



# BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI DERGİSİ BANU Journal of Health Science and Research

DOI: 10.46413/boneyusbad.1462336

Özgün Araştırma / Original Research

## Prenatal Kayıp Deneyimi Olan Gebelere Verilen Doğuma Hazırlık Eğitiminin Etkinliği Effectiveness of Childbirth Education Class Given To Pregnant Women Who Have Experienced Prenatal Loss

Ayşegül UNUTKAN<sup>1</sup>  Emel ELEM<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

<sup>2</sup> Arş. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Sorumlu yazar /  
Corresponding author

Ayşegül UNUTKAN

aysegul.unutkan@ksbu.edu.tr

Geliş tarihi / Date of receipt:  
31.03.2024

Kabul tarihi / Date of  
acceptance: 25.10.2024

Atf / Citation: Unutkan, A., Elem, E. (2024). Prenatal kayıp deneyimi olan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitiminin etkinliği. BANU Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 6(3), 513-522. doi: 10.46413/boneyusbad.1462336

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, prenatal kayıp yaşayan kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların prenatal kendilerini değerlendirme düzeylerine ve doğum sonuçlarına etkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma ön test son test gruplu deneysel desenedir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, amaçlı örnekleme yoluyla elde edilen, 30 müdahale, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 kişiden oluşmaktadır. Müdahale grubuna doğuma hazırlık eğitimi, kontrol grubuna ise standart bakım verildi. Veriler, "Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği (PDKÖ)" ve "Doğum Sonuçları Formu" ile eğitim öncesi, sonrası ve postpartum ilk iki hafta içerisinde toplandı. Veriler, normal dağılım gösterdiği için parametrik testler ile analiz edildi.

**Bulgular:** Doğuma hazırlık eğitimi sonrası müdahale (196.50 ± 12.55) ve kontrol grubundaki (217.00 ± 9.50) gebelerin PKDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0.00). Araştırmanın müdahale ve kontrol grupları arasında doğum sonuçları açısından anlamlı farklılık bulunmadı (p>0.05).

**Sonuç:** Bu çalışmada prenatal kayıp yaşayan gebelerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin gebelik sürecinde kendilerini daha olumlu algılamalarına katkı sağladığı ancak doğum sonuçlarını etkilemediği sonucuna ulaşıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Prenatal kayıp, Doğuma hazırlık eğitimi, Prenatal uyum, Doğum sonuçları

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to examine the effect of childbirth education given to women who have experienced prenatal loss on their prenatal self-evaluation levels and birth outcomes.

**Materials and Method:** The research has a experimental design with pre-test and post-test groups. The sample size of the study consists of 30 intervention and 30 control, obtained through purposeful sampling. The intervention group received birth preparation training, and the control group received standard care. Data were collected with the "Prenatal Self-Assessment Scale (PSAS)" and "Birth Results Form" before, after and in the two weeks postpartum. Since the data showed normal distribution, they were analyzed with parametric tests.

**Results:** After the childbirth education, a significant difference was found between the mean scores of the pregnant women in the intervention (196.50 ± 12.55) and control groups (217.00 ± 9.50) on the PSAS (p=0.00). There was no significant difference in birth outcomes between the intervention and control groups of the study (p>0.05).

**Conclusion:** In this study, it was concluded that childbirth education tailored to the needs of pregnant women who experienced prenatal loss contributed to their more positive self-perception during pregnancy, but did not affect birth outcomes.

**Keywords:** Prenatal loss, Childbirth education, Prenatal adaptation, Birth outcomes



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

## GİRİŞ

Prenatal kayıp, embriyo, fetüs ya da yenidoğanın döllene, gebelik, doğum ve erken yenidoğan dönemlerinden birinde kaybını tanımlamaktadır (Körükçü ve Kukulcu, 2010). Prenatal kayıp, bir ebeveyn krizi olarak tanımlanmaktadır ve süreç yalnızca bebeğin ölümü ile sınırlı kalmayıp geleceğe dair ümitsizliğe de neden olmaktadır. Kadınların kayba verdiği yanıtlar, kaybın arkasından gelen gebeliğe kadar sürebilir ve sonraki gebeliği de olumsuz etkileyebilir (O'Leary, 2015). Nitekim erken gebelik kaybı öyküsü bulunan kadınların, sonraki gebeliklerinde yaşadığı anksiyetenin, geç gebelik dönemine kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tsartsara ve Johnson, 2006).

Prenatal kayıptan sonra hissedilen keder, terk edilme, kafa karışıklığı, yönelim bozukluğu ve umutsuzluk gibi duygular kadınlar ve ailesi için ezici olabilmektedir (O'Leary, 2015). Öyle ki kadınlar sadece bebeklerini değil, annelik rollerine, genlerine ve bedenlerine olan güvenlerini de kaybedebilmektedirler (Côté-Arsenault ve ark., 2014). Armstrong (2002) bu tür kadınların gebeliğe korku ile yaklaştıklarını ve olumlu bir sonuç beklemekten çekindiklerini bulmuştur. Bunların yanında artmış anksiyete, karmaşık duygular ve kendi bedenine olan güvensizlik kadınların doğuma da korku ile yaklaşımlarına neden olmaktadır (Uçum ve ark., 2010). Gebelik depresyonu, gebelik ve doğum komplikasyonları ve olumsuz neonatal veriler ile ilişkilendirilmiştir (Berle ve ark., 2005). Bunlara ek olarak, Ateş ve arkadaşları (2013) tekrarlayan gebelik kayıpları yaşayan kadınlarda düşük sonrası sezaryen oranlarının arttığını bildirmişlerdir.

