

Fetal Anomali Nedeniyle Gebeliğin Terminasyonu Sonrasında Perinatal Yas ve İlişkili Faktörler: Bir Yıllık İzlem Çalışması

Perinatal Grief and Related Factors After Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly: One-Year Follow-up Study

Oya GÜÇLÜ¹, Güliz ŞENORMANCI², Abdullah TÜTEN³, Koray GÖK⁴, Ömer ŞENORMANCI²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Giriş: Birçok kişi yas sürecini genellikle altı ay içinde ruhsal olarak denge durumuna geri dönerek dayanıklı bir şekilde deneyimler. Yaşanan kayıpların en zorlayıcısı genellikle çocuğun ölümü olarak kabul edilmektedir. Böyle bir kayıp durumunda, yas süreci, ilişkili belirti ve bulgularla birlikte sıkıntıyla geçen yıllar boyunca sürebilir. Yas sürecinde çeşitli evreler tanımlanmıştır ve bu süreç farklı düzeylerde psikolojik etkileri olan çeşitli zorlukları kapsamaktadır. Perinatal kayıp yaşayan kadınlar uzun süreli yas dönemleri yaşayabilmektedir. Bu çalışmanın amacı fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonu sonrasında kadınlardaki yas belirtilerini izlemektir.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi kadın doğum kliniğine başvuran ve fetal anomali nedeniyle gebeliğinin sonlandırılmasına karar veren 46 kadın dahil edilmiştir. Terminasyondan 6 hafta sonra katılımcılara Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ), Olay Etkisi Ölçeği (OEÖ) ve Beck Anksiyete Enventeri (BAE), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EdDep), Çokboyutlu İlişki Ölçeği (ÇBiÖ) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) uygulanmıştır. Katılımcıların yas belirtileri PYÖ ile altıncı ve 12. aylarda tekrar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Yas belirtilerinin şiddeti ile hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasında ilişki yoktu. Perinatal yas belirtileri, terminasyondan sonra aşamalı olarak altı aya kadar azalabilir ve altı aydan bir yıla kadar sürebilir. Katılımcıların PYÖ ve BAE, OEÖ aşırı uyarılma alt ölçek puanları arasında pozitif ilişki olduğu bulundu. PYÖ puan ortalamalarının altıncı haftadan altıncı aya ve altıncı haftadan on ikinci aya anlamlı derecede değiştiği bulundu. OEÖ aşırı uyarılma ve ÇBiÖ ilişki doyumu puanlarının, birinci yıldaki PYÖ toplam puanlarının yordayıcısı olduğu bulundu.

Sonuç: Fetal anomali tanısı ve özellikle de gebeliğin terminasyonu travmatik ve yıkıcı olabilir. Perinatal kayıp yaşayan kadınlarda yas belirtileri ilk altı aydan sonra kalıcı hale gelebilir. Kadınların bu deneyimi nasıl çözümlediklerini incelemek yararlı olabilir. Özellikle terminasyonu sonrasındaki anksiyete ve aşırı uyarılmışlık belirtileri göz ardı edilmemelidir. Perinatal yas, kendine özgü bir yas deneyimidir; şiddetli perinatal yası saptamak ve tedavi etmek için özgül müdahaleler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fetal anomali, perinatal yas, travma, ilişki doyumu

ABSTRACT

Introduction: Many people grieve in a resilient manner, often having a sense of equilibrium restored within six months. The most devastating type of loss is usually considered to be the death of the child. For such a loss, bereavement may take a period of distressing years with signs and symptoms that are related to grief. There have been different phases identified in the grieving process, and this process encompasses various difficulties with different levels of psychological effects. Women with perinatal losses can suffer long periods of grief. The purpose of this study was to monitor the grief in women who had undergone a termination of pregnancy due to fetal anomaly.

Methods: Forty-six women who applied to the Gynaecology Clinic of Istanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medicine and who decided to terminate their pregnancy due to fetal anomaly were included in the study. The Perinatal Grief Scale (PGS), the Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Beck Anxiety Inventory (BAI), the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Multidimensional Relationship Questionnaire (MRQ) and the Adult Attachment Scale (AAS) were administered to the participants six weeks after termination. Participants' grief signs were re-evaluated with the PGS at the sixth and 12th months.

Results: There was no relationship between severity of grief symptoms and socio-demographic and clinical characteristics of the patients. The perinatal grief symptoms can decrease gradually from termination of pregnancy to six months and can persist for a period of six months up to a year. There was positive correlation between the scores of PGS and BAI, IES-R hyper-arousal. The mean score of PGS changed significantly from sixth week to sixth month and from sixth week to 12th months. IES-R hyper-arousal and MRQ relational satisfaction were found to be the predictors for PGS total score at the first year.

Conclusion: The diagnosis of fetal anomaly and especially the termination of pregnancy itself may be traumatic and disruptive. In women with perinatal loss, grief may become persistent after the first six months. It would be helpful to examine how the women resolve this experience. Especially the anxiety and the hyper-arousal signs following the termination should not be ignored. Perinatal grief is a unique bereavement experience; specific interventions should be performed for detecting and treating severe perinatal grief.

Keywords: Fetal anomaly, perinatal grief, trauma, relational satisfaction

Cite this article as: Güçlü O, Şenormancı G, Tüten A, Gök K, Şenormancı Ö. Fetal Anomali Nedeniyle Gebeliğin Terminasyonu Sonrasında Perinatal Yas ve İlişkili Faktörler: Bir Yıllık İzlem Çalışması. Arch Neuropsychiatry 2021;58:221-227.

GİRİŞ

Yas deneyimi, kişiye özgü bir olgudur. Sevilen bir kişinin ölümüne verilen duygusal tepkidir. Hem kişisel hem de bağlamsal özelliklerine göre değerlendirilmelidir. Bazı bireyler kısa bir süre yas tutarken bazıları kayıp sonrasında daha uzun süreler boyunca yas tutar, bazıları ise yaşlarını hiç çözümüylemez. Düşüğe bağlı perinatal kayıplardan bir yıl sonra kişilerin %15'inin depresyon ve anksiyete belirtileri gösterdiği çalışmalarda gösterilmiştir (1). Kadınların üreme çağlarında yaşayabilecekleri bebek kaybı çeşitleri ektopik gebelik, düşük, ölü doğum, yenidoğan ölümü ve gebeliğin terminasyonudur (2).

