

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Makale No: 80

Perinatal Yas Sürecinde Dolaylı Yollar: Bağlanma Örüntülerinin ve Depresif Belirtilerin Rolü

Indirect Pathways in Perinatal Grief: The Role of Attachment Patterns and Depressive Symptoms

Bilge TARGITAY ÖZTÜRK¹, Misem Selin İLHAN¹, Pınar KARPUZ EĞİLMEZ¹, Kadir Can GÜNDOĞAN²
Hikmet Tunç TİMUR², Berna Binnur AKDEDE¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Perinatal kayıp, şiddetli yas tepkilerine yol açabilen son derece sıkıntı verici bir yaşam olayıdır. Bağlanma örüntülerindeki bireysel farklılıklar, perinatal yasin şiddetindeki değişkenliğe katkıda bulunabilir. Bu çalışmada, bağlanma örüntüleri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişki incelenmiş ve psikolojik ile klinik faktörlerin rolleri değerlendirilmiştir.

Yöntem: Örneklem, yaşam boyu perinatal kayıp öyküsü bulunan 140 kadından oluşmaktadır. Perinatal yasin şiddeti Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağlanma ile ilişkili değişkenler Anne Babaya İlişkin Görüşler Ölçeği (ABİGÖ) ve Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri -Revize Form (YİYE-R) ile ölçülmüştür. Depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak, algılanan sosyal destek ise Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ile değerlendirilmiştir. İlişkiler korelasyon analizleri kullanılarak incelenmiştir. Aynı ayrı yürütülen kovaryans analizleri ile depresif belirtiler, anksiyete belirtileri, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan bu yana geçen süre kontrol edilerek,

maternal ve paternal bağlanma kategorilerinin perinatal yas şiddeti üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Mediyasyon analizleri PROCESS kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Perinatal yas şiddeti, depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Maternal ve paternal bağlanma kategorileri, düzeltme sonrasında yas şiddeti ile doğrudan ilişkili bulunmamıştır. Bununla birlikte, depresif belirtiler maternal ihmal edici ebeveynlik ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiyi ve paternal duygusal bağımsız kontrol ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiyi anlamlı biçimde aracılık ederek açıklamıştır. Anksiyete belirtileri üzerinden anlamlı bir mediyasyon etkisi gözlenmemiştir.

Sonuç: Bağlanma ile ilişkili kırılabilirliklerin, perinatal yas şiddetini doğrudan etkilerden ziyade öncelikle depresif belirtiler aracılığıyla etkilediği görülmektedir; bu durum, perinatal kayıp sonrasında depresyonun değerlendirilmesi ve ele alınmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Bağlanma, perinatal kayıp, perinatal yas, yas

ABSTRACT

Introduction: Perinatal loss is a highly distressing life event that may lead to severe grief reactions. Individual differences in attachment patterns may contribute to variability in perinatal grief severity. In this study, the association between attachment patterns and the severity of perinatal grief was examined, and the roles of psychological and clinical factors were evaluated.

Methods: The sample consisted of 140 women with a lifetime history of perinatal loss. Perinatal grief severity was assessed using the Perinatal Grief Scale (PGS). Attachment-related variables were measured with the Parental Bonding Instrument (PBI) and the Experiences in Close Relationships -Revised Scale (ECR-R). Depressive and anxiety symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and perceived social support using the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Associations were examined using correlation analyses. Separate analyses of covariance were conducted to evaluate the effects of maternal and paternal bonding categories on perinatal grief severity while controlling for depressive symptoms,

anxiety symptoms, perceived social support, and the time elapsed since the most recent perinatal loss. Mediation analyses were conducted using PROCESS.

Results: Perinatal grief severity was positively correlated with depressive and anxiety symptoms. Maternal and paternal bonding categories were not directly associated with grief severity after adjustment. However, depressive symptoms significantly mediated the associations between maternal neglectful parenting and perinatal grief severity, and between paternal affectionless control and perinatal grief severity. No significant mediation effects were observed via anxiety symptoms.

Conclusion: Attachment-related vulnerabilities appear to influence perinatal grief severity primarily through depressive symptoms rather than direct effects, highlighting the importance of assessing and addressing depression following perinatal loss.

Keywords: Attachment, bereavement, perinatal grief, perinatal loss

Cite this article as: Targitay Öztürk B, İlhan MS, Karpuz Eğilmez P, Gündoğan KC, Timur HT, Akdede BB. Indirect Pathways in Perinatal Grief: The Role of Attachment Patterns and Depressive Symptoms. Arch Neuropsychiatry 2026;63:510-519. doi: 10.29399/npa.29398

Öne Çıkan Noktalar

- Ebeveyn bağlanması, perinatal yas şiddeti üzerinde doğrudan etki göstermemiştir.
- Depresif belirtiler (DB), bağlanma ile perinatal yas ilişkisine aracılık eder.
- Maternal ihmal edici ebeveynlik, DB aracılığıyla perinatal yası yordamaktadır.
- Paternal duygusal bağısız kontrol, DB aracılığıyla perinatal yası yordamaktadır.

GİRİŞ

Perinatal kayıp; düşük, ölü doğum ve neonatal ölümü kapsayacak şekilde gebelik oluşumundan doğum sonrası 28. güne kadar meydana gelen gebelik kaybı olarak tanımlanmakta olup dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Küresel olarak gebeliklerin yaklaşık %15-20'si düşükle sonuçlanırken, ölü doğum prevalansının yaklaşık 1000 doğumda 6 olduğu tahmin edilmektedir (1,2). Tüm nedenler dikkate alındığında, perinatal kaybın tüm gebeliklerin %35 kadarında ortaya çıktığı ve bunun 2019 yılında dünya genelinde yaklaşık 42 milyon gebelik kaybına karşılık geldiği düşünülmektedir (3). Türkiye'den elde edilen ulusal veriler, yaşamı boyunca evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin en az bir spontan düşük deneyimlediğini ve 2018 yılı öncesindeki beş yıllık dönemde düşüklerin tüm gebeliklerin %13'ünü oluşturduğunu göstermektedir. Aynı dönemde, yaşamı boyunca evlenmiş kadınların yaklaşık %4'ü ölü doğum öyküsü bildirmiş olup bu oran her 100 gebelikte bir ölü doğuma karşılık gelmektedir (4).

Perinatal kayıp; üzüntü, umutsuzluk, anksiyete, suçluluk, öfke ile uyku ve iştahta bozulmaları içeren geniş bir yas tepkileri yelpazesi ve yoğun psikolojik sıkıntı ile ilişkilidir (5). Canlı bir bebek doğuran kadınlarla karşılaştırıldığında, perinatal kayıp yaşayan kadınlar majör depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve intihar davranışı açısından belirgin şekilde daha yüksek oranlar göstermektedir (6-11). Buna ek olarak, perinatal kaybın psikolojik etkileri yıllarca sürebilmekte ve etkilenen kadınları uzamış veya komplike yas tepkileri açısından artmış risk altına sokabilmektedir (12-14). Diğer yas biçimlerinden farklı olarak perinatal yas; düşük, küretaj, ölü doğum veya neonatal ölümün fiziksel deneyimiyle birlikte kaybın sebebine ilişkin belirsizlik ve kendini suçlama nedeniyle sıklıkla daha da derinleşmektedir (12,13,15,16).

Perinatal kayıp sonrası yas öngörülebilir veya evre temelli bir seyir izlememektedir ve yas tepkilerinde belirgin bireysel ve kültürel farklılıklar bulunmaktadır (13,14). Perinatal yası inceleyen sınırlı sayıdaki literatür kayıpla ilişkili stresörler, zayıf partner ilişkileri ve düşük sosyal destek gibi kişilerin etmenler, nörotisizm ve bağlanma stili gibi kişisel özellikler ile baş etme ile ilişkili etmenler dâhil olmak üzere daha yoğun veya uzamış yas için çeşitli potansiyel risk faktörleri tanımlamıştır (3,5,12,13,17-20). Hem daha genç hem de daha ileri anne yaşı, infertilite öyküsü, yaşayan çocuğun bulunmaması ve sosyal destek eksikliği komplike perinatal yas için risk faktörleri olarak öne sürülmüştür (13,21,22). Spontan düşük yaşayan kadınlardan oluşan klinik bir örneklemde, komplike yas prevalansının %50'ye kadar ulaşabildiği bildirilmiştir (23).