Prenatal kaybın ardından gelen gebeliklerde yoğun psikolojik sıkıntı yaşandığı görülmektedir. Bu durum kayıp yaşayan kadınların, kayıptan sonraki çocuğun bakımına kadar uzanan klinik bakım ihtiyacı olduğunu altını çizmektedir (Gaudet ve ark., 2010). Sağlık profesyonelleri, önceki gebelik kaybının ardından tekrar gebelik yaşayan bir çiftte yardımcı olmak için gereken rehberliği sağlamak için benzersiz bir konumdadırlar (Lamb, 2002). Kayıp döneminde ve sonrasında sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin bu süreci daha sağlıklı atlatmalarına katkı sağlayacaktır (Nansel ve ark., 2005; Körükçü ve Kukulcu, 2010). Bu zorlu süreçte, prenatal kayıptan sonra gebelik yaşayan

ebeveynlerin özel koşullarını dikkate alarak geliştirilmiş bir doğum öncesi eğitim programı, bireylerin gebelik ve doğum deneyimini önemli ölçüde geliştirebilir (Wright, 2005). Böyle bir program, aynı zamanda benzer deneyim yaşayan ebeveynlerin kederle başa çıkma, kaygıyı yönetme ve başkalarıyla olumlu destekleyici ilişkiler sürdürme ihtiyaçlarının karşılanması için de destekleyici ve iyileştirici bir ortam yaratma potansiyeline sahiptir (Wright, 2005). Literatürde kayıp yaşayan ebeveynlerin psikososyal destek aldıkları çalışmalara rastlamak mümkündür (Kersting ve ark., 2011; Côté-Arsenault ve ark., 2014; Raitio ve ark., 2015; Boyle ve ark., 2015). Ancak kayıp yaşayan ebeveynlerin ihtiyaçlarının hemşirelik bakımı ile entegre edildiği bir doğuma hazırlık eğitim programını içeren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu eksiklerden yola çıkarak bu çalışmada, prenatal kayıp yaşayan kadınlara verilen doğuma hazırlık eğitiminin kadınların prenatal kendilerini değerlendirme düzeylerine ve doğum sonuçlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Araştırma, ön test son test gruplu deneysel desenedir. Deneysel araştırma, sistematik bir yöntem kullanılarak, belli bir müdahalenin kontrol altına alınmış koşullarda belli bir sorunun çözümünde ne derece etkili olacağını görmek amacıyla yapılan araştırma türüdür (Büyüköztürk, 2017). Araştırma Ocak 2021-Nisan 2022 tarihleri arasında ebelik bölümünün doğuma hazırlık sınıfında yürütüldü.

### Araştırmanın Hipotezleri

H1: Doğuma hazırlık eğitimi alan müdahale grubunun prenatal dönemde kendilerine ilişkin algıları daha olumludur.

H2: Doğuma hazırlık eğitimi alan müdahale grubunun doğum sonuçları daha olumludur.

### Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın çalışma grubunu bir eğitim ve araştırma hastanesinin gebe polikliniğinden hizmet alan ve araştırmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan gebeler amaçlı örnekleme yoluyla oluşturdu. Araştırmanın örnekleme 30 müdahale, 30 kontrol olmak üzere toplam 60 kişiden oluşmuştur. Örneklem büyüklüğü, Cohen'in iki bağımsız ortalama arasındaki farkın belirlenmesinde önerdiği, %80 güç ve 0.05'lik

anamlılık düzeyine göre hesaplandı. Kayıp gözlemler ve deneysel araştırmalarda önerilen her grupta en az 30 gözlem bulunması için araştırma her iki grupta da 30 kişi olana kadar sürdürülmüştür. Araştırmaya daha önce gebelik kaybı yaşamış, gebeliğinin 12-34. haftaları arasında olan, araştırmaya katılmaya gönüllü kadınlar dâhil edildi. Katılımcılar randomize edilmedi, sadece geliş sırasında göre grupları belirlendi. Katılımcıların gruplara dağılımı zarf seçtirilerek sağlandı. İçinde kontrol ve müdahale grubunun yazılı olduğu ve aynı renk olan zarflar karıştırılarak katılımcılara geliş sırasına göre seçtirildi ve katılımcının grubu belirlendi. Araştırma sürecinde girişim grubundan 4 katılımcı doğuma hazırlık eğitimini tamamlamadığı için, kontrol grubundan ise 3 katılımcı veri toplama sürecinde ulaşamadığı için kaybedildi. Kayıp vakaların yerine yeni vakalar alınarak örneklem sayısı korundu.

### Veri Toplama Araçları

Veriler, “Birey Tanımlama Formu”, “Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği” ve “Doğum Sonuçları Formu” ile toplandı.

**Birey Tanımlama Formu:** Gebelerin demografik özelliklerine ve obstetrik öykülerine ilişkin sorular içermektedir (Gebelik sayısı, prenatal kayıp sayısı, gebelik haftası, doğum öncesi bakım alma durumu) (Kersting ve ark, 2011; Côté-Arsenault ve ark, 2014; Raitio ve ark., 2015; Boyle ve ark. 2015).

**Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği:** Ölçek 1979 yılında Lederman tarafından geliştirildi. Türkçe’ye Beydağ ve Mete (2006) tarafından uyarlandı. Prenatal dönemde kadınların anneliğe uyumunu değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçek 79 maddeden oluşan 4’lü likert tipindedir. 7 adet alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler “Kendi ve Bebeğinin Sağlığı ile İlgili Düşünceleri”, “Gebeliğin Kabulü”, “Annelik Rolünün Kabulü”, “Doğuma Hazır Oluş”, “Doğum Korkusu”, “Kendi Annesi ile İlişkisinin Durumu”, “Eşi ile İlişkisinin Durumu” dur. Ölçekten en az 79, en fazla 316 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar gebeliğe uyumun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun iç tutarlık katsayısı 0.81, alt ölçekler için ise 0.72 ile 0.85 arasında bulunmuştur (Beydağ ve Mete, 2006). Ölçeğin bu çalışma için Cronbach Alpha katsayısı 0.85 bulundu.