Fetal anomaliler, bebek ölümlerinin önde gelen nedenlerinden birisidir ve fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması Türkiye dahil olmak üzere birçok ülkede yasal olarak uygulanmaktadır (3). Fetal anomali tani oranları, girişimsel olmayan doğum öncesi tarama testlerinin kullanılmaya başlamasıyla birlikte artma eğilimindedir, bu durum da doğum öncesinde tanınların daha erken konulabilmesine imkan vermektedir. Gebeliği sonlandırma kararı veren bireyler ise yaşanan kayıp nedeniyle kısa veya uzun süreli, farklı ruhsal problemler yaşayabilmektedirler (4).

Gebeliğin terminasyonu önemli bir yaşam olayıdır ve hatta yas tepkilerinin gözlenebileceği travmatik bir deneyimdir. Ebeveynlerin genellikle bir cenaze töreni düzenleme veya ölen bebeklerini görmek veya tutmak için fırsatları olmaz. Gebeliği sonlanan bir kadın sadece fetüsü değil, çocuğu için olan hayalleri ve planlarını da kaybeder (5).

Yapılan çalışmalarda perinatal kayıp yaşayan kadınların duygularının keder, disfori ve anksiyete ile karakterize olduğu, gebe kalmak amacıyla büyük çaba gösteren kadınların ise daha yoğun ya da daha uzun süreli duygusal zorlanma yaşayabilecekleri öne sürülmüştür (6). Perinatal kayıp üzerine yapılmış olan önceki çalışmalar, fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandıran kadınlarla düşük, ölü doğum veya yenidoğan ölümü nedeniyle kayıp yaşayanları karşılaştırmaya odaklanmıştır (7).

Alanyazın gözden geçirildiğinde, demografik değişkenler, psikiyatrik öykü, gebelikle ilişkili faktörler, üreme öyküsü, kaybın sebebi ve algılanan sosyal destek gibi kayıp sonrasında kadınların yaşadığı sıkıntıyı etkileyebilecek olan bazı faktörlerin olduğu görülmektedir. Önceki çalışmalarda yasa etkisi olabilecek faktörler incelenmiş ve daha ileri gebelik haftasının düşüğe kıyasla ölü doğumda yasin yoğunluğu ile ilişkili olduğu bulunmuştur (8).

Daha önceki çalışmalarda, fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış olan kadınlarda gebelik haftası, anomalinin şiddeti (yaşamla bağdaşmama) ve uygulanan işlemsel farklılıkların psikolojik iyileşmeyi etkileyebilecek faktörler arasında olduğu gösterilmiştir (9). Perinatal yas yaşayan kadınların çoğu dört ay içinde kendiliğinden iyileşir (10). Perinatal yas çalışmalarında, kayıp yaşama sonrasında psikopatoloji geliştirme riski de göz önünde bulundurulmuştur.

Düşük yapmış olan kadınlarda, kaybı izleyen altı ay boyunca anksiyete belirtilerinde yükseklik olduğu önceki çalışmalarla gösterilmiştir. İlk çalışmamızda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmelere göre fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlanan kadınlardaki depresyon oranı %65 olarak bulunmuştu (11). Kayıptan bir ay sonra, düşük yapmış olan kadınların %10'unun akut stres bozukluğu (ASB) ölçütlerini, %1'inin ise travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ölçütlerini karşıladığı öngörülmektedir (12). Kadınlarda TSSB belirtilerinin ise fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılması sonrasında 2-7 yıl boyunca sürdüğü gösterilmiştir (13).

Gebelikle ilişkili kayıplar konusundaki yas belirtileri, hala üzerinde daha fazla çalışılması gereken önemli konulardandır. Bu çalışmada fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonuna karar veren kadınlarda yas belirtilerinin bir yıl boyunca izlenmesi amaçlandı. Çalışmada esas olarak fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonu sonrasında kalıcı yasa ilişkili faktörlerin ve kalıcı yasin yordayıcılarının belirlenmesi hedeflendi.

YÖNTEM

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniği'nde uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirmeler sonrasında terminasyon kararı vermiş olan kadınlar davet edildi. Gebeliğin terminasyonu ile ilişkili yas, terminasyonun sebebi ve terminasyon için uygulanan yöntemle göre farklılık gösterebileceğinden, vakalar fetal anomali nedeniyle gebeliğin terminasyonu ile sınırlandırıldı ve katılımcılar Kasım 2017 ile Mart 2018 arasında çalışmaya dahil edildi.

Gebeliğin terminasyon önerisini kabul eden ve onaylayan 46 kadın, ilk altı aydaki gebeliklerinin sonlandırılmasından sonraki altıncı haftada klinik görüşme ve psikometrik ölçüm araçları ile değerlendirilmiş ve gebeliğin terminasyonundan altı hafta ve bir yıl sonra telefon görüşmesi ile iki değerlendirme yapılmıştır. Çalışma gönüllülük esasına göre yapılmış olup tüm katılımcılardan çalışma hakkında bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Okuma yazmanın olmaması, 18 yaşından küçük olmak, demans ve diğer organik mental bozuklukların olması dışlama ölçütleri olarak tanımlandı. Çalışma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi etik kurulundan 10 Haziran 2016 tarihinde 2016/212098 protokol numarası ile onay alındı. İlk görüşme terminasyon işlemi sonrasındaki altıncı haftada yapıldı. Katılımcılara ayrıca Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ), Olay Etkisi Ölçeği (OEÖ-R), Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EdDep), Çokboyutlu İlişki Ölçeği (ÇBİÖ) ve Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ) uygulandı. Altı ay ve bir yıl sonra perinatal yas takibi için telefon görüşmesi yapıldı. Gerekli görüldüğünde değerlendirme ve tedavi için yaşadıkları yere yakın olan bir psikiyatriste yönlendirildi.