Bağlanma kuramı, perinatal kayıp sonrası yas tepkilerindeki bireysel farklılıkların anlaşılması için yararlı bir çerçeve sunmaktadır. Bağlanma kuramına göre, birincil bakımverenlerle erken dönem etkileşimler yaşam boyu duygu düzenleme ve kişilerarası işlevselliğe yön veren içsel çalışma

modellerini şekillendirmektedir (24). Bağlanma stilleri yaygın olarak bağlanma anksiyetesi ve bağlanma kaçınması boyutları doğrultusunda kavramsallaştırılmakta; bunun sonucunda güvenli, kaygılı, kaçınan ve dezorganize örüntüler ortaya çıkmaktadır. Güvenli bağlanan bireyler genellikle sıkıntıyı daha iyi tolere edebilmekte ve kayıp deneyimlerini daha iyi bütünleştirebilmekteyken, güvensiz bağlanma kayıp sonrasında artmış duygusal reaktivite, yakınlıktan kaçınma ve anlamlandırma güçlükleri ile ilişkilendirilmiştir (24-26). Yas bağlamında güvensiz bağlanma, uyumsuz ya da uzamış yas tepkileri için bir yatkınlık etkeni olarak giderek daha fazla kavramsallaştırılmaktadır (25).

Giderek artan sayıda kanıt güvensiz bağlanmanın daha yüksek perinatal yas şiddeti ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir; ancak bulgular heterojenliğini korumaktadır ve bu ilişkinin altında yatan mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılabilmiş değildir (3,5,12). Depresyon ve anksiyete gibi afektif belirtiler, bağlanma ile ilişkili yatkınlıkları perinatal yas şiddetine bağlayan temel yolları temsil ediyor olabilir; çünkü güvensiz bağlanma duygu düzenleme güçlükleri ve duygudurum ile anksiyete bozukluklarına artmış yatkınlık ile tutarlı biçimde ilişkilendirilmiştir (8,9). Algılanan sosyal destek koruyucu bir rol üstlenebilir; ancak perinatal kayıp yaşayan kadınlar toplumsal sessizlik ve diğer kişilerin nasıl uygun şekilde yaklaşmaları gerektiğine ilişkin belirsizlik nedeniyle sıklıkla yetersiz destek bildirmektedir (3,27).

Afektif semptomatolojiye ek olarak, bağlanma ile ilişkili farklılıklar bireylerin kayıp deneyimini bilişsel ve duygusal olarak nasıl işlediklerini de etkileyebilir. Önceki çalışmalar güvensiz bağlanmaya sahip bireylerin özellikle anlamlandırma süreçleri ve kaybedilen kişiyle devam eden bağların geliştirilmesi açısından kaybı tutarlı bir anlatı içine entegre etmede daha fazla güçlük yaşayabileceğini öne sürmüştür. Bağlanma ilişkisinin çoğu zaman tamamen gerçekleşmiş etkileşimlerden ziyade beklenen etkileşimlere dayandığı perinatal kayıp bağlamında, bu süreçler özellikle kırılan ve bozulmaya yatkın olabilir. Bu durum süregelen belirsizliğe, çözülmemiş yasa ve kaybedilen bebeğin simgesel temsilinde güçlüklerle yol açabilir. Ayrıca güvensiz bağlanma; tümü yasla ilişkili sıkıntının sürdürülmesine katkıda bulunabilecek kendini suçlama, artmış tehdit algısı ve belirsizliğe tolerans göstermede güçlük gibi uyumsuz bilişsel tarzlarla ilişkilendirilmiştir. Birlikte ele alındığında, bu bulgular bağlanmanın perinatal yas üzerindeki etkisinin, yalnızca duygusal tepkiselliğin ötesine geçerek kayıpla ilişkili bilişsel ve temsili süreçlerde daha geniş bozulmaları içerebileceğini öne sürmektedir (18,28-32).

Bu arka plan doğrultusunda, mevcut çalışma perinatal kayıp yaşamış kadınlarda bağlanma örüntüleri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemeyi; ayrıca afektif semptomların, algılanan sosyal desteğin ve ilgili sosyodemografik, obstetrik ve psikiyatrik faktörlerin rollerini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

YÖNTEM

Çalışma Örnekleme ve Desen

Bu çalışma Mayıs ile Kasım 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran, yaşamı boyunca en az bir perinatal kayıp öyküsü bildiren 18-50 yaş arasındaki 140 kadın dâhil edilmiştir. Ana dilinin Türkçe olması, okuryazar olmak ve bilgilendirilmiş onam formu veya öz bildirim ölçeklerinin doldurulmasını engelleyebilecek fiziksel bir bozukluğun (örn. görme veya işitme kısıtlılığı) bulunmaması dâhil edilme kriterleridir. Dışlanma kriterleri arasında entelektüel yetersizlik veya herhangi bir nörogelişimsel bozukluğun varlığı yer almaktadır. Ek olarak, perinatal kayıp öncesinde tanı almış, olası nörobilişsel bozulma ve veri toplama sırasında aktif semptomlarla karakterize ağır bir psikiyatrik bozukluğu bulunan bireyler -şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklukların

yanı sıra bipolar ve ilişkili bozukluklar dâhil olmak üzere- çalışma dışı bırakılmıştır. Bu çalışma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür ve tüm katılımcılar yazılı bilgilendirilmiş onam vermiştir. Bu çalışma protokolü Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (tarih: 30.04.2025 ve karar numarası: 2025/14-16).

Veri Toplama Araçları

Olgu Veri Kayıt Formu

Bu form katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile obstetrik ve psikiyatrik öykülerine ilişkin bilgileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Perinatal Yas Ölçeği (PYÖ)

Bu ölçek kadınların perinatal kayba yönelik tepkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 33 maddelik bir özbeşerim ölçeğidir ve 5'li Likert tipi skala üzerinden puanlanmaktadır (33). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve ölçek daha sonra 32 maddeye indirilmiştir. Toplam perinatal yas puanı 32 ile 160 arasında değişmekte olup toplam puanın yüksek olması daha yüksek düzeyde yasa işaret etmektedir (34).

Anne Babaya İlişkin Görüşler Ölçeği (ABİGÖ)

Bu ölçek yaşamın ilk 16 yılına ilişkin retrospektif değerlendirmelere dayanarak ebeveyn bağlanma stili değerlendirme amacıyla geliştirilmiş 4'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçek anne ile ilişkili 25 madde ve baba ile ilişkili 25 madde olmak üzere toplam 50 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin genel değerlendirmesine dayanarak dört farklı ebeveyn bağlanma stili tanımlanabilmektedir: optimal bağlanma (yüksek ebeveyn bakımı ve düşük ebeveyn kontrolü), duygusal bağlı sınırlama (yüksek ebeveyn bakımı ve yüksek ebeveyn kontrolü), duygusal bağımsız kontrol (düşük ebeveyn bakımı ve yüksek ebeveyn kontrolü) ve ihmal eden ebeveynlik (düşük ebeveyn bakımı ve düşük ebeveyn kontrolü) (35). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında tamamlanmıştır (36).

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-Revize Form (YİYE-R)

Bu ölçek erişkin bağlanmasının temel boyutlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup kaygı boyutunu değerlendiren 18 madde ve kaçınma boyutunu değerlendiren 18 madde olmak üzere toplam 36 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan her bir maddenin romantik ilişkilerdeki duygu ve düşüncelerini ne ölçüde yansıttığını 7'li Likert tipi ölçek kullanarak değerlendirmeleri istenmektedir. Yüksek kaygı puanları bağlanma figüründen ayrılma ile ilgili güçlükleri, bağlanma figürüyle aradaki mesafeyi azaltma çabalarını ve bağlanma figürü tarafından fark edilmeye yönelik süreklilik gösteren isteği ifade etmektedir. Öte yandan yüksek kaçınma puanları kendine yeterliliğe aşırı odaklanmayı yansıtmaktadır (37). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında yapılmıştır (38).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Bu ölçek bireylerin algılanan sosyal desteklerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve 7'li Likert tipi ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan 12 ile 84 arasında değişmekte olup yüksek puanlar daha yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğe işaret etmektedir (39). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995 yılında tamamlanmıştır (40).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Bu ölçek bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek anksiyeteyi değerlendiren yedi madde ve depresyonu değerlendiren yedi madde olmak üzere toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar 4'li Likert tipi ölçek üzerinden puanlanmaktadır. Kesme puanları anksiyete için 10 ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir (41). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında yapılmıştır (42).