**Doğum Sonuçları Formu:** Gebelerin doğum sonu sürecine ilişkin kapalı uçlu 5 sorudan oluşmaktadır (doğum şekli, doğumda uygulanan müdahaleler, ten tene temas, emzirme durumu, sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurma durumu) (Kersting ve ark, 2011; Côté-Arsenault ve ark., 2014; Raitio ve ark., 2015; Boyle ve ark., 2015).

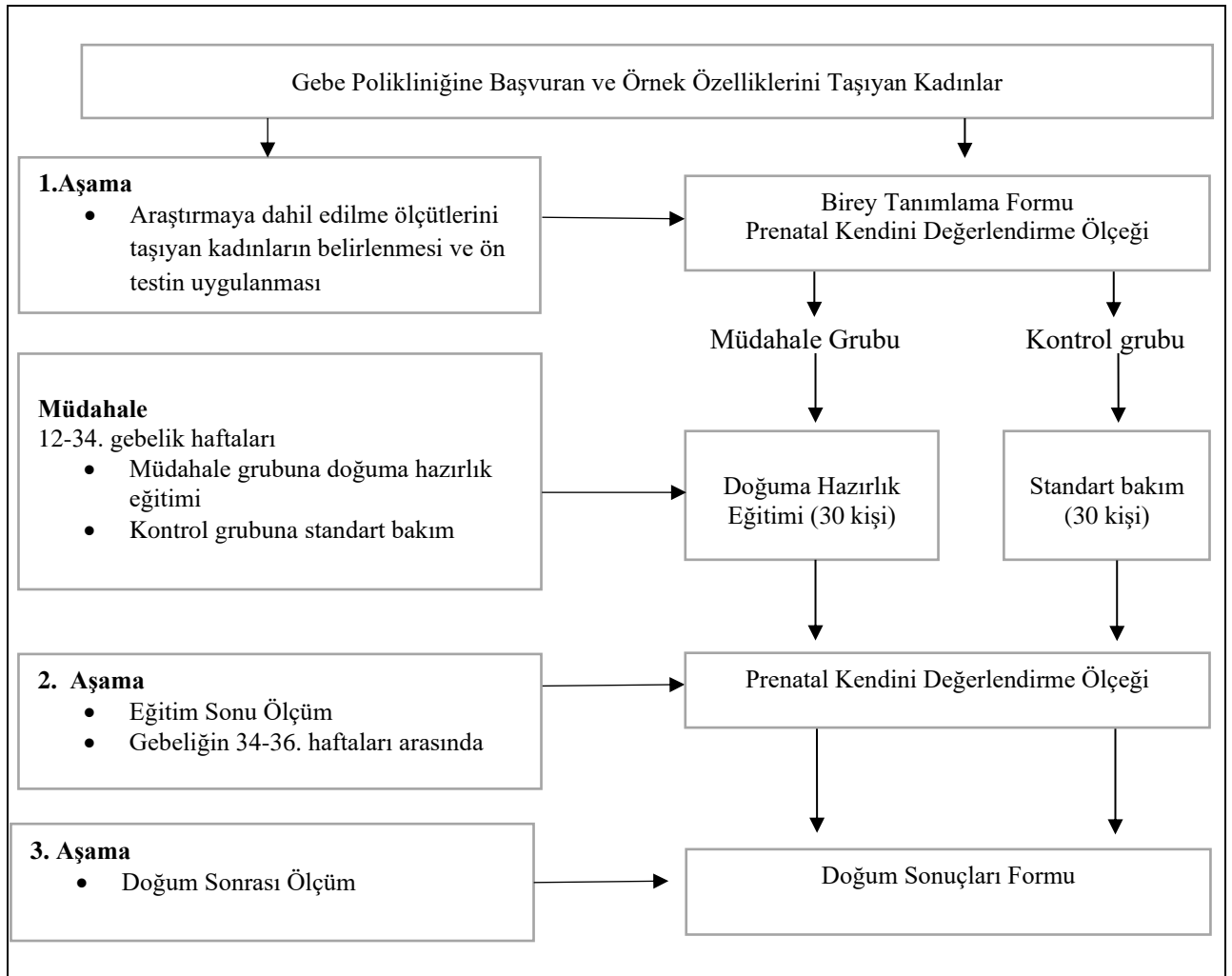
### Veri Toplama Süreci

Veriler 3 aşamada toplandı. İlk olarak eğitim öncesi öntest (Birey Tanımlama Formu, Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği) uygulandı. Ön testten sonra müdahale grubuna doğuma hazırlık eğitimi uygulandı. Kontrol grubuna herhangi bir müdahale yapılmadı. 2. aşamada gebeliğin 34-36. Haftaları arasında son test (Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği) uygulandı. 3. Aşama da ise telefon görüşmesi yolu ile doğumdan sonraki ikinci hafta içerisinde ‘Doğum Sonuçları Formu’ uygulandı. Kontrol grubuna da aynı dönemlerde formlar uygulandı. Veri toplama süreci aşağıdaki akış şemasında özetlenmiştir (Şekil 1).

