

Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansması

The perinatal loss and parental reflection

Öznur Körükcü, Kamile Kukulu

Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği AD, Antalya, Türkiye

Geliş tarihi / Received: 04.05.2010, Kabul tarihi / Accepted: 13.08.2010

ÖZET

Bu derlemede perinatal dönemde yaşanan kaybın nedenleri, gebeliğin sonlandırılması ve bu durumun ebeveynlere yansması incelenmiştir. Perinatal bakımda gelişme yönünde büyük adımlar atılmış olmasına rağmen, perinatal kayıplar (fetüs kaybı ve yeni doğan ölümü) görülmeye devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre perinatal dönem 21. gebelik haftası ile doğumdan sonraki bir aylık dönemi kapsamaktadır. Bununla birlikte, perinatal kayıp konusunda çalışan araştırmacılar erken (gebe kalındıktan sonraki ilk 12 hafta) ve geç fetal kaybı (>20. gebelik haftası) içeren daha geniş bir tanımlamayı kullanmaktadır. Bilinen tüm gebeliklerin yaklaşık %12 ila 20'si erken fetal kayıp ile sonlanmaktadır. En güncel veriler, bu oranın yaklaşık 1.03 milyon/yıl fetal kayba karşılık geldiğini ve 2004 yılında 18602 yenidoğan ölümünün gerçekleştiğini göstermektedir. TNSA 2008 sonuçlarına göre, Türkiye'de son beş yıl içerisinde bebek ölüm hızının önemli derecede azaldığı söylenebilir. Bebek ölüm hızı, 1998-2003 ile 2003-2008 yılları arasında ki beş yıllık dönemde %47 oranında azalmıştır. Türkiye'de her 1000 canlı doğumdan 18'i birinci yaş gününe gelmeden ölmektedir. Perinatal kayıp yaşamış ebeveynlerin en az %80'i 18 ay içerisinde yeniden gebe kalmaktadır. Bu nedenle, hemşireler ve sağlık çalışanları açısından perinatal kaybın sonraki gebelik üzerindeki etkilerinin anlaşılması önemlidir. Bu derlemenin amacı öncelikle annenin olmak üzere, ebeveynlerin perinatal kayıptan sonra gebeliğe verecekleri yanıtlarla ilgili araştırmaları sentez etmek ve sonraki gebelik döneminde ebeveynlerin ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımını belirlemektir.

Anahtar kelimeler: Perinatal kayıp, gebelik, depresyon, hemşirelik bakımı, ebeveyn

GİRİŞ

Perinatal mortalite fetal ve infant ölümlerini tanımlamaktadır.¹ Fetal ölüm, gebelik süresinden bağımsız olarak, konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce meydana gelen ölüm şeklidir. Antenatal ve perinatal ölümlerde prematürite,

ABSTRACT

In this review, the causes of prenatal losses, pregnancy termination and reflection of this situation for the parents were investigated. Despite great attention in improving perinatal care, perinatal loss (fetal loss and newborn death) continues to occur. According to the World Health Organization (WHO), the perinatal period extends from the 20th gestational week through 1 month after birth. However, researchers who study perinatal loss use a broader definition that includes early (during the first 12 weeks following conception) as well as late fetal loss (>20 weeks' gestation). Of all known pregnancies, an estimated ratio of 12% to 20% ends in an early fetal loss. The most recent available data have revealed that the rates translate to about 1.03 million annual fetal losses and, for 2004, 18.602 newborn deaths. According to the results of 2008, infant mortality rate decreased very rapidly in Turkey. Of the many parents who suffer a perinatal loss, at least 80% become pregnant again, an event that occurs within 18 months. Therefore, it is important for nurses and health care professionals to understand the impact of a perinatal loss on a subsequent pregnancy. The purpose of this article is to perform an investigation on parental, primarily maternal, responses to pregnancy subsequent to perinatal loss, and to describe nursing implications for parents during the subsequent pregnancy.