İstatistiksel Analiz

ANCOVA kullanılarak dört ebeveyn bağlanma kategorisi (ABİGÖ temelinde) arasında perinatal yas şiddetinin karşılaştırılmasını içeren birincil hipotez için gerekli örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power sürüm 3.1 kullanılarak a priori güç analizi yapılmıştır. Etki büyüklüğü referans çalışma (20) ile uyumlu olacak şekilde $f=0,30$ olarak belirlenmiş, $\alpha=0,05$ ve güç $(1 - \beta)=0,80$ olarak alınmıştır. Bu parametrelere dayanarak gerekli toplam örneklem büyüklüğü 126 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Olası örneklem kaybı veya eksik veri durumu hesaba katılarak hedef örneklem büyüklüğü %10 artırılmış ve sonuç olarak planlanan nihai örneklem büyüklüğü $n=140$ katılımcı olarak belirlenmiştir.

İstatistiksel analizler IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm 24 kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler uygun şekilde ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (çeyrekler arası aralık) veya frekans ve yüzde olarak raporlanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bazı değişkenler normal dağılımdan küçük sapmalar göstermesine rağmen, çarpıklık ve basıklık değerlerine dayanarak dağılımlar parametrik analizler için kabul edilebilir olarak değerlendirilmiştir. Bağlanma kategorileri arasında eşit olmayan grup büyüklükleri ve parametrik varsayımların olası ihlalleri nedeniyle, düzeltilmemiş karşılaştırmalar için parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi) kullanılmış ve Spearman sıra korelasyon katsayıları hesaplanmıştır. Düzeltilmiş grup karşılaştırmaları depresif semptomlar, anksiyete semptomları, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan sonra geçen süre kontrol edilerek kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Kayıptan sonra geçen süre çarpıklık nedeniyle log dönüşümüne tabi tutulmuştur. ANCOVA varsayımları kontrol edilmiş ve karşılanmıştır. Etki büyüklükleri kısmi eta kare (η^2) kullanılarak raporlanmıştır. Depresif ve anksiyete semptomlarının dolaylı etkilerini incelemek amacıyla 5000 (beş bin) bootstrap yeniden örnekleme ile PROCESS makrosu (sürüm 4.2; Model 4) (43) kullanılarak mediyasyon analizleri gerçekleştirilmiştir. %95 bootstrap güven aralığının sıfırı içermemesi durumunda aracılık etkisi anlamlı kabul edilmiştir. Tüm testler iki yönlü olarak gerçekleştirilmiş ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Nihai çalışma örnekleme yaşam boyu en az bir perinatal kayıp öyküsüne sahip 140 kadından oluşmuştur. Çalışma örnekleminin sosyodemografik, obstetrik ve psikiyatrik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Perinatal yas şiddeti eğitim düzeyi, çalışma durumu ve medeni durum dâhil olmak üzere sosyodemografik değişkenler ile perinatal kayıp nedeni, yaşayan çocuk varlığı veya infertilite öyküsü gibi obstetrik özellikler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde perinatal kayıp öncesinde psikiyatrik bozukluk öyküsü bulunması, ailede perinatal kayıp öyküsüne sahip başka bir kadının varlığı ya da bu kişiyle yakınlık derecesi açısından da anlamlı farklılık gözlenmemiştir (tüm $p > 0,05$). Buna karşılık perinatal kayıp sonrasında psikiyatrik bozukluk bildiren katılımcılarda perinatal yas şiddeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Mann-Whitney $U=1143,00$, $Z=-2,58$, $p=0,010$); ayrıca perinatal kayıp sonrasında psikiyatrik yardım arayışında bulunduğu bildirilenlerde de perinatal yas şiddeti anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Mann-Whitney $U=927,50$, $Z=-2,35$, $p=0,019$). Perinatal kayıp sonrasında psikiyatrik bozukluk bildiren katılımcılar arasında 11 kişi depresif bozukluk, 11 kişi anksiyete bozukluğu, beş kişi uyum bozukluğu ve üç kişi bipolar bozukluk tanısına sahiptir.

Maternal ve paternal bağlanma kategorileri arasında psikolojik ölçek puanlarının düzeltilmemiş karşılaştırmaları gerçekleştirilmiştir. Perinatal yas şiddeti, bağlanma ile ilişkili boyutlar (kaygı ve kaçınma), depresif semptomlar, anksiyete semptomları ve algılanan sosyal desteğin ortalama

Tablo 1. Çalışma örnekleminin sosyodemografik, obstetrik ve psikiyatrik özellikleri

Değişkenler	Değerler
Sosyodemografik değişkenler	
Yaş, ortalama ($\pm$ SS)	34,98 ($\pm$ 7,04)
Eğitim seviyesi, n (%)	
İlkokul	13 (9,3)
Ortaokul	22 (15,7)
Lise	48 (34,3)
Üniversite	40 (28,6)
Yüksek lisans/doktora	17 (12,1)
Çalışma durumu, n (%)	
Çalışıyor	67 (47,9)
Çalışmıyor	73 (52,1)
Medeni durum, n (%)	
Bekar	4 (2,9)
Evli	128 (91,4)
Boşanmış/dul	8 (5,7)
Yaşayan çocuk sayısı, medyan (CAA)	1 (1-2)
Obstetrik değişkenler	
Gebelik sayısı, medyan (CAA)	3 (2-4)
Perinatal kayıpların sayısı, medyan (CAA)	1 (1-2)
Perinatal kayıp sırası (ilk kayıp), medyan (CAA)	1 (1-2)
İlk perinatal kayıp sırasında gebelik haftası, medyan (CAA)	7 (6-9)
İlk perinatal kayıp sebebi, n (%)	
Spontan abortus (düşük)	52 (37,1)
İsteğe bağlı terminasyon	16 (11,4)
Tıbbi endikasyonlu terminasyon	63 (45,0)
Tıbbi endikasyonlu ölü doğum	1 (0,7)
Ölü doğum	4 (2,9)
Neonatal ölüm	4 (2,9)
İlk perinatal kayıp sırasında anne yaşı, ortalama ($\pm$ SS)	27,57 ($\pm$ 5,77)
Perinatal kayıp sırası (son kayıp), medyan (CAA)	2 (1-3)
Son perinatal kayıp sırasında gebelik haftası, medyan (CAA)	8 (6-10)
Son perinatal kayıp sebebi, n (%)	
Spontan abortus (düşük)	50 (35,7)
İsteğe bağlı terminasyon	16 (11,4)
Tıbbi endikasyonlu terminasyon	62 (44,3)
Tıbbi endikasyonlu ölü doğum	6 (4,3)
Ölü doğum	4 (2,9)
Neonatal ölüm	2 (1,4)
Son perinatal kayıp sırasında anne yaşı, ortalama ($\pm$ SS)	29,41 ($\pm$ 5,82)
Son perinatal kayıptan bu yana geçen süre (ay), medyan (CAA)	42 (12-96)
Psikiyatrik değişkenler	
Perinatal kayıp öncesi psikiyatrik bozukluk öyküsü, n (%)	
Yok	115 (82,1)
Var	25 (17,9)
Perinatal kayıp sonrası psikiyatrik bozukluk öyküsü, n (%)	
Yok	110 (78,9)
Var	30 (21,4)
Perinatal kayıp sonrası psikiyatrik yardım arayışı, n (%)	
Yok	117 (83,6)
Var	23 (16,4)
Perinatal kayıp öncesi kayıp sayısı, medyan (CAA)	0 (0-1)
Ailede perinatal kayıp öyküsü olan başka kadınların varlığı, n (%)	
Yok	65 (46,4)
Var	75 (53,6)

SS: standart sapma; n: örneklem büyüklüğü; CAA: çeyrekler arası aralık.