### Doğuma Hazırlık Eğitimi

Müdahale grubuna verilen doğuma hazırlık eğitimi Lamaze felsefesine göre oluşturuldu. Katılımcılara, doğumun fizyolojisine ilişkin genel bilgilerin yanında doğuma yardımcı ve doğum ağrısını yönetmede kullanılan teknikler hakkında bilgi verildi. Bunların yanında, prenatal kayıp temasına odaklanılarak kayıp sürecindeki deneyimlerini konuşmaları sağlandı. Korkunun doğum eylemi üzerindeki etkileri, korku ile baş etme/kaygıyı azaltma teknikleri (nefes egzersizleri, korkunun ifade edilmesi, otomatik düşünceleri fark etme, duyguları fark etme, dikkati başka yöne çekme) ve yeni gebeliğe uyum ile ilgili müdahalelere yer verildi. Katılımcılar kayıp hakkında konuşma konusunda istekliydiler. Etkileşime ve paylaşıma açıktı. Travma sonrası stres belirtileri gösterdiğini düşündüğümüz kişileri (3 kişi) uzman kontrolüne yönlendirdik. Ancak uzman desteği almayı tercih etmediler. Katılımcılardan eğitimle ilgili olumsuz ya da eğitim içeriğinin travmasını tetiklediğine ilişkin geri bildirimde bulunan olmadı.

Eğitim toplam 12 saat grup eğitimi şeklinde planlandı. Ancak araştırma sürecinde pandemi nedeniyle yaşanan güçlükler sebebiyle yüz yüze (en fazla 3 kişi) veya online olarak yapıldı. Yüz yüze yapılan eğitimler ebelik bölümünün doğuma hazırlık salonunda yapıldı.



Şekil 1. Veri Toplama Sürecine İlişkin Akış Şeması

Araştırma sürecinde evden çıkma yasaklarının olduğu ve gebelerin bulaş kaygısı nedeniyle bir araya gelmekten kaçındıkları süreçlerde eğitimler online olarak verildi. Eğitime katılımcılar eşleri, doğumlarına eşlik edecek bir yakınları ile ya da bireysel olarak katılım sağladılar. Eğitimler birebir ya da grup eğitimi şeklinde katılımcıların uygunluğuna göre düzenlendi. Çalışma grubu için gerekli katılımcı sayısı oluşturulana kadar yeni eğitim grupları oluşturulmuştur. Toplamda 6 grup eğitimi ve 13 bireysel eğitim yapıldı. Doğuma hazırlık eğitimlerinde, teorik sunum, tartışma, örnek olay gösterme, soru-cevap, gösterip yaptırma, rol yapma, ısınma oyunları, maket kullanımı (pelvis, plasenta, bebek, amniyon kesesi) ve video gösterimi gibi interaktif öğretim teknikleri kullanıldı. Doğuma hazırlık eğitimleri, araştırmacı olan ebeklik bölümü öğretim elemanları tarafından verildi.

Kontrol grubuna standart bakım verildi. Standart bakım, başvurdıkları hastanenin gebe

bilgilendirme polikliniğinden ve aile sağlığı merkezlerinden aldıkları teorik bilgilendirmeyi ve broşürleri kapsıyordu. Kontrol grubundan herhangi bir yerden kapsamlı doğuma hazırlık eğitimi alan olmadı.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmada kullanılan ölçekler için geliştiren yazarlardan izin alındı. Çalışmanın yapılabilmesi için girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan (Tarih: 13.03.2020, ve Karar No: 2020/05) izin alınmıştır. Çalışmaya katılan kadınlara çalışmanın amacı açıklandıktan sonra bilgilendirilmiş onamları alınarak form yönlendirildi. Ayrıca çalışma sürecinde güncel Helsinki Bildirgesi'nin etik ilkelerine bağlı kalındı.

#### Verilerin Değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistikler, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde şeklinde gösterildi.

Verilerin Shapiro-Wilk testi sonucunda normal dağılım gösterdiği anlaşıldı ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanıldı. Farkın anlamlılığını test etmek için iki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda T testi uygulandı. Kategorik değişkenler arasındaki fark ise Pearson ki kare testi ile değerlendirildi. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edildi.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin yaş ortalaması  $28.36 \pm 4.06$  iken kontrol

grubundaki gebelerinki  $28.56 \pm 4.49$  olarak bulundu. Katılımcıların tamamı evli, girişim grubunun %60'ı, kontrol grubunun %70'i lise üzeri okullardan mezundur. Araştırmaya katılan gebelerin ortalama gebelik sayısı  $2.4 \pm 0.59$ , düşük/ölü doğum sayısı ise  $1.2 \pm 0.4$  bulundu. Girişim grubunun %80'i, kontrol grubunun %73.3'ü gebeliği planlamıştır. Katılımcıların tamamı doğum öncesi bakım almıştır. Müdahale ve kontrol grupları eğitim düzeyleri, gebelik sayısı, düşük/ölü doğum sayısı, gebeliği planlama ve doğum öncesi bakım alma açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak grupların benzer olduğu belirlenmiştir ( $p > .05$ ) (Tablo 1).

**Tablo 1. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri (N=60)**

	Girişim		Kontrol		$X^2^*$	p
	n (30)	%	n (30)	%		
<b>Yaş</b>						
18-25	9	30.0	9	30.0	0.0	1.0
26-35	21	70.0	21	70.0		
<b>Öğrenim durumu</b>						
İlköğretim ve altı	12	40.0	9	30.0	0.659	0.417
Lise ve üzeri	21	60.0	18	70.0		
<b>Gebelik sayısı</b>						
2	18	60.0	17	56.7	0.069	0.793
3 ve üzeri	12	40.0	13	43.3		
<b>Düşük/Ölü Doğum</b>						
2	25	83.3	23	76.6	0.417	0.519
3 ve üzeri	5	16.7	7	23.3		
<b>Gebeliği planlama durumu</b>						
Evet	24	80.0	22	73.3	0.373	0.542
Hayır	6	20.0	8	26.7		

Araştırmaya dâhil edilen müdahale ( $208.133 \pm 12.22$ ) ve kontrol grubundaki ( $210.933 \pm 8.85$ ) gebelerin PKDÖ'den eğitim öncesi aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık görülmedi ( $p=0.314$ ). Ancak doğuma hazırlık eğitimi sonrası müdahale ( $196.50 \pm 12.55$ ) ve kontrol grubundaki ( $217.00 \pm 9.50$ ) gebelerin PKDÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık

bulundu ( $p=0.00$ ). Bunların yanında, müdahale grubunun tüm alt ölçeklerinden (kendisinin ve bebeğinin sağlığını algılama, gebeliğin kabulü, anneliğin kabulü, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisi, eşi ile ilişkisi) aldıkları puan ortalamaları, kontrol grubunun aldığı puan ortalamalarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ( $p < .05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2. Gebelerin Prenatal Kendini Değerlendirme Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=60)**

Ölçek ve Alt Ölçekler	Girişim				Kontrol				F*	p
	n	Ort.	SS	Min. Max.	n	Ort.	SS	Min. Max.		
PKDÖ**	30	196.5	12.55	178-225	30	217.0	9.5	201-241	1.951	0.00
Kendisinin ve bebeğin sağlığı	30	24.16	2.58	18-28	30	27.03	4.42	21-44	1.417	0.003
Gebeliğin Kabulü	30	34.6	2.7	30-40	30	37.83	2.66	32-43	0.117	0.00
Anneliğin Kabulü	30	35.9	4.3	29-45	30	40.30	2.46	36-45	14.77	0.00
Doğuma Hazır oluş	30	25.8	2.8	21-33	30	28.06	3.06	23-34	0.367	0.005
Doğum Korkusu	30	24.9	3.5	18-32	30	27.66	2.60	23-34	3.124	0.001
Kendi Annesi ile ilişkisi	30	26.0	3.37	19-31	30	27.83	3.24	22-35	0.082	0.03
Eş ile ilişkisi	30	25.0	3.6	17-32	30	28.26	4.04	22-35	0.528	0.002

\*t test, \*\*PKDÖ (Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeği)

Araştırmaya katılan müdahale grubundaki gebelerin %56.7'sinin normal, %43.3'ünün sezaryen, kontrol grubunun ise %50'sinin normal, %50'sinin sezaryenle doğum yaptığı belirlendi. Girişim grubunun %63.3'ü, girişim grubunun ise 56.7'si miadında doğum yapmıştır. Girişim grubundaki bebeklerinin %36.7'si kontrol grubundakilerin ise %26.7'si doğar doğmaz emzirilmiştir.

Girişim grubundaki bebeklerin %30'u, kontrol grubundakilerin ise %26.7'si doğduktan sonra yoğun bakıma alınmıştır. Girişim grubundaki

annelerin %20'si, kontrol grubundaki annelerin ise %33.3'ü doğumdan sonra sağlık problemi nedeniyle hastaneye başvurmuştur. Araştırmanın müdahale ve kontrol grupları arasında doğum şekli, doğum zamanı, bebeklerin emzirilme zamanı, bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YYBÜ) alınması ve doğum sonu sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurma durumları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ( $p>0.05$ ) (Tablo 3). Son olarak, katılımcıların doğum sonuçları ile PKDÖ ölçek puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 3. Gebelerin Doğum Sonuçları (N=60)**

	Girişim		Kontrol		X <sup>2*</sup>	p
	n (30)	%	n (30)	%		
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	17	56.7	15	50.0	0.268	0.605
Sezaryen	13	43.3	15	50.0		
<b>Doğum Zamanı</b>						
37 haftadan önce	5	16.7	5	16.7	0.397	0.820
38-40 hafta	19	63.3	17	56.7		
40 hafta üzeri	6	20.0	8	26.7		
<b>Emzirmeye başlama</b>						
Doğar doğmaz	11	36.7	9	30.0	0.307	0.858
Doğum sonu 1 saat içinde	12	40.0	13	43.3		
Doğum sonu 1 saatten sonra	7	23.3	8	26.7		
<b>Bebeğin YYBÜ** alınma durumu</b>						
Evet	9	30.0	8	26.7	0.082	0.774
Hayır	21	70.0	22	73.3		
<b>Sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvurusu</b>						
Evet	6	20.0	10	33.3	1.364	0.243
Hayır	24	80.0	20	66.7		

\*Ki-kare, \*\*Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın amacı, prenatal kayıp yaşayan gebelere sonraki gebeliğinde planlanan doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin prenatal kendilerini değerlendirme düzeylerine ve doğum sonuçlarına etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu bölümde çalışmanın amaçları doğrultusunda elde edilen, demografik değişkenlere ilişkin, müdahale öncesi ve sonrasına ilişkin ve doğum sonuçlarına ilişkin bulgular sırasıyla tartışılıp yorumlanmıştır.

Gebelik kayıpları, kadının üreme döneminde sık karşılaştığımız problemlerden biridir (Körükçü ve Kukulcu, 2010). Her dört kadından birinin hayatında en az bir kez prenatal kayıp yaşadığı raporlanmıştır (Gerber-Epstein ve ark., 2009). TNSA 2018 verilerine göre ise evlenmiş kadınların %22'si en az 1 kez kendiliğinden düşük yapmıştır ve araştırmadan önceki 5 yılda tüm gebeliklerin %13'ü bu şekilde sonlanmıştır (TNSA 2018). Mevcut çalışmada ise ortalama gebelik kaybının  $1.2 \pm 0.4$  olduğu bulundu. Gebeliğin kaybı, ebeveynler için acı yaşam deneyimlerinden biridir. Kadınların kayba verdikleri yanıtlar takip eden gebeliğe kadar sürebilir ve sonraki gebeliği olumsuz etkileyebilir. Prenatal kayıp yaşayan kadınların gebelik anksiyetesinin yaşamayanlara kıyasla daha şiddetli olduğu belirlenmiştir (Cote-Arsenault, 2007). Benzer şekilde, Armstrong (2004) daha önce prenatal kayıp yaşayan kadınların devam eden gebeliklerinde %45 oranında daha fazla depresyon riski taşıdıklarını belirtmiştir. Caelli ve arkadaşlarının (2002) yaptığı fenomenolojik çalışmada ise prenatal kayıp sonrası gebelik yaşayan kadın katılımcının yaşadıklarını 'Bir daha asla hamileliğin tadını çıkaramazsınız' şeklinde ifade ettiği bildirilmiştir. Benzer şekilde Van ve Meleis'in (2003) çalışmasında katılımcının yaşadıklarını 'Hiçbir zaman rahatladığım bir nokta yoktu.' şeklinde ifade ettiği belirlenmiştir. Armstrong (2002) bu tür ebeveynlerin gebeliğe korku ile yaklaştıklarını ve olumlu bir sonuç beklemekten çekindiklerini bulmuştur. Mevcut çalışmada da ilgili literatür ile paralel şekilde gebelik kaybı yaşayan kadınların sonraki gebelikte prenatal kendini değerlendirme düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Prenatal kayıp yaşayan kadınlar bir sonraki gebeliklerini normal olarak algılayamazlar (Duman ve ark., 2022). Bu nedenle prenatal kayıp sonrasında ailelerin neler yaşayabilecekleri konusunda farkındalıklı olmak sağlık ekibinin verdiği bakımın niteliğini artırabilir (Lamb,

2002). Bu kadınlar, yeni gebelik sürecinin tüm yönlerine dikkat ettiklerini, sağlık hizmeti sunucusuyla daha sık iletişim kurmak istediklerini ve kendi bakımlarında önceki gebeliklerine göre daha aktif ve yönlendirici olmak istediklerini belirtmişlerdir (Cote-Arsenault, 2003). Tüm bu nedenlerden dolayı sağlık profesyonelleri kadınların bakıma aktif katılımını teşvik etmeli, gebelikte emosyonel denge kontrolü sağlanmalıdır (Duman ve ark., 2022). Dolayısıyla ebe ve hemşirelerin kayıp yaşayan bireylerin ihtiyaçlarının farkında olmaları ve bakımı bu ihtiyaçlara yönelik planlamaları prenatal süreçlerin daha sağlıklı devam etmesine katkı sağlayabilir. Yapılan çalışmalarda kayıp yaşayan ebeveynlerin psikososyal destekten olumlu sonuç aldıkları raporlanmıştır (Kersting ve ark., 2011; Raitio ve ark., 2015; Boyle ve ark. 2015). Prenatal kayıp yaşamış kadınlara Watsons'ın İnsan Bakım Teorisi'ne göre verilen hemşirelik bakımının değerlendirildiği çalışmada ise gebelerin kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır (Tektaş ve Çam, 2017). Diğer yandan literatürde gebelik kaybindan sonra tekrar gebe kalan kadınlara yönelik doğuma hazırlık kurslarının da tartışıldığı görülmektedir (Wright, 2005). Doğuma hazırlık kurslarının kayıp yaşamayan gebeliklerde etkili olduğu birçok çalışmada ortaya koyulmuştur (Nieminen ve ark., 2009; Salomonsson ve ark., 2013; Navae ve Abedian, 2015). Diğer yandan kayıptan dolayı üreme yeteneklerine olan inancını kaybetmiş kadınlarda onların ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş bir eğitim bu kırılgan grupta doğuma ilişkin kaygıları azaltabilir. Benzer şekilde mevcut çalışmada prenatal kayıp yaşayan kadınların ihtiyaçlarına göre kaygı azaltma tekniklerini içeren doğuma hazırlık eğitiminin kadınların kendilerini algılama düzeylerini kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde iyileştirdiği belirlendi. Ayrıca kendisinin ve bebeğinin sağlığını algılama, gebeliğin kabulü, anneliğin kabulü, doğum korkusu, kendi annesi ile ilişkisi ve eşi ile ilişkisi gibi bütün alanlarda anlamlı farklılık yarattığı ortaya konulmuştur. Bu sonuçlardan gebelik kaybı yaşayan kişilerin özel gereksinimlerinin farkında olarak yapılandırılan destekleyici hemşirelik yaklaşımlarının prenatal olumsuzlukları önleme potansiyeline sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Kadınların kayba ilişkin yaşadıkları korkular, doğuma ilişkin bütün parametrelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Prenatal kayıp takip eden gebeliklerde gebeliğe bağlı anksiyete oldukça

yayıncıdır ve hem anne hem de fetüs üzerinde olumsuz etkileri olabilir (Shapiro ve ark., 2017). Jivraj ve arkadaşları (2001) öncesinde 3 veya daha fazla düşüğü olan 163 gebeyi inceledikleri çalışmada, sezaryen, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek ve perinatal mortalite oranlarını kontrol grubuna göre daha yüksek bulmuşlardır. Ateş ve arkadaşları (2013) ise tekrarlayan gebelik kayıpları yaşayan kadınlarda düşük sonrası sezaryen oranlarının arttığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde, Sheiner ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada da kayıp sonrası gebelikler sezaryen için bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur.

Diğer yandan, yapılan araştırmalarda kayıp yaşayan bireylerin özellikle destekleyici ve önyargısız bir atmosferde konuşmaya ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır (Caelli ve ark., 2002, Cote-Arsenault ve Freije, 2014). Meredith ve arkadaşlarının (2017) kayıp yaşamış kişilere verilen desteği değerlendirdikleri nitel çalışmada katılımcılar benzer deneyimleri yaşamış ve kaybını gerçekten önemseyen kişilerle konuşmanın güven verici hissettirdiğini ifade etmişlerdir. Yapılan diğer araştırmalar ise destek gruplarına katılan ailelerin kendilerini daha iyi hissettikleri raporlanmıştır (O'Leary ve Warland, 2011; Warland ve ark., 2011). Öte yandan, rol oyun tekniği ile doğum korkusunun azaltılmasına yönelik çalışmada rol oyun tekniği ile verilen eğitimin sıradan eğitim yöntemlerine göre sezaryen oranlarını azaltmada 5 kat daha etkili olduğu bulunmuştur (Navae ve Abedian, 2015). Dolayısıyla kayıp yaşayan bireylerin mevcut gebeliğe ilişkin algılarını olumlu şekilde artıracak müdahalelerin doğum sonuçlarını da iyileştirebileceği düşünülmektedir. Ancak mevcut çalışmada, doğuma hazırlık eğitimi sonrası doğum sonuçlarının iki grupta benzer olduğu bulunmuştur. Gebeliğe ilişkin parametrelerde elde edilen olumlu sonuç doğum sonuçlarında gözlenmemiştir. Bu sonucun çalışma sürecinde pandemi yaşanması dolayısıyla doğum süreçlerinin bulaş kaygısı ile normalden daha fazla medikalize edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan pandemi sürecindeki kısıtlama süreçlerinin değişkenliği doğuma ilişkin uygulamalarda da döneme özgü farklılıkları beraberinde getirmiş ve gebelerin yalnız ve desteksiz kalmasına neden olmuştur. Doğum sonuçlarında grupların benzer olmasının bu nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmamız bazı sınırlılıklara sahiptir. Öncelikle araştırma bulguları, araştırmada uygulanan ölçeğin ölçtüğü niteliklerle de sınırlıdır. Diğer yandan, araştırmada planlanan müdahalenin pandemi sürecindeki kısıtlamalar nedeniyle planlanan sayılardan (6-8 planlandı ancak 2-3 kişilik gruplarla yapıldı) daha düşük gruplarla yapılması etkileşimin azalması açısından bir sınırlılıktır. Ayrıca araştırma sonuçları zamana özgü farklılıklar gösterebileceğinden dikkatli yorumlanmalıdır. Mevcut araştırma tüm bu sınırlılıklara rağmen prenatal kayıp yaşayan kadınların ihtiyaçlarına dikkat çekmesi ve bakım veren hemşirelere yol gösterici olması açısından değerlidir.

### SONUÇLAR

Bu çalışmada prenatal kayıp yaşayan gebelerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin, gebelik sürecinde kendilerini algılamalarını ve gebeliğe uyumlarını artırdığı ancak doğum sonuçlarını etkilemediği belirlenmiştir. Prenatal kayıp yaşayan gebelere verilen doğuma hazırlık eğitimi ile ailelere gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde sağlıklarını korumada aktif rol almalarını sağlama, gebelik, doğum, aile olmakla ilgili problemlerle baş etme, fizyolojik ve psikolojik değişimlere uyum sağlama becerisi kazandırılabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda, gebelere hizmet veren tüm sağlık bakım profesyonellerinin, gebenin fiziksel bakımının yanı sıra psikososyal bakımına da önem vermeleri gerektiği söylenebilir. Özellikle prenatal kayıptan sonra gebelik yaşayan ebeveynleri hedefleyen bir eğitim programının, doğum sınıflarına katılımı artırıp artırmayacağını, özel ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını ve hem bebekler hem de ebeveynler için doğum sonuçlarını optimize edip etmediğini belirlemek için yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

### Araştırmanın Etik Yönü / Ethics Committee Approval

Araştırma için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır (Tarih: 13.03.2020 ve Karar No: 2020/05).

### Yazar Katkısı / Author Contributions

Fikir/Kavram: A.U., E.E; Tasarım: A.U., E.E; Denetleme/Danışmanlık: A.U., E.E; Analiz ve Yorum: A.U., E.E; Kaynak Taraması: A.U., E.E; Makalenin



Yazımı: A.U., E.E; Eleştirel İnceleme: A.U., E.E.

### Hakem Değerlendirmesi / Peer-review

Dış bağımsız.

### Çıkar Çatışması / Conflict of Interest

Yazarlar araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansal Destek / Financial Disclosure

Çalışmanın yürütülmesi için Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'nden TSA-2020-42 proje numarası ile destek alınmıştır.

### Teşekkür / Acknowledgements

Çalışmaya gönüllü olarak katılarak bu çalışmanın yapılabilmesine destek olan kadınlara teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 339–345. doi:10.1111/j.1547-5069.2002.00339.x

Armstrong, D. S. (2004). Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33, 765-73. doi: 10.1177/0884217504270714.

Ateş, S., Şevket, O., Özel, A., Yaşar, L., Savan, K. (2014). Tekrarlayan gebelik kaybı olan gebelerin tekrarlayan gebelik kaybı olmayan gebelerle doğum ve neonatal bulgularının karşılaştırılması. *Kocatepe Medical Journal*, 15(2), 137-41.

Berle, J. I., Mykletun, A., Daltveit, A. K., Rasmussen, S., Holsten, F., Dahl, A. A. (2005). Neonatal outcomes in offspring of women with anxiety and depression during pregnancy. A linkage study from The Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) and Medical Birth Registry of Norway. *Arch Women Ment Health*, 8, 181-89. doi:10.1007/s00737-005-0090-z

Boyle, F. M., Mutch, A. J., Barber, E. A., Carroll, C., Dean, J. H. (2015). Supporting parents following pregnancy loss: a cross-sectional study of telephone peer supporters. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15(1), 291. doi: 10.1186/s12884-015-0713-y

Büyüköztürk, Ş. (2017). Bilimsel araştırma yöntemleri. (23. baskı). Ankara: Pegem Akademi.

Caelli, K., Downie, J., Letendre, A. (2002). Parents' experiences of midwife-managed care following the loss of a baby in a previous pregnancy. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 127–136. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02252.x

Côté-Arsenault, D., Donato, K. L. (2007). Restrained expectations in late pregnancy following loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 36(6), 550–7. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00185.x

Côté-Arsenault, D., Schwartz, K., Krowchuk, H.,

McCoy, T. P. (2014). Evidence-based intervention with women pregnant after perinatal loss. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 39(3), 177–86. doi:10.1097/NMC.000000000000024

Cote-Arsenault, D. (2003). The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(5), 623–629. doi: 10.1177/0884217503257140

Currie, E. R., Christian, B. J., Hinds, P. S., Perna, S. J., Robinson, C., ... Meneses, K. (2019). Life after loss: Parent bereavement and coping experiences after infant death in the neonatal intensive care unit. *Death Stud*, 43(5), 33-342. doi:10.1080/07481187.2018.1474285

Duman, M., Durgun Ozan, Y., Aksoy Derya, Y., Timur Taşhan, S. (2022). The effect of relaxation exercises training on pregnancy-related anxiety after perinatal loss: A pilot randomized control trial, *Explore*, 18(1), 44-50. doi:10.1016/j.explore.2020.11.002

Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 240-251. doi:10.1080/02646830903487342

Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29. doi:10.1080/07481180802494032

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Jivraj, S., Anstie, B., Cheong, Y. C., Fairlie, F. M., Laird, S. M., Li, T. C. (2001). Obstetric and neonatal outcome in women with a history of recurrent miscarriage: a cohort study. *Hum Reprod*, 16(1), 102-6. doi:10.1093/humrep/16.1.102

Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 32(2), 72–8. doi:10.3109/0167482X.2011.553974

Körükçü, Ö., Kukulcu, K. (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansması. *Dicle Tıp Derg*, 37(4), 429-433.

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *J Perinat Educ*, 11(2), 33-40. doi:10.1624/105812402X88696

Meredith, P., Wilson, T., Branjerdporn, G., Strong, J., Desha, L. (2017). "Not just a normal mum": a qualitative investigation of a support service for women who are pregnant subsequent to perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(6), 1-12.

- doi: 10.1186/s12884-016-1200-9
- Nansel, T. R., Doyle, F., Frederick, M. M., Zhang, J. (2005). Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34, 473-81. doi:10.1177/0884217505278319
- Navae, M., Abedian, Z. (2015). Effect of role play education on primiparous women's fear of natural delivery and their decision on the mode of delivery. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(1), 40-46.
- Nieminen, K., Stephansson, O., Ryding, E. (2009). Women's fear of childbirth and preferences for caesarean section - a cross sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88, 807-813. doi:10.1080/00016340902998436
- O'Leary, J., Warland, J. (2011). International parenting of children born after a perinatal loss. *Journal of Loss and Trauma*, 17, 137-157. doi: 10.1080/15325024.2011.595297
- O'Leary, J. (2015). Subsequent pregnancy: healing to attach after perinatal loss. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(Suppl 1), A15. doi:10.1186/1471-2393-15-S1-A15
- Raitio, K., Kaunonen, M., Aho, A. L. (2015). Evaluating a bereavement follow-up intervention for grieving mothers after the death of a child. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 510-20. doi:10.1111/scs.12183
- Salomonsson, B., Bertero, C., Alehagen, S. (2013). Self-Efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN*, 42, 191-202. doi:10.1111/1552-6909.12024
- Setubal, M. S., Bolibio, R., Jesus, R. C., Benute, G. G, Gibelli M. A, Bertolassi N. (2021). A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliat Support Care*, 19(2), 246-256. doi:10.1017/S1478951520000826
- Shapiro, G. D., Seguin, J. R., Muckle, G., Monnier, P., Fraser, W. D. (2017). Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 38(2), 121-132. doi:10.1080/0167482X.2016.1271979
- Sheiner, E., Levy, A., Katz, M., Mazor, M. (2005). Pregnancy outcome following recurrent spontaneous abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 118(1), 61-5. doi:0.1016/j.ejogrb.2004.06.015
- Tektaş, P., Çam, O. (2017). The effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on the mental health of pregnant women after a pregnancy loss. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(5), 440-446. doi:10.1016/j.apnu.2017.07.002
- Tsartsara, E., Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of Prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 27, 173-82. doi:10.1080/01674820600646198
- Uçum, E. Y., Kitapçioğlu, G., Karadeniz, G. (2010). Kadınların doğum yöntemlerine bakış açısı, deneyim ve memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 108-118.
- Van, P., Meleis, A. I. (2003). Coping with grief after loss: Perspectives of African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(1), 28-39. doi:10.1177/0884217502239798
- Warland, J., O'Leary, J., McCutcheon, H. (2011). Born after infant loss: The experiences of subsequent children. *Midwifery*, 27, 628-633. doi:10.1016/j.midw.2010.06.019
- Wright, P. M. (2005). Childbirth education for parents experiencing pregnancy after perinatal loss. *Journal of Perinatal Education*, 14(4), 9-15. doi:10.1624/105812405X72285