Değerlendirme

1. Sosyodemografik veri formu: Sosyodemografik veriler, tıbbi ve obstetrik öykü (doğum sayısı, infertilite, gebelik süresi, gebeliğin terminasyonu için uygulanan yöntem) ve kadınların gebeliğin terminasyonu kararını etkileyebilecek olan anomali hakkındaki bilgileri, yaşamla bağdaşmayan veya fiziksel veya zihinsel engelliliğe neden olan anomaliler, fetal anomalinin prognozu (katılımcılar tarafından belirtildiği şekliyle ölümcül / ölümcül olmayan) hakkındaki sorular-dan oluşmaktadır.
2. Olay Etkisi Ölçeği (OEÖ): OEÖ, Weiss ve Marmar (1997) tarafından geliştirilmiş olan beş puanlı Likert tipi bir ölçektir (14). OEÖ, yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma olmak üzere üç faktörlü bir yapıdadır. Ölçek travmatik yaşantıların son yedi gündeki etkilerinin şiddetini değerlendirir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Çorapcioglu ve ark. (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonundaki optimal kesme puanları 24 ve 33 arasındaydı ve TSSB için %70'in üzerinde duyarlılık ve özgüllük sağlanmaktaydı. OEÖ'deki yüksek puanlar, travma sonrası stres belirtilerinde bir artışa işaret etmektedir (15).
3. Perinatal Yas Ölçeği (Kısa Versiyon) (PYÖ): Ölçek, düşük, ölü doğum, yenidoğan ölümü, fetal anomali nedeniyle terminasyon gibi farklı perinatal kayıplar sonrasında yaşanan yas belirtilerini ölçmek için Toedter ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir (16). Ölçek 33 maddeden ve "aktif keder", "başa çıkmada zorlanma", "umutsuzluk" olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Aktif keder, üzüntü, bebeği özleme ve bebek için ağlama; başa çıkmada zorlanma, normal aktivitelerle ve diğer insanlarla ilgilenmede güçlük; umutsuzluk ise değersizlik ve umutsuzluk hislerini içeren maddelerle ölçülmektedir. Aktif keder "komplike olmamış yas" ile, başa çıkmada zorlanma ve umutsuzluk ise daha çok "komplike yas" ile karakterizedir. Her madde 1-5 arasında puanlanarak toplam puan 33-165 elde edilir ve yüksek puanlar daha şiddetli yasin göstergesidir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Köneş ve ark. (2017) tarafından yapılmıştır (17). Çalışmaya 2016 yılında başladığımızda PYÖ Türkçe

versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması henüz yayınlanmamıştır. Öncelikle Lehigh Üniversitesi Sosyoloji ve Antropoloji Bölümü'nde görevli olan Judith N. Lasker'den 8 Aralık 2016 tarihinde PYÖ'nin çevirisi ve kullanımı için izin alındı. Ölçek anadili Türkçe olan ve iyi düzeyde İngilizce bilen iki uzman tarafından bağımsız olarak Türkçe'ye çevrildi. Çevirinin doğruluğundan emin olmak için ilk aşamaya katılmamış olan başka bir çevirmen tarafından ölçek tekrar İngilizce'ye çevrildi. İç tutarlılığı değerlendirmek amacıyla hesaplanan Cronbach α değeri 0.93 olarak hesaplandı. Altıncı hafta ve altıncı ayda elde edilen puanların bağlantı analizi katsayılarının 0.35 ve 0.76 arasında değiştiği bulundu.

4. Beck Anksiyete Envanteri (BAE): Beck ve ark.(1988) tarafından geliştirilmiştir. BAE, son bir haftadaki belirti şiddetini ölçen 21 maddeden oluşan Likert tipi öz bildirim ölçeğidir. Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. (1988) tarafından yapılmıştır (19). Ölçekten alınan puanlar 0 ve 63 arasında değişmekte olup 8-15 puan arası hafif anksiyete, 16-25 puan ve 26-63 puan sırayla orta ve şiddetli anksiyete düzeylerini göstermektedir.
5. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EdDep): Cox ve Holden (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 10 maddesi bulunmaktadır ve doğum sonrası dönemdeki depresyon belirtilerini izlemek için bir tarama aracı olarak geliştirilmiştir. EdDep için şiddet aralıkları hiç ya da minimal depresyon (0-6), hafif depresyon (7-13), orta depresyon (7-19), ve şiddetli depresyon (20-30) olarak belirlenmiştir (20). Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydın ve ark. (2004) tarafından yapılmış olup ölçeğin Türkçe versiyonunun en iyi duyarlılık ve özgüllük düzeyleri için optimal kesme puanı 12.5 olarak belirlenmiştir (21).
6. Çokboyutlu İlişki Ölçeği (ÇBiÖ): Yakın ilişkilerle ilişkili psikolojik eğilimleri ölçmek için Snell ve ark. (2002) tarafından geliştirilmiştir (22). Sekiz ÇBiÖ alt ölçeği; ilişkiye yüksek düzeyde odaklanma, ilişki doyumu, ilişki korkusu/kaygısı, ilişki izlenimi ayarlama, ilişkide kendine güven, dışsal ilişki kontrolü, ilişki girişkenliği ve içsel ilişki kontrolü. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Büyüksahin ve ark. tarafından yapılmıştır (2005) (23).
7. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ): Resmi olarak 1990'da geliştirilmiş olmakla birlikte Hazan ve Shaver'in (1987) önceki çalışmalarına dayanmaktadır (24). 5 maddelik Likert tipi puanlanan 18 maddeden oluşmaktadır. Bağlanma biçimlerini "güvenli", "kaygılı" ve "kaçıngan" olarak ölçmektedir. Türkçe versiyonunun geçerlik güvenilirlik çalışması Kesebir ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır (25).