Key words: Perinatal loss, pregnancy, depression, nursing care, parents

intrauterin gelişme geriliği, multipl gebelikler en önemli risk faktörleridir. İntrauterin gelişim geriliğinin de en önemli nedeni plasental yetmezliktir.² Yirmisekiz gebelik haftasından sonra en sık IUFÖ nedeni 'açıklanamayan' nedenlerdir, bunu fetal malnutrisyon ve plasental ablasyon takip eder.³ Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezine

(National Center of Health Statics) göre ölü doğum tanısı koyabilmek için solunum, kalp atımı, umbilikal korda atım ve belirgin istemli kas hareketlerinin olmaması gerekir. Fetal ölümler erken, 20 haftadan küçük; orta, 20-27. haftalar arasında ve geç, 28 haftadan sonra görülen ölümler olarak ayrılmaktadır.^{1,4} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Hastalıklar Sınıflamasında ulusal perinatal istatistiklerin sadece 500 gramın üzerinde doğan ölü veya canlı fetüs ve infantları içermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu kiloya karşılık gelen gebelik haftası 25. hafta ve baş-topuk uzunluğu ise 25 cm'dir. DSÖ ve ACOG (American College of Obstetrics and Gynecologists) sadece 500 gramın üzerindeki fetüsün intrauterin ölümü fetal ölüm olarak tanımlamaktadır. ACOG ayrıca 22. Gebelik haftasından sonra görülen fetal ölümlerin bu kategoride değerlendirilmesini önermektedir.¹ Bu derleme, ebeveynlerin perinatal kayıptan sonra gebeliğe verecekleri yanıtlarla ilgili araştırmaları sentez etmek ve sonraki gebelik döneminde ebeveynlerin ihtiyaç duydukları hemşirelik bakımını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

EBEVEYNLER TARAFINDAN PERİNATAL KAYBA VERİLEN YANITLAR

Özellikle kadınların perinatal kayba verdikleri yanıt, ebeveynin verdiği spesifik yanıtlar ve hemşirelik bakımı açısından yansımaları olmaktadır. Konuyla ilgili çalışmalarda evli ve orta gelir düzeyinde olan kadınlar yer almaktadır. Aşağıdaki bölümler, ebeveynlerin kantitatif araştırmalara verdiği yanıtlardan ve kalitatif araştırma temalarından oluşmaktadır.

Gebelik anksiyetesi

Perinatal kayıpla ilgili yapılan çalışmaların büyük bir bölümünde, gözlemlenen parental yanıtın gebelik anksiyetesini artırdığı belirtilmektedir.^{5,6} Perinatal kayıp öyküsü olmayan kadınlar ile olanların gebelik anksiyetesi karşılaştırıldığında, kayıp öyküsü olanların sonraki gebeliklerinde yaşadığı gebelik anksiyetesinin şiddetinin daha yüksek olduğu görülmüştür.^{7,8} Perinatal kayıp öyküsü bulunan anneler daha yüksek düzeyde gebelik anksiyetesi yaşarken, kayıp öyküsü olmayan annelere kıyasla gebelik konusunda benzer düzeyde iyimserliğe sahip oldukları görülmüştür. Anne kaybettiği fetüse daha fazla kimlik yükledikçe kayıptan sonraki gebeliklerde gebelik anksiyetesi yaşama olasılığı artmaktadır.⁹ Ayrıca, anne fetüsün sağlığını kontrol edebildiğini

ve fetüsün sağlığından sorumlu olduğunu hissettiğinde yaşadığı gebelik anksiyetesi artmaktadır.¹⁰ Armstrong çalışmasında, kayıptan sonraki gebelikte annelerin anksiyetesi ile babalarınkini karşılaştırmış ve annelerde gebelik anksiyetesinin daha yüksek olduğunu saptamıştır.¹¹

Erken gebelik kaybı öyküsü bulunan kadınların sonraki gebeliklerinde yaşadığı anksiyetenin, geç gebelik dönemine kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür.¹² Cote-Arsenault tarafından yapılan bir çalışmada, gebelik ilerledikçe anksiyetenin azaldığı saptanmıştır. Bu çalışmada, annelerin gebelik kaybını bir tehdit olarak gördüğü, tehdit algısının gebelik anksiyetesini güçlü bir şekilde etkilediği ve tehdit algısının geçmişteki gebelik kaybının gestasyonel yaş ve fetüse yüklenen kimlikle ilişkilendirildiği görülmüştür.¹³

Bir çalışmada primiparlar ile geçmişte perinatal kayıp yaşayan gebeler karşılaştırıldığında, primiparların, geçmişte perinatal kayıp yaşamış olan gebelere oranla daha düşük seviyede gebelik anksiyetesi yaşadığı saptanmıştır.¹⁴ Hughes ve ark. kayıp öyküsü dikkate alınmaksızın, kadınların üçüncü trimesterde anksiyete durumunda artış yaşadıklarını saptamıştır.¹⁵

Prenatal bağlanma

Ebeveynin gebeliğe verdiği yanıt fetüse prenatal dönemde bağlanmadır. Geçmişte kayıp öyküsü olan gebelerde prenatal bağlanma azalmıştır.¹⁴ Tsartsara ve Johnson kayıp öyküsü dikkate alınmaksızın prenatal bağlanmanın üçüncü trimesterde meydana geldiğini bildirmiştir.¹² Artmış gebelik anksiyetesinin düşük prenatal bağlanmaya yol açtığı da bildirilmiştir.¹¹

Depresif semptomlar ve çaresizlik

Perinatal kayıptan sonraki gebelikte depresif semptomların bulunduğu tespit edilmiştir. Perinatal kayıp yaşamamış olan kadınlarla karşılaştırıldığında perinatal kayıp öyküsü bulunanlarda gebelik döneminde depresif semptomların daha yüksek oranda olduğu görülmüştür.^{8,10} Perinatal kayıp takip eden gebelikte, depresif semptomlar erkeklere oranla kadınlarda daha fazladır.¹¹ Ayrıca, depresif semptomların üçüncü trimesterde daha fazla yaşandığı ve bu semptomların kayıptan sonra maksimum 12 ay içerisinde gebe kalan kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir.⁶ Franche beyaz kadınlarından oluşan

bir örnekleme kayıp ile gebelik arasındaki sürenin uzun olmasının kayıpla başa çıkma güçlüğü ve çaresizlik ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir.¹⁶

Kalitatif araştırma temaları

Ulaşılabilen kalitatif çalışmalarda çeşitli metodolojiler ve temalar bulunmuştur. Temalar ebeveyn deneyimlerini yansıtmaktadır, çünkü ebeveyn olası bir kayıp konusunda kaygıya düşme ve umutlarını sürdürme arasında bir denge kurmaya çalışmaktadır. Temalar ebeveynlerin karmaşık duygular içerisinde olduğunu göstermektedir. Örneğin, Cote-Arsenault ve Marshall kadınlar açısından sonraki gebelik deneyimini “bir yanı gebe kalmak isterken diğer yanının istememesi” şeklinde tanımlamıştır.¹⁷ Cote-Arsenault ve Morrison-Beedy çalışmasında belirsiz sonuçlar ve kendini geri çekme duygusunu öne çıkaran temalar olduğunu saptamıştır. Perinatal kayıp, sonraki gebeliğin sonucuyla ilgili belirsizlik, hassasiyet, kaygı ve korku duygusunun eşlik ettiği yaşam gücünü azaltan bir olay şeklinde betimlenmiştir. Öne çıkan temalar belirsizlikle mücadele, bebeğin sağlığı konusunda yaşanan kaygılar, bebeği kaybetme endişesi, kendini geri çekme, bir kaybın gerçekleştiğini ve bunun yeniden gerçekleşeceğini kabul etme, kendini değiştirme yer almaktadır.¹⁸

Diğer bir çalışmada da diğer bebeğin kaybedileceği, bebeğin genel sağlığıyla ilgili kaygılar, bireyin emosyonel stabilitesi, diğer bir kaybın geleceği etkileyeceği düşüncesi, diğer insanların desteğinden yoksun kalma hissi, kötü haber alma korkusu ve bu sorunun asla sonlanmayacağı kaygısı gibi benzer temalar bulunmuştur.¹⁹ Zaman içerisinde yaygın şekilde hissedilen rahatsızlıklar ve olaylar aşağıdakileri içermektedir: kaygı durumunda dalgalanma, güven artışı, belirli işaretlerin yorumlanması, gebeliğin yönetimi ve rüyalar görmedir. Verilen diğer yanıtlar ise; güvence isteme, aşırı ihtiyatlılık ve içgüdülerine (inancılarına) güvenmedir.²⁰

Bu temalar incelendikten sonra bazı ortak yönler fark edilmiştir. Dört çalışmada kaygı teması gözlenmiştir.^{18,19,21,22} İki çalışmada sağlıklı bebeğe sahip olma teması bildirilmiştir.^{18,19} Son olarak, birden fazla çalışmada tanımlanan son tema değişmiş gerçekliğin kabulüdür.^{17,18,22} Değişmiş gerçeklik perinatal kaybın kadının gebelikle ilgili bakış açısını değiştirdiği ve kadının riskli konumda bulunduğu anlamına gelmektedir.²²

Post-travmatik stres bozukluğu

Bir kantitatif çalışmada Turton ve ark. ölü doğumu takip eden gebelikte annenin post-travmatik stres bozukluğu yaşama riskinin arttığını göstermiştir. Buna ek olarak, kayıp ile sonraki gebelik arasında kısa süre geçmesi halinde post-travmatik stres bozukluğunda artış gerçekleşmektedir. Ancak bu alanda yapılan çalışmalar yetersizdir ve yeni çalışmaların yapılmasına gereksinim vardır.²³

HEMŞİRELİK BAKIMI

Ebeveynler perinatal kayıp sonrası keder ve yas dönemi yaşarlar. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadığı yas şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilir ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilir.²⁴ Yas dönemi depresyon ile birlikte öz güven kaybına^{25,26} ve aile ile arkadaşlardan yeterli destek görememe duygusuna yol açabilir.^{27,28} Ebeveynlerin kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilir ve bu sonraki gebeliği de etkileyebilir. Ebeveynler, gebeliği sürdürme becerilerini ve kayıp sonrasında çocuklarına başarılı bir şekilde bakabilme yeteneklerini sorgulamaya başlayabilirler.²⁸

Kayıp döneminde sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin ızdırıp sürecini etkileyebilir.^{5,29-32} Sağlık çalışanları perinatal kaybın sonraki gebelik üzerindeki etkisini anlamak ve böylece yeterli sağlık bakımını sağlamak zorundadırlar.^{5,33}

Fetal ölüm tanısı olan bir gebeye bakım veren bir hemşire için, özellikle gebeliğin ileri haftalarında takip yapıyorsa fetal ölüm tanısının aile söylenmesi oldukça güç ve endişe verici bir durumdur. Hekim ve hemşire tarafından “USG’de kalbin şu bölgede atıyor olması gerekir, ancak sizin bebeğinizin kalp atımları alınamıyor” şeklinde bir giriş yapılması, ailenin tanı konusunda kuşkularının azalmasına ve inkâr yaşamamasını sağlar. Bayılma, hipotansif atak gibi ani tepkilere karşı önlem alınması gerekmektedir. Kayıp sonrası yas sürecinde ailenin yanında olunmalı, kayba ilişkin duygularını ifade etmesine destek olunmalıdır.²⁹

Perinatal kaybın hemşirelik bakımı açısından yansımaları

Değerlendirme

Araştırmacılar hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli bakımı sağlamaları için obstet-

rik öykünün ayrıntılı şekilde değerlendirilmesini önermişlerdir.^{13,14,34} Obstetrik öykünün değerlendirilmesi gereklidir; çünkü mevcut gebelik kaybı takip eden gebeliklerde anksiyete oluşmasını beklemeleri ve kabul etmeleri açısından hemşireleri uyarmaktadır.^{21,22,34} Uygun hizmetlere başvurulması (sevk edilmesi) önemlidir ve bu tür bir öyküye rastlandığı anda gebeler destekleyici bakım ve tedaviyi almaları konusunda yönlendirilmelidir.^{8,23} Ebeveynlere sağlanan destek sisteminin değerlendirilmesi diğer bir önemli özelliktir.¹⁴ Yapılacak uygun bir değerlendirme, sağlık çalışanlarına kayıp sonrası yaşanan gebelikte uygulanacak bakım ve tedaviyi seçmelerini desteklemek için ebeveynler ile birlikte çalışmalarına olanak tanımaktadır.^{11,13} Ebeveynlerin tercihini destekleyecek yollardan biri, gebelik dönemi süresince kendilerine faydalı olacak konuların ebeveynlere sorulması olmalıdır.^{6,10}

Kabullenme

Önerilen diğer bir hemşirelik yaklaşımı, durumun sağlık çalışanları tarafından kabulü ve anlaşılmasıdır. Kaybı yaşamış olan kadınlar açısından bu kaybın doğrulanması ve kabul edilmesi önemlidir.^{8,17,18,20} Perinatal kayıp yaşayan kadınlar, sonraki gebeliklerinde sağlık personelinin kayıp sonrası yaşadığı kaygılarına ışık tutmalarını isterken, aynı zamanda yaşadıkları duyguları empatik bir bakış açısıyla anlamalarını beklerler.^{11,34} Kadınların artmış kaygıları konusunda uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi gerekmektedir.¹⁴ Gebe, yaşanan kayıp ile ilgili sürekli kendini eleştiriyor ve suçluyor ise mutlaka bir psikiyatriste yönlendirilmelidir.¹⁶

Cesaretlendirme

Kadının konuşmaya ve kaygılarını dile getirmeye cesaretlendirilmesi kadının kaybı ile baş etmesini sağlamada önemli bir adımdır. Bu yaklaşım kadınlara gebelik dönemindeki duygularını sorarak ve duygularını tartışmalarına olanak tanıyarak başarılabılır.^{11,34} Bu kadınlar açısından yaşadıkları kaybı konuşabilmeleri zorunludur ve hemşireler tarafından mutlaka desteklenmelidir.¹⁷

Kayıp yaşayan kadınlarda gebelik döneminde yapılan ev ziyaretlerinin sayılarını artırarak veya telefon görüşmeleri yoluyla sağlık personeliyle daha sık irtibat kurulması gerekmektedir.^{15,16} Perinatal kayıp sonrasında destek grupları kadınlara fayda

sağlayabilir. Bu destek gruplarına yönlendirilmeleri gerekmektedir.^{14,19}

Eğitim

Bu sürecin hemşirelik bakımı açısından diğer bir yansıması gebelik dönemi boyunca anne adayının kendini sorumlu hissetmesinden kaynaklanan kontrol güdüsünü azaltmasına yardımcı olmaktadır.¹⁴ Gebelik belirtileri ve işaretleriyle ilgili eğitim verilmesi de unutulmaması gereken önemli bir özelliktir.^{20,22} Özetle, kaybı takip eden gelecekteki gebelik döneminde anksiyeteyi azaltan hemşirelik yaklaşımlarının kullanılması gerekmektedir.^{12,13,14}

Kayıp sonrası gebe kalan bir bireye verilen hemşirelik bakımı 4 odak noktaya sahiptir. Bunlar, kaybın obstetrik sonuçlarının değerlendirilmesi, kaybın kabulü, annelerin kaygılarını tartışmaları konusunda cesaretlendirilmesi ve annelerin gebelik kaybı konusunda eğitilmesidir. Geçmişte kayıp yaşamış olan ebeveynlere verilecek bakımın en önemli yönü her anne ve her ebeveynin farklı olduğunun unutulmamasıdır. Bunun anlamı hemşirenin her ebeveynin ihtiyaçlarını bağımsız şekilde değerlendirmesi gerektiğidir.^{5,6,14}

Ebeveyne özel bakım sunulsa bile uygulama açısından bazı genel yansımalar bulunmaktadır. Değerlendirme önemlidir, ancak sıklıkla klinik ortamda göz ardı edilen (atlanan) bir konudur.⁷ Annenin obstetrik öyküsünün geçmişte yaşadığı kayıp açısından ayrıntılı şekilde incelenmesi ve perinatal bakım ile ilgili kişisel tercihlerinin öğrenilmesi hem sağlık çalışanlarını olası komplikasyonlar konusunda uyararak tıbbi sürecin kolaylaştırılmasına yardımcı olacak, hem de sağlık çalışanlarının annenin şu anki gebeliği ve geçmişte yaşadığı kayıp ile nasıl başa çıktığını anlayabileceği bir pencere açacaktır.^{14,19} Bu yaklaşım geçmişte yaşanan kayıpları kabul ederek ve doğrulayarak sağlık çalışanlarının anne ile iletişim kurmasını gerektirmektedir. Sağlık çalışanları açık ve samimi bir görüşme çerçevesinde bu kaybı kabul ettiklerinde anne bu yaklaşımı özellikle takdir etmektedir, bu nedenle, annelere geçmişte yaşadıkları kaybın sorulması gerekmektedir. Annelere gereksinim duyduğu sıklıkta sağlık ekibiyle iletişime geçme fırsatının sunulması zorunludur. Bazılarına, kaygılarını bir destek grup ortamında tartışmak ek destek sağlayacaktır.^{12,20}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Perinatal kayıp kadının ve eşinin ruh sağlığı üzerinde yıkıcı etkilere sahip olabilir. Bu bilgi sadece kaybın meydana geldiği dönemle sınırlı olmayıp aynı zamanda gelecekteki tüm gebeliklerde düşünülmesi gereken bir durumdur. Kadınların perinatal kayıptan sonra gebeliğe verdiği yanıtların incelenmesi ve etkin baş etme tekniklerini kullanmalarının sağlanması önemli bir hemşirelik sorumluluğudur. Ebeveyn yanıtlarının ve yansımalarının tanımlanması, etkin bir destekleyici bakımı sağlamak için sağlık çalışanlarına fırsat sağlamaktadır. Perinatal kaybı takip eden gebeliklerle ilgili literatürde bildirilen yanıtlar ve hemşirelik bakımı açısından yansımaları konusunda araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Habreal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1.baskı. İstanbul:Güneş Kitabevi; 2006; 351-358.
2. Pakiş I, Koç S. Klinik Gelişim. Perinatal ve neonatal dönem bebek ölümleri. Klinik Gelişim 2009; 60-63. Ulaşılabileceği adres: http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22/09.pdf
3. Çoşar E, Soyuçen E. İntrauterin fetüs ölümü: Etiyolojisi ve önlenmesi. Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2006;12: 127-132.
4. Froen JF, Arnestad M, Frey K. Risk factors for sudden intrauterin unexplained death. Am J Obstet Gynecol 2001;184:694-702.
5. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol 2007;27:230-7.
6. Hunceld JA, Taselaar-Kloos AK, Agterberg G, Wladimiro JW, Passchier J. Trait anxiety, negative emotions, and the mother's adaptation to an infant born subsequent to late pregnancy loss: A case controlled study. Prenat Diagn 1997;17:843-51.
7. Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2004 period linked birth/infant death data set. National Vital Statistics Reports 2007;55:1-32.
8. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholarsh 2002;34:393-405.
9. Cote-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32:623-9.
10. Franche RL, Mikail SF. The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. Soc Sci Med 1999; 48:1613-23.
11. Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004;33:765-73.
12. Tsartsara E, Johnson MP. 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 2006; 27:173-82.
13. Cote-Arsenault D. Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to perinatal loss. Nurs Res 2007;56:108-16.
14. Armstrong D, Hutti M. Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1998;27:183-9.
15. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as a risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: Cohort study. BMJ 1999;318:1721-4.
16. Franche RL. Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after a miscarriage or perinatal death. Obstet Gynecol 2001;97:597-602.
17. Cote-Arsenault D, Marshall R. One foot in- one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. Res Nurs Health 2000;23:473-85.
18. Cote-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. J Nurs Scholarsh 2001;33:293-304.
19. Cote-Arsenault D, Bidlack D, Humm A. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. Maternal Child Nurs 2001;26:128-34.
20. Cote-Arsenault D, Donato KL, Earl SS. Watching and worrying: Early pregnancy after loss experiences. MCN: Am J Matern Child Nurs 2006;31:356-63.
21. Cote-Arsenault D, Freije MM. Support groups helping women through pregnancies after loss. West J Nurs Res 2004;26:650-70.
22. Cote-Arsenault D, Mahlangu N. Impact of perinatal loss on the subsequent pregnancy and self: Women's experiences. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999;28:274-282.
23. Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. B J Psychiatry 2001;178:556-60.
24. Cordell AS, Thomas N. Perinatal loss: Intensity and duration of emotional recovery. Omega: J Death Dying 1997;35:297-308.
25. Janssen HJ, Cuisinier MC, Hoogduin KA, deGraauw KP. Controlled prospective study of the mental health of women following pregnancy loss. Obstet and Gynecol Survey 1996;51:512-4.
26. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. Nurs Res 1999;48:288-298.
27. deMontigny F, Beaudet L, Dumas L. A baby has died: The impact of perinatal loss on family social networks. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999;28:151-6.
28. Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2005;34:473-81.
29. DiMarco M, Renker P, Medas J, Bertosa H, Goranitis JL. Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. J Contin Educ Nurs 2002;33:180-6.
30. Saflund K, Sjögren B, Wredling R. The role of caregivers after a stillbirth: Views and experiences of parents. Birth 2004;31:132-137.
31. Trulsson O, Radestad I. The silent child: Mothers' experiences before, during, and after stillbirth. Birth 2004;31:189-95.
32. Uren TH, Wastell CA. Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. Death Stud 2002;26:279-308.
33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye; 2009. Ulaşılabileceği adres:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tsna2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf.
34. Cote-Arsenault D, Dombeck MB. Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. Health Care Women Int 2001;22:649-65.