyen daha büyük ve farklı örneklem gruplarını kapsayan çalışmaların yapılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Abak, C. (2022). Terminasyon Endikasyonu Verilmiş Gebelerde Perinatal Yas Düzeyin Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Abimbola, K.A. (2012). Socio-cultural factors affecting pregnancy outcome among the ogu speaking people of badagry area of lagos state, Nigeria. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(4):133-144.
- Abide, Ç.Y., Çoğendez, E., Kumru, P., Bostancı Ergen, E., Kılıççı, Ç. (2018). Gebelikte kullanılan sigara dozunun maternal ve fetal sonuçlar ile ilişkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1):31-35.
- Akan, S. (2006). Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. (2008). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45: 85-91.
- Akdeniz, F., Gönül, A.S. (2004). Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 2: 70-74.
- Akyıldız, D. (2019). Yas Tepkilerinin Algılanan Eş Desteği, Duygusal Baskılama ve Duygusal Tepkisellik İle İlişkilerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akyol, A. (2010). Yetişkinde ölüm süreci ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26 (3): 59-72.
- Alhusen, J.L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing*, 37: 315-328.

- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analitically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5): 1066-1074.
- Armstrong, D.S. (2007). Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Adv Neonatal Care*, 7(4): 200-206.
- Arnold, J., Gemma, P.B. (2008). The continuing process of parental grief. *Death Studies*, 32(7): 658-673.
- Arnold, J., Gemma, P.B., Cushman, L.F. (2005). Exploring parental grief: Combining quantitative and qualitative measures. *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(6): 245-255.
- Arslan, S., Okcu, G., Coşkun, A., Temiz, F. (2019). Kadınların gebeliği algılama durumu ve bunu etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1): 179-192.
- Aslan, Ş., Güzel Ş. (2018). Duygusal zeka, problem odaklı stresle başa çıkma, iyileşme ve duygusal tükenme ilişkileri. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 16 (31): 59-82.
- Ayçiçek H. (2019). Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Aysan, F. (2003). Başa Çıkma Stratejisi Ölçeğinin Türkçe formunun oluşturulması. *Ege Eğitim Dergisi*, 3 (1): 113-120.
- Ayvaz S., Hocoğlu Ç., Tiryaki A., Ak İ. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17: 243-251.
- Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G., Malak Tuna, A. (2011). Gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikler. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 5(1): 7-14.

- Badenhorst, W., Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2): 249-259.
- Bakır T. (2022). Annelerin Evlat Kaybı Sonrası Yas Süreci Deneyimi: Yorumlayıcı Fenomenolojik Analiz İle İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Balkaya, N.A. (2017). Annelik Hüznü. (1. Baskı), İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 20-82.
- Baltaş, A., Baltas, Z. (2008). Stres ve Başaıkma yolları. (24. Baskı). İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Bildik T. (2013). Ölüm, kayıp, yas ve patolojik yas. *Ege Tıp Dergisi*, 52 (4):223-229.
- Bodur, S., Durduran, Y., Küçükkendirci, H., Doğan, C. (2009). Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: Vaka-kontrol çalışması. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(4): 288-293.
- Bonanno, G.A., Wortman, C.B., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D., Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5): 1150-1164.
- Bridewell, B.W, Change, E. (1997). Distinguishing between anxiety, depression and hostility: Relations to angerin, anger-out and anger control. *Pers Individ Dif*, 22(4): 587-590.
- Bulut, Ö.Ü. (2018). Prenatal Kayıp Yaşamış ve Yaşamamış Gebelerde Psikososyal Sağlık Durumlarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Büyükkurt, S. (2017). Anomalili fetusun takibi, doğrultulması ve gebeliğin teminasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrcs*, 10 (1): 110-116.

- Candan, Ö. (2012). Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin Depresyon Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Casarett, D., Kutner, J., Abraham, J. (2001). Life after death: A practical approach to grief and bereavement. *Annals of Internal Medicine*, 134: 208-215.
- Chaloumsuk, N. (2013). Women's experiences of miscarriage and termination of pregnancy for fetal anomaly in Thailand: A phenomenological study. PhD Thesis. Norwich: University of East Anglia.
- Coşkun, A.M. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (1. Baskı), İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, s. 122, 138.
- Côté-Arsenault, D., Donato, K. (2011). Emotional cushioning in pregnancy after perinatal loss. *J Reprod Infant Psychol*, 29(1): 81-92.
- Côté-Arsenault, D., Schwartz, K., Krowchuk, H., McCoy, T.P. (2014). Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 39(3): 177-186.
- Cüceloğlu, D. (1994). İnsan ve Davranışı. Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Çelik, S., Sayıl, I. (2003). Patolojik yas kavramına yeni bir yaklaşım: Travmatik yas. *Kriz Dergisi*, 11(2): 29-34.
- Davies, W. (2018). Öfke ve Tahammülsülük (2. Baskı). Çev. Duygu Günkut, İstanbul, Kuraldışı Yayıncılık.
- Demir, S.C., Evrûke, C., Kadayıfçı, O. (2001). Perinatal Mortalite ve Morbidite. İçinden: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Ankara, Obstetrik Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji, s.1194-1211.

- Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(4): 200-206.
- Demirel, G., Tezel, B., zbaş, S., Oğuz, S.S., Erdeve, ., Uras, N., Dilmen, U. (2013). Rapid decrease of neonatal mortality in Turkey. *Matern Child Health J*, 17: 1215-1221.
- Doyurgan, K.T. (2009). Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Engelhard, I.M., van den Hout, M.A., Schouten, E.G. (2006). Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth. *General Hospital Psychiatry*, 28(5): 414– 417.
- Eroğlu, F., İrdem ř. (2016). Örgütlerde fke olgusu ve öfke yönetimi. *Yeni Fikir Dergisi*, 8(17): 22-41.
- Erözkan, A. (2004). Lise ğrencilerini Bağlanma Stilleri ve Yalnızlık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 4(2):155-175.
- Fockler, M.E., Ladhani, N.N.N., Watson, J., Barrett, J.F.R. (2017). Pregnancy subsequent to stillbirth: medical and psychosocial aspects of care. *Semin Fetal Neonatal Med*, 22(3):186-192.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R.D., Benyamini, Y. (2008). The experience of miscarriage in first pregnancy: the women's voices. *Death Stud*, 33(1): 1-29.
- Gillbert, E.S, Harmon, J.S. (2002). Yüksek Riskli Gebeliğin Psikolojik Yönü. L. Taşkın (ev. Ed.) Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitab. Ankara
- Gizir, C.A. (2006). Bir kayıp sonrasında zorluklar yaşayan niversite öğrencilerine yönelik bir yas danışmanlığı modeli. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(2): 195-213.

- Gold, K.J, Sen, A., Hayward, R.A. (2010). Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics*, 125: e1202–e1207.
- Goldberger, L. Breznitz, S. (Ed.). (1993). *Stres el kitabı: Teorik ve klinik yönler* (2. baskı). Özgür basın. s. 127-141
- Gözüyeşil, E.Y., Şirin, A., Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3: 39-66.
- Guzewicz, M. (2014). Psychologiczne i społeczne konsekwencje utraty dziecka w wyniku poronienia. *Civitas et Lex*, 1: p. 15-27.
- Güçlü, O., Şenormancı, G., Tüten, A., Gök, K., Şenormancı, Ö. (2021). Fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonu sonrasında perinatal yas ve ilişkili faktörler: Bir yıllık izlem çalışması. *Arch Neuropsychiatry*, 58(3): 221–227.
- Gür, E.Y., Özer, U.B., Apay, E.S. (2022). Perinatal kayıp yaşayan kadınların yas düzeylerinin belirlenmesi: Tanımlayıcı-kesitsel çalışma. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*, 7(3):756-768.
- Hagigi, M., Oladbaniadam, K., Mohaddesi, H., Rasuli, J. (2020). The effect of an intervention based on the warden's principles on the level of grief in mothers with pregnancy loss. *SJKU*, 25(3): 31-43.
- Jatlaoui, T.C., Shah, J., Mandel, M.G., Krashin, J.W., Suchdev, D.B., Jamieson, D.J., Pazol, K. (2017). Centers for disease control and prevention: Abortion surveillance. *United States, Surveillance Summaries* 66(24): p. 1-48.
- Kaba İ. (2019). *Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: Güncel bir gözden geçirme*. Akademik Bakış Dergisi, 73: 63-81.
- Karaca P.P. (2016). *Düşük Deneyimi Yaşayan Kadınlara Verilen Destekleyici Bakımın Psikososyal Sağlık Durumlarına Etkisi*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Kavanaugh, K., Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in low-income African American parents. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(5): 595–605.
- Keten H.S., Gençoğlan S., Dalgacı A.F., Avcı F., Satan Y., Ölmez S., Çelik M. (2015). Gebelik kaybı sonrası akut stres bozukluğunun değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 40(2):226-232.
- Köneş, M.Ö. (2018). Gebeliğin Farklı Dönemlerinde Yaşanan Perinatal Kayıplarda Kadınların Deneyimledikleri Keder Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Köneş, M.Ö., Mecdi Kaydırak, M., Aslan, E., Yıldız, H. (2017). Perinatal Yas Ölçeği (33 maddeli Kısa Sürüm): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3): 231-236.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K. (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansıması. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(4): 429-433.
- Kübler-Ross, E. (2010). Ölüm ve Ölmek Üzerine. Çeviren: Uşşaklı, E. Ankara, April Yayıncılık, s. 21-30.
- Küçükaya, P.G. (2009). Kayıp ve yas süreci. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6(1): 8-13.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lok, I.H., Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 21(2): 229–247.
- Madazlı, R. (2005). Gebelik ve stress. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, 47: 61-62.
- 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 & Neonatal Medicine, 31(1): 47-52.

Marakoğlu, K., Şahsıvar, Ş. (2008). Gebelikte depresyon. Turkiye Klinikleri J Med Sci, 2: 26-28.

Maraş, A. (2014). Komplike yas: Derleme ve vaka çalışması. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 1(1): 41-59.

Markin, R.D. (2017). An introduction to the special section on psychotherapy for pregnancy loss: Review of issues, clinical applications, and future research direction. Psychotherapy, 54(4): 367-372.

Mestçioğlu, Ö., Sorgun, E. (2003). Travmatik Yas. Aker T. ve Önder M.E. (Ed.), İstanbul, Psikolojik Travma ve Sonuçları içinde, s.179-193.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V., Chen, L., Jones, J. (1996). Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention defi cit hyperactivity disorder in children? Am J Psychiatry, 153(9): 1138-1142.

NICHD. (2009) Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Safe Sleep for Your Baby: Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) (American Indian/Alaska Native Outreach) (09-7462). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Nournorouzi L, Nourizadeh R, Hakimi S, Esmailpour K, Najmi L. (2022). The effect of a coping program on mothers' grief following perinatal deaths. J Edu Health Promot, 11: 248.

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, 20(1): 11.

Özel, Y., Özkan, B. (2020). Kayıp ve yasa psikososyal yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 12(3):352-367.

- Özer, A.K. (1994). Sürekli Öfke ve Öfke İfadesi Tarzı (Öfke Tarzı) Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31):26-35.
- Özgünen, F.T. (2007). Abortus; düşükler: Sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(5):1-6.
- Özpolat, A. (2022). Öfke duygusunun demografik değişkenler, siyasal bağnazlık ve korku biçimleri ile ilişkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 11 (3): 1323-1344.
- Pirinçci, E., Oğuzöncül, F., Açıık, Y. (2010). Elâzığ il merkezindeki hastanelerde doğum yapan ve il merkezinde ikamet eden kadınlarda akraba evliliklerinin incelenmesi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 19(3): 182-190.
- Sayın, N. (2020). Erken Gebelik Kaybı Yaşayan Kadınlarda Posttravmatik Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.A., Russel, F.S., Crane, R.J. (1983). Assessment of anger: The State Trait Anger Scale. In JN. Butcher and CD. Spielberger (eds). *Advances in personality assessment*. Hillsdade. NJ: LEA; 2: p.159-187.
- Şimşek Arslan, B., Buldukoğlu, K. (2019). Yasın aile üzerine etkilerini azaltmak için uygulanan destek programları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3):402-417.
- Taşkın, L. (2011). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı (2. Baskı). Ankara. s.133-186.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Toedter, L.J., Lasker, J.N., Alhadeff, J.M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *Am J Orthopsychiatry*, 58:435-449.

Topçuoğlu, S., Erçin, S., Arman, D., Gürsoy, T., Karatekin, G., Ovalı, F. (2014). Adölesan veya ileri anne yaşı: Yenidoğan için risk midir? Tek bir merkezin retrospektif sonuçları. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45(3):131-135.

Türk Dil Kurumu (TDK).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri (TNSA). (2018). Ankara,

Uçak, H. (2019). Öfke İfade Tarzlarının Travmatik Yaşam Olayları ve Bağlanma Stillere Göre Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Üçüncü C.E. (2020). Yüksek Lisans Öğrencilerinde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Vançelik, S., Işık, S., Toraman, M., Ruhi, A., Aktürk, Z. (2012). Kuzey Doğu Anadolu'da bebek ölümleri ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Medical Sciences, 42(1):157-166.

Watson, J., Simmonds, A., La Fontaine, M., Fockler, M.E. (2019). Pregnancy and infant loss: A survey of families' experiences in Ontario Canada. BMC Pregnancy Childbirth, 19(1): 1-14.

Worden, W.J. (2010). Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. UK: Brunner-Routledge.

World Health Organization (WHO). (1995). GENEVRE: Complications of Abortion. p. 19-25.

World Health Organization (WHO). (2013). Neonatal and Perinatal Mortality: Country, Regional and Global Estimates.

- Yaşar, G. (2008). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Okulla İlgili Sorunları ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Yates, S. (2010). Pregnancy and Childbirth.1. Edition ISBN 978-0-7020-3055-0, China, s. 367-392.
- Yılmaz, S. (2010). Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yılmaz, T., Yılmaz, B. (2014). Lars Von Trier'in Antichrist filminin görsel ve psikolojik analizi. Ayna Klinik Psikoloji Dergisi, 1(3):60-71.
- Yörük, S., Türkmen, H., Yalnız, H., Nebioğlu, M. (2016). Gebelikte yas, kayıp ve ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(3):207-212.
- Zara, A. (2011). Kayıplar, yas tepkileri ve yas süreci. Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, 73-90.