Veriler uygun şekilde ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (çeyrekler arası aralık [Q1-Q3]) veya sayı (%) olarak sunulmuştur.

ve standart sapma değerleri her bir bağlanma kategorisi için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Maternal bağlanma kategorileri arasında psikolojik ölçek puanlarındaki farklılıklar Kruskal-Wallis H testi kullanılarak incelenmiştir. Perinatal yas şiddeti, maternal bağlanma kategorileri arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($H(3)=6,79$, $p=0,079$). Maternal bağlanma kategorileri arasında bağlanma kaygısı puanları açısından anlamlı bir farklılık gözlenmiştir ($H(3)=18,58$, $p < 0,001$), buna karşın bağlanma kaçınması puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir ($H(3)=7,16$, $p=0,067$). Post hoc ikili karşılaştırmalar Bonferroni düzeltmesi ile Mann-Whitney U testi kullanılarak gerçekleştirilmiştir (düzeltilmiş $\alpha=0,008$). Bu analizler optimal bağlanma grubunda bağlanma kaygısı puanlarının duygusal bağlı sınırlama grubuna ($U=563,50$, $Z=-3,03$, $p=0,002$), duygusal bağısız kontrol grubuna ($U=552,00$, $Z=-3,69$, $p < 0,001$) ve ihmal eden ebeveynlik grubuna ($U=144,00$, $Z=-2,66$, $p=0,008$) kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğunu göstermiştir. İkili karşılaştırmalarda duygusal bağlı sınırlama, duygusal bağısız kontrol ve ihmal eden ebeveynlik grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Maternal bağlanma kategorileri arasında anksiyete semptomları ($H(3)=6,62$, $p=0,085$) veya algılanan sosyal destek ($H(3)=1,59$, $p=0,661$) açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Buna karşılık, depresif semptom puanları maternal bağlanma kategorileri arasında anlamlı farklılık göstermiştir ($H(3)=7,99$, $p=0,046$). Post hoc ikili karşılaştırmalar, spesifik maternal bağlanma kategorileri arasında depresif semptom puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir farklılık ortaya koymamıştır.

Paternal bağlanma kategorileri arasında psikolojik ölçek puanlarındaki farklılıklar Kruskal-Wallis H testi kullanılarak incelenmiştir. Paternal bağlanma kategorileri arasında perinatal yas şiddeti ($H(3)=11,72$, $p=0,008$), bağlanma kaygısı ($H(3)=11,76$, $p=0,008$), bağlanma kaçınması ($H(3)=11,35$, $p=0,010$), anksiyete semptomları ($H(3)=9,24$, $p=0,026$) ve depresif semptomlar ($H(3)=11,30$, $p=0,010$) açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir. Buna karşılık algılanan sosyal destek paternal bağlanma kategorileri arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($H(3)=6,50$, $p=0,090$). Post hoc ikili karşılaştırmalarda, PYÖ toplam puanları optimal bağlanma grubunda duygusal bağlı sınırlama grubuna ($U=567,50$, $Z=-2,63$, $p=0,008$) ve duygusal bağısız kontrol grubuna ($U=532,50$, $Z=-3,17$, $p=0,002$) kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Optimal bağlanma ve ihmal eden ebeveynlik grupları arasında ya da duygusal bağlı sınırlama, duygusal bağısız kontrol ve ihmal eden ebeveynlik grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bağlanma kaygısı puanları optimal bağlanma grubunda duygusal bağısız kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($U=541,00$, $Z=-3,09$, $p=0,002$). Optimal bağlanma grubu ile duygusal bağlı sınırlama veya ihmal eden ebeveynlik grupları arasında ya da geri kalan paternal bağlanma kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Paternal bağlanma kategorileri arasında bağlanma kaçınması ve anksiyete semptomlarına ilişkin post hoc ikili karşılaştırmaların hiçbirisi düzeltme sonrasında istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Depresif semptom puanları optimal bağlanma grubunda duygusal bağısız kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($U=526,00$, $Z=-3,23$, $p=0,001$). Diğer hiçbir ikili karşılaştırma istatistiksel anlamlılığa ulaşmamıştır. Maternal ve paternal bağlanma örüntülerine göre düzeltilmemiş psikolojik ölçek puanları ve karşılık gelen Kruskal-Wallis test sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur.

Perinatal yas şiddeti ile klinik ve psikososyal değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek amacıyla Spearman sıra korelasyonları kullanılmıştır. Perinatal yas şiddeti, YİYE-R-anksiyete puanlarının yanı sıra depresif semptomlar ve anksiyete semptomları ile anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir. Perinatal yas şiddeti ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir korelasyon gözlenmemiştir. Bulgular Tablo 3'te sunulmuştur.

Depresif semptomlar, anksiyete semptomları, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan sonra geçen süre (log dönüşümü uygulanmış)

Tablo 2. Maternal ve paternal bağlanma kategorilerine göre psikolojik ölçek puanlarının düzeltilmemiş karşılaştırmaları

Değişken	Maternal Bağlanma Kategorileri, (n)				Kruskal-Wallis (H, p)
	Optimal bağlanma (n=48)	Duygusal bağlı sınırlama (n=38)	Duygusal bağısız kontrol (n=42)	İhmal eden ebeveynlik (n=12)	
PYÖ, ortalama (± SS)	68,48 (±23,96)	75,63 (±26,60)	80,86 (±28,78)	81,75 (±25,12)	H=6,79, p=0,079
YİYE-R-anksiyete, ortalama (± SS)	2,78 (±0,15)	3,36 (±0,14)	3,73 (±0,19)	3,64 (±0,27)	H=18,58, p<0,001
YİYE-R-kaçınma, ortalama (± SS)	2,47 (±0,14)	2,87 (±0,18)	3,03 (±0,17)	2,62 (±0,26)	H=7,16, p=0,067
HADÖ-depresyon, ortalama (± SS)	4,79 (±4,08)	6,61 (±4,40)	6,83 (±4,63)	7,33 (±3,20)	H=7,99, p=0,046
HADÖ-anksiyete, ortalama (± SS)	7,17 (±4,51)	8,26 (±3,87)	9,38 (±4,29)	8,00 (±2,83)	H=6,62, p=0,085
ÇBASDÖ-toplam, ortalama (± SS)	69,54 (±16,67)	64,76 (±21,62)	63,26 (±20,37)	67,25 (±15,30)	H=1,59, p=0,661
Değişken	Paternal Bağlanma Kategorileri, (n)				Kruskal-Wallis (H, p)
	Optimal bağlanma (n=35)	Duygusal bağlı sınırlama (n=49)	Duygusal bağısız kontrol (n=51)	İhmal eden ebeveynlik (n=5)	
PYÖ, ortalama (± SS)	64,77 (±24,90)	74,86 (±19,79)	82,20 (±28,39)	76,00 (±24,33)	H=11,72, p=0,008
YİYE-R-anksiyete, ortalama (± SS)	2,92 (±0,18)	3,19 (±0,16)	3,69 (±0,15)	2,92 (±0,36)	H=11,76, p=0,008
YİYE-R-kaçınma, ortalama (± SS)	2,57 (±0,19)	2,59 (±0,13)	3,12 (±0,15)	2,00 (±0,30)	H=11,35, p=0,010
HADÖ-depresyon, ortalama (± SS)	4,31 (±3,92)	5,98 (±3,88)	7,55 (±4,73)	5,40 (±3,29)	H=11,30, p=0,010
HADÖ-anksiyete, ortalama (± SS)	6,86 (±4,80)	7,84 (±3,40)	9,29 (±4,38)	10,00 (±2,12)	H=9,24, p=0,026
ÇBASDÖ-toplam, ortalama (± SS)	70,77 (±15,98)	67,22 (±19,44)	61,27 (±20,25)	73,40 (±18,41)	H=6,50, p=0,090

n: örneklem büyüklüğü; SS: standart sapma; PYÖ: Perinatal Yas Ölçeği; YİYE-R: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-Revize Form; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Veriler ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur. Düzeltilmemiş grup karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Tablo 3. Perinatal Yas Ölçeği toplam puanı ile klinik ve psikososyal değişkenler arasındaki Spearman korelasyonları

Değişken	ρ	p değeri
Yaş	0,022	0,799
Toplam perinatal kayıp sayısı	0,153	0,072
Perinatal kaybın sırası (ilk kayıp)	-0,086	0,315
İlk perinatal kayıptaki gebelik haftası	0,101	0,242
İlk perinatal kayıpta anne yaşı	-0,049	0,564
Perinatal kaybın sırası (son kayıp)	0,040	0,639
Son perinatal kayıptaki gebelik haftası	0,035	0,686
Son perinatal kayıpta anne yaşı	-0,007	0,937
Son perinatal kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış)	0,024	0,777
Perinatal kayıp öncesi kayıp sayısı	0,160	0,059
YİYE-R-anksiyete	0,275	0,001
YİYE-R-kaçınma	0,121	0,154
HADÖ-depresyon	0,492	<0,001
HADÖ-anksiyete	0,487	<0,001
ÇBASDÖ-toplam	-0,126	0,139

ρ: Spearman sıra korelasyon katsayısı; YİYE-R: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-Revize Form; HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Tablo 4. Ebeveyn bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkinin incelendiği ANCOVA sonuçları

	df	F	p	Kısmi η ²
Maternal bağlanma kategorisi	3	0,57	0,638	0,013
HADÖ-depresyon	1	9,35	0,003	0,066
HADÖ-anksiyete	1	6,79	0,010	0,049
ÇBASDÖ-toplam	1	0,03	0,875	<0,001
Son perinatal kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış)	1	<0,01	0,984	<0,001
Düzeltilmiş model	7	9,24	<0,001	0,329
	df	F	p	Kısmi η ²
Paternal bağlanma kategorisi	3	1,01	0,391	0,022
HADÖ-depresyon	1	8,41	0,004	0,060
HADÖ-anksiyete	1	7,02	0,009	0,050
ÇBASDÖ-toplam	1	0,10	0,755	0,001
Son perinatal kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış)	1	0,00	0,952	<0,001
Düzeltilmiş model	7	9,52	<0,001	0,335

HADÖ: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Kısmi eta-kare (η²) etki büyüklüğünü göstermektedir.

kontrol edilerek maternal bağlanma kategorileri arasında perinatal yas şiddetini incelemek amacıyla ANCOVA gerçekleştirilmiştir. Anlamlı olmayan Levene testi sonucu ile gösterildiği üzere varyansların homojenliği varsayımı karşılanmıştır (F (3,136)=0,26, p=0,853). Genel model anlamlı bulunmuştur (F (7,132)=9,24, p<0,001, R²=0,329). Düzeltme sonrasında maternal bağlanma kategorileri perinatal yas şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır (F (3,132)=0,57, p=0,638, kısmi η²=0,013). Depresif semptomlar (F (1,132)=9,35, p=0,003) ve anksiyete semptomları (F (1,132)=6,79, p=0,010) anlamlı kovaryatlar olarak ortaya çıkarken, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan sonra geçen süre perinatal yas şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır. Benzer şekilde depresif semptomlar, anksiyete semptomları, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan

sonra geçen süre (log dönüşümü uygulanmış) kontrol edilerek paternal bağlanma kategorileri arasında perinatal yas şiddetini incelemek amacıyla ikinci bir ANCOVA gerçekleştirilmiştir. Anlamlı olmayan Levene testi sonucu ile gösterildiği üzere varyansların homojenliği varsayımı karşılanmıştır (F (3,136)=0,73, p=0,537). Genel model anlamlı bulunmuştur (F (7,132)=9,52, p<0,001, R²=0,335). Düzeltme sonrasında paternal bağlanma kategorileri perinatal yas şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır (F (3,132)=1,01, p=0,391, kısmi η²=0,022). Depresif semptomlar (F (1,132)=8,41, p=0,004) ve anksiyete semptomları (F (1,132)=7,02, p=0,009) anlamlı kovaryatlar olarak ortaya çıkarken, algılanan sosyal destek ve son perinatal kayıptan sonra geçen süre perinatal yas şiddeti ile anlamlı olarak ilişkili bulunmamıştır. Tüm ANCOVA sonuçları Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 5. Maternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkide depresif belirtiler ve anksiyete belirtilerini inceleyen mediyasyon analizleri

Maternal bağlanma kategorisi (ref: optimal bağlanma)	Doğrudan etki B (SE)	p	Dolaylı etki (depresyon aracılığıyla)*	Boot SE	95% Bootstrap CI
Duygusal bağlı sınırlama	2,03 (4,70)	0,667	1,71	1,36	[-0,73, 4,73]
Duygusal bağısız kontrol	5,04 (4,69)	0,285	0,77	1,22	[-1,58, 3,41]
İhmal eden ebeveynlik	7,18 (7,03)	0,309	3,72	2,06	[0,32, 8,28]
Maternal bağlanma kategorisi (ref: optimal bağlanma)			Dolaylı etki (anksiyete aracılığıyla)**		
Duygusal bağlı sınırlama	2,03 (4,70)	0,667	-0,29	1,22	[-2,85, 2,14]
Duygusal bağısız kontrol	5,04 (4,69)	0,285	1,15	1,21	[-0,74, 4,06]
İhmal eden ebeveynlik	7,18 (7,03)	0,309	-1,59	1,69	[-5,38, 1,37]

Dolaylı etkiler 5000 (beş bin) yeniden örneklem içeren bootstrap yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir. %95 bootstrap güven aralığının sıfırı içermemesi durumunda dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir. *: Tüm modeller anksiyete belirtileri, kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış) ve algılanan sosyal destek açısından düzeltilmiştir. **: Tüm modeller depresif belirtiler, kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış) ve algılanan sosyal destek açısından düzeltilmiştir.

Tablo 6. Paternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkide depresif belirtiler ve anksiyete belirtilerini inceleyen mediyasyon analizleri

Paternal bağlanma kategorisi (ref: optimal bağlanma)	Doğrudan etki B (SE)	p	Dolaylı etki (depresyon aracılığıyla)*	Boot SE	95% Bootstrap CI
Duygusal bağlı sınırlama	5,64 (4,78)	0,240	1,49	1,25	[-0,66, 4,24]
Duygusal bağısız kontrol	8,50 (4,93)	0,087	2,53	1,41	[0,26, 5,66]
İhmal eden ebeveynlik	4,06 (10,30)	0,694	-2,02	3,26	[-9,39, 3,84]
Paternal bağlanma kategorisi (ref: optimal bağlanma)			Dolaylı etki (anksiyete aracılığıyla)**		
Duygusal bağlı sınırlama	5,64 (4,78)	0,240	-0,22	1,23	[-2,63, 2,45]
Duygusal bağısız kontrol	8,50 (4,93)	0,087	0,10	1,34	[-2,31, 3,21]
İhmal eden ebeveynlik	4,06 (10,30)	0,694	4,16	3,80	[-1,70, 13,54]

Dolaylı etkiler 5000 (beş bin) yeniden örneklem içeren bootstrap yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir. %95 bootstrap güven aralığının sıfırı içermemesi durumunda dolaylı etkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilmiştir. *: Tüm modeller anksiyete belirtileri, kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış) ve algılanan sosyal destek açısından düzeltilmiştir. **: Tüm modeller depresif belirtiler, kayıptan bu yana geçen süre (logaritmik dönüşüm uygulanmış) ve algılanan sosyal destek açısından düzeltilmiştir.

Maternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkide depresif semptomlar veya anksiyete semptomlarının aracılık edip etmediğini incelemek amacıyla mediyasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Mediyasyon analizleri, depresif semptomlar veya anksiyete semptomları kontrol edildikten sonra maternal bağlanma kategorilerinin perinatal yas şiddeti ile doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir (F (3,132)=0,57, p=0,638). Bununla birlikte, optimal bağlanmaya kıyasla ihmal eden maternal bağlanma için depresyon üzerinden anlamlı bir dolaylı etki gözlenmiştir. Bootstrap analizleri ihmal eden bağlanmanın depresif semptomlar aracılığıyla perinatal yas üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir (dolaylı etki=3,72, %95 CI [0,32, 8,28]); buna karşın diğer maternal bağlanma kategorileri için anlamlı dolaylı etkiler gözlenmemiştir. Ayrıca anksiyete aracılığıyla ortaya çıkan dolaylı etkilerin hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; bu durum anksiyete semptomlarının erken maternal bağlanma örüntüleri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiye aracılık etmediğini göstermektedir. Maternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkide depresif semptomlar ve anksiyete semptomlarını inceleyen mediyasyon analizlerinin sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Benzer şekilde depresif semptomlar veya anksiyete semptomlarının paternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiye aracılık edip etmediğini incelemek amacıyla ikinci bir mediyasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Mediyasyon analizleri, depresif semptomlar veya anksiyete semptomları kontrol edildikten sonra paternal bağlanma kategorilerinin perinatal yas şiddeti ile doğrudan ilişkili olmadığını göstermiştir (F (3,132)=1,01, p=0,391). Bununla birlikte, optimal

bağlanmaya kıyasla paternal duygusal bağısız kontrol bağlanma örüntüsü için depresyon aracılığıyla anlamlı bir dolaylı etki gözlenmiştir. Bootstrap analizleri, duygusal bağısız kontrol bağlanma örüntüsünün depresif semptomlar aracılığıyla perinatal yas üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir (dolaylı etki=2,53, %95 CI [0,26, 5,66]); buna karşın diğer paternal bağlanma kategorileri için anlamlı dolaylı etkiler gözlenmemiştir. Ayrıca anksiyete aracılığıyla ortaya çıkan dolaylı etkilerin hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; bu durum anksiyete semptomlarının erken paternal bağlanma örüntüleri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkiye aracılık etmediğini göstermektedir. Paternal bağlanma kategorileri ile perinatal yas şiddeti arasındaki ilişkide depresif semptomlar ve anksiyete semptomlarını inceleyen mediyasyon analizlerinin sonuçları Tablo 6'da sunulmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada ebeveyn bağlanma örüntüleri düzeltmeler sonrasında perinatal yas şiddeti ile doğrudan ilişki göstermemiştir. Bununla birlikte mediyasyon analizleri daha karmaşık bir örüntü ortaya koymuş ve belirli erken dönem bağlanma bozulmalarının depresif semptomlar aracılığıyla perinatal yas şiddeti ile dolaylı olarak ilişkili olduğunu göstermiştir. Özellikle, maternal ihmal eden ebeveynlik ve paternal duygusal bağısız kontrol, depresif semptomatoloji ile ilişkileri aracılığıyla yas şiddetinin anlamlı yordayıcıları olarak ortaya çıkarken, doğrudan etkiler gözlenmemiştir. Önemli olarak, anksiyete semptomları aracılığıyla anlamlı dolaylı etkilerin bulunmaması bu yolda belirli bir özgüllüğe işaret etmekte ve anksiyöz semptomatolojiden ziyade

depresif semptomatolojinin erken bağlanma deneyimleri ile yas şiddeti arasındaki ilişkiyi bağlayan temel bir mekanizmayı temsil edebileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu perinatal yas sürecinde bağlanma süreçlerinin önemine karşı bir kanıt olarak yorumlanmamalıdır. Aksine bağlanmanın duygu düzenlemeyi ve duygudurum bozukluklarına yatkınlığı şekillendiren, bunun da yas tepkilerini etkilediği özellik temelli bir yatkınlık olarak kavramsallaştırılması ile uyumludur. Erken dönemde kayıp, reddedilme veya istikrarsızlık deneyimlerine sahip bireyler daha sonraki kayıplarla karşılaştıklarında depresif tepkilerin ortaya çıkma olasılığını artıran kalıcı bağlanma ile ilişkili yatkınlıklar geliştirebilir (18,28). Bu durum anlamlandırmanın bağlanmanın içsel temsillerine dayanan ikinci düzey bir süreç oluşturduğu görüşünü desteklemektedir. Bu perspektiften bakıldığında bağlanma, bireylerin temel güvenlik duygusunu ve duygu düzenleme kapasitesini şekillendirmekte, bunlar da psikolojik sıkıntıya yatkınlığı ve kayıpla ilişkili anlamı entegre edebilme kapasitesini etkilemektedir. Bağlanma örüntüleri etkilerini, yas şiddeti üzerindeki doğrudan etkilerden ziyade özellikle depresif semptomlar olmak üzere afektif mekanizmalar aracılığıyla dolaylı olarak gösterebilir. Bu tür bir yorum bağlanmayı yasin ortaya çıkıp çıkmayacağını belirleyen değil, bireylerin yası ne kadar yoğun deneyimlediğini şekillendiren arka plandaki bir yatkınlık faktörü olarak kavramsallaştırarak bağlanma kuramının yasin hem evrensel yönlerini hem de yasin şiddetindeki bireysel farklılıkları açıklayabileceğini öne süren önceki kuramsal ve ampirik çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda erişkin bağlanma özellikleri, bağlanma kaygısı ve bağlanma kaçınması boyutlarına odaklanılarak YİYE-R kullanılarak değerlendirilmiştir. Bağlanma kaygısının perinatal yas şiddeti ile zayıf ile orta düzey arasında ilişki gösterdiği bulunurken, bağlanma kaçınması ile perinatal yas şiddeti arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu bulgularla tutarlı olarak, bağlanma ile yas şiddeti arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki klinik çalışmalar da benzer şekilde bağlanma kaygısı ile yas yoğunluğu arasında pozitif korelasyonlar bildirmiştir (29-31,44,45). Buna karşılık, bağlanma kaçınması ile yas şiddeti arasındaki ilişkiye yönelik bulgular tutarsız olmuştur. Bazı çalışmalar bağlanma kaçınmasını yas süreci sırasında uyumsuz bir mekanizma olarak kavramsallaştırırken (30,44,46), diğerleri bağlanma kaçınmasının özellikle uzun vadede uyumsuz sonuçlar için bir risk faktörü oluşturduğunu öne sürmüştür (29,31,32,47). Bir klinik çalışmada bağlanma kaygısı, demografik değişkenler ve kayıpla ilişkili faktörler kontrol edildikten sonra bile uzamış yas semptomlarının en güçlü ve en tutarlı yordayıcısı olarak ortaya çıkmıştır. Buna karşılık bağlanma kaçınması genel örneklemede yas şiddetini bağımsız olarak yordamamıştır, ancak travmatik kayıp yaşamış bireylerde özellikle fiziksel sağlık ve psikolojik işlevsellik açısından belirgin biçimde daha kötü sonuçlarla ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular, bağlanma kaygısının yas sürecinde genel bir risk faktörünü temsil edebileceğini, buna karşın bağlanma kaçınmasının yüksek stres ve travmatik kayıp koşulları altında uyumsuz hale gelebileceğini düşündürmektedir (44). Ayrıca daha yakın tarihli bir çalışma bağlanma boyutlarının devam eden bağlar aracılığıyla yas uyumunu nasıl etkilediğini incelemiştir. Devam eden bağlar, yas yaşayan bireyin kaybedilen kişiyle sürdürdüğü devam eden içsel ilişkiyi ifade etmektedir. Bu çalışmanın bulguları hem bağlanma kaygısı hem de bağlanma kaçınması ile yas şiddeti arasındaki ilişkilere devam eden bağlar tarafından aracılık edildiğini göstermiştir (29). Çalışmamızda bulguların genel olarak mevcut literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür; çünkü bağlanma kaçınması ile perinatal yas şiddeti arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ve bu durum bu spesifik bağlamda uyumsuz bir baş etme sürecini yansıtır olabilir. Örneğimizdeki kayıpların büyük çoğunluğu, ağırlıklı olarak kayıp anında ağır fiziksel ve psikolojik travma olasılığını azaltmış olabilecek ilk trimester sırasında gerçekleşen spontan abortuslar ve tıbbi olarak endike terminasyonlardan oluşmaktadır. Buna bağlı olarak bağlanma kaçınmasının esas olarak yüksek stres ve travmatik yas koşulları altında uyumsuz hale geldiğinin öne sürülmesi göz önüne alındığında, bağlanma kaçınmasının yas şiddeti üzerinde saptanabilir bir

etkisinin bulunmaması bu kayıplarla ilişkili görece daha düşük stres ve travmatik maruziyet düzeyleri ile kısmen açıklanabilir. Ayrıca bu bulgu erken gebelik döneminde kaybedilen doğmamış bir bebekle kalıcı bağların ve stabil zihinsel temsilleri oluşturma fırsatının sınırlı olması ile ilişkili olabilir.

Perinatal yas şiddeti ile ilişkili faktörleri inceleyen bazı çalışmalarda anne yaşı, düşük eğitim düzeyi ve yaşayan çocuğun bulunmaması potansiyel risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (13,21,22). Bununla birlikte, perinatal yas şiddeti ile sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulgular literatür genelinde tutarsızlığını sürdürmektedir ve birçok çalışma sosyodemografik özelliklerin yas şiddetindeki değişkenliği bağımsız olarak açıklamadığını bildirmektedir (48). Benzer şekilde çalışmamızda yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi veya yaşayan çocuk varlığı açısından perinatal yas şiddetinde anlamlı farklılık gözlenmemiştir. Bu bulgu fetal anomaliler nedeniyle gebelik sonlandırması yapılan kadınları inceleyen araştırmalar da dâhil olmak üzere yas şiddeti ile sosyodemografik veya klinik özellikler arasında anlamlı ilişki saptanmayan önceki klinik çalışmalarla uyumludur (49). Perinatal kayıp yaşamış kadınlar arasında yürütülen boylamsal bir çalışmada, yas şiddeti ile yaş, yaşayan çocuk varlığı veya sosyoekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenler arasında anlamlı ilişkiler bildirilmemiştir (50). Bu çerçevede sosyodemografik göstergelerin perinatal yas şiddeti üzerindeki etkisi genel olarak sınırlı görünmektedir; yasin yoğunluğu ve seyri daha çok kayıpla ilişkili bağlamsal faktörler ve eşlik eden psikolojik semptomlar tarafından şekilleniyor olabilir. Buna bağlı olarak sosyodemografik değişkenlerin etkisi örneklem özelliklerine ve kullanılan ölçüm yaklaşımlarına bağlı olabilir.

Güncel literatür perinatal yas şiddeti ile obstetrik özellikler arasındaki ilişkilerin tutarsız olduğunu ve bireysel değişkenlik ile psikososyal bağlam dikkate alındığında sıklıkla zayıfladığını göstermektedir. Bazı çalışmalar ölü doğum veya neonatal ölüm sonrasında erken gebelik kaybına kıyasla daha yoğun yas bildirmiş olsa da, bu örnekte obstetrik değişkenlerin sınırlı açıklayıcı değere sahip olduğu, ağırlıklı olarak ilk trimester kayıplarından oluşan örneklemelerde daha az belirgin görünmektedir (21,51-53). Bu kanıtlarla uyumlu olarak çalışmamızda yas şiddeti ile perinatal kayıp sayısı, gebelik sırası, kaybın gerçekleştiği gebelik haftası, kayıp nedeni, kayıp sırasındaki anne yaşı veya infertilite öyküsü arasında anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Örneğimizdeki katılımcıların %10'undan daha azının ölü doğum veya neonatal ölüm öyküsü bildirmiş olması ve kayıpların çoğunun ilk trimester sırasında gerçekleşmiş olması göz önüne alındığında, daha önce artmış yas ile ilişkili olduğu bildirilen kayıp türlerinin sınırlı temsil edilmesi bu anlamsız bulguları kısmen açıklıyor olabilir (21,53). Önemli olarak, güncel boylamsal çalışmalar sürekli veya şiddetli perinatal yasin obstetrik parametrelerin kendisinden ziyade heterojen yas örüntüleri ve alta yatan yatkınlık profilleri ile daha iyi açıklanabileceğini; obstetrik faktörlerin ise yas örüntüsünün türü dikkate alındığında sınırlı yordayıcı değere sahip olduğunu göstermektedir (54-56).

Perinatal yasin zaman içinde tekdüze biçimde azalmadığını gösteren izlem çalışmalarıyla uyumlu olarak önceki araştırmalar bireysel değişkenlik dikkate alındığında kayıptan sonra geçen süre ile yas şiddeti arasındaki ilişkinin zayıf ya da anlamsız hale geldiğini göstermiştir (51,52). Ayrıca boylamsal kanıtlar ortalama yas yoğunluğu azalırken, belirgin bir kadın alt grubunun kayıptan sonraki aylar ve hatta yıllar boyunca sürekli yüksek düzeyde yas bildirmeyi sürdürdüğünü göstermektedir (54,56). Çalışmamızda günlerden yıllara uzanan geniş zamansal aralığı optimal şekilde modellemek amacıyla logaritmik dönüşüm uygulanmasına rağmen en son perinatal kayıptan sonra geçen süre ile yas şiddeti arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu bulgu geçen sürenin tek başına kalıcı yas tepkilerini açıklamak için yetersiz olabileceğini ve bu tepkilerin doğrusal zamansal etkilerden ziyade alta yatan yatkınlık ve

yas örüntüleri tarafından yönlendiriliyor olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu yasin zamanın geçişinden çok anlamlandırma kapasitesi tarafından yönlendirilen bir süreç olarak kavramsallaştırıldığı kuramsal modeller ışığında da yorumlanabilir. Anlam arayışının sıklığı zaman içinde azalabilse de önceki bir araştırma anlam bulmanın önemini zorunlu olarak zamana bağlı olmadığını öne sürmektedir (18,57). PYÖ'nün aktif yas, umutsuzluk ve baş etmede güçlük gibi boyutları değerlendirdiği göz önüne alındığında, zaman etkisinin bulunmaması çözümlenmemiş anlamlandırma süreçleri ve kaybın afektif entegrasyonunun kayıp gerçekleşikten uzun süre sonra bile yas tepkilerini şekillendirmeyi sürdürdüğünü gösterebilir. Bu perspektiften bakıldığında, başarılı psikolojik işleme ve anlamın yeniden yapılandırılması olmadığı süreç zaman tek başına perinatal yası hafifletmek için yetersiz olabilir.

Perinatal kayıp, kayıp sonrasında depresyon ve anksiyetenin en yaygın ruh sağlığı sonuçları olarak ortaya çıktığı artmış psikiyatrik morbidite riski ile güçlü biçimde ilişkilendirilmiştir (58). Geniş ölçekli toplum temelli çalışmalar gebelik kaybı sonrasında psikiyatrik bozukluk insidansında anlamlı bir artış olduğunu göstermekte ve kayıp sonrası psikopatolojinin önceden var olan psikiyatrik yatkınlığın ötesine geçtiğini ve kayıpla ilişkili bir ruh sağlığı bozulmasını içerdiğini düşündürmektedir (59). Bu çalışmada entelektüel yetersizlik, nörogelişimsel bozukluklar veya kayıp öncesinde tanı almış, aktif semptomlar ve olası nörobilişsel bozulma ile karakterize ağır psikiyatrik bozuklukları bulunan bireyler dışlanmıştır. Bu çerçevede çalışmamızda perinatal kayıp öncesindeki psikiyatrik bozukluk öyküsü ile perinatal yas şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, kayıp sonrasında psikiyatrik bozukluk bildiren katılımcılarda ve kayıp sonrasında psikiyatrik yardım arayışında bulunanlarda yas şiddeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu örüntü kayıp sonrası depresyon ve anksiyetenin daha şiddetli yas tepkileri ile yakından iç içe olduğunu ve bağımsız komorbid durumlardan ziyade artmış ve sürekli sıkıntının göstergeleri olarak işlev görebileceğini öne süren kanıtlarla uyumludur (58).

Önceki araştırmalar, düşük sonrasında yaşanan perinatal yas sürecinin kadınlar için yoğun ve çok boyutlu bir deneyim olabileceğini ve bu sürecin büyük ölçüde çevredeki sosyal ortamdan gelen tepkiler tarafından şekillendiğini göstermiştir. Kadınlar bu dönemde hem destekleyici hem de incitici sosyal destek biçimleriyle karşılaşabilmektedir. Sosyal desteğin yalnızca koruyucu bir faktör olarak işlev görmediği, aynı zamanda yas sürecinin şiddetini, süresini ve seyrini şekillendirmede belirleyici bir rol oynadığı belirtilmektedir. Çalışmalar arasındaki bulgular, perinatal yas yaşayan bireylerin bakımında bütüncül, kültürel açıdan duyarlı ve süreklilik gösteren destek modellerine duyulan gereksinimi vurgulamaktadır (48,60,61). Buna karşılık çalışmamızda perinatal yas şiddeti ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgunun birkaç açıklaması olabilir. İlk olarak gözlenen ilişkinin bulunmaması sosyal desteği değerlendirmek için kullanılan ölçüm yaklaşımı ile kısmen açıklanabilir; çünkü ÇBASDÖ perinatal yas bağlamına özgü destek biçimlerini yeterince değerlendiremiyor olabilir. Ölçek genel destek algılarını değerlendirse de empatik olarak fark edilme, kaybın kabul edilmesi ve yasin onaylanması gibi perinatal kayıp sonrasında özellikle belirgin olan niteliksel unsurların yalnızca sınırlı yönlerini yansıtmıyor olabilir. Ayrıca örneklemimizdeki katılımcıların çoğunda olduğu gibi perinatal kayıp ilk trimester sırasında meydana geldiğinde gebelik çoğu zaman henüz geniş sosyal çevreyle paylaşılmamıştır; bu durum destek sistemlerine erişimi sınırlayabilir ve kaybın paylaşılması ile sosyal desteğin harekete geçirilmesine yönelik fırsatları azaltabilir. Önceki bir klinik çalışmada ilk trimester sırasında gebeliğin paylaşılmasına yönelik yaygın sosyal norm ("üç ay kuralı"), kayıp sonrasında destek kaynaklarına sınırlı erişime ve daha izole bir yas deneyimine katkıda bulunan önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır (60). Perinatal kayıpla baş etmeye çalışan bireyler, bir çocuğun kaybıyla ilişkili derin kederin ötesinde benlik algısında bozulmalar, beklenen ebeveyn rolünün kaybı ve dünyanın güvenli ve güvenilir olduğuna ilişkin

duyumun belirgin biçimde destabilize olması dâhil olmak üzere daha az görünür ikincil kayıplarla da mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Bu perspektiften bakıldığında perinatal kayıp yas tutma hakkının ne birey ne de daha geniş sosyal bağlam tarafından tam olarak tanınmadığı hakkı teslim edilmemiş yas çerçevesi içinde kavramsallaştırılabilir (48). Buna bağlı olarak perinatal yas sürecinde yalnızca sosyal desteğin varlığı değil, aynı zamanda içeriği ve yas yaşayan bireyin özgül gereksinimlerini ne ölçüde karşıladığı da belirleyici olabilir (60,61). Bu nedenle perinatal yasin sosyal boyutunun daha kapsamlı biçimde anlaşılması, büyük olasılıkla hem bu bağlama özgü ölçümler kullanan nicel araştırmaları hem de nitel görüşmelerle desteklenen daha derinlemesine değerlendirmeleri gerektirmektedir.

Bu çalışmanın iyi tanımlanmış bir klinik örneklemi kullanılması, yas değerlendirmesini karıştırabilecek önceden var olan ağır psikiyatrik ve nörogelişimsel durumların titizlikle dışlanması ve bağlanma ile ilişkili değişkenlerin, afektif semptomların, algılanan sosyal desteğin ve obstetrik faktörlerin tek bir analitik çerçeve içinde eşzamanlı olarak incelenmesi dâhil olmak üzere dikkate değer çeşitli güçlü yönleri bulunmaktadır. Geçerliliği gösterilmiş ve kültürel olarak uyarlanmış ölçüm araçlarının kullanılması, geniş zamansal dağılımı hesaba katmak amacıyla kayıptan sonra geçen sürenin log dönüşümüne tabi tutulması ve mediyasyon analizlerinin dâhil edilmesi, erken bağlanma deneyimleri ile yas şiddeti arasındaki dolaylı yolları açıklığa kavuşturarak bulguların yorumlanabilirliğini daha da güçlendirmektedir. Bununla birlikte bazı sınırlılıklar dikkate alınmalıdır. Kesitsel tasarım bağlanma örüntüleri, afektif semptomlar ve yas şiddeti arasındaki zamansal sıralamaya ilişkin nedensel çıkarımlara olanak vermemektedir. Katılımcıların geniş yaş aralığı ve perinatal kayıptan sonra geçen sürenin geniş zaman aralığı örneklem içinde ek heterojenliğe yol açmış olabilir. Kayıptan sonra geçen süre istatistiksel olarak kontrol edilmiş olsa da yas sürecinin belirgin biçimde farklı evrelerinde bulunan bireylerin dâhil edilmesi gözlenen ilişkileri etkilemiş olabilir. Ayrıca yapılandırılmış tanısız görüşmelerin bulunmaması, yaşla ilişkili sıkıntı ile majör depresif bozukluk veya uyum bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik durumlar arasında ayırım yapabilme kapasitesini sınırlamaktadır ve bu durum gözlenen semptom örüntülerine katkıda bulunmuş olabilir. Ebeveyn bağlanması ABİGÖ kullanılarak retrospektif olarak değerlendirilmiştir; bu durum katılımcıların mevcut afektif durumlarının erken bakım deneyimlerine ilişkin hatırlamalarını etkileyebilmesi nedeniyle hatırlama yanlılığına açık olabilir. Tüm temel değişkenler öz bildirim araçları aracılığıyla ölçüldüğü için bulgular raporlama yanlılığı ve ortak yöntem varyansından da etkilenmiş olabilir. Ek olarak PYÖ baş etmede güçlük ve umutsuzluk gibi depresif semptomatoloji ile belirli ölçüde örtüşebilecek boyutları içermektedir. Bu örtüşme sonuç ve aracı değişkenler arasında ortak varyansa yol açarak gözlenen aracılık etkilerini potansiyel olarak olduğundan fazla gösterebilir. Bu nedenle mevcut çalışmada gözlenen dolaylı etkiler dikkatli yorumlanmalıdır; çünkü bu etkiler tamamen farklı psikolojik mekanizmalardan ziyade kısmen ölçüm örtüşmesini yansıtır olabilir. Çalışma örneklemini klinik bir popülasyondan oluşturulmuştur, bu durum bulguların toplum temelli örneklemelere veya perinatal kayıp sonrasında klinik yardım arayışında bulunmayan bireylere genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca çalışma bağlamına özgü kültürel faktörler hem yasin ifade ediliş biçimini hem de sosyal desteğin algılanmasını etkilemiş olabilir ve bulgular yorumlanırken bunun dikkate alınması gerekmektedir. Kültürel özellikler mevcut çalışmada doğrudan değerlendirilmemiştir, bu durum yas tepkilerinin şekillenmesindeki rollerine ilişkin daha kapsamlı bir değerlendirmeyi sınırlamış olabilir. İlk trimester kayıplarının baskın olması ve ölü doğum veya neonatal ölüm oranının görece düşük olması da sonuçların daha ağır veya daha ileri dönem perinatal kayıplara genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Son olarak temel psikososyal ve klinik kovaryatlar kontrol edilmiş olsa da partner ilişkisinin niteliği veya önceki travma maruziyeti gibi ölçülmemiş faktörlerden kaynaklanan rezidüel karıştırıcılık dışlanamaz. Tekrarlı değerlendirmeleri ve daha çeşitli kayıp

profillerini içeren gelecekteki boylamsal ve kültürler arası çalışmalara bağlanma, afektif süreçler ve perinatal yas örüntüleri arasındaki dinamik etkileşimi daha iyi açıklığa kavuşturmak amacıyla ihtiyaç vardır.

Mevcut bulgular perinatal yasin tek bir açıklayıcı faktöre indirgenemeyen veya yalnızca sosyodemografik, obstetrik ya da zamansal değişkenlerle tekdüze biçimde öngörülemeden karmaşık ve çok boyutlu bir psikolojik süreç olduğunu vurgulamaktadır. Bunun yerine yas şiddeti; daha geniş ilişkisel ve kültürel bağlamlar içine yerleşmiş afektif semptomlar, bağlanma ile ilişkili yatınlıklar ve bireysel anlamlandırma süreçlerinin dinamik etkileşiminden ortaya çıkıyor görünmektedir. Bu sonuçlar zaman içindeki yas örüntülerini açıklığa kavuşturmak ve partner ilişkisinin niteliği, kayıp ve yas ile ilişkili kültürel normlar ile psikososyal desteğe erişim gibi bağlamsal faktörlerin katkısız rollerini incelemek amacıyla daha büyük ve daha homojen örneklemelerle yürütülecek gelecekteki boylamsal çalışmalara duyulan gereksinimi vurgulamaktadır. Klinik perspektiften bakıldığında, bulgular perinatal kayıp sonrasında etkili bakımın obstetrik risk belirteçlerinin ötesine geçerek kapsamlı psikolojik değerlendirmeyi gerektirdiğini, bu değerlendirmede afektif semptomatolojiye, bağlanma ile ilişkili örüntülere ve ilişkisel işlevsellığe özellikle dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu tür bütünleştirici ve bağlama duyarlı bir yaklaşım sürekli psikolojik sıkıntı açısından risk altındaki kadınların belirlenmesi ve perinatal kayıp sonrasında zamanında bireyselleştirilmiş müdahalelere rehberlik edilmesi açısından önemlidir.

Teşekkür: Bu çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Etik Komite Onayı: Bu çalışma protokolü Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (tarih: 30.04.2025 ve karar numarası: 2025/14-16).

Bilgilendirilmiş Onam: Bu çalışma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür ve tüm katılımcılar yazılı bilgilendirilmiş onam vermiştir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA; Tasarım- BTÖ, MSİ, PKE, HTT, BBA; Denetleme- BTÖ, HTT, BBA; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA; Analiz ve/veya Yorum- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA; Literatür Taraması- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA; Yazıyı Yazan- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA; Eleştirel İnceleme- BTÖ, MSİ, PKE, KCG, HTT, BBA.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu makalenin araştırılması, yazarlığı veya yayımlanması için herhangi bir finansal destek almamıştır.

Veri Erişilebilirliği: Mevcut çalışma sırasında analiz edilen veri setleri makul talep doğrultusunda sorumlu yazardan temin edilebilir.

KAYNAKLAR

- Farquharson RG, Jauniaux E, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Updated and revised nomenclature for description of early pregnancy events. Hum Reprod. 2005;20:3008-3011. [Crossref]
- Murphy SL, Mathews TJ, Martin JA, Minkovitz CS, Strobino DM. Annual summary of vital statistics: 2013-2014. Pediatrics. 2017;139. [Crossref]
- Tong F, Wang Y, Gao Q, Zhao Y, Zhang X, Li B, et al. The epidemiology of pregnancy loