



2019

YÜKSEK LİSANS

EBELİK

Hülya AYÇİÇEK

T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2019-0007

**KADINLARIN PRENATAL KAYIP DURUMUNDA
EBELERDEN BEKLENTİLERİ**

HÜLYA AYÇİÇEK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2019

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2019-0007

KADINLARIN PRENATAL KAYIP DURUMUNDA
EBELERDEN BEKLENTİLERİ

HÜLYA AYÇİÇEK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Hülya AYÇİÇEK tarafından hazırlanan “Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02/08/2019

Üye (T.D.) : Prof. Dr. Ayden ÇOBAN

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Üye : Doç. Dr. Sevgi NEHİR

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsününtarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM

TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, çalışmamın bütün aşamalarına titizlikle eğilen, sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Dr. Hale UYAR HAZAR ile Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM başta olmak üzere okulumun tüm öğretim üyesi ve elemanlarına, tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Sayın Doç. Dr. Sevgi NEHİR ile Sayın Dr. Öğr. Üyesi Cennet ŞAFAK ÖZTÜRK'e,

Araştırmanın Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren Aile Sağlığı Merkezleri'nde yapılmasına olanak sağladığı için İstanbul İli Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR-GE ve Projeler Birimi'ne,

Araştırma verilerini toplama aşamasında gerekli hassasiyeti gösteren, destek olan İlçe Sağlık Müdürlüğü ile ASM çalışanlarına ve çalışmaya katılmayı kabul eden saygıdeğer kadınlara,

Ayrıca öğrenimim boyunca, her zaman yanımda olan, destekleyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip canım ablam Nurcihan AYÇİÇEK'e, annem Fatma AYÇİÇEK'e, babam Mehmet AYÇİÇEK'e ve kardeşim Şule AYÇİÇEK'e, kendilerinden çaldığım zaman için borçlu olduğumu düşündüğüm, koşulsuz sevgisiyle hep yanımda olan, manevi kardeşim Eda SIRÇANCI ile çok kıymetli ailesine, uzaktan yürütmekte zorlandığımda desteğini esirgemeyerek tüm imkânlarını seferber eden manevi kardeşim Aslı BAYER'e, tezimin her aşamasında destek ve katkılarıyla zorlukları kolaya dönüştüren ismini ekleyemediğim tüm değerli dostlarıma,

Hiçbir mecburiyetleri olmamasına rağmen izinlerimi tolere ederek çalışma sürecimi kolaylaştıran birim sorumlularım Önder YEL ve Fatma DARICI başta olmak üzere tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kayıp, Ölüm ve Yas Kavramları	4
2.2. Prenatal Kayıplar	5
2.2.1. Abortus Tanımı	7
2.2.2. Abortus Sınıflandırması.....	7
2.2.2.1. Spontan Abortus	8
2.2.2.2. Habitüel Abortus	9
2.2.2.3. Septik Abortus	9
2.2.2.4. İndüklenen Abortus	9
2.2.2.4.1. Elektif Abortus	10
2.2.2.4.2. Terapötik Abortus.....	10
2.2.3. Ölü Doğum	10
2.3. Prenatal Kayıp Sonrası Süreç	11
2.4. Prenatal Kayıp Yaşayan Kadın ve Ailelerine Yönelik Ebelik Yaklaşımı	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	17
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	18
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	19
3.6. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1).....	19
3.7. Ön Uygulama.....	20
3.8. Verilerin Toplanması.....	20

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	21
3.11. Araştırmanın Etik Yönü.....	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri.....	22
4.2. Kadınların Gebelik Kayıpları ile İlgili Özellikleri.....	25
4.3. Kadınların Kayıp ile İlgili Ebelik Bakımı Beklentisi ve Görüşlerine İlişkin Özellikleri..	29
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
6.1. Sonuçlar.....	37
6.2. Öneriler.....	38
KAYNAKLAR.....	40
EKLER.....	46
Ek 1 (Tanıtıcı Bilgi Formu).....	46
Ek 2 (Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul’u Ön Onayı).....	50
Ek 3 (İstanbul İli Projeler ve ARGE Birimi İzin Yazısı).....	51
Ek 4 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu).....	55
Ek 5 (Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Son Onayı).....	59
ÖZGEÇMİŞ.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College of Obstetrics and Gynecologists
AP	: Aile Planlaması
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AR-GE	: Araştırma Geliştirme
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı
WHO	: World Health Organizations

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın zamanı.....	18
Tablo 2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 3. Kadınların eş ve aile özelliklerinin dağılımı.....	23
Tablo 4. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı	24
Tablo 5. Kadınların gebelik kayıplarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	26
Tablo 6. Kadınların kayıp sürecinde sağlık kuruluşu başvurusu ile bilgi alma durumlarının dağılımı.....	28
Tablo 7. Kadınların gebelik kaybı ile ilgili ebelik yaklaşımına yönelik değerlendirmelerinin dağılımı.....	29
Tablo 8. Kadınların gebelik kaybı yaşama durumuna göre ebelik yaklaşımı hakkında beklentilerinin karşılaştırılması	30

ÖZET

KADINLARIN PRENATAL KAYIP DURUMUNDA EBELERDEN BEKLENTİLERİ

Hülya A. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.

Araştırmanın amacı kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemektir.

Araştırma analitik kesitsel olarak Eylül 2015 - Temmuz 2019 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 ASM'de gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya ASM'lere başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden 20 yaş ve üzeri evli olan 434 kadın alınmıştır.

Kadınların yaş ortalaması $37,4 \pm 12,0$ yaş, %39,9'u ilkokul mezunu, %65,7'si ev hanımı, eşlerinin %39,8'i ilköğretim mezunu, %42,6'sı serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiş ve %50,7'sinin geliri gidere denk algıladığı, %86,6'sının sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kadınların %94,9'unun gebelik geçirdiği, %45,6'sının gebelik kaybı yaşadığı bulunmuştur. Yaşanılan gebelik kaybının nedeni sorgulandığında; %34,0'ünün kayıp nedenini bilmediği belirlenmiştir. Kadınların bu süreçte sağlık kuruluşuna başvuru oranı %86,6'dır. Sağlık kuruluşunda kendisi ile ilgilenen sağlık personelinin kim olduğu sorgulandığında; kadınların %7,8'i bu kişinin ebe olduğunu ifade etmiştir. Gebelik kaybına ilişkin kadınların %37,9'u danışmanlık almıştır. Kadınların %55,4'ü gebelik kaybı ile ilgili ebelerin yaklaşımını bilmiyorum şeklinde yanıtlamış ya da soruyu cevapsız bırakmıştır.

Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin olumlu iletişim, izlem ve bakım beklentisi her iki grup bakımından benzer bulunmuştur. Psikolojik destek, danışmanlık ile eğitim beklentilerine bakıldığında ise gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

Araştırmada, tüm kadınların ebelerden olumlu iletişim, izlem ve bakım beklentisi olduğu ancak prenatal kayıp yaşayan kadınların bunlara ek olarak psikolojik destek, danışmanlık ve eğitim beklentilerinin kayıp yaşamayan kadınlara göre daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Beklenti, ebelik, kadın, ölüm, prenatal kayıp, yas

ABSTRACT

EXPECTATIONS OF MIDWIVES TO WOMEN LIVING PRENATAL LOSS

Hülya A. Adnan Menderes University Institute of Medical Sciences Department of Midwifery Master Thesis, Aydın, 2019.

The objective of this study was to determine the expectations of women from midwives in case of prenatal loss.

The research was conducted as analytical cross-sectional study between September 2015 and July 2019 in 24 Family Health Centers (FHC) affiliated to Gaziosmanpaşa District Health Directorate. This study recruited married women aged 20 and over who applied to Family Health Center and accepted to participate in the study.

It was determined that the average age of women was $37,4 \pm 12,0$ years, 39,9 % were primary school graduates, 65,7 % were housewives, 39,8 % of their spouses were primary school graduates, 42,6 % of them were self-employed and 50,7 % perceived their income as equivalent to their expenses and 86,6 % had social security. It was found that 94,9 % of women had pregnancy, 45,6 % had pregnancy loss and when the type of their loss was questioned, the mean number of spontaneous abortion(or miscarriage). When the participants were questioned about the cause of pregnancy loss, it was found that 34,0 % did not know the cause of their loss. The rate of women applying to the health facility during this period was 86,6 %.When the participants were questioned about the health personnel who took care of them at the health facility, 7,8 % of women stated that this person was a midwife. 37,9 % of the women received counseling regarding their pregnancy loss. 55,4 % of the women answered that they did not know the midwives' approach to pregnancy loss or left the question unanswered.

The expectation of positive communication, follow-up and care expectations about the midwifery approach among the women who had prenatal loss and the women who had not lost was found to be similar in both groups. Upon looking at women's expectations of psychological support, counseling and education, the difference between the groups was found to be significant.

In this study, it was concluded that all women had expectations of positive communication, follow-up and care from midwives but women who had prenatal loss had higher psychological support, counseling and education expectations than women who had not lost.

Keywords: Death, expectation, grief, midwifery, prenatal loss, women,

1. GİRİŞ

Kayıp, birey için değerli olan birisinden ya da bir şeyden mahrum olunması ya da bunları kazandıktan sonra kaybedilmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Tanım basit gibi görünmekle birlikte, kaybı ya da kayıpları sarmalayan duygular oldukça karmaşıktır (Gilbert, 2011). Kayıp bir fonksiyonun kaybindan, hayatın kaybına kadar geniş bir kavram olduğu düşünüldüğünde, yaşam boyunca ne kadar sık karşılaşılabilceği tahmin edilebilir (Taşkın, 2016). Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölüm olarak karşımıza çıkmaktadır (Öz, 2004). Prenatal dönemde fetüsün ölümü doğum eylemi başlamadan önce gerçekleşebileceği gibi doğum sırası veya doğum sonrası ilk yedi gün içinde gerçekleşmektedir (Yılmaz, 2010).

Gebelik haftası ve kayıp sayısı ne olursa olsun kadınlar, prenatal kayıplara tıpkı bir bebek öldüğünde, onunla ilgili hayallerini, umutlarını kaybettiklerinde olduğu gibi tepki vermektedirler (Côté-Arsenault ve ark, 2001; Sutan ve ark, 2010). Kadınlar sadece bebeklerini değil, annelik rollerini, gebelik durumunu, genlerine ve bedenlerine olan güvenlerini de kaybederler (Côté-Arsenault, 2001; Hutti, 2005; Dikencik ve ark, 1999). Tüm kadınların dörtte birinden fazlasının yaşamları boyunca düşük, ölü doğum veya bebek ölümünü deneyimlediği düşünülmektedir. Kayıp çoğunlukla yas ve depresyon gibi yoğun emosyonel (ruhsal) yanıtlara yol açabilmektedir (Yılmaz, 2010).

Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i istemsiz düşük, dış gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmektedir (Côté-Arsenault ve ark, 2001). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre ülkemizde düşük oranı 18,7, ölü doğum oranı 0,9 ve perinatal ölüm hızı ise binde 11 olarak bildirilmiş, son yayımlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 verilerine göre ise perinatal ölüm hızının aynı kaldığı görülmüştür.

Prenatal kayıplar ile ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde, gözlemlenen prenatal yanıtın gebelik anksiyetesini artırdığı belirtilmektedir (Dikencik ve ark, 1999; Kersting ve ark, 2012). Prenatal kayıp öyküsü olmayan kadınlar ile olanların gebelik anksiyetesini karşılaştırıldığında, kayıp öyküsü olanların sonraki gebeliklerinde yaşadığı gebelik anksiyetesinin şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Badenhorst ve ark, 2007; Armstrong, 2004).

Armstrong (2007) çalışmasında, kayıptan sonraki gebelikte annelerin anksiyetesi ile babalarınınkini karşılaştırmış ve annelerde gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Artmış gebelik anksiyetesinin düşük prenatal bağlanmaya yol açtığını da bildirmiştir. Önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini de ileri sürmüştür. Turton ve arkadaşları (2006) ölü doğum sonrası loğusalık sürecinin babalar üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında anlamlı derecede keder skorları bulduklarını ve kayıp sonrası alkol alma oranlarında artış görüldüğünü ifade etmektedir.

Lamb ve arkadaşları (2002) önceki gebelik kaybının sonraki gebelik ve ebeveynlik üzerine etkileri üzerine yaptığı literatür taramasında geç prenatal kayıp ile başa çıkmada kadınlarda sosyal izolasyon, negatif duygusal tepkiler ve ağrı duygularına odaklanma gibi davranışların ve yaşam kalitelerinde düşüşün görüldüğü bildirmektedir. Çalışmada prenatal kayıp ile mücadele eden kadınların tekrar gebelik planlamaları ile ilgili sürecin zor olduğu, zihinlerinde ikilem yaşadıkları, sorulara boğuldukları ve güvensizlik nedeniyle anksiyetelerinin arttığı vurgulanmaktadır. Lamb ve arkadaşları (2002) tüm bu kararsızlığa rağmen kadınların çoğunun kaybı izleyen ilk bir yıl içinde yeniden gebe kalabildiklerini de ifade etmektedir.

Avustralya'da ebeler üzerine yapılan nitel bir çalışmada ebelerin prenatal kayıp ile ilgili deneyim, özgüven ve memnuniyetleri araştırılmış ve çalışmada konuyla ilgili ebelik çalışmalarının yetersiz olduğuna ve geliştirilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir. Çalışmada kayıp yaşayan kadınlara yönelik iyi bir ebelik bakım modelinde destekleyici bakım, esnek olmak, kadınların bireysel ihtiyaçlarına cevap vermek, anlayışın kolaylaştırılması, özel anılar oluşturulması, dinleme ve kederin paylaşılması vurgulanmaktadır (Fenwick ve ark, 2007).

Prenatal kaybın kadın ve eşinin ruh sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri, sadece kaybın meydana geldiği dönemle sınırlı olmayıp, gelecekteki tüm gebeliklerde düşünülmesi gereken bir durumdur (Körükçü, 2010). Kayıp yaşayan ailelerin gereksinimi olan bilgilendirilme, danışmanlık alma ve annenin bakım gereksinimlerinin karşılanması ebelerin öncelikli görevleri olduğunu göz önüne alırsak, ebelerin bu ailelere yaklaşımda ne kadar önemli rol oynadıkları ortaya çıkmaktadır. Aileler bu dönemde kayıpla ilgili duygularını onları yargılamadan dinleyecek, kendileri ve bebekleri için en doğru kararları vermelerine zaman ve ortam yaratacak, onları hakları konusunda bilgilendirecek önyargısız, pratik ve gerçekçi ebelik yaklaşımlarına gereksinim duymaktadırlar (Dikencik ve ark, 1999). Ebe ve sağlık profesyonellerinin gebelik kaybı yaşayan kadın ve ailesine yaklaşım konusundaki

deneyim, görüş, tutum ve davranışlarına yönelik yapılan literatür incelemesi bu konuda eksiklikleri ortaya koymaktadır. Ebe ve konu ile ilgili sağlık profesyonellerinin konuları gereği prenatal kayıplara ilişkin daha fazla araştırma yapması, kadın ve aile sağlığının geliştirilmesine katkı sağlaması gerekmektedir (Lamb, 2002).

Tüm bu bilgiler ışığında, kayıp yaşayan kadınların görüş ve beklentilerine yönelik ebelik hizmetlerinin yapılandırılması, ebelerin mesleki donanımlarının güçlendirilmesi kadın ve toplum sağlığı bakımından oldukça önemlidir.

Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemektir.

Araştırmanın Soruları

- Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentileri nelerdir?
- Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelik yaklaşımına ilişkin görüşleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kayıp, Ölüm ve Yas Kavramları

Kayıp, birey için duygu ve düşünce düzeyinde yatırım yapılan, değerli olan birisinden ya da bir şeyden mahrum olunması ya da bunların kazanıldıktan sonra kaybedilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bireyin doğumundan ölümüne kadar karşılaştığı evrensel bir deneyimdir. Tanım basit gibi görünmekle birlikte, kaybı ya da kayıpları sarmalayan duygular oldukça karmaşıktır (Öz, 2004; Yılmaz, 2010; Gilbert, 2011). Yaşanılan duygulanım sürecinin anlaşılabilmesi yaşanılan kaybın özelliklerinin farkında olunmasını gerektirmektedir. Bu özelliklere göre;

- » Yaşanılan kayıp geçici ve sürekli olabilir,
- » Kısmi ya da bütündür,
- » Gerçek ya da tehdit edici olabilir,
- » Çok ani veya uzun sürede oluşabilir,
- » Başka kayıplara da neden olabilir,
- » Benlik anlayışını etkiler,
- » Kayıp ve kayıp tehdidi birey için yeni ya da tekrarlayan bir deneyim olabilir ve
- » Kaybın anlamı kişiden kişiye değişebildiğinden “bireysel” olarak değerlendirilmelidir (Taşkın, 2016; Yörük ve ark, 2016).

Bir bireyin yaşamında rastlayacağı en belirleyici, en nihai, en eşitlikçi ve en kaçınılmaz kayıp olgusu ise ölüm olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ölüm; temel olarak biyolojiktir, yaşam döngüsünün son aşamasıdır ve canlılar arasında kendi ölümlülüğünün farkında olan tek tür insandır, bu nedenle oldukça korkutucu olarak algılanmaktadır. Evrensel bir olgu olduğundan her disiplin ölümü farklı şekilde anlamlandırmaktadır. Tıbbi bir kavram olarak ise; bedensel fonksiyonların bozulmasının neticesinde ortaya çıkan kalp ve beyin işlevlerinin geri dönüşümsüz olarak son bulması olarak tanımlanmaktadır (Yalom, 2001; Öz, 2004; Sezer ve ark, 2009; Yılmaz, 2010; Demir 2012). Son zamanlarda artan tıbbi, teknolojik gelişmeler ve sağlık alanındaki ilerlemeler ile yaşamın sonlanmasının geciktirilebilmesi, ölümü bireysel ya da spiritüel bir olay olmaktan çıkarmış ve tıbbi bir olay haline getirmiştir. (Cimete, 2002; Şirin ve Yenal 2004; Yılmaz, 2010). Ölüm kavramı yetişkinler için sosyal, kültürel geleneklerin, inançların, kişisel ve

duygusal algıların, dini inanç ve kavramsal anlayışların bir bileşkesidir. (Sezer ve ark, 2009).

Yaşanılan kaybın türü ne olursa olsun bireylerin kayba ilişkin gösterdikleri doğal psikolojik tepki ise yas tutmaktır.

Kavramsal olarak yas, kayıp karşısındaki psikolojik tepki, matem ise kaybı deneyimleyen kişilerin uğradıkları kaybın ritüel bir şekilde ifade edilmesi olarak tanımlanmakta olup kayıpla ilgili tüm organizmik tepkileri ve duyguları ifade etmektedir. (Akan, 2006; Gilbert 2011) Yas tutmak, değişimlerin sindirilmesi, yeni duyguların yorumlanması ya da gerçeğin tanımlanması sürecidir. Bu süreçte duyguların doğal akışında yaşanılmaması, bastırılması, yok sayılması gibi tepkiler yaşanılan yasin kronikleşerek patolojik bir hale gelmesine, depresyon, psikosomatik hastalıklar ve patolojik yas gibi klinik tabloların oluşmasına yol açabilmektedir (Akan, 2006; Yılmaz, 2010; Yörük ve ark, 2016). Kayıp sonrası süreçte hizmet verilirken kaybın özelliklerinin değerlendirilmesi, bireylere tüm yönlerden temas edilmesi ve uygun şekilde yaklaşılması oldukça önemlidir Bu noktada sağlık profesyonellerinin kayıp yaşayan bireylerin gereksinimleri konusunda farkındalıklarını arttırması ve bakım stratejilerini zenginleştirilmesi gerekmektedir (Öz, 2004; Yılmaz, 2010; Yörük ve ark, 2016).

2.2. Prenatal Kayıplar

Prenatal dönem; gebeliğin başlangıcından doğum anına kadar fetüsün uterusun içindeki yaşantısını tanımlamaktadır. Bu dönem doğurganlık özellikleri ile neslin devamını sağlayan kadınlar için önemli bir yaşam deneyimidir (Usta ve Balıkcı, 2012; Atasever ve ark, 2018).

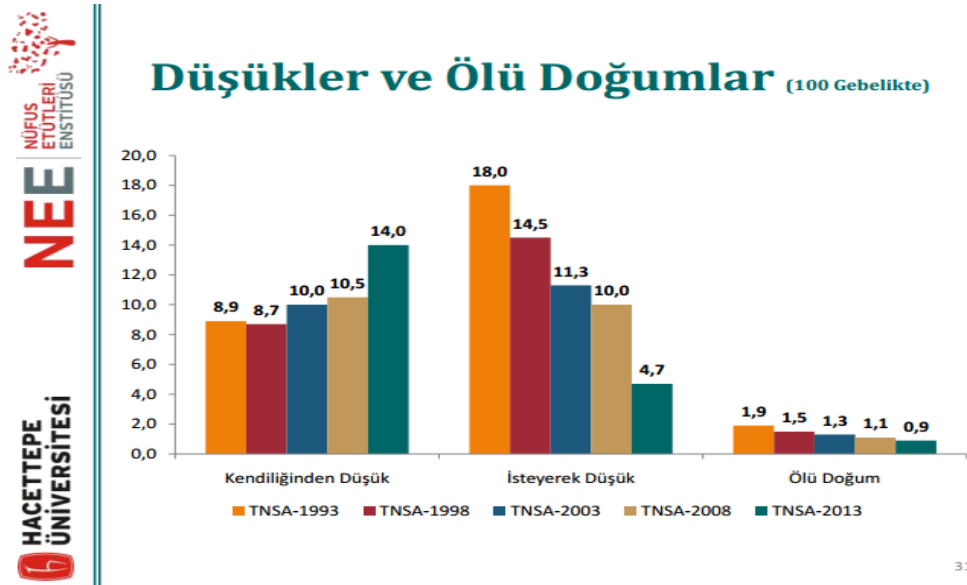
Kadınlar için son derece önemli bir süreç olarak algılanan ve fizyolojik, psikolojik ve hormonal değişimlerin yaşandığı gebelik sırasında, yaşanan bu değişimler bir takım komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu durum gebeliğin sonucunu aynı zamanda anne ve bebeğin iyilik halini etkileyebilmektedir (Gilbert, 2011; Çam ve ark, 2015).

Bir bebeğin dünyaya gelişi genellikle mutluluk verici bir olay olarak algılanmakta ancak her doğum mutlu bir olay şeklinde karşımıza çıkmamakta ve önceden tahmin edilen veya edilemeyen problemler bebeğin ölümüne neden olabilmektedir (Taşkın, 2016). Gebelik süresince ve doğumdan hemen sonra, ölümün görülmesi çok az bir olasılık olduğundan

yaşamın geç dönemlerinde gerçekleşen ölümlere dair kabul edilmiş, düzenli sosyal törenler varken gebeliğin kaybı, sosyal bir tören olarak çok az kabul görmektedir (Gilbert, 2011).

Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i istemsiz düşük, dış gebelik, ölü doğum ve neonatal ölüm gibi nedenlerle kaybedilmekte, klinik olarak tanılanan prenatal kayıplar parite, maternal ve paternal yaşın artmasıyla birlikte artış göstermektedir (Côté-Arsenault ve ark, 2001; Akdağ, 2014).

Ülkemizde istemsiz düşük oranı yüzde 14,0 olup, isteyerek düşük oranı yüzde 4,7 ve ölü doğum oranı ise yüzde 0,9 olarak bildirilmiştir TNSA 2013 Türkiye’de ki düşük ve ölü doğum oranları Grafik 1’de gösterilmiştir. Bu oranlara göre 2008 yılından sonraki dönemlerde kendiliğinden düşük oranlarında artış olduğu görülürken isteyerek düşük ve ölü doğum oranlarında düşüş olduğu görülmektedir.



Kaynak: TNSA, 2013.

Grafik 1. Türkiye’de Düşükler ve Ölü Doğumlar

Prenatal dönemde ölüm, doğum eylemi başlamadan önce uterusun erken kasılması nedeniyle kendiliğinden gerçekleşebilirken, gebelik süresinden bağımsız olarak, konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce de meydana gelebilir (Körükçü ve ark, 2010; Yılmaz, 2010).

Gebelik kayıpları arasında birinci trimester kayıpları en sık karşılaşılan kayıp türüdür ve genellikle daha az travmatik olarak nitelendirilmektedir. Kayıp sonrası yaşanabilecek sorunlar gebelik haftası ile doğrudan ilişkilidir (Yılmaz, 2010; Taşkın, 2016). Spontan abortus, terapötik abortus ve ektopik gebelik ile ilgili gebelik kayıpları insidansının tüm gebeliklerin %15-20’si olduğu ve bunların da gebeliğin erken döneminde sonlandığı tahmin

edilmektedir. Sonuç olarak tüm gebeliklerin yaklaşık olarak üçte biri kayıpla sonuçlanmaktadır (Gilbert, 2011).

Kadın, gebeliğin geç döneminde gerçekleşen fetal ölüm sonucu doğum sürecinin ürünü ölü bir bebek şeklinde alırken bazen de bebek doğum eylemi sırasında ölebilmektedir. Bebeğin doğum eylemine reaksiyonu bilinemese dahi bu durumdan doğrudan etkilenen kadınlar ve aileleri gözlemlenebilmektedir (Yılmaz, 2010).

2.2.1. Abortus Tanımı

Abortus kelimesi latince aboriri (düşük) kelimesinden türemiştir. New Shorter Oxford sözlüğüne göre, abortus fetüsün yaşama kapasitesine erişmeden doğması olarak tanımlanmaktadır ve düşükle aynı anlamda kullanılmaktadır (Akdağ, 2014). Literatürde abortus; uterus içine implante olan embriyonun yaşamının, kadının kendi isteğiyle ya da tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onam alınarak çeşitli yöntemlerle sonlanmasıdır (Özgünen, 2007, Akdağ, 2014). Zaman içerisinde çok sayıda abortus tanımı yapılmıştır ancak günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gebelik ürününün ağırlığı ve gebelik süresini kriter olarak; 20. gebelik haftasından önce, 500 gramdan az embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının veya bir bölümünün uterus kavitesi dışına atılması olarak tanımlamaktadır (Akan,2006; Yılmaz, 2010).

Gebeliğin en fazla görülen komplikasyonu olarak bilinen abortuslarda gebelikte suprapubik ağrı ve uterusun kasılmasıyla ortaya çıkan vajinal kanama ile beraber gebelik ürünü (embriyo veya fetus) atılır, gebelik bulgu ve semptomlarının kaybolur (Deniz ve ark, 2016). Abortus kanama yapmasının dışında oluşturduğu birçok komplikasyonlarla da önemli bir obstetrik patoloji niteliğini taşımaktadır (Akan, 2006; Deniz ve ark, 2016).

2.2.2. Abortusların Sınıflandırılması

Gebeliğin ilk 12 haftasında abortus görülme durumu çok sık olduğundan, ilk trimester kanamalarında akla gelen ilk sorun olarak düşünülmektedir. Abortuslar oluş zamanlarına, oluş şekillerine, tamamlanma şekillerine ve klinik seyirlerine göre sınıflandırılırlar (Akan, 2006; Özgünen, 2007; Akdağ, 2014);

1. Spontan Abortus (Kendiliğinden Düşük)
 - » Abortus İmminens (Durdurulabilir Düşük)
 - » Abortus İnsipiens (Durdurulamayan Düşük)
 - » Komplet Abortus (Tam Düşük)
 - » İnkomplet Abortus (Tam Olmayan Düşük)
 - » Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)
2. Habitüel Abortus (Tekrarlayan Düşük)
3. Septik Abortus
4. İndüklenen Abortus (Zorlanan Düşük)
 - » Elektif Abortus (İstemli Düşük)
 - » Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)

Abortus çeşitleri içerisinde, araştırmamız kapsamında 2 ayrım ele alınmıştır;

- 1) Elektif olmayan tüm abortuslar
- 2) Elektif abortuslar

2.2.2.1 Spontan Abortus

Spontan abortus gebeliğin fetüsün uterus dışında yaşama kabiliyeti gelişmeden, genellikle 20. haftadan önce istemsiz bir biçimde sonlanması anlamına gelmektedir. Elektif olmayan abortuslar arasında gebeliğin en sık görülen komplikasyonu spontan abortustur ve %30-50'si ilk menstruasyondan önce kaybedilmekte ve ilk trimesterde kanama yaşayan kadınların yarısında gebelik abortus ile sonuçlanmaktadır. Tanı alan gebeliklerin ise %15-20'si spontan abortus ile sonuçlanmaktadır.

Abortus sonrası kadının karşılaşılabileceği problemler gebelik haftası ile ilgili olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2002; Akdağ, 2014).

Gebeliğin 12. haftasına kadar gerçekleşen abortuslar erken abortus, 12.–20. gebelik haftaları arasında gerçekleşen abortuslar ise geç abortus olarak adlandırılmaktadır. Geniş bir yelpazeye sahip olan spontan abortus insidansının yaklaşık %15–40 oranda olduğu bilinmektedir. Spontan abortusların %62 si 12. gebelik haftasından önce ortaya çıkmaktadır (Deniz ve ark, 2016). Spontan abortusun en sık nedeni kromozomal anomaliler olarak bilinmektedir (Akdağ, 2014; Deniz ve ark, 2016).

2.2.2.2. Habitüel Abortus

Habitüel abortus birbirini takip eden en az üç ya da daha fazla gebeliğin 20. gebelik haftasını tamamlayamadan spontan olarak sonlanması olarak tanımlanmaktadır (Özgünen, 2007). Tanı almış gebeliklerde bir kez abortus olma insidansı %15 iken, üç kez ardışık abortus olma insidansı %0,5-1 arasında olduğu belirtilmektedir. Habitüel abortus etiyojisine neden olan faktörler olarak genetik nedenler, anatomik nedenler, trombofilik nedenler, endokrin nedenler ve immün nedenler olarak belirtilmektedir (Akdağ, 2014).

2.2.2.3. Septik Abortus

Spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumuna septik abortus denilmektedir. Septik abortus fetal veya plasental dokuların bir kısmının uterusu kalması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Septik abortusun ortaya çıkmasında iki tetikleyici faktör: terapötik veya spontan abortus sonucunda gebelik ürününün uterusu kalması ve enfeksiyonun uterusu iletilmesidir. Septik abortus daha çok uzamış ve göz ardı edilmiş membran rüptürü varsa, rahim içi araç ile gebelik birlikte ise birde gebelik sonlandırılması yasal olmayan şekilde uygulanmaya çalışıldıysa oluşmaktadır.

Gelişmekte olan ve düşüğün yasak olduğu ülkelerde halen daha septik abortus görülmektedir. Gebeliğin sonlandırılması yasalaştıktan sonra septik abortus oranlarında hızla düşüşler olmuştur. World Health Organizations (WHO)' a göre her 270 kanuna aykırı düşük nedeniyle bir kadın ölmektedir. Yasa dışı müdahaleleri saptamak her zaman mümkün değildir ancak özellikle septik abortusla karşılaşıldığında mutlaka akla getirilmesi gereken bir durumdur (Ürünsak ve ark, 2007; Akdağ, 2014).

2.2.2.4. İndüklenen Abortus

Fetal viabilite kazanılmadan gebeliğin medikal (tıbbi) veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasına indükleyici abortus denilmektedir. İndükleyici abortus (induced abortus) elektif ve terapötik abortus olmak üzere başlıca 2 grupta incelenmektedir (Özel, 2007; Taşkın, 2012).

2.2.2.4.1 Elektif Abortus (İstemli Düşük)

Elektif abortus istenmeyen gebelik nedeniyle fetal ya da maternal hastalığın söz konusu olmadığı, yalnızca anne babanın talebiyle yasal olarak gebeliğin sonlandırılması olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2012; Demir, 2007; Özel, 2007).

Ülkemizde 1983 yılında çıkarılmış 2827 sayılı "nüfus planlamasına dair kanun" ile elektif abortus ve medikal abortus şartları belirlenmiştir. Yayımlanan tüzüğe göre annenin sağlığını tehdit eden bir hastalık olmadığı durumda gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar elektif abortusa izin verilmekte olup 10. hafta üzerindeki abortus için medikal nedenler aranmaktadır (Özel, 2007). Acil duruma yol açacak şartlar, müdahale yeri ve koşulları, belgelendirme gibi konular ilgili tüzükte yer almaktadır (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, 1983).

2.2.2.4.2 Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)

Terapötik abortus ise fetal viabilite kazanılmadan kadının sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması işlemidir (Özel, 2007; Taşkın 2012; Akdağ, 2014; Aksu ve ark, 2014; Bucak ve ark, 2018). Günümüzde fetüsün yaşama yeteneğinin sınırı 20. gebelik haftası olarak ele alınmaktadır. Terapötik abortus endikasyonu olarak gebeliğin tecavüz ya da ensest ilişki sonucu oluşması veya gebeliğin devamına izin verildiğinde fetüsün yaşamla bağdaşmayacak ciddi anomalilerle veya mental retardasyonla doğması riski ele alınmaktadır.

Gebelikte annenin hayatını tehlikeye sokacak birçok hastalık bulunmakla beraber bunların içinde en fazla kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalıkları bilinmektedir. (Özel, 2007; Akdağ, 2014).

2.2.3. Ölü Doğum

Ölü doğum, 19 haftalıktan daha büyük bebeğin, doğum anında hiçbir yaşam belirtisi olmaksızın doğması, bebeğin anne karnında doğumdan önce ölmesi olarak tanımlanmaktadır. İki farklı şekilde oluşabilmektedir. Birincisinde bebeğin anne karnında öldüğü doğumdan önce tespit edilmiş, anne ve baba durumun farkında, kadın bebeği doğum

gerçekleşene kadar taşımaya devam etmekte, ikincisinde ise kadın bebeğin öldüğünü doğum sırasında öğrenmektedir (Yılmaz, 2010; Gilbert, 2011).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi'ne (National Center of Health Statics) göre ölü doğum tanısı koyabilmek için solunum, kalp atımı, umbilikal korda atım ve belirgin istemli kas hareketlerinin olmaması gerekmektedir. Fetal ölümler 20 haftadan küçük erken, 20-27. haftalar arasında orta ve 28 haftadan sonra görülen ölümler geç olarak ayrılmaktadır (Körükçü ve ark, 2010).

DSÖ Uluslararası Hastalıklar Sınıflamasında ulusal perinatal istatistiklerin sadece 500 gramın üzerinde doğan ölü veya canlı fetüs ve bebekleri içermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu kiloya karşılık gelen gebelik haftası 25. hafta, baş-topuk uzunluğu ise 25 santimetredir. DSÖ ve American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) sadece 500 gramın üzerindeki fetüsün intrauterin ölümü fetal ölüm olarak tanımlamaktadır. ACOG ayrıca 22. gebelik haftasından sonra görülen fetal ölümlerin de bu kategoride değerlendirilmesini önermektedir (Körükçü ve ark, 2010). Gelişmiş ülkelerde her on gebelikten biri erken gebelik kaybı ile her 200 gebelikten biri de geç gebelik kaybı ile sonuçlanmaktadır (Sak ve ark, 2012).

Fetüs ya da bebek kaybının ebeveynler üzerine etkisi gittikçe daha fazla dikkat çeken bir konu haline gelmektedir. Bu durum, bir ebeveyn krizidir ve yalnızca bebeğin ölümüyle sınırlı kalmayıp, geleceğe yönelik ümitsizlik ve kötü düşünceleri de beraberinde getirmektedir (Gilbert, 2011). Bu nedenle kayıp yaşayan kadın ve ailelerin hislerini öğrenerek, gereksinimlerinin tespiti ve desteklenmeleri gelecek yaşantılarının kalitesi açısından da son derece önemlidir.

2.3. Prenatal Kayıp Sonrası Süreç

Bebek bekleyen veya yeni anne, baba olmuş bireyler bebeklerinin yaşamı ile ilgili pek çok plan yaparak hayal kurmaktadır. Kayıp yaşayan ebeveynler çoğu zaman, daha önce ölümü görmemiş, şimdi ise büyük ve beklenmedik bir kayıpla karşı karşıya kalan genç insanlardır. Bu bireyler bebeğin kaybı durumunda yaşanan acı gerçeğe hazırlıksızdırlar, sıklıkla bu durumu inkâr etmektedirler ve dünyanın anlamını kaybettiğini düşünmektedirler Prenatal kayıp yaşayan kadınlar yas, depresyon ile anksiyete tepkileri vermektedir ve depresyon ile anksiyete yaşanan kaybı takip eden ilk zamanlarda ortaya çıkan en yaygın tepkilerdir (Akan, 2006; Yılmaz, 2010).

Yapılan çalışmalarda hasta tarafından bilinmeyen düşüklerin sonrasında negatif etkilerin yanı sıra, düşük sonrası üzüntü (post-abortion grief) ve travma sonrası stres bozukluğu da gelişebildiği belirtilmektedir. Yine konuya ilişkin araştırmalarda abortusların yan etkileri ve psikolojik rahatsızlıklar arasındaki bağlantılar incelendiği ve anksiyete ile depresyon oranlarının yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Akan, 2006).

Bu süreçte kadın ve ailesinin yaşadığı duygulanımlardan olan yas ise evrensel bir duygu olmakla birlikte şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilmekte ve bu uzun dönemde yaşanan duygusal değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir. Yas dönemi depresyon ile birlikte öz güven kaybına, aile ile arkadaşlardan yeterli destek görememe duygusuna yol açabilmektedir (Körükçü, 2010; Gilbert, 2011). Yasın psikolojisiyle ilgili bilimsel çalışmalar uzun yıllardır yürütülmektedir ve başlangıcı Lindemann'ın yaptığı bir çalışmaya dayanmaktadır. Çocuğun, eşin, anne, babanın ya da kardeşin ölümüyle bağlantılı psikolojik semptomatoloji toplum tarafından yaygın olarak kabul görmeye birlikte, gebelik ve bebek kaybının etkileri daha yakın zamanlarda dikkate alınmaktadır (Gilbert 2011). Yas tutan bireylerin ortak bir biçimde ilk önce hissizlik ve şok yaşadığı, daha sonra inanmama ve inkâr etme davranışı geliştirdiği, bunu özlem duyma ve aramanın takip ettiği, daha sonra son evrede de kabullenme ve düzenlemenin (reorganizasyon) deneyimlendiği dikkat çekmektedir (Zara, 2011; Kübler Ross, 2010).

Sahu (1981) kayıptan sonra görülen yas tutma süreci ile ilgili kavramları gebelik kaybına uyarlamış ve prenatal kayıp yaşayan bireylerin, kayıp yaşayan bireylerden tek farkının düzenleme (reorganizasyon) evresinde yeni bir gebeliği planlamaya başlamaları olduğunu belirtmektedir. Davidson (1984) yas sürecinin keder ve yoksunluğa ilerlemesinde zamanın önemine dikkat çekmektedir. Yas için zaman tanımak ve destek sağlamak gerekmektedir. Kadın ve ailesinin her şeye yeniden başlamaları ve yeniden yapılanmaları, onların 6-24 aylarını almaktadır. Bunun için gereken zaman gebelik süresinin uzunluğuna değil, bireylerin güçlerine, baş etme stratejilerine, destek arama yeterliliği ile desteği kabul etmesine ve o anda yaşanan stresörlere bağlıdır (Gilbert, 2011). Konuya ilişkin yapılan araştırmalar, ailelerin kayıp süreci ve kayıp sonrası süreçte yaşadıkları, ihtiyaçları ve beklentilerinin kadın ve aile sağlığına olumsuz etkileri, gelecek gebeliklere, doğum ve doğum sonrası sürece hatta daha sonra ki süreçlere kadar yansıdığını göstermektedir (Demirel ve ark. 2014; Yılmaz ve Beji, 2013; Sak ve ark. 2012; Seyhan 2011; Yılmaz, 2010; Armstrong, 2007; Akan 2006; İles ve Gath, 1993).

Yılmaz (2010) prenatal kayıpların sonraki gebelik üzerine etkilerini araştırdığı çalışmada, daha önce prenatal kayıp yaşayan kadınların kayıplarına ilişkin özellikleri

incelendiğinde kadınların yaklaşık yarısının (%57,8) daha önce bir kez prenatal kayıp yaşadığı, %60,2'sinin gebeliğinin küretajla sonlandırıldığını ifade etmektedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bir Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Mayıs 2006 - 2011 tarihleri arasında gerçekleşen toplam 15.203 doğumdan 308 ölü doğum olgusu retrospektif olarak değerlendirilmiş ve bu sürede görülen ölü doğum oranı %2,02 olarak saptanmıştır. Çalışmada ölü doğumların en sık nedeni olarak gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar ifade edilmektedir (Sak ve ark, 2012).

İlk prenatal kaybı izleyen bir gebeliğin canlı doğumla sonuçlanma olasılığı %80 iken, bu olasılık daha fazla ardışık gebelik kaybından sonra ciddi oranlarda düşmektedir (Seyhan, 2011). Başka bir retrospektif çalışmada da habitüel abortus sonrası gebe kalan kadınların gebelik takiplerinde bu kadınların sezaryenla doğum yapma oranı yüksek olarak saptanmıştır (Demirel ve ark, 2014). Bu veriler prenatal kayıpların kadınların doğum tercihlerine de etki ettiğini düşündürmektedir.

İles ve Gath (1993) fetal anomali nedeniyle ikinci trimesterde gebeliği sonlandırılmış 71 kadın ve spontan abortus nedeni ile prenatal kayıp yaşayan 26 kadınla yürüttükleri araştırmada, kayıptan 4 hafta sonra kadınların psikiyatrik sorunlarının olduğu tespit etmişlerdir. Yılmaz (2010)'ın çalışmasında mutlu olma/sevinç gibi duyguları yaşayan kadınların oranı kayıp yaşamayanlarda anlamlı olarak daha yüksek iken, korku ve karmaşık duygular yaşayan gebelerin oranının kayıp yaşayan grupta daha yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Prenatal kayıp sonrasında yeniden yaşanacak gebelikte, aynı sorunların yaşanma ihtimali, sonraki gebelikte hastalık riskinin, kadın ve eşinin herhangi birinin ailesinde var olan genetik bir hastalık nedeniyle kendisinin taşıyıcılık durumunun bilinmemesi sıklıkla karşılaşılan endişeler arasında yer almaktadır. Kayıp yaşayan kadınların verdikleri cevaplarda sıklıkla bir sonraki gebelikte de aynı şeyleri yaşamaktan korktuklarını ifade eden görüşler olduğu görülmektedir (Akan, 2006). Lamb ve arkadaşları (2002) tüm bu karmaşıklığa rağmen kadınların çoğunun kaybı izleyen ilk bir yıl içinde yeniden gebe kalabildiklerini de ifade etmektedir.

Amstrong (2004) daha önce prenatal kayıp yaşayan kadınların takip eden gebeliklerinde %45 oranında depresyon için yüksek risk taşıdıklarını saptamıştır. Sutan ve ark. (2010) prenatal kayıp yaşamış kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında (kayıptan 6 hafta ile 12 ay arasında) kadınların %53,2'sinin depresif belirti gösterdiğini ifade etmektedir. Giannandrea ve ark. (2013) ile Yılmaz ve Beji (2013)'nin postpartum dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, prenatal kayıp yaşayan kadınların kayıp yaşamayan kadınlara göre

depresif belirti düzeylerini yüksek bulmuşlardır. Armstrong (2007), kayıptan sonraki gebelikte annelerin anksiyetesi ile babalarınınkini karşılaştırmış ve annelerde gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Artmış gebelik anksiyetesinin düşük prenatal bağlanmaya yol açtığını da bildirmiştir. Önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini de ileri sürmüştür.

Turton ve arkadaşları (2006) ölü doğum sonrası loğusalık sürecinin babalar üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında anlamlı derecede keder skorları bulduklarını ve kayıp sonrası alkol alma oranlarında artış görüldüğünü ifade etmektedir. Mills ve ark. (2014) çalışmalarında kayıp sonrası annelerin hislerini daha fazla açığa vurma eğiliminde iken, babaların ise daha çok sosyal beklentilere uyum sağladığını, çiftlerin iletişimde çatışma yaşadıklarını ifade etmektedir. Doğum sonrası dönemde yarıdan fazla kadın (%51,9) en az bir duygusal sorun yaşarken doğum sonrası üzüntü ve moral bozukluğu (%30,1), ardından stres veya sıkıntı (%25,3) ve anksiyete (%22,3) yaşamak en sık bildirilen sorunlar arasındadır (Chojenta ve ark, 2014).

Ebe ve sağlık profesyonellerinin gebelik kaybı yaşayan kadın ve ailesine yaklaşım konusundaki deneyim, görüş, tutum ve davranışlarına yönelik yapılan literatür incelemesi bu konuda eksiklikleri ortaya koymaktadır. Ebeler ve sağlık profesyonellerinin konuları gereği prenatal kayıplar ile ilgili daha fazla araştırma yapması kadın ve aile sağlığının geliştirilmesine katkı sağlaması gerekmektedir (Lamb, 2002).

2.4. Prenatal Kayıp Yaşayan Kadın ve Ailelerine Ebelik Yaklaşımı

Kadın ister düşük yapmış olsun isterse ölü doğum ile karşı karşıya kalmış olsun, ölüm geleceğin yok olması, bebekle ilgili tüm ümitlerin kaybı anlamına gelmektedir. Aile ani bir boşluk ve yas yaşamaktadır. Bir bebeğin ölümü kadını, eşini, ailesini hatta hastane personelini dahi etkilemektedir (Taşkın, 2016). Kaybı atlatabilmek için kadın ve ailesinin mental ve fiziksel anlamda sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri kayıp yaşayan kadın ile yakın çevresinde bulunan bireylerin konuya ilişkin dini ve kültürel yaklaşımlarını bilişsel, duygusal ve sosyal yönden irdelemelerine yardımcı olabilir. Ebeler geçmişte yaşanmış bir prenatal kaybın stresi daha çok artırabileceği konusunda uyanık olmalı, deneyimlerini paylaşmada uygun bir şekilde aracılık yapmalıdır (Beji, 2015).

Ebeler, kayıp yaşayan kadın ve ailelere yaklaşırken;

- » Kayıp deneyimleyen kadına temiz, sessiz ve güvenli bir ortam sağlamalı (bulunduğu odada bebek ile ilgili herhangi bir eşya olmamasına özen göstermeli),
- » Sağlıklı bebek sahibi ailelerle aynı ortamda bulundurmamalı,
- » Mahremiyeti korumalı,
- » Kadın ve ailenin yanında olmalı (kayıp ile ilgili tüm sağlık çalışanlarının bilgi sahibi olmasını sağlamalı, nöbet teslimlerinde diğer ekip üyelerini bilgilendirmeli),
- » Kadın ve ailenin sorularını dikkatle cevaplamalı, baştan savma, önemsiz şekilde davranmamalı,
- » Çalışanların desteklerini azalttıklarını hissettirmemeli, saygılı, anlayışlı ve duyarlı davranmalı,
- » Destekleyici diğer kişilerle görüşmesini sağlamalı,
- » Açık uçlu sorularla kendisini ifade etmesini sağlamalı, aktif dinleme tekniklerini kullanmalı, hatıralarına saygı göstermeli,
- » Yargılamadan, empatik yaklaşmalı,
- » Yalnız kalmak istediklerinde ziyaretçi kısıtlaması yapılmasını sağlamalı,
- » Güçlü yönlerini ortaya çıkarmalı ve geri bildirimler vermeli,
- » Belirsizlik veya yeterince bilgilendirmemekle ilgili sorun yaşanmamasını sağlamalı,
- » Hazır olduğunda gerçek durumu açıklamalı ve kabullenmesine destek olmalı,
- » Yası yaşamasına izin vermeli,
- » Kaybı erişkin kaybı gibi düşünerek, defin işlemleri için gerekli itinanın gösterilmesini sağlamalı,
- » Geleceğe ilişkin rehberlik etmelidir (Taşkın, 2016; Beji, 2015; Akan, 2006).

Prenatal kaybın kadın ve eşinin ruh sağlığı üzerinde yıkıcı etkileri, sadece kaybın meydana geldiği dönemle sınırlı olmayıp, gelecekteki tüm gebeliklerde düşünülmesi gereken bir durumdur. Kadınların kayıptan sonra gebeliğe verdiği yanıtların incelenmesi ve baş etme tekniklerini etkin olarak kullanmalarının sağlanması önemli bir ebelik sorumluluğudur. Kadın ve ailenin tepkilerinin ve kaybın yansımalarının tanımlanması, etkin destekleyici bakımı sağlamak için sağlık çalışanlarına fırsat sağlamaktadır (Körükçü, 2010). Akan (2006) çalışmasında kayıp yaşayan kadınlara, sağlık çalışanlarından beklentilerinin neler olduğu sorulduğunda, ifadelerinde empatik yaklaşım, anlayış ve güler yüz, işinde iyi olma gibi beklentileri sıklıkla belirttiklerini, bazılarının ise olumlu, moral veren, hassas davranışları tercih ettiklerini bildirmektedir.

Yapılan tüm çalışmaların da ortaya koyduğu üzere ebelerin, en son literatür ile yüksek kalite geçerliliği olan araştırmalardan faydalanılarak iyi temellenmiş teoriler ile

ulusal standartlara uygun, kadın ve ailesinin beklentilerini karşılayan, duyarlı ve özenli bir bakım hizmeti vermesi fazlasıyla önem taşımaktadır. Doğru yaklaşım, etkili iletişim ve uygun destekle, bireylerin kayıp sonrası sağlıklı bir süreç geçirmeleri kolaylaşacaktır (Akan, 2006).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemek üzere analitik kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde gerçekleştirilmiştir.

İstanbul ilinin en kalabalık nüfuslu ilçesi olarak bilinen Gaziosmanpaşa geniş bir bölgeye yayılım göstermesi ve nüfus yoğunluğundaki artış nedeniyle 2008 yılında üçe bölünmüştür. İlçesinin yeni sınırları, kuzeyden Sultangazi, doğu ve güneyden Eyüp, batıdan ise Bayrampaşa ilçeleri ile çevrilidir. TÜİK'in adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre 01 Şubat 2019 tarihinde açıkladığı 2018 yılı ilçe nüfusu 487.046'dır. Nüfusun 244.474'ünü erkekler, 242.572'sini ise kadınlar oluşturmaktadır. Gaziosmanpaşa yoğun göç alması nedeniyle nüfus hareketlerinin fazla olduğu ve genele bakıldığında Türkiye'nin doğu bölgelerinden göç eden düşük sosyo-ekonomik düzeyde insanların yaşadığı bir bölgedir. Küçük çaplı atölye ve işyerlerinin bulunduğu ilçede, kırsal alanda tarım da yapılmaktadır. Gecekondulaşmanın yoğun olduğu ilçelerden olduğundan son yıllarda ivme kazanan kentsel dönüşüm çalışmaları ile modernize edilmeye çalışılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Çalışma Eylül 2015–Temmuz 2019 tarihleri sürecinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma ile ilgili basamakların zamanı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusuna karar verme	Eylül - Aralık 2015
Tez önerisi hazırlama	Temmuz 2016
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan ön onay alma	Ocak 2017
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile sözleşme imzalama	Eylül 2017
Verileri toplama	Eylül 2017 - Eylül 2018
Verileri analiz ve değerlendirme	Ocak 2019
Tez raporu yazılması	Ocak - Temmuz 2019
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan son onay alma	Mayıs 2019

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini 22 Eylül 2017-13 Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren ASM'lere izlem için başvuran kadınlar oluşturmuştur. Örneklem alınacak kadın sayısı evreni belli örneklem yöntemi kullanılarak, %95 güven aralığında ($\alpha=0,05$), $P=0,50$ ve $N=179.187$ evren sayısı ile hesaplandığında 384 olarak bulunmuştur. Olası vaka kayıpları (yaklaşık %10) dikkate alınarak araştırmaya 425 kadın alınması planlanmış ve araştırma 434 kadınla tamamlanmıştır. Bu kadınlar, her bir ASM'de kayıtlı 20 yaş ve üzeri kadın nüfusunun örneklem sayısına orantılanması ile tabakalandırılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar gelişigüzel örneklem yöntemi ile (convenience sampling) belirlenmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü ASM'ler ve alınan kadın sayıları aşağıdaki gibidir;

- | | | |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| » TOKİ Avrupa ASM (10) | » Ali Başaran ASM (15) | » Karlıtepe ASM (20) |
| » Karayolları ASM (20) | » Akmercan ASM (15) | » Kazım Karabekir ASM (33) |
| » Küçükköy ASM (15) | » 11-12 Nolu ASM (17) | » Mevlana ASM (21) |
| » Mustafa Furuncu ASM (15) | » İbni Sina ASM (24) | » Pazariçi ASM (11) |
| » Şükriye Kaan ASM (17) | » Merkez ASM (16) | » Plevne ASM (23) |
| » Fatma Bıyıklı ASM (15) | » Bağlarbaşı ASM (16) | » Hatice Canbaz ASM (19) |
| » Duygu Özyurt ASM (18) | » Hürriyet ASM (9) | » Recep Sağlam ASM (17) |
| » Rahime Başaran ASM (23) | » Karadeniz ASM (26) | » Yıldıztabya ASM (15) |

3.5. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Alınma Kriterleri;

- ASM ye izlem için gelmiş 20 yaş ve üstü,
- Türkçe konuşup anlayabilen,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar dâhil edilmiştir.

Dışlanma Kriterleri;

- Canlı doğum sonrası kayıp yaşayan,
- Verilerin toplanmasına engel olabilecek fiziksel ya da ruhsal rahatsızlığı olan kadınlar dâhil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanması için literatür taraması ile oluşturulan Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılmıştır (Taşkın, 2016; Beji, 2015; Akan, 2006). Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

“Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1) kadının özelliklerini tanımlayabilmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış olup iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, meslek, sağlık güvencesi, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin işi, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu, gebelik, canlı doğum, yaşayan çocuk, planlı gebelik olup olmadığı) sorgulayan 15 soruyu kapsamaktadır. İkinci bölüm gebelik deneyimlerini (gebelik kaybı, gebelik kaybı tipleri, kayıp sayıları, kayıp nedenleri, destek sistemleri, sağlık kuruluşu başvurusu, hangi sağlık kuruluşu, ilgilenen sağlık personeli, sağlık kuruluşunda bilgilendirme yapılıp yapılmadığı, kadınların düşüncelerini paylaşıp paylaşmadığı, kayıplara yönelik danışmanlık yapılıp

yapılmadığı, ASM’de çalışan ebelerin kayıp hakkında kadınlar ile görüşüp görüşmediği, görüşme yapan kadınların ebelerin yaklaşımını nasıl değerlendirdiği ve kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin görüşlerini) sorgulayan 13 soruyu kapsamaktadır.

3.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi formunun anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında dokuz uzman öğretim üyelerinin görüş, önerileri alınmış ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini denemek için çalışmanın yapılacağı bölgede 10 kadın ile ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşme yapılan kadınlar araştırmaya katılmamıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Kadınların tamamen şans faktörüne bağlı şekilde atanmasını gerçekleştirmek ve seçim taraflılığını önlemek için gelişigüzel örnekleme yöntemi ile çalışma grubuna dâhil edilmişlerdir. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri göz önünde bulundurularak kadınlara araştırma konusunda bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK 1) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

Veri toplama süresince karşılaşılan 68 göçmen kadının (Suriyeli, Afgan vb.) Türkçe konuşamaması, 24 kadının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 9 kadının ise 20 yaş altı olması ve 6 kadınında canlı doğum yaptıktan sonra kayıp yaşaması nedenleriyle araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi istatistik paket programı Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22,0 kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın verileri ortalama \pm standart sapma, n ve yüzde dağılımı şeklinde sunulmuş olup istatistiksel

analizlerde Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Kadınlara tanıtıcı bilgi formunun doldurulması aşamasında ASM'lere ulaşımında yaşanan sıkıntılar, görüşme sırasında kadınların bebeklerinin ağlaması, muayene sırası gelen kadınların çalışmayı yarım bırakmaları ve her ASM'de görüşme odasının bulunmaması veri toplanma sürecinin bölünmesine neden olmuştur. Ayrıca ASM'lerin fizik şartları nedeniyle ses yalıtımının olmaması görüşmeler sırasında çalışanları rahatsız etmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05.01.2017 tarihinde ön onay (Protokol No: 2017/1040) verilmiştir (Ek 2). Araştırmanın Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren ASM'lerde gerçekleştirilmesi için İstanbul İli Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR-GE ve Projeler Birimi'nden 22.09.2017 tarihinde yazılı izin alınmış ve karşılıklı protokol imzalanmıştır (Ek 3). Çalışma grubundaki kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya dâhil edilen tüm kadınlara araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı belirtilmiştir. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.05.2019 tarihinde son onay (Protokol No: 2017/1040) alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Araştırma bulguları; kadınların sosyo-demografik ile obstetrik özellikleri, gebelik kayıplarına ilişkin özellikleri, ebelik bakımına ilişkin görüş ve beklentileri olmak üzere üç grupta sunulmuştur.

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dâhil edilen kadınların sosyo-demografik, eş ve aile ile obstetrik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 2. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=434)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Yaş Ortalaması: 37,4 ± 12,0 yaş (min: 20 max: 69)		
Yaş Grubu		
20-25 yaş	67	15,4
26-35 yaş	155	35,7
36-45 yaş	108	24,9
46-55 yaş	55	12,7
56 yaş ve Üzeri	49	11,3
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	48	11,1
İlköğretim	173	39,9
Ortaokul	72	16,6
Lise	94	21,7
Üniversite ve Üzeri	47	10,8
Meslek		
Ev Hanımı	285	65,7
İşçi	55	12,7
Memur	32	7,4
Serbest Meslek	50	11,5
Diğer (Özel Sektör, Emekli)	12	2,8
Sağlık Güvencesi		
Var	376	86,6
Yok	58	13,4

Tablo 2’de kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren dağılım gösterilmektedir. Araştırmamıza katılan kadınların yaş ortalaması 37,4±12,0 (min: 20 max: 69) yaştır. Katılımcıların %11,1’inin okuryazar olmadığı, %39,9’unun ilköğretim, %16,6’sının

ortaokul, %21,7'sinin lise ve %10,8'inin üniversite ve üzeri bir okuldan mezun olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %65,7'sinin ev hanımı, %12,7'sinin işçi, %7,4'ünün memur ve %11,5'inin serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Kadınların eş ve aile özelliklerinin dağılımı (n=434)

Eş ve Aile Özellikleri	n	%
Eşinizin eğitim durumu*		
Okur Yazar Değil	24	5,6
İlköğretim	172	39,8
Ortaokul	65	15,0
Lise	119	27,5
Üniversite ve Üzeri	52	12,0
Eşinizin mesleği*		
İşçi	146	33,8
Memur	42	9,7
Serbest Meslek	184	42,6
Diğer (Emekli, İşsiz, Özel Sektör)	60	13,9
Gelir durumu		
Gelir Giderden Az	200	46,1
Gelir Gidere Denk	220	50,7
Gelir Giderden Fazla	14	3,2
Aile tipi		
Çekirdek Aile	351	80,9
Geniş Aile	42	9,7
Parçalanmış Aile	41	9,4
Evlilik süresi ortalaması (yıl): 15,3 ± 12,5 (min: 1 max: 50)		
Evlilik süresi*		
5 yıl ve daha az	127	29,4
6-10 yıl	76	17,6
11-20 yıl	104	24,1
21-30 yıl	61	14,1
31 yıl ve daha fazla	64	14,8
İlk Evlilik Yaşı Ortalaması (yaş): 21,0 ± 4,6 (min: 14 max: 38)		
İlk evlilik yaşı		
18 yaşından küçük	97	22,4
18-20 yaş	148	34,1
21-25 yaş	109	25,1
25 yaşından büyük	80	18,4

* Çalışmaya katılan 2 kadın eşinden boşandığı için ilgili soruları cevapsız bırakmıştır.

Tablo 3'te araştırmaya katılan kadınların eş ve ailelerine ilişkin özelliklerin dağılımları gösterilmektedir. Eşlerin eğitim durumları %5,6'sı okuryazar olmayan, %39,8'i ilköğretim, %15,0'i ortaokul, %27,5'i lise, %12,0'si üniversite ve üzeri seviyededir. Eşlerin %33,8'i işçi, %9,7'si memur, %42,6'sı serbest meslek sahibi ve %13,9'u diğer mesleklerden

birine sahiptir. Kadınların %46,1'inin geliri giderden az, %50,7'sinin geliri gidere denk ve %3,2'sinin geliri giderinden fazla olarak bulunmuştur. Yaşadıkları aile tipi %80,9'nun çekirdek aile, %9,7'sinin geniş aile, %9,4'ünün parçalanmış aile şeklindedir. Evlilik süresi ortalaması $15,3 \pm 12,5$ (min: 1 max: 50) yıl olarak görülmüştür. Kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması $21,0 \pm 4,6$ (min: 14 max: 38)'dir.

Tablo 4. Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=434)

Obstetrik Özellikler	n	%
Gebelik Öyküsü		
Evet	412	94,9
Hayır	22	5,1
Gebeliğin (lerin) Planlanma Durumu*		
Evet	253	61,2
Hayır	159	38,8
Toplam Gebelik Sayısı Ortalaması: $3,0 \pm 1,9$ (min: 1 max: 13)		
Toplam Gebelik Sayısı*		
1,00	77	18,7
2,00	133	32,3
3,00	79	19,2
4,00	50	12,1
5 ve Üzeri	73	17,7
Toplam Doğum Sayısı Ortalaması: $2,3 \pm 1,2$ (min: 1 max: 9)		
Toplam Doğum Sayısı**		
1,00	83	24,1
2,00	145	42,0
3,00	68	19,7
4 ve Üzeri	49	14,2
Yaşayan Çocuk Sayısı Ortalaması: $2,3 \pm 1,2$ (min: 1 max: 9)		
Yaşayan Çocuk Sayısı**		
1,00	84	24,3
2,00	142	41,2
3,00	72	20,9
4 ve Üzeri	47	13,6

*Gebelik geçirmeyen kadınlar soruyu boş bırakmıştır.

** Gebeliği devam eden, kayıp yaşayan ve gebelik geçirmemiş olan kadınlar soruyu boş bırakmıştır.

Tablo 4'te kadınların obstetrik özelliklerini içeren dağılımları gösterilmektedir. Kadınların %94,9'u gebelik geçirmiş ve %61,3'ünün gebelikleri planlı iken %38,7'sinin gebeliği planlanmadığı görülmüştür. Gebelik sayılarının ortalaması $3,0 \pm 1,9$ (min: 1 max: 13), toplam doğum sayılarının ortalaması $2,3 \pm 1,2$ (min: 1 max: 9) ve yaşayan çocuk sayısının ortalaması $2,3 \pm 1,2$ (min: 1 max: 9) olarak bulunmuştur.

4.2. Kadınların Gebelik Kayıpları İle İlgili Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların gebelik kayıplarına ilişkin özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 5. Kadınların gebelik kayıplarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=188)

Gebelik Kayıplarına İlişkin Özellikler	n	%
Gebelik Kaybı Yaşama Durumu**		
Evet	188	45,6
Hayır	224	54,4
Kendiliğinden Düşük Öyküsü*		
Evet	165	87,7
Hayır	23	12,23
Kendiliğinden Düşük Sayısı Ortalaması: 1,7 ± 1,1 (min: 1 max: 6)		
Kendiliğinden Düşük Sayısı		
1,00	96	58,2
2,00	37	22,4
3,00	14	8,5
4,00	14	8,5
5,00	3	1,8
6,00	1	0,6
İsteyerek Düşük Öyküsü*		
Evet	27	14,3
Hayır	161	85,7
İsteyerek Düşük Sayısı Ortalaması: 1,3 ± 0,6 (min: 1 max: 3)		
İsteyerek Düşük Sayısı		
1,00	20	74,1
2,00	5	18,5
3,00	2	7,4
Ölü Doğum Öyküsü*		
Evet	20	10,7
Hayır	168	89,3
Ölü Doğum Sayısı Ortalaması: 1,1 ± 0,3 (min: 1 max: 2)		
Ölü Doğum Sayısı		
1,00	17	85,0
2,00	3	15,0
Gebelik Kaybı Nedeni*		
Ağır Kaldırma / Düşme	7	3,7
Ağrı / Kanama	30	15,9
Fetal Nedenler	5	2,6
Fizyolojik Nedenler (Rahimde Yapışıklık, Dış Gebelik, Hipertansiyon vb)	24	12,7
Psikolojik Nedenler (Stres, Aile İçi Sorunlar, Ebeveynliğe Hazır Olmama vb)	4	2,1
Şiddet	3	1,5
Dini İnanç	1	0,5
Malpraktis / Teratojenik İlaç Kullanımı	6	3,1
İsteğe Bağlı	19	10,1
Bilmiyorum	64	34,0
Gebelik Kaybında En Çok Destek Veren Kişi/Kişiler*		
Eş	87	46,2
Aile Bireyleri	79	42,0
Arkadaşlar	22	11,7
Sağlık Personeli	10	5,3
Hiç kimse	40	21,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

**Gebelik geçirmeyen kadınlar soruyu boş bırakmıştır.

Tablo 5'te kadınların gebelik kayıplarına ilişkin dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan kadınların %54,4'ünün gebelik kaybı yaşamadığı, %45,6'sının gebelik kaybı yaşadığı görülmüştür. Kayıp yaşayan kadınların yaşadıkları kayıp türü sorgulandığında kendiliğinden düşük sayısının ortalaması $1,7 \pm 1,1$ (min:1 max:6), isteğe bağlı düşük sayısının ortalaması $1,3 \pm 0,6$ (min:1 max: 3) ve ölü doğum sayısının ortalaması $1,1 \pm 0,3$ (min:1 max:2) olarak tespit edilmiştir. Kayıp öyküsü olan kadınların yaşadıkları gebelik kaybının nedenine ilişkin bilgileri sorgulandığında %34,0'ü kayıp nedenini bilmiyorum, %15,9'u ağrı/kanama ve %12,7'sinin gebeliğe ilişkin fizyolojik sorunlar (rahimde yapışıklık, dış gebelik, hipertansiyon vb.) şeklinde yanıt vermiştir. Bu süreçte kadınların destek aldıkları kişileri sorguladığımızda %46,2'si eş, %42,0'si aile üyeleri, %11,7'si arkadaşlarından destek alırken %21,2'sinin ise hiç kimseden destek almadığı görülmüştür.

Tablo 6: Kadınların kayıp sürecinde sağlık kuruluşu başvurusu ile bilgi alma durumlarının dağılımı (n=188)

Kayıp Yaşayan Kadınların Sağlık Kuruluşuna Başvuru ve Bilgi Alma Durumları	n	%
Yaşanılan Gebelik Kaybında Sağlık Kuruluşuna Başvuru Durumu		
Hayır	25	13,4
Evet	162	86,6
Başvurulan Sağlık Kuruluşu*		
ASM	4	2,5
Doğumevi	16	9,9
Devlet Hastanesi	74	45,7
Üniversite/EAH	23	14,2
Diğer (Özel Muayenehane, Özel Hastane)	49	30,2
Sağlık Kuruluşunda İlgilenen Sağlık Personeli*		
Doktor	149	34,3
Hemşire	79	18,2
Ebe	34	7,8
Diğer Personeller	8	1,8
Sağlık Kuruluşunda Kayıp ile İlgili Bilgilendirme		
Hayır	81	50,0
Evet	81	50,0
Sağlık Kuruluşunda Kayıp ile İlgili Düşüncelerin Paylaşımı		
Hayır	95	58,6
Evet	67	41,4
Sağlık Kuruluşunda Kayba Yönelik Danışmanlık		
Hayır	100	62,1
Evet	61	37,9
Danışmanlık Konuları*		
Cinsel Yaşam / Aile Planlaması	14	7,4
Kayıp Nedeni	3	1,5
Kayıp Sonrası Süreç / Verilen Tedaviler	5	2,6
Kanama Takibi /Hijyen /Beslenme	26	13,8
Tıbbi İşlemler /Doğum Yöntemi	3	1,5
Psikolojik Destek	10	5,3
Genetik Tarama	9	4,7
Kayıp ile İlgili Kayıtlı Olunan ASM Ebesi ile Görüşme		
Evet	77	44,5
Hayır	96	55,5
Ebe ile Görüşülen Konu*		
Aile Planlaması	17	9,0
Kayıp Sonrası Süreç/ Kanama Takibi	3	1,5
Kayıp Nedeni	3	1,5
Genetik Tarama	7	3,7
Psikolojik Destek	11	5,8
Gebeliğin Kayıpla Sonuçlandığını Söyledim	34	18,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6’da kadınların yaşadıkları kayıp ile ilgili sağlık kuruluşlarına başvuru ve bilgi alma durumlarına ilişkin dağılımları gösterilmektedir. Kadınların yaşanan gebelik kaybı ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuru oranı %86,6’dır. Başvurulan sağlık kuruluşu %45,7 devlet hastanesi, %30,2 özel kurumlar, %14,2 üniversite/EAH, %9,9 doğumevi ve %2,5 ASM’dir. Kadınların gebelik kaybı sürecinde başvurduğu sağlık kuruluşunda kendisi ile ilgilenen sağlık personeli %34,3’nün doktor; %18,2’sinin hemşire, %7,8’inin ebe ve %1,8’inin diğer sağlık personelleridir. Sağlık kuruluşunda gebelik kaybı ile ilgili düşüncelerini paylaşabilenlerin oranı %41,4 iken paylaşamamış olanların oranı %58,6’dır. Başvurulan sağlık kuruluşunda gebelik kaybına ilişkin %37,9’u danışmanlık almış, %62,1’i almadığını ifade etmiştir. Danışmanlık alan kadınların hangi konu/konularda danışmanlık aldığı sorgulandığında %13,8’i kanama takibi/hijyen/beslenme, %7,4’ü Aile Planlaması (AP)/cinsel yaşam, %5,3’ü psikolojik destek ve %4,7’si genetik araştırma yapılmasının gerekliliği yönünde danışmanlık aldığını belirtmiştir. Gebelik kaybı yaşanan süreçte, bağlı bulunduğu ASM ebesi ile görüşme yapanların oranı %44,5 iken yapmayanların oranı %55,5 olarak görülmüştür. Yapılan görüşmenin konusu olarak %18,0’i gebeliğinin sonlandığını bildirmiş, %9,0’u AP, %3,7’si de genetik araştırma konusunda bilgi verildiğini ifade etmiştir.

4.3. Kadınların Kayıp ile İlgili Ebelik Bakımı Beklentisi ve Görüşlerine İlişkin Özellikleri

Bu bölümde kadınların kayıp sonrası döneme ilişkin özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 7. Kadınların gebelik kaybı ile ilgili ebelik yaklaşımına yönelik değerlendirmelerinin dağılımı (n=188)

Kayıp ile İlgili Ebenin Yaklaşımını Değerlendirme	n	%
Çok İyi	22	11,8
İyi	30	16,8
Orta	24	12,8
Kötü	5	2,7
Çok Kötü	1	0,5
Bilmiyorum / Cevapsız	106	55,4

Tablo 7’de kadınların gebelik kaybı ile ilgili ebelik yaklaşımına yönelik değerlendirmelerine ilişkin dağılımları gösterilmektedir. Kadınlar gebelik kaybı ile ilgili

ebelerin yaklaşımını %11,8'i çok iyi, %16,8'i iyi, %12,8'i orta, %2,7'si kötü ve %0,5'i çok kötü olarak değerlendirirken %55,4'ü bilmiyorum şeklinde yanıtlamış ya da soruyu cevapsız bırakmıştır.

Tablo 8. Kadınların gebelik kaybı yaşama durumuna göre ebelik yaklaşımı hakkında beklentilerinin karşılaştırılması

Ebelik Yaklaşımına İlişkin Beklentiler	Prenatal Kayıp Yaşayan Kadınlar (n=188)		Prenatal Kayıp Yaşamayan Kadınlar (n=246)		Test Değeri	
	n	%	n	%	X ²	p
	Olumlu iletişim	148	78,7	189	84,4	2,193
Psikolojik destek	66	35,1	45	20,1	11,711	0,001
Danışmanlık	34	18,1	19	8,5	8,409	0,004
İzlem	7	3,7	8	3,6	0,007	AD
Eğitim	58	30,9	46	20,5	5,764	0,016
Bakım	8	4,3	3	1,3	3,345	AD

AD, Anlamli değil.

Tablo 8'de Kadınların gebelik kaybı yaşama durumuna göre ebelik yaklaşımı hakkında beklentileri karşılaştırılmıştır. Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin olumlu iletişim beklentisi her iki grup açısından benzer bulunmuştur ($X^2=2,193$ $p=0,139$). Psikolojik destek ($X^2=11,711$ $p=0,001$), danışmanlık ($X^2=8,409$ $p=0,004$) ile eğitim ($X^2=5,764$ $p=0,016$) beklentilerine bakıldığında prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınlar arasındaki farkın anlamlı olduğu, kayıp yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre psikolojik destek, danışmanlık ve eğitim beklentilerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin izlem ($X^2=0,007$ $p=0,935$) ve bakım beklentisi ($X^2=3,345$ $p=0,067$) ise her iki grup açısından benzer bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemek amacı ile İstanbul Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 ASM'ye izlem için başvuran 434 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların gebelik kaybı ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuru oranı (%86,6) oldukça yüksek olup, kayıp yaşayan kadınların büyük bir bölümünün başvurdukları sağlık kuruluşunda gebelik kaybı ile ilgili düşüncelerini paylaşmadığı ve danışmanlık alamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentileri yansıtması bakımından oldukça önemlidir.

Çalışmanın bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular mevcut literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $37,4 \pm 12,0$ yaş olarak hesaplanmış, %39,9'u ilköğretim mezunu, %65,7'si ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların eşlerinin %39,8'i ilköğretim mezunu, %42,6'sı serbest meslek sahibi olarak belirlenmiş ve kadınların %50,7'sinin geliri gidere denk algıladığı, %86,6'sının da sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kadınların aile tipi %80,9 oranda çekirdek aile, evlilik süresi ortalaması $15,3 \pm 12,5$ yıl, ilk evlilik yaşı ortalaması $21,0 \pm 4,6$ yaş olarak tespit edilmiştir. TNSA 2013 verilerine baktığımızda ülke genelinde kadınların %35'inin ilköğretim mezunu, %31,1'inin herhangi bir işte çalıştığı, sadece İstanbul ilinde % 33,2'sinin herhangi bir işte çalıştığı, %50'sinin sosyal güvencesinin olduğu, sadece Batı Marmara Bölgesinde % 59'unun sosyal güvencesinin olduğu ve ülke genelinde kadınların ilk evlenme yaşlarının 21 yaş olduğu tespit edilmiştir. Bulguları karşılaştırdığımızda çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde %94,9 kadının gebelik geçirdiği, %61,3 kadında gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır. Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması $3,0 \pm 1,9$ 'dur ve kadınların %51,1'i 1 ile 2 gebelik, %48,9'u 3 ve üzeri gebelik geçirdiğini belirtmiştir. Tek yaşayan çocuğu olan kadın %24,3 iken 2 ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadınlar %75,7 olarak belirlenmiştir. Yılmaz (2010)'ın çalışmasında planlı gebelik oranı %75,7 olarak tespit edilmiş, 1 ile 2 gebelik geçiren kadın oranı %65,7 olup 3 ve üzeri gebelik geçirenlerin oranı ise %34,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada tek yaşayan çocuğu olan kadınların oranı %34,2 bulunurken 2 ve üzeri yaşayan çocuğu olan

kadınların oranı %14,6 olarak tespit edilmiştir. Bu anlamda iki çalışmada benzerlikler bulunmaktadır.

Çalışmamızda kadınların toplam doğum sayısı ortalaması $2,3 \pm 1,2$ 'dir. Akan (2006)'ın çalışmasında kadınların %27,3'ünün 1 gebelik, %45,5'inin 2 gebelik, %27,3'ünün 3 gebelik geçirdiği görülmüştür. Aynı çalışmada ortalama gebelik sayısı 2.27 ± 1.19 olarak saptanmıştır. Yaşayan çocuk sayısına göre dağılımları incelendiğinde %45,5'inin hiç çocuğu olmadığı, %45,5'inin 1 çocuğu olduğu, %9,1'inin 2 çocuğu olduğu görülmüş, ortalama yaşayan çocuk sayısı 0.64 ± 0.67 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda %45,6 kadın gebelik kaybı yaşadığını belirtirken kayıp türünü sorguladığımızda %87,7 kadın kendiliğinden düşük, %14,3 kadın isteyerek düşük ve %10,6 kadında ölü doğum olarak belirtilmiştir. Kendiliğinden düşük ortalaması $1,7 \pm 1,1$, isteyerek düşük ortalaması $1,3 \pm 0,6$ ve ölü doğum ortalaması $1,1 \pm 0,3$ olarak tespit edilmiştir. Akan (2006)'ın çalışmasında kadınların daha önceki gebelik kayıplarının durumu incelendiğinde, %55,5'i gebelik kaybı yaşamış ve bu kadınların gebeliklerinin %36,4'ünün spontane düşükle, %18,2'sinin ölü doğumla sonlandığını bildirilmiştir. Bu araştırmanın bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada kadınların gebelik kaybının nedenlerine bakıldığında %34,0 kadının nedenini bilmediği, %15,9 kadının ağrı/kanama, %12,7 kadının fizyolojik nedenler (hipertansiyon vb.), %10,1 kadının kendi istemiyle, %3,7 kadının ağır kaldırma/düşme, %2,6 kadının fetal nedenler (gelişim geriliği, anomali vb.) ve %2,1 kadının psikolojik nedenler (stres, üzüntü vb.) gibi nedenler ile kayıp yaşadığı belirtilmiştir. Akan (2006)'ın çalışmasında kayıp nedenleri ile ilgili olarak kadınların hepsi, gebelikleri süresince teratojen ve kimyasal etkene maruz kalmamış, %9,1'inin ailesinde genetik geçişli hastalık olduğu (ablasının çocuğu Down Sendromlu), %90,9'unun hastalık olmadığı belirlenmiş, kadınların hepsinde fetal endikasyon nedeniyle gebelik kaybı yaşandığı belirtilmiştir. TNSA 2013 verilerine göre ülkemizde istemsiz düşük oranı yüzde 14,0 olup, isteyerek düşük oranı yüzde 4,7 ve ölü doğum oranı ise yüzde 0,9 olarak bildirilmiştir. Bu oranlara göre 2008 yılından sonraki dönemlerde kendiliğinden düşük oranlarında artış olduğu görülürken isteyerek düşük ve ölü doğum oranlarında düşüş olduğu görülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı yer kırsaldan yoğun göç alan ve sosyo-demografik özellikler açısından yetersiz bir bölge olması, aynı zamanda sosyo-ekonomik düzeyi iyi olan kişilerin daha çok özel

kurumlardan hizmet almayı tercih etmesi nedeniyle oranların genele göre yüksek bulunması beklenen bir durumdur.

Kayıp yaşanan dönemde kadınların destek aldıkları kişileri sorguladığımızda %46,2'si eşinden, %42,0'si aile üyelerinden, %11,7'si arkadaşlarından destek alırken %21,2'sinin ise hiç kimseden destek almadığı saptanmıştır. Literatürde kayıplar üzerine yapılan tüm çalışmalarda kayıp ve sonraki süreçte çok yönlü şekilde desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır (Çam, 2015; Sutan, 2012). Kadınların sonraki yaşam deneyimlerinde yaşanan kayıpların izlerini taşıdıkları, destek sistemleri güçlü ve aktif kullanabilen kişilerin kayıptan sonra daha hızlı toparlandıkları, hayata daha kolay adapte oldukları ve kayıptan sonraki gebelikler üzerine olumlu etkilerinin olduğu çok sayıda çalışma ile kanıtlanmıştır (Demirel ve ark. 2014; Yılmaz ve Beji, 2013; Seyhan, 2011; Yılmaz, 2010; Armstrong, 2007; Akan 2006; İles ve Gath, 1993).

Çalışmamızda kadınların yaşanan gebelik kaybı ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuru oranı %86,6, başvurulmuş sağlık kuruluşu %45,7 devlet hastanesi, %30,2 özel kurumlar, %14,2 üniversite/EAH, %9,9 doğumevi ve %2,5 ASM olarak tespit edilmiştir. Kadınların gebelik kaybı sürecinde başvurduğu sağlık kuruluşunda kendisi ile ilgilenen sağlık personeli %34,3'nün doktor; %18,2'sinin hemşire, %7,8'inin ebe ve %1,8'inin diğer sağlık personelleri olarak belirtilmiştir. Sağlık kuruluşunda gebelik kaybı ile ilgili düşüncelerini paylaşabilen kadınların oranı %41,4 iken paylaşamamış olanların oranı %58,6 olarak saptanmıştır. Bu oranları İstanbul genelinde devlet hastanelerinin doluluk oranının fazla olmasına, devlete bağlı sağlık kurumlarında yoğunluk ve personel sayısının yetersizliği nedeniyle ihtiyaç duydukları ilgi alakayı görememelerinin sonucunda doktor ile doğrudan bağlantı kurabilecekleri özel kurumlara yönelmelerine bağlayabiliriz. Dolayısıyla kendileriyle ilgilenen sağlık personeli sorusuna daha çok doktor şeklinde cevap vermiş olmaları olağandır. Aynı zamanda görüşmeler sırasında kadınların verdiği yanıtlardan yola çıkılarak sağlık kurumlarında hizmet veren personellerin kendilerini tanıtmadıkları, yaptıkları işlemi açıklamadıkları ve hizmet alan kişilerin sağlık çalışanlarının mesleklerine ilişkin bilgi eksiklikleri olduğu, bu nedenle de kendileriyle ilgilenen personeli ayırt etmekte zorlandıkları düşünülebilir. Ayrıca kadınların yüksek oranda düşüncelerini ifade edemediklerini belirtmeleri tüm sağlık kurumlarında prenatal kayıplar ile ilgili yeni düzenlemelere ve konuyla ilişkili sağlık personellerinin hizmet içi eğitimler verilerek desteklenmelerinin önemli bir gereksinim olduğunu da düşündürmektedir.

Başvurulan sağlık kuruluşunda gebelik kaybına ilişkin kadınların %37,9'u danışmanlık aldığını %62,1'i almadığını ifade ederken danışmanlık alan kadınların hangi konu/konularda danışmanlık aldığı sorgulandığında %13,8'i kanama takibi/hijyen/beslenme, %7,4'ü AP/cinsel yaşam, %5,3'ü psikolojik destek ve %4,7'si genetik araştırma yapılmasının gerekliliği yönünde danışmanlık aldığını belirtmiştir. Çalışma verilerimiz bölgedeki kadınların kendilerine yapılan tüm bilgilendirmeleri danışmanlık şeklinde algıladıklarını gösterirken, yapılan görüşmeler sırasında edinilen izlenimler ile birleştirildiğinde kayıp sürecinde bilgi ihtiyaçlarının fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık profesyonelleri kayıp yaşayan kadın ile yakın çevresinde bulunan bireylerin konuyla ilgili dini ve kültürel yaklaşımlarını bilişsel, duygusal ve sosyal yönden irdelemelerine yardımcı olmalıdır (Beji, 2015). Literatürde kayıplar üzerine yapılan çok sayıda çalışmaya baktığımızda da kayıp yaşayan kişilerin kayıp sırasında ve sonrasında sağlık çalışanlarının desteğine fazlasıyla ihtiyaç duyduğunu göstermektedir (Bucak ve ark. 2018; Çam, 2015; Akan, 2006; Lamb, 2002).

Gebelik kaybı yaşanan süreçte, bağlı bulunduğu ASM ebesi ile görüşme yapan kadınlar %44,5 oranda iken yapmayanların oranı %55,5 olarak saptanmıştır. Yapılan görüşmenin konusu olarak kadınların %18,0'i gebeliğinin sonlandığını bildirdiklerini, %9,0'u AP, %3,7'si de genetik araştırma konusunda görüştiklerini belirtmişlerdir. Birinci basamak sağlık kurumlarında girişimsel işlemlerin yapılmaması prenatal kayıp döneminde ASM'ye başvurma oranını doğrudan etkilediğinden görüşme yapanların oranının düşük bulunması olağandır. Çalışmamızın kapsamı gereği yapılan görüşmelerde kadınların önemli bir bölümü Aile Hekimliği sisteminden önce kayıp yaşadığını dolayısıyla ASM ebesi ile görüşme yapmadığını, bir bölümü kayıp yaşamadığı için görüşme yapmadığını, sistem değişikliği sonrasında kayıp yaşayanlar ise yüksek oranda ebesini kendisi aradığını ve kayıp yaşadığı bilgisini verdiğini belirtmiştir. Görüşülen konulara bakıldığında ise bireysel ihtiyaçlara yönelik görüşmeden daha çok genel bilgiler (kanama takibi, AP vb.) verildiği dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda kadınların gebelik kaybı ile ilgili ebelerin yaklaşımını %11,8'i çok iyi, %16,8'i iyi, %12,8'i orta, %2,7'si kötü ve %0,5'i çok kötü şeklinde değerlendirirken %55,4'ü de bilmiyorum şeklinde yanıtlamış ya da soruyu cevapsız bırakmıştır. Akan (2006)'ın çalışmasında kadınların kendilerine hizmet veren sağlık personelinin yaklaşımından genel olarak memnun olduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir.

Bu veriler doğrultusunda ve kadınlarla yapılan görüşmelerde alınan cevaplara ilişkin birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi hususunda bilgilendirilme, danışmanlık ile izlem ihtiyaçlarının giderilmesi noktasında etkinliğinin yetersiz olduğu, kayıp sonrası süreçte kadınların ASM ebeleriyle iletişimin sıklıkla uzaktan sağladığı dolayısıyla yeterli desteği alamadıkları düşünülebilir. Aynı zamanda iletişimin uzaktan sağlanmasının nedeni bölge nüfusunun fazla olması gerekçesiyle sağlık personeli başına düşen kişi sayısının yüksek olması ve birinci basamak sağlık sistemi performans puanı hesaplamalarında bilgilendirme, danışmanlık, eğitim gibi konulara ve kayıp sonrası izleme yer verilmemiş olması ile açıklanabilir.

Kadınlarla yapılan görüşmelerden anlaşıldığı üzere Aile Hekimliği sisteminden önce gebelik kaybı yaşayanlar, gebelik kaybı ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurusu olmayanlar ve gebelik kaybı sürecinde farklı yerlerde ikamet eden kadınlar gebelik kaybına ilişkin ebelerin yaklaşımını değerlendirememiştir. Buna istinaden ilgili sorunun %55,4 oranda kadın tarafından bilmiyorum şeklinde ya da cevapsız olarak bırakmaları olağandır.

Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin analizlerinde olumlu iletişim beklentisi her iki grup açısından benzer bulunmuştur. Bu durumda hizmet alan tüm kadınlar ebelerden olumlu iletişim beklemektedir denilebilir. Psikolojik destek, danışmanlık ile eğitim beklentilerine bakıldığında prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınlar arasındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu, kayıp yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre psikolojik destek, danışmanlık ve eğitim beklentilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu durum kayıp yaşamayan kadınların hiç gebelik ve/ veya kayıp deneyimi yaşamamış olmaları nedeniyle kayıp yaşayan kadınların duygularına ilişkin empati kuramamalarından kaynaklanmış olabilir. Gebelik kaybının yaşandığı süreçte kadın ve ailesinin yaşadığı duygulanımlar şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilmekte ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilmektedir (Körükçü, 2010; Gilbert, 2011). Kadın ve ailesinin her şeye yeniden başlamaları ve yeniden yapılanmaları, onların 6-24 aylarını almaktadır. Bunun için gereken zaman gebelik süresinin uzunluğuna değil, bireylerin güçlerine, baş etme stratejilerine, destek arama yeterliliği ile desteği kabul etmesine ve o anda yaşanan stresörlere bağlıdır (Gilbert, 2011). İles ve Gath (1993) fetal anomali nedeniyle ikinci trimesterde gebeliği sonlandırılmış 71 kadın ve spontan abortus nedeni ile prenatal kayıp yaşayan 26 kadınla yürüttükleri araştırmada, kayıptan 4 hafta sonra kadınların psikiyatrik sorunlarının olduğunu tespit etmişlerdir. Armstrong (2007), kayıptan sonraki gebelikte

annelerin anksiyetesi ile babalarınınkini karşılaştırmış ve annelerde gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır. Önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan annelerin sağlıklı bir bebeğin doğumundan sonra bile depresyon düzeylerinin düşmediğini de ileri sürmüştür. Çalışmamızda da kadınların psikolojik destek ihtiyaçlarının gebelik kaybı yaşayan kadınlarda, kayıp yaşamayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla bulunması diğer çalışmalar ile benzerdir.

Gebelik kaybı yaşayan kadınların çalışma sırasında vermiş olduğu cevaplardan daha çok sonraki gebelik planlamaları ile ilişkili danışmanlık gereksinimlerinin ve bilgilendirilme ihtiyaçlarının olduğu görülmüş, danışmanlık ve eğitim ihtiyaçları analiz edildiğinde de istatistiksel farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Konuya ilişkin yapılan araştırmalar, ailelerin kayıp süreci ve kayıp sonrası süreçte yaşadıkları, ihtiyaçları ve beklentilerinin kadın ve aile sağlığına olumsuz etkileri, gelecek gebeliklere, doğum ve doğum sonrası sürece hatta daha sonra ki süreçlere kadar yansıdığını göstermektedir (Yılmaz, 2010; Sak ve ark. 2012; Seyhan 2011; Demirel ve ark. 2014; İles ve Gath, 1993; Akan 2006; Yılmaz ve Beji, 2013).

Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin izlem ve bakım beklentisi ise her iki grup açısından benzer olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre her iki grubun da izlem ve bakım ihtiyacı duyduğunu söyleyebiliriz. Akan (2006)'ın çalışmasında kadınlar ifadelerinde empatik yaklaşım, anlayış ve güler yüz, işinde iyi olma gibi beklentileri sıklıkla belirtmişler, bazı kadınlar ise olumlu, moral veren, hassas davranışları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamız olumlu iletişim, psikolojik destek, izlem, bakım gibi parametrelerde Akan (2006)'ın çalışması ile benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemek amacıyla analitik kesitsel olarak İstanbul Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 24 ASM'ye izlem için başvuran 434 kadın ile yürütülen araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

- Kadınların yaş ortalaması 37,4 yaştır. Kadınların önemli bir bölümünün ilkökul mezunu, ev hanımı, gelirin gidere denk, sosyal güvenceye ve çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Eşlerin çoğunluğu ilkökul mezunu ve serbest meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir. Evlilik süresi ortalaması 15,3 yıl, ilk evlilik yaşı ortalaması 21 yaş olarak bulunmuştur.
- Kadınların önemli bir bölümü gebelik geçirmiş ve gebelikleri planlıdır. Gebelik sayılarının ortalaması 3, toplam doğum sayılarının ortalaması 2,3 ve yaşayan çocuk sayısının ortalaması 2,3 olarak saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan kadınların yarısının gebelik kaybı yaşadığı, kayıp yaşayan kadınların yaşadıkları kayıp türü sorgulandığında kendiliğinden düşük sayısının ortalaması 1,7, isteğe bağlı düşük sayısının ortalaması 1,3 ve ölü doğum sayısının ortalaması 1,1 olarak saptanmıştır. Kayıp yaşayan kadınların yaşadıkları gebelik kaybının nedenine ilişkin bilgileri incelendiğinde çoğunun kayıp nedenini bilmediği, kayıp sürecinde destek aldıkları kişiler sorgulandığında önemli bir bölümü eşinden ve aile üyelerinden destek alırken azımsanamayacak oranda kadının ise hiç kimseden destek almadığı görülmüştür.
- Kadınların çoğunluğu yaşanan gebelik kaybı ile ilgili sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuş ve en fazla devlet hastanesi ile özel kurumlara başvurdukları sonucuna ulaşılmıştır. Gebelik kaybı sürecinde çoğunluğunun başvuru sağlık kuruluşunda kendisi ile ilgilenen sağlık personelinin doktor olduğu tespit edilmiştir. Kayıp yaşayan kadınların büyük bir bölümünün başvurdukları sağlık kuruluşunda gebelik kaybı ile ilgili düşüncelerini paylaşmadığı ve danışmanlık alamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Danışmanlık alan kadınların hangi konu/konularda danışmanlık aldığını incelediğimizde daha çok kayıp sonrası kanama

takibi/hijyen/beslenme ile AP/cinsel yaşam ile ilgili danışmanlık aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların önemli bir bölümünün gebelik kaybı yaşanan süreçte, bağlı bulunduğu ASM ebesi ile görüşme yapmadığı, görüşme yapan kadınların hangi konularda görüşme yaptığını incelediğimizde büyük bir bölümünün gebeliğinin sonlandığını bildirdiği ve AP hakkında bilgi verildiği tespit edilmiştir. Kadınların gebelik kaybı ile ilgili ebelerin yaklaşımını nasıl değerlendirdiklerini incelediğimizde önemli bir bölümünün bilmiyorum ya da cevapsız bıraktığı görülmüş, cevap verenlerin de ebelik yaklaşımını iyi ve orta şeklinde değerlendirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

- Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin olumlu iletişim beklentisi her iki grup açısından benzer, her iki grubun da olumlu iletişim ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikolojik destek, danışmanlık ile eğitim beklentileri incelendiğinde prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınlar arasındaki farkın anlamlı olduğu, kayıp yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre psikolojik destek, danışmanlık ve eğitim beklentilerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile kayıp yaşamayan kadınların ebelik yaklaşımına ilişkin izlem ve bakım beklentisi ise her iki grup açısından benzer bulunmuş, her iki grubun da izlem ve bakım ihtiyacı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Kadınların prenatal kayıp yaşama durumunda ebelerden beklentilerinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak ebelik bakımı ve sağlık bakım sistemine yönelik;

- Prenatal bakım veren sağlık ekibi üyelerinin özellikle de mesleki konumu gereği kadınlara en yakın sağlık personeli olan ebelerin, kadınların gebelik sürecini olduğu kadar gebelik kaybı ve kayıp sonrası süreci de anlamaları, gözlemlenmeleri, değerlendirebilmeleri ve kadınların sağlığını sürdürmeyi riske edecek durumları saptayabilmeleri,
- Ebelerin ve konu ile ilgili diğer sağlık profesyonellerinin prenatal kayıp deneyimi yaşayan kadınlar ile ailelerine karşı hassasiyetle yaklaşarak kişilerin kendilerini ifade

etmesine olanak sağlamaları, tüm yönlerden gereksinimlerini saptamaları ve herkesin bireysel özelliklerini göz önünde bulundurarak sağlık bakım hizmetlerini planlamaları,

- Ebelerin ve konu ile ilgili diğer sağlık profesyonellerinin prenatal kayıp ve sonrasında kadınların destek sistemlerini aktif olarak kullanabilmeleri için ailesi/yakınlarıyla birlikte bütün olarak ele almaları ve bu doğrultuda sağlık stratejileri geliştirmeleri,

- Prenatal kayıp yaşayan kadınlar ile mümkünse yüz yüze görüşmelerin yapılması, gerekli durumlarda multidisipliner yaklaşım ile izlem ve bakımlarının sağlanması,

- Ebelerin ve konu ile ilgili diğer sağlık profesyonellerinin sürekli gelişen sağlık sisteminde kendilerini, bilgi ve becerilerini daha fazla geliştirerek etkili iletişim ve beden dili becerilerini yükseltmeleri, gebelik kaybı yaşayan kadınlara daha özenli ve empatik yaklaşabilmeleri,

- Ebelerin ve konu ile ilgili diğer sağlık profesyonellerinin istenmeyen gebelik sonucu kayıp yaşayan kadınları yargılamadan duygusal değişimleri takip etmesi,

- Ebelerin ve konu ile ilgili diğer sağlık profesyonellerinin prenatal kayıp yaşayan kadınların sonraki gebeliklerinde yaşanan kaybın travmatik etkilerini dikkate almaları, psikolojik açıdan destekleyici bakım vermeleri ve prenatal izlemleri sıklaştırmaları,

- Yaşanılan kayıp ve sonrası süreçte karşı karşıya kalınan durumun bilinmemesi sonucunda oluşabilecek anksiyetenin bireylerin yaşam kalitesine etkilerinin dikkate alınması, prenatal kayıp yaşayan kadın ve ailesinin bilgilendirilme ile yönlendirilme ihtiyacına ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin artırılması,

- Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesinde toplumu oluşturan bireyler ile doğrudan bağlantılı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapısındaki Aile Hekimliği Sistemine prenatal kayıp yaşayan kadınlar için izlem zorunluluğu getirilmesi,

- Çalışma alanları bakımından toplum ile yakın ilişki kurabilen ebelerin prenatal kayıplara ilişkin araştırmaları artırmaları, sağlık eğitimine katkı sağlamaları önerilir.

KAYNAKLAR

Akan S. Tıbbi Abortus Yapan Kadınların Yaşadığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Nitel Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2006.

Akdağ C. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2014.

Aksu MF, Oral E, Yedigöz V, Atasü T, Kazancıgil A. Terapötik Abortus. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi* 2014, 29(4), 175-179.

Armstrong, DS. Impact of Prior Perinatal Loss on Subsequent Pregnancies. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2004, 33(6), 765-773.

Armstrong DS. Perinatal Loss and Parental Distress After the Birth of a Healthy Infant, *Advances in Neonatal Care* 2007, 7(4), 200-206.

Armstrong DS, Hutti HM, Myers J. The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents' Psychological Distress After the Birth of a Subsequent Healthy Infant. *JOGNN* 2009, 30, 654-666.

Atasever İ, Çelik A. Prenatal Stresin Ana Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018, 21(1), 60-68.

Ay F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler, İstanbul, 2012, 263-265.

Badenhorst W, Hughes P. Psychological Aspects of Perinatal Loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2007, 21(2), 249-259.

Beji NK. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, 2015, 61-63.

Bildik T. Ölüm, Kayıp, Yas ve Patolojik Yas. *Ege Tıp Dergisi* 2013, 52(4), 223-229.

Bucak F, Toker E, Asođlu M. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Durumluk-Sürekli Anksiyete Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2018, 256-263.

Chojenta C, Harris S, Reilly N, Forder P, Austin MP, Loxton D. History of Pregnancy Loss Increases the Risk of Mental Health Problems in Subsequent Pregnancies but Not in the Postpartum, www.plosone.org 2014, Volume 9, Issue 4, e95038.

Côté-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Women's Voices Reflecting Changed Expectations for Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal of Nursing Scholarship* 2001, 33(3), 239-244.

Cimete G. Yaşam Sonu Bakım: Ölümcül Hastalarda Bütüncü Yaklaşım, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002, 39-42.

Çam MO, Tektaş P. Gebelik Kaybında Hemşirelik Yaklaşımı. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2015, 6, 105-122.

Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whitlow B, Economides D. Psychological Outcome in Women Undergoing Termination of Pregnancy for Ultrasound-detected Fetal Anomaly in the First and Second Trimesters: a Pilot Study. *Ultrasound Obstetrics & Gynecology* 2005, 25(4), 389-392.

Demir SC. Medikal ve Cerrahi Terapötik Abortus. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 2007, 3(5), 49-57.

Demirel F, Ateş S, Şevket O, Yaşar L, Savan K. Tekrarlayan Gebelik Kayıpları Sonrası Oluşan Gebeliklerin Seyri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2014, 7(1), 41-45.

Deniz R, Baykuş Y, Kavak E. Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarına Yaklaşım. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2016, 6(2), 130–137.

Dikencik BK, Akın N, Yavan T, Coşkun A. Emotional Reactions of Parents Who Experiences Baby Loses in the Perinatal Period and Nursing Approach to This Problem. *Perinatoloji Dergisi* 1999, 7(1), 9-14.

Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing Perinatal Loss Care: Satisfying and Dissatisfying Aspects for Midwives. *Women and Birth* 2007, 20(4), 153-160.

Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased Risk for Postpartum Psychiatric Disorders Among Women with Past Pregnancy Loss. *Journal of Women's Health* 2013, 22(9), 760-768.

Gilbert ES. Manual of High Risk Pregnancy & Delivery, Arizona, 2011, 149-165.

Gong X, Hao J, Tao F, Zhang J, Wang H, Xu R. Pregnancy Loss and Anxiety and Depression During Subsequent Pregnancies: Data From the C-ABC Study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2013, 166, 30-36.

Hutti MH. Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. *JOGNN* 2005, 34(5), 630-638.

Hutti MH, Myers J. The Influence of Prior Perinatal Loss on Parents' Psychological Distress After the Birth of a Subsequent Healthy Infant. *Journal Of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 2009, 38, 654-666.

Iles S, Gath D. Psychiatric Outcome of Termination of Pregnancy for Foetal Abnormality. *Psychol Med* 1993, 23(2), 407-413.

Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social Support Following Perinatal Loss. *Journal of Family Nursing* 2004, 10(1), 70-92.

Körükcü Ö, Kukulcu K. Perinatal Kayıp ve Ebeveynlere Yansıması. *Dicle Tıp Dergisi* 2010, 37(4), 429-433.

Kübler-Ross E. Ölüm ve Ölmek Üzerine, Çeviri: E. Uşşaklı, April Yayıncılık, Ankara, 2010,21-30.

Miller TA, Ricklesford C, Cooke A, Heazell AEP, Whitworth M, Lavender T. Parents' Experiences and Expectations of Care in Pregnancy After Stillbirth or Neonatal Death: a Metasynthesis. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* 2014, 943-950.

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

Özgünen TF. Abortus; Düşükler: Sınıflandırma, Genel Bilgiler ve Klinik Tablo. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences* 2007, 3(5), 1-6.

Özel E. 1. Trimester Gebelik Kayıplarında İnsülin Rezistansı ve İlişkili Klinik Bulgular, Uzmanlık Tezi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 2007.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Dayandığı Kanunun Tarihi: 24.5.1983, No: 2827 Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi 18.12.1983, No: 18255.

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. 2017, Ankara, 2018, 85.

Sak ME, Evsen MS, Soydiñ HE, Sak S, Başaranoğlu S, Yalınkaya A. Bir Bölge Hastanesinde Ölü Doğum Olgularının Retrospektif Analizi. *Perinatoloji Dergisi* 2012, 20(3),135-139.

Seyhan A, Ata B, Urman B. Tekrarlayan Gebelik Kayıplarına Kanıta Dayalı Yaklaşım. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2011, 8(1), 5- 20.

Sezer S, Saya P. Gelişimsel Açıdan Ölüm Kavramı. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009, 13, 151-165.

Sutan R, Amin RM, Arifin KB, Teng TZ, Kamal MF, Rusli RZ. Psychosocial Impact of Mothers with Perinatal Loss and Its Contributing Factors: an Insight. *Journal of Zhejiang University Science B (Biomed & Biotechnol)* 2010, 11(3), 209-217.

Sutan R, Miskam HM. Psychosocial Impact of Perinatal Loss Among Muslim Women. *BMC Women's Health* 2012, 12(1), 1-9.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, 2016, 15-16.

Turton P, Badenhorst W, Hughes P, Ward J, Riches S, White S. Psychological Impact of Stillbirth on Fathers in the Subsequent Pregnancy and Puerperium. *British Journal Of Psychiatry* 2006, 188, 165-172.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 2013, 152-156.

Usta MG, Balıkcı A. Prenatal Stresin Nörogelişimsel Etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2012, 4(1), 99-111.

Ürünsak İF, Ünal E, Güzel AB, Kadayıfçı O. Septik Abortus. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi* 2007, 3(5), 25-31.

Yalom, I.D. Varoluşçu Psikoterapi, Çeviri: Z.İ. Babayiğit, Kabalcı Yayınevi, İstanbul, 2001, 280-283.

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

Yılmaz S. Perinatal Kayıp Deneyiminin Sonraki Gebelik Üzerine Etkileri, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2010.

Yörük S, Türkmen H, Yalnız H, Nebioğlu M. Gebelikte Yas, Kayıp ve Ebelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016, 6(3), 207-212.

Zara A. Yaşadıkça Psikolojik Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, İmge Kitapevi, 2011, 73-90.

WEB_1. (2019). <https://www.bolgegundem.com/gaziosmanpasa-nufusu-kac-oldu-tuik-2018-gaziosmanpasa-nufus-sonuclarini-aciklandi-718031h.htm> (1Şubat 2019).

WEB_2.(2015).

http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs13/report/TDHS2013_Results_Izmir_05022015.pdf (5 Şubat 2015).

EKLER

Ek 1: Tanıtıcı Bilgi Formu

Yönerge: Bu çalışma “**Kadınların Prenatal Kayıp Durumunda Ebelerden Beklentileri**” amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamız anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. Bu durumlarda takip veya tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Çalışma sırasında araştırma amacıyla sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmanın sonuçlarını daha sonra bilimsel dergilerde ya da kongrelerde de sunmayı hedeflemekteyiz. Çalışma ve sonuçları hakkında bilgi almak istediğinizde bizden bilgi alabilirsiniz. Görüşme ortalama 15-20 dakika sürecek olup, vermiş olduğunuz tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Araştırma raporunda kimliğinize ilişkin herhangi bir bilgi yer almayacaktır.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

Ebe Hülya AYÇİÇEK

Kadının bağlı olduğu ASM:

A) DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1.Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değil
- b) İlköğretim
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev-hanımı
- b) İşçi
- c) Memur
- d) Serbest meslek
- e) Diğer.....

4. Sağlık güvenceniz var mı?

- a) Var
- b) Yok

5. Kaç yıldır evlisiniz?.....

6. İlk evlilik yaşıınız kaçtı?.....

7. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okur –yazar değil
- b) İlköğretim
- c) Ortaokul
- d) Lise
- e) Üniversite ve üstü

8. Eşinizin mesleği nedir?

- a) İşçi
- b) Memur
- c) Serbest meslek
- d) Diğer.....

9. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Gelir giderden az
- b) Gelir gidere denk
- c) Gelir giderden fazla

10. Aile tipiniz hangisidir?

- a) Çekirdek aile (Eş ve çocuklar)
- b) Geniş aile (Eş, çocuklar, anne, baba vb..)
- c) Parçalanmış aile (Eş yok, çocuklarla ya da anne, baba ile yaşanması vb..)

11. Gebelik geçirdiniz mi?

- a) Hayır (28. Soruya geçiniz.)
- b) Evet

12. Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....

13. Toplam kaç kez canlı doğum yaptınız?.....

14. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....

15. Gebelik(leriniz) planlı mıydı?

- a) Evet
- b) Hayır (Belirtiniz:.....)

B) GEBELİK KAYIPLARINA YÖNELİK BİLGİLER

16. Hiç gebelik kaybı yaşadınız mı?

- a) Hayır (28. soruya geçiniz)
- b) Evet

17. Gebelik kaybınızın aşağıdakilerden hangisi olduğunu ve kaç kez yaşadığınızı belirtiniz.

- a) Kendiliğinden Düşük
- b) İsteyerek Düşük
- c) Ölü doğum

18. Gebelik kaybınızın nedenini belirtiniz (Birden fazla ise her gebelik kaybının nedenini belirtiniz)

.....

.....

.....

19. Gebelik kaybınızda en çok desteği kimden/kimlerden aldınız?

.....

20. Gebelik kaybı yaşadığınızda sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

- a) Hayır (26. Soruya geçiniz)
- b) Evet

21. 20. Soruya cevabınız evet ise; aşağıdakilerden hangisine başvurduunuz?

- a) Aile Sağlığı Merkezi / Sağlık Ocağı
- b) Doğumevi
- c) Devlet Hastanesi
- d) Üniversite/Eğitim Araştırma Hastanesi
- e) Diğer (Belirtiniz:.....)

22. Gebelik kaybı sürecinde başvurduğunuz sağlık kuruluşunda sizinle ilgilenen sağlık personeli kimdi? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Doktor
- b) Hemşire
- c) Ebe
- d) Diğer (Belirtiniz:.....)

23. Sağlık kuruluşunda kaybınız ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?

- a) Hayır
- b) Evet

24. Sağlık kuruluşunda gebelik kaybınız ile ilgili düşüncelerinizi paylaşabildiniz mi?

- a) Hayır
- b) Evet

25. Sağlık kuruluşunda gebelik kaybınıza yönelik danışmanlık yapıldı mı?

- a) Hayır
- b) Evet ise hangi konularda belirtiniz.....

26. Gebelik kaybı yaşanan süreçte, bağlı bulunduğunuz ASM ebesi ile görüşme yaptınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet ise hangi konularda belirtiniz.....

27. Gebelik kaybınız ile ilgili ebenizin yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok İyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü
- e) Çok Kötü
- f) Diğer (Belirtiniz:.....)

28. Sizce gebelik kaybı durumunda ebelerin yaklaşımı nasıl olmalıdır?


.....

.....

.....

Ek 2:Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/01/2017-E.2055

 T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 05.01.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 4 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Başkan

KARAR 4


Protokol No : 2017/1040
Sorumlu Yürütücü :Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç.Dr. Ayden ÇOBAN'ı "**Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentileri**" konulu yukarıda bilgiler verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izin onay belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmeleri şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Ek 3: İstanbul İli Projeler ve ARGE Birimi İzin Yazısı


T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - AR-GE ve
PROJELER
28/09/2017 09:31 - 64222187 - 030.03 - E.336
00053423521

Sayı : 64222187-030.03
Konu : Araştırma İzin Talebi
(Hülya AYÇİÇEK)

Sayın Hülya AYÇİÇEK
(İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Aşı Programları Şube Müdürlüğü)

18.08.2017 tarih ve 19050 sayılı dilekçeniz ile izin talebinde bulunduğunuz " Kadınların Prenatal Kayıp Durumlarında Ebelerden Beklentisi " başlıklı çalışmanız Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş ve uygun bulunmuş olup, imzalanan protokol ekte tarafınıza sunulmuştur. Uygulama esnasında protokolün dışına çıkılmaması hususu;
Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EKLER:
1) Protokol (1 Sayfa)

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No: 81-83 Zeytinburnu İSTANBUL
Faks No:
e-Posta:yasin.tezcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:
Bilgi için:Yasin TEZCAN
Unvan:SOSYAL ÇALIŞMACI
Telefon No:02124092000-2310

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28f1d71d-edcf-413c-99c1-0b0f89f4f3b4 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Doç. Dr. Ayden ÇOBAN sorumluluğunda Ebe Hülya AYÇİÇEK
Çalışmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi
Çalışmanın adı:	Kadınların Prenatal Kayıp Durumlarında Ebelerden Beklentileri
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	Gaziosmanpaşa Toplum Sağlığı Merkezi' ne Bağlı Aile Sağlığı Merkezleri
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	22.09.2017- 12.03.2018

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü ile Hülya AYÇİÇEK (İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Aşı Programları Şube Müdürlüğü) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

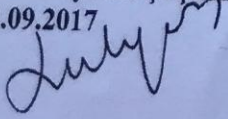
Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılamaması durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümlü için sürece dahil edilecektir.

Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilecek olan her türlü materyalde (tez, makale, poster sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya tezin bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere PDF formatında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi'nin hsm34.sosyalprojeler@saglik.gov.tr mail adresine gönderilecektir.

Araştırmacı
Adı-Soyadı:

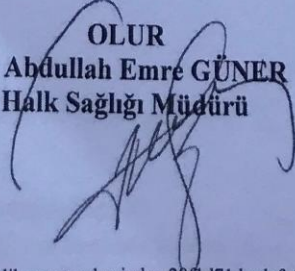
Ebe Hülya AYÇİÇEK
22.09.2017



Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı
Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT



OLUR
Dr. Abdullah Emre GÜNER
Halk Sağlığı Müdürü



Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 28f1d71d-edcf-413c-99c1-0b0f89f4f3b4 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Sayı : 71211201-030.03
Konu : Araştırma İzin Talebi
(Hülya AYÇİÇEK)

Sayın Hülya AYÇİÇEK
(Karayolları Mh. Abdi İpekçi Cad. TEM Avrupa Konutları 12/62 Gaziosmanpaşa/ İstanbul)

18.08.2017 tarih ve 19050 sayılı dilekçeniz ile izin talebinde bulunduğunuz " Kadınların Prenatal Kayıp Durumlarında Ebelerden Beklentisi " başlıklı çalışmanız Müdürlüğümüz tarafından değerlendirilmiş uygun bulunmuştu. 02.03.2018 tarih ve 25820 sayılı dilekçeniz ile tarafımıza ilettiğiniz uzatma talebiniz uygun bulunmuş olup, imzalanan protokol ekte tarafınıza sunulmuştur. Uygulama esnasında protokolün dışına çıkılmaması hususu;
Bilgilerinize sunulur.

e-imzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:
1) Protokol Örneği (1 Sayfa)

Zeytinburnu Ek Hizmet Binası Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No: 81-83 Zeytinburnu
İSTANBUL
Faks No:

e-Posta: yasin.tezcan@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yasin.tezcan@saglik.gov.tr

Bilgi için: Yasin TEZCAN

Unvan: SOSYAL ÇALIŞMACI

Telefon No: 02124092000-2310

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 24cc664f-13f4-4186-a858-7b736f27c21d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

PROTOKOL

Çalışmayı yürütecek olan kişiler:	Doç. Dr. Ayden ÇOBAN sorumluluğunda Ebe Hülya AYÇİÇEK
Çalışmanın Türü	Yüksek Lisans Tezi
Çalışmanın adı:	Sağlıklı Yaşam Seminerleri
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:	Kadınların Prenatal Kayıp Durumlarında Ebelerden Beklentileri
Çalışmanın gerçekleştirileceği tarih aralığı	13.03.2018- 13.09.2018 Uzatma talebi.

Madde 1. Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile Hülya AYÇİÇEK (Karayolları Mah. Abdi İpekçi Cad. TEM Avrupa Konutları 12/62 Gaziosmanpaşa / İstanbul) arasında düzenlenmiştir.

Madde 2. Bu protokol İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün sorumlu olduğu sahada gerçekleştirilecek olan çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir. Çalışmayı gerçekleştirecek kişi veya kişiler çalışma süresince kapsam dışı hiçbir veri toplamayacaklardır. Çalışmanın kapsamı Müdürlük'e ıslak imzalı olarak sunulan başvuru dosyasındaki bilgilerle belirlenmiştir. Herhangi bir anlaşmazlıkta Başvuru Dosyasında sunulan bilgiler esas alınacaktır.

Madde 3. Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak taraflar protokolü daha önce sonlandırma hakkına sahiptir.

Madde 4. Çalışmaya katılım için gönüllülük esastır. Çalışma kapsamında kişilere önce çalışmanın amacı hakkında bilgi verilecek ve kişilerden onay alınacaktır. Araştırma sırasında veriler kişi mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde geçerli gizlilik ve şahsi itibarın korunması hükümlerine uyulması suretiyle toplanabilecektir.

Madde 5. Protokole konu olan çalışmayı sadece yukarıda ismi anılan kişiler yapabileceklerdir. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayına tabidir. Aksi durumda protokol iptal edilecek ve gerekli işlemler başlatılacaktır.

Madde 6. Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir. Anlaşılamaması durumunda yetkili mahkemeler itilafın çözümü için sürece dahil edilecektir.

Madde 7. Araştırma sonuçlarının kullanılarak üretilen her türlü materyalde (makale, poster, bildiri, sunum vb.) çalışmanın gerçekleştirildiği kurum veya kuruluşların ismi açık olarak kullanılmayacaktır. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Madde 8. Çalışmanın sonucunda elde edilecek olan sonuç raporu, akademik yayın veya araştırma sonucunun bir örneği Müdürlük kütüphanesinde değerlendirilmek üzere PDF formatında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Geliştirilmesi Birimi'nin ist.sagligingel@saglik.gov.tr ve istanbul.saglikgelistirme@gmail.com adresine iletilecektir.

Araştırmacı
Adı-Soyadı:

Ebe Hülya AYÇİÇEK
27/02/2018

Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

OLUR
Prof. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU
İl Sağlık Müdürü

Ek 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 4)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemektir.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dâhil edilebilmeniz için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkez'lerinden herhangi birine izlem için gelmiş, 20 yaş ve üzerinde, Türkçe konuşup anlayabilen, ruhsal hastalık tanı almamış ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmanız gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı kadınlar oluşturacaktır. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan Anket Formu ile toplanacaktır. Anket formu kadınlar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından doldurulacaktır. Görüşme ortalama 20-30 dk sürecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak ilk karşılaşmada araştırmacı tarafından yapılan açıklamalar doğrultusunda formları doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Dâhil edilme kriterlerine uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısını Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı Gaziosmanpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı kadınlar oluşturacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre yaklaşık 20-30 dakikalık görüşme kadar olan zamanı kapsar.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık 20-30 dakikalık görüşme kadar olan zamanı kapsar.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışma kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Yapılan çalışmalarda herhangi bir sorunla karşılaşılmamıştır. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Araştırmacı ile görüşme sürecinde anket görüşmesinden vazgeçmek istediğini belirttiği takdirde araştırma dışı bırakılırsınız.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Uygulanacak bir tedavi bulunmamaktadır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/ SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Yapılan araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0506 286 39 86 no.lu telefondan Ebe Hülya AYÇİÇEK' e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 5: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı Son Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/05/2019-E.29806



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Ayden ÇOBAN
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 09.05.2019 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 12 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Hatice ERTABAĞLAR
Kurul Başkanı

KARAR: 12

Protokol No : 2017/1040
Sorumlu Yürütücü Prof.Dr. Ayden ÇOBAN
Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 05.01.2017 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilmiş olup; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "**Kadınların prenatal kayıp durumunda ebelerden beklentileri**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 08.05.2019 tarihli dilekçesi görüşüldü. Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.
Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/NNBKSC0>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüs Tıp Fakültesi Merkez Kampüs Kepez
Mevki 09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 225 31 66 / 4506 Faks No: 0256 212 31 69
E-Posta: goetik@adu.edu.tr İnternet Adresi:
<http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/>

Bilgi İçin: Necla Yıldız

Unvan: Memur

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : AYÇİÇEK, Hülya
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Denizli / 08.05.1987
Telefon : 0506 286 39 86
E-mail : hly.aycicek@hotmail.com / hlyaycck@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora	-	-
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2014 - devam ediyor
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi	2011

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2011- 2016	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi/KHD (2,5 yıl) Servisi/Dâhiliye 2 Servisi (2,5 yıl)	Ebe
2016	Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü (1 Dönem)	Öğretim Görevlisi
2016 - 2017	Gaziosmanpaşa Toplum Sağlığı Merkezi/Aşı Programları Birimi (1 yıl)	Ebe
2017 - devam	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanlığı/Aşı Programları Birimi	

AKADEMİK YAYINLAR

1.MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

1. Toplumun Ebelik Mesleği ve Ebeğin Görevleri ile İlgili Görüşleri
(I.Ulusal ve Uluslar arası Ebelik Öğrenci Kongresi Poster Bildiri Üçüncüsü)
2. Kadınların Normal ve Sezaryen Doğuma İlişkin Tercih ve Deneyimleri (Poster Bildiri)
3. Gebeliğin Cinsellik Üzerine Etkisinin İncelenmesi (Poster Bildiri)
4. Kadınların Sağlık Ocaklarından Yararlanma/Memnuniyet Durumu ve Yaşam Kalitesi
(Poster Bildiri)
5. Ebe ve Hemşirelerin İş Yaşamı ile İlgili Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması
(Sözel Bildiri)
6. 6-12 Yaş Çocuklarda Enürezis Görülme Sıklığı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi
(Sözel Bildiri)
7. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Öğrenme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
(Poster Bildiri)
8. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin
İncelenmesi (Poster Bildiri)
9. Cinsellik: Gebelik mi? Lohusalık mı? Her ikisi mi? (Poster Bildiri)
10. Kadın ve Ensest (Poster Bildiri)
11. Yazılı Basında Kadına Yönelik Şiddet (Poster Bildiri)