İstatistiksel Analiz

Bütün istatistiksel analizler için SPSS 18 kullanıldı. Verilerin normal dağılımı Kologorov-Smirnov dağılım testiyle değerlendirildi. Sayısal değişkenler ortalama \pm SS ve kategorik değişkenler hem sayı hem de yüzde (%) olarak belirtildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında (bağımsız örneklem) t-testi ve varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Pearson korelasyon analizi uygulandı. Katılımcıların altıncı hafta, altıncı ay ve on ikinci ay PYÖ puan ortalamalarındaki değişimi değerlendirmek amacıyla tekrarlayan ölçümler için ANOVA analizi (Bonferroni analizi ile) kullanıldı. Lineer regresyon analizi uygulandı. Bütün analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ ve $p < 0.001$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışmada değerlendirilen kadınların yaş ortalaması $29,6 \pm 6,44$ 'tür. Katılımcıların bir tanesinin bir, iki tanesinin iki tane hayatta olan çocuğu vardı, katılımcıların geri kalanının çocuğu yoktu. Çalışmada değerlendirilen kadınlardan dört (% 8,7) tanesi daha önceki gebeliklerinde de terminasyon uygulandığını belirtti. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmektedir. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve klinik özellikleri (n=46)

	Ort \pm SS/n(%)
Yaş	29,6 \pm 6,4
Eğitim düzeyi	
İlkokul	15 (%32,6)
Ortaokul	9 (%19,6)
Lise	18 (%39,1)
Lisans	4 (%8,7)
Aile biçimi	
Çekirdek aile	38 (%82,6)
Geniş aile	8 (%17,4)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	12 (%26,1)
Çalışmıyor	34 (%73,9)
Gelir düzeyi	
<1500	37 (%80,4)
1500 ve üstü	9 (%19,6)
Evlilik süresi (yıl)	
<6	30 (%65,2)
6 ve üstü	16 (%34,8)
Akraba evliliği	
Var	6 (%13)
Yok	40 (%87)
Daha önce anomali nedeniyle gebeliğin sonlandırılması	
Evet	6 (%13)
Hayır	40 (%87)
Gebelik şekli	
Doğal	44 (%95,7)
İlaç tedavisi sonrasında	1 (%2,2)
IVF-ICSI sonrasında	1 (%2,2)
Yaşayan özürülü çocuk	
Evet	1 (%2,2)
Hayır	45 (%97,8)
Terminasyonun zamanı	
İlk 12 hafta	10 (%21,7)
12-18 hafta	19 (%41,3)
18-24 hafta	17 (%37)
Anomalinin açıklanması	
Çok açık bir şekilde anlatıldı	27 (%58,7)
Açık bir şekilde anlatıldı	15 (%32,6)
Çok açık anlatılmadı	4 (%8,7)
Anomalinin anlaşılma durumu	
Çok iyi anladım	12 (%26,1)
İyi anladım	25 (%54,3)
Anlamadım	9 (%19,6)
Anomalinin nasıl etkileyeceğini düşünme	
Fiziksel engel beklentisi yüksek	10 (%21,7)
Mental engel beklentisi yüksek	6 (%13)
Hem fiziksel hem zihinsel engel beklentisi yüksek	30 (%65,2)
Yaşam süresi beklentisi	
Kısa-orta	23 (%50)
Uzun	23 (%50)
Eşin karardaki etkisi	
Hiç etkilemedi	8 (%17,4)
Biraz etkili oldu	8 (%17,4)
Etkili oldu	30 (%65,2)
Ekonomik durumun etkisi	
Etkisi olmadı	23 (%50)
Etkisi oldu	23 (%50)

Tablo 2. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanlar (n=46) **Ort±SS**

PYÖ 6. Hafta aktif keder	28,9±10,1
PYÖ 6. Hafta başa çıkmada zorlanma	24,3±5,6
PYÖ 6. Hafta umutsuzluk	22,1±7,8
PYÖ 6. Hafta toplam	75,4±20,5
PYÖ 6. Ay aktif keder	25,6±10,3
PYÖ 6. Ay başa çıkmada zorlanma	22,6±5,5
PYÖ 6. Ay umutsuzluk	19,2±6,9
PYÖ 6. Ay toplam	67,5±20,3
PYÖ 1. Yıl aktif keder	22,2±9,9
PYÖ 1. Yıl başa çıkmada zorlanma	22,3±6,1
PYÖ 1. Yıl umutsuzluk	19,1±7,5
PYÖ 1. Yıl toplam	63,8±21,6
OEÖ yeniden yaşama	15,2±7,8
OEÖ kaçınma	11,6±5,4
OEÖ aşırı uyarılma	10,8±6,5
OEÖ toplam	37,7±17,4
BAE	16,6±13,5
EdDep	14,6±4,8
ÇBiÖ ilişkiye yüksek düzeyde odaklanma	31,2±9,4
ÇBiÖ ilişki doyumu	32,0±5,9
ÇBiÖ ilişki korkusu/kaygısı	21,8±6,1
ÇBiÖ ilişki izlenimi ayarlama	11,3±4,7
ÇBiÖ ilişkide kendine güven	16,5±4,5
ÇBiÖ dışsal ilişki kontrolü	9,5±3,6
ÇBiÖ ilişki girişkenliği	13,0±2,9
ÇBiÖ içsel ilişki kontrolü	10,7±3,7
EBBÖ güvenli	21,5±5,1
EBBÖ kaçınan	17,9±5,9
EBBÖ kaygılı-kararsız	14,5±5,2

Tablo 4. Katılımcıların PYÖ puan ortalamalarının 6. Hafta, 6. Ay ve 12. Ay arasında ikili karşılaştırmaları (n=46)

	PYÖ ölçüm zamanları	Ortalama değişimi	Standart hata	p
6. Hafta	6. Ay	7,9	2,2	0,003
	12. Ay	11,6	2,9	0,001
6. Ay	6. Hafta	-7,9	2,2	0,003
	12. Ay	3,7	1,6	0,089
12. Ay	6. Hafta	-11,6	2,9	0,001
	6. Ay	-3,7	1,6	0,089

PYÖ=Perinatal Yas Ölçeği puanları, p<0,05

Tablo 5. 1. yıl PYÖ toplam puanının yordayıcıları (n=46)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	p	Model (p)
1. yıl PYÖ toplam puanı	Sabit	136,040	<0,001	<0,001
	OEÖ aşırı uyarılma	1,172	0,016	
	ÇBiÖ ilişki doyumu	-1,761	0,006	
	EBBÖ güvenli bağlanma	-1,219	0,077	

Lineer regresyon, p<0,05, p<0,001, Düzeltilmiş R²=0,456

PYÖ= Perinatal Yas Ölçeği, OEÖ= Olay Etkisi Ölçeği, ÇBiÖ= Çokboyutlu İlişki Ölçeği, EBBÖ= Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

Tablo 3. Terminasyondan sonraki 6. hafta, 6. ay ve 1. yıl PYÖ ve OEÖ, BAE, BAI, EdDep, ÇBiÖ, EBBÖ puanları arasındaki ilişkiler (n=46)

	PYÖ											
	6. Hafta aktif keder	6. Hafta başa çıkmada zorlanma	6. Hafta umutsuzluk	6. Hafta toplam	6. Ay aktif keder	6. Ay başa çıkmada zorlanma	6. Ay umutsuzluk	6. Ay toplam	1. Yıl aktif keder	1. Yıl başa çıkmada zorlanma	1. Yıl umutsuzluk	1. Yıl toplam
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
OEÖ yeniden yaşama	0,12	0,24	0,26	0,23	0,04	0,11	0,21	0,12	0,15	0,07	0,06	0,11
OEÖ kaçınma	0,08	-0,00	0,10	0,08	0,09	0,11	0,22	0,15	0,14	0,21	0,21	0,20
OEÖ aşırı uyarılma	0,22	0,27	0,46*	0,36*	0,18	0,24	0,33*	0,27	0,34*	0,30*	0,30*	0,35*
OEÖ toplam	0,16	0,21	0,32*	0,26	0,12	0,18	0,28	0,20	0,24	0,21	0,20	0,24
BAE	0,39*	0,36*	0,39*	0,44*	0,23	0,23	0,30*	0,28	0,26	0,17	0,13	0,21
EdDep	-0,14	-0,41**	-0,48**	-0,37*	-0,38*	-0,26	-0,32*	-0,38*	-0,25	-0,22	-0,30*	-0,28
ÇBiÖ ilişkiye yüksek düzeyde odaklanma	0,18	-0,02	0,12	0,13	-0,14	-0,31	-0,12	-0,19	-0,28	-0,06	-0,23	-0,22
ÇBiÖ ilişki doyumu	-0,05	-0,31	-0,15	-0,17	-0,46*	-0,48*	-0,43*	-0,51*	-0,55*	-0,44*	-0,53*	-0,56**
ÇBiÖ ilişki korkusu/kaygısı	0,16	0,16	0,24	0,21	0,15	0,07	0,19	0,16	-0,04	0,24	0,11	0,09
ÇBiÖ ilişki izlenimi ayarlama	0,10	0,13	0,23	0,17	0,05	-0,00	0,15	0,07	-0,07	0,13	0,08	0,03
ÇBiÖ ilişkide kendine güven	0,06	-0,04	0,11	0,06	-0,25	-0,27	-0,19	-0,26	-0,29	-0,12	-0,26	-0,26
ÇBiÖ dışsal ilişki kontrolü	0,18	0,21	0,24	0,24	0,16	0,13	0,21	0,19	-0,01	0,13	0,13	0,08
ÇBiÖ ilişki girişkenliği	-0,04	0,01	-0,10	-0,05	-0,10	-0,02	-0,04	-0,07	-0,12	0,03	-0,04	-0,06
ÇBiÖ içsel ilişki kontrolü	0,09	0,11	0,11	0,12	-0,13	-0,11	-0,04	-0,11	-0,15	0,00	-0,20	-0,13
EBBÖ güvenli	-0,35*	-0,22	-0,36*	-0,36*	-0,44*	-0,23	-0,22	-0,36*	-0,34*	-0,30	-0,39*	-0,37*
EBBÖ kaçınan	-0,15	0,21	0,06	0,00	0,00	0,20	0,17	0,12	0,09	0,01	0,16	0,10
EBBÖ kaygılı-kararsız	-0,04	0,36*	0,20	0,15	0,11	0,20	0,19	0,17	0,17	0,01	0,21	0,15

Pearson, *p<0,05, **p<0,001, PYÖ= Perinatal Yas Ölçeği, OEÖ= Olay Etkisi Ölçeği, BAE=Beck Anksiyete Envanteri, EdDep=Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği, ÇBiÖ=Çokboyutlu İlişki Ölçeği, EBBÖ= Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği

puanlar Tablo 2'de gösterilmektedir. Terminasyondan sonraki 6. hafta, 6. ay ve 12. aylarda uygulanan PYÖ puanları ve OEÖ, BAE, EdDep, ÇBİÖ, EBBÖ puanları arasındaki ilişkiler Tablo 3'te gösterilmektedir.

Yas belirtilerinin şiddeti ve hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri arasında ilişki saptanmadı.

Katılımcıların altıncı hafta, altıncı ay ve on ikinci aydaki PYÖ ortalama puanları sırasıyla 75,4±20,5, 67,5±20,3, 63,8±21,6 idi. Katılımcıların PYÖ puan ortalamalarının zaman içinde anlamlı olarak değiştiği gösterildi ($p<0,001$). Bonferroni analizine göre yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda altıncı haftadan altıncı aya ($p=0,003$) ve altıncı haftadan 12. aya ($p=0,001$) PYÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede değiştiği bulundu. Buna ek olarak, katılımcıların PYÖ puan ortalamalarının altıncı aydan on ikinci aya anlamlı derecede değişmediği ($p=0,089$) görüldü (Tablo 4).

PYÖ'nün birinci yıldaki yordayıcıları

Demografik ve klinik özellikler, BAE, EdDep, OEÖ, EBBÖ, ÇBİÖ puanlarının 12. aydaki PYÖ puanları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için lineer regresyon analizi yapıldı. OEÖ-aşırı uyarılma, ÇBİÖ ilişki doyumu ve EBBÖ güvenli bağlanma puanları lineer regresyon analizine girildi, geriye doğru adım adım (backward stepwise) eleme yöntemi uygulandı. Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıydı ($F=8,388$, $p<0,001$). Analiz sonrasında OEÖ-R aşırı uyarılma ve ÇBİÖ ilişki doyumunun ilk yıldaki PYÖ toplam puanlarının yordayıcıları olduğu bulundu (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışma bulgularımız, fetal anomali nedeniyle terminasyon uygulanan kadınlarda perinatal yas belirtilerinin, gebeliğin sonlandırılması sonrasında altı aya kadar giderek azalabileceğini, altı aydan bir yıla kadar devam eden bir dönem boyunca kalıcı olabileceğini göstermektedir. Bulgularımızla tutarlı olarak, başka bir çalışmada da, gebeliğin terminasyonundan birkaç ay sonra ve bir yıl sonra yas tepkilerinin değiştiği gösterilmiştir (26). Ayrıca terminasyondan sonraki yas oranlarının altı hafta sonra %47'ye, altı ay sonra %31'e ve 12 ay sonra %27'ye gerilediği bildirilmiştir (27).

Fetal anomali tanısının ani ve beklenmedik doğası ve ayrıca gebeliğin terminasyonu kararı sıklıkla kaygı verici olabilir. Çalışmamızda yas belirtilerinin altı aydan sonra kalıcı hale gelebileceği ve bu belirtilerin ilk altı haftadaki anksiyete belirtileri ile ilişkili olabileceği bulunmuştur. Birkaç çalışmada çok şiddetli yas belirtilerinin yüksek anksiyete düzeyleri (28), ve bizim çalışmamızda olduğu gibi OEÖ ile değerlendirilmiş olan travma sonrası stres bozukluğu (29) ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir.

Önceki çalışmamızda, Klinisyen Tarafından Yöneltilen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (TSSB-Ö) ile değerlendirildiğinde, gebeliğin sonlandırılmasından altı ay sonra kadınların %62,5'inde travma sonrası stres bozukluğunun olduğu bulundu (11). Yas konusundaki çalışmalarda, yas belirtilerinin travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan bireylerde daha sık görüldüğü öne sürülmüştür (11). Çalışmamızla benzer olarak, artmış yas şiddetinin perinatal kayıpla ilgili daha fazla travma sonrası stres ile ilişkili olduğu OEÖ ile ölçülerek gösterilmiştir (29).

Bizim çalışmamızda ise yas belirtilerinin yeniden yaşama veya kaçınma ile ilişkili olmadığı, ancak hem kısa hem de uzun süreli yasta OEÖ ile ölçülmüş olan aşırı uyarılma bulguları ile ilişkili olduğu bulundu. Yas şiddetinin, yenidoğan ölümü grubundaki kadınlarda OEÖ ile ölçülen yeniden yaşama ile, düşük grubunda ise kaçınma ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür (29).

Çalışmalarda travmatik olaylara maruz kalmış olan kişilerdeki stres yanıtı değerlendirilirken, genellikle yeniden yaşama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtileri üzerinden incelenmektedir. Ağır bir travmatik olay deneyimi sonrasında stresörü anlamak ve yanıt vermek için genellikle deneyimin belirli yönlerini tekrarlama şeklinde bir kompulsif bir eğilim olmaktadır (30). Bu istemsiz tekrarlama, düşüncelerin yinelenmesi, özellikle de stresli olay hakkındaki görüntüler ve özgün deneyim ile ilişkili duygular ve deneyimin davranışsal kısımlarının tekrarlamasını kapsamaktadır. Travmatik bir hafızadan gelen bilgi girdisi arttıkça anksiyete gibi olumsuz duygular da artmakta ve bu durumda kişisel güvenliği yeniden sağlamak ve duygusal uyarılmayı düzenlemek kaçınılmaz olarak gerekli olmaktadır.

İçerikteki değişim ve yeniden yaşamadaki azalma, deneyimin sürekli olarak işlendiğini gösteriyor olabilir. Ayrıca olayın bir yönünün intruzif yinelenmeleri ve eş zamanlı olarak başka bir yönüne karşı ise inkar ve hissizleşme olabilir. Tüm bunlar devam ederken korkunun bedensel tepkileri aşırı uyarılma olarak tanımlanmaktadır. Aşırı uyarılma durumunda, aşırı tetikte olma, irkilme tepkileri, yarışan düşünceler, olumsuz duygusal çağrışımlar bulunmaktadır. Aşırı uyarılma durumu, travmatik olay, travmatik algılar, bütünlüğü olmayan anıların alışılmadık canlı temsilleri sırasındaki zihinsel durumların verdiği duygusal acı nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Yas süreci birçok bakımdan travmadan iyileşme süreci ile benzerlik göstermektedir. Aşırı uyarılma durumu, bilişsel süreçleri baskılayabilir ve kişinin kendisi ve diğerlerinin anlamlarına ait zihinsel temsilleri değiştirebilir. Artmış tetikte olma durumu, dışsal uyanıklığı artırır ve abartmaya ve yanlış yorumlamaya yol açabilir (30).

Gebelik süresinin, yas tepkisinin önemli bir yordayıcısı olduğu öne sürülmüştür (31). Gebelik süresi, gebelik ne kadar uzun süre devam ederse, kadınların doğmamış çocuk ile (bebeğin gelişmekte olan zihinsel temsilleri ile) o kadar fazla bağ kurma şansı olduğunu göstermektedir. Bu durum daha ileri düzeyde yas ile sonuçlanabilir. Daha uzun bir gebelik süreci deneyimlemiş olan kadınların üzüntü, suçluluk, öfke duyguları ve kayıpla ilgili zihinsel meşguliyeti daha fazlaydı. Bunun bebeğin bir gerçeklik haline gelmesi ve ebeveyn için bir bağlanma figürü olmaya başlaması nedeniyle olduğu açıktır (32). Ancak diğer taraftan, bulgularımızla tutarlı olarak, gebelik süresi ve yas tepkileri arasında ilişki bulunmamıştır (33). Son yirmi yılda kadınlar gebelikleri süresince bebeklerini çok daha erken görmeye başlamışlardır, bu durum da fetüsle daha erken bağlanmaya yol açabilen bağlanmanın kavramsallaşması üzerinde etkili olmuş olabilir.

Fetüsün algılanan gerçekliğine dair yas sürecini değerlendirmek için bağlanma stillerini de belirlemek istedik. Çalışmamızda güvenli bağlanma ile hem kısa süreli hem de uzun süreli yas arasında zayıf-orta düzeyde anlamlı negatif ilişki vardı. Yas deneyiminde bağlanma figürünün kaybı esastır. Eğer bir kişi güvenli bağlanmışsa kayıpla başa çıkması daha kolay olacaktır. Yas, sıklıkla bağlanma sisteminin yeniden organize olmasını gerektirdiğinden, bağlanma kuramı yası anlamada yararlı bir çerçeve sunmaktadır. Güvensiz bağlanmanın şiddetli yas tepkileri için bir risk faktörü olarak tanımlandığı bilinmektedir (34, 35). Bu bulgularla uyumlu olarak, çalışmamızda kararsız bağlanma ile perinatal yas ile başa çıkmada zorlanma arasında zayıf-orta düzeyde anlamlı pozitif ilişki vardı.

Çalışmamızda uzun süreli yasin, anksiyete düzeyi ve travmatik deneyim gibi yordayıcılarını belirlemek istedik. OEÖ-aşırı uyarılma ve ÇBİÖ-ilişki doyumu puanlarının birinci yıldaki PYÖ toplam puanlarının yordayıcısı olduğu bulundu. Gebeliğin terminasyonu önemli bir yaşam olayıdır ve yas tepkilerinin gözlenebileceği travmatik bir deneyim olabilir. Sosyal desteğin yas sürecinde çok önemli olduğu ve eğer çiftlerin gebeliğin terminasyonu kararı hakkındaki görüşleri farklıysa etkili bir destek sağlamalarının zor olabileceği öne sürülmüştür (36). Yakın çift ilişkisinin kalitesinin düşük olmasının düşük, ölü doğum ve yenidoğan ölümü dahil olmak üzere perinatal kayıp nedeniyle ortaya çıkan şiddetli yas

ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (29). Çalışmamızda ilişki doyumu ve aktif keder arasında negatif ilişki vardı. Unutmamak gerekir ki, bu kayıp her iki ebeveynine de aittir ve yüksek çift uyumu yasinin çözülmesini etkileyebilir (37). Çiftlerin farklı tepkileri ve hatta mevcut çift ilişkisinde değişime neden olan birbiriyle uyumsuz yas süreçleri olabilir (38).

Öne sürdüğümüz gibi, perinatal kayıp sonrasında takip edilmesi gereken ebeveynleri belirlemek için bir klinik ölçek geliştirilmesi gerekmektedir (39). Bunun yanı sıra, bulgularımıza dayanarak, yas sürecine yardımcı olmak için konsültasyona, hatta travma için daha özgül teknikler ve çift terapisine odaklanmanın yararlı olabileceğini öne sürmekteyiz.

Bu çalışmanın ayrıca örneklem büyüklüğünün az olması ve katılımcıların üçüncü basamak bir merkezden alınmış olması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Bu nedenle çok merkezli ortamlarda daha fazla katılımcıyla tekrarlanması gerekmektedir. Düşük, ölü doğum ve yenidoğan ölümü nedeniyle olan perinatal kayba bağlı yas olan bir kontrol grubunun olduğu başka bir çalışma, karşılaştırma yapmamıza ve bu konuda özelleşmemize yardımcı olabilir. Bunun yanında, telefon görüşmeleri, duyguları tetikleyerek yas sürecini etkilemiş olabilir; bu nedenle uzunlamasına takipler klinik görüşmelerle yapılmalıdır. Kadınların yas tepkilerinin, çalışmaya katılmayı kabul etmeyen veya ulaşılmayanlardan farklı olup olmadığını bilmek elbette zordur.

SONUÇ

Perinatal kayıp nedeniyle ortaya çıkabilecek ruhsal sorunların saptanması ve tedavi edilmesinin anne sağlığı açısından önemli olduğu sonucuna varabiliriz. Birçok ülkede hala bu kadınlara profesyonel olarak yardım edilebilmesi adına düzenlenmiş bir tasarı bulunmamaktadır ve bu süreçte yardımcı olabilmek için kanıta dayalı bir kılavuz yoktur. Klinisyenler en azından bilgilendirmeye ve multidisipliner bakım vermeye odaklanmalıdır. Kadınların kayıplarının varlığını kabul etmeleri, anlam vermeleri için yas ve travmayla ilgili duygularını ifade etmeleri açısından cesaretlendirilmeleri ve bu süreçte desteklenmeleri gerekmektedir, bu durum da ek müdahaleler ve profesyonel takip gerektirebilir, böylece aslında sıkıntı veren, bütünselmemiş anıların özümsemekle birleşik bir öykü oluşturması ve böylece yas sürecinin işlenmesi sağlanmış olur.

Etik Komite Onayı: Çalışma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi etik kurulundan 10 Haziran 2016 tarihinde 2016/212098 protokol numarası ile onay alındı.

Hasta Onamı: Çalışma gönüllülük esasına göre yapılmış olup tüm katılımcılardan çalışma hakkında bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağlıdır.

Yazar Katkıları: Fikir – OG, GŞ; Tasarım – OG, GŞ; Denetleme – GŞ, OG; Kaynaklar– OG, AF, KG; Malzemeler – OG, AT, KG; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi– AT, ÖŞ, KG; Analiz ve/veya Yorum– OG, GŞ; Literatür Taraması – OG, GŞ; Yazıyı Yazan – OG; Eleştirel İnceleme – GŞ, ÖŞ, AT.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yoktur.

KAYNAKLAR

- Adolfsson A, Larsson PG. Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. *Ups J Med Sci* 2010;115:201-209. [Crossref]
- Cote-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2003;32:623-629. [Crossref]
- Tayyar A, Acar DK, Turhan U, Özköse ZG, Ekiz A, Gezdirici A, Güleç EA, Polat İ. Late Terminations of Pregnancy Due to Fetal Abnormalities: An Analysis of 229 Cases. *IKSST Derg* 2018;10:12-17. [Crossref]
- Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:54-62. [Crossref]

- Mc Coyd JLM. Women in no man's land: the U. S. abortion debate and women terminating desired pregnancies due to fetal anomaly. *Br J Soc Work* 2010;40:133-153. [Crossref]
- Lilford RJ, Stratton P, Godsil S, Prasad A. A randomised trial of routine versus selective counselling in perinatal bereavement from congenital disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:291-296. [Crossref]
- Cooperman KK. A comparison of grief as related to miscarriage and termination for fetal abnormality. *Omega (Westport)* 2005;50:281-300. [Crossref]
- Geller PA, Kerns D, Klier CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: A review of the literature and future directions. *J Psychosom Res* 2004;56:35-45. [Crossref]
- Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:80-85. [Crossref]
- Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC psychiatry* 2016;16:100. [Crossref]
- Güçlü O, Arslan Ö, Erkan M, Gedikbaşı A. The relationship of temperament and character profiles with posttraumatic stress disorder in women undergoing termination of pregnancy for fetal anomaly. *Noro Psikiyatrs Ars* 2013;50:161-168. [Crossref]
- Bowles SV, James LC, Solorsh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA, Masone M. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am Fam Physician* 2000;61:1689-1696. <https://www.aafp.org/afp/2000/0315/p1689.html>
- Korenromp M, Christiens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld LAM, Bilardo CM, Offermans JPM, Visser GHA. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross sectional study. *Prenat Diagn* 2005;25:253-260. [Crossref]
- Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale - revised. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p.399-411.
- Çorapçioğlu A, Yargıç I, Geyran P. Validity and reliability of Turkish version of "Impact of Event Scale-Revised" (IES-R). *New Symposium* 2006;44:14-22. https://www.researchgate.net/publication/285861621_Validiy_and_Reliability_of_Turkish_Version_of_Impact_of_Event_Scale-Revised_IES-R
- Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. *Am J Orthopsychiatry* 1988;58:435-449. [Crossref]
- Köneş MÖ, Kaydırak MM, Aslan A, Yıldız Y. The Perinatal Grief Scale (33-item short version): validity and reliability of the Turkish version. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017;18:231-236. [Crossref]
- Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-897. [Crossref]
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1988;12:163-172. https://www.researchgate.net/profile/Nesrin-Hisli-Sahin/publication/233792003_Turkish_Version_of_the_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_Properties/links/0912f50b89f36c598c000000/Turkish-Version-of-the-Beck-Anxiety-Inventory-Psychometric-Properties.pdf
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Br J Psychiatry* 1987;150:782-786. [Crossref]
- Aydın N, İnandı T, Yigit A, Hodoglugil NN. Validation of the Turkish version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale among women within their first postpartum year. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:483-486. [Crossref]
- Snell WE, Jr Schicke M, Arbeiter T. The Multidimensional Relationship Questionnaire. Psychological dispositions associated with intimate relations. In: Snell Jr W--E, editor. *New Directions in The Psychology of Intimate Relations: Research and Theory*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications; 2002.
- Büyüksahin A. The multidimensional relationship questionnaire: a study of reliability and validity. *Turk Psikiyatri Derg* 2005;16:97-105. <http://www.turkpsikiyatri.com/C16S2/en/theMultidimensional.pdf>
- Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:511-524. [Crossref]
- Kesebir S, Kökcü F, Dereboy F. Adult attachment style scale: Adaptation, reliability and validity study. *New Sempozyum* 2012;50:99-104. https://www.researchgate.net/publication/286554478_Adult_attachment_style_scale_Adaptation_reliability_and_validity_study

26. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig-Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Arch Womens Ment Health* 2009;12:193–201. [\[Crossref\]](#)
27. 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 Obstet Gynecol* 2005;25:389–392. [\[Crossref\]](#)
28. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, Dang N, Das J, Flenady V, Gold KJ, Mensah OK, Millum J, Nuzum D, O'Donoghue K, Redshaw M, Rizvi A, Roberts T, Toyin Saraki HE, Storey C, Wojcieszek AM, Downe S, Flenady V, Frøen JF, Kinney MV, de Bernis L, Lawn JE, Blencowe H, Heazell AEP, Leisher SH, Radestad I, Jackson L, Ogwulu C, Hills A, Bradley S, Taylor W, Budd J. Stillbirths; economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016;387:604–616. [\[Crossref\]](#)
29. Hutti MH, Armstrong DS, Myers JA, Hall LA. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2015;44:42–50. [\[Crossref\]](#)
30. Horowitz M. *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders*, 5th ed. Lanham, MD: Jason Aronson; 2011.
31. Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:510–522. [\[Crossref\]](#)
32. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34:630–638. [\[Crossref\]](#)
33. Klier CM, Geller PA, Neugebauer R. Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *J Affect Disord* 2000;59:13–21. [\[Crossref\]](#)
34. Lobb EA, Kristjanson LJ, Aoun SM, Monterosso L, Halkett GKB, Davies A. Predictors of complicated grief: A systematic review of empirical studies. *Death Stud* 2010;34:673–698. [\[Crossref\]](#)
35. Neimeyer RA, Burke LA. What makes grief complicated? Risk factors for complications in bereavement. In: Doka K, Tucci A, editors. *Living With Loss: When Grief is Complicated*. Washington, DC: Hospice Foundation of America; 2017. p.73–94.
36. Coleman PK. Diagnosis of Fetal Anomaly and the Increased Maternal Psychological Toll Associated with Pregnancy Termination. *Issues Law Med* 2015;30:3–23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26103706/>
37. Scheidt CE, Hasenburger A, Kunze M, Waller E, Pfeifer R, Zimmermann P, Hartmann A, Waller N. Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *J Psychosom Res* 2012;73:375–382. [\[Crossref\]](#)
38. Christiansen DM, Olf M, Elklit A. Parents bereaved by infant death: Sex differences and moderation in PTSD, attachment, coping and social support. *Gen Hosp Psychiatry* 2014;36:655–661. [\[Crossref\]](#)
39. Hutti MH, Armstrong DS, Myers J. Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the subsequent pregnancy after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2013;42:697–706. [\[Crossref\]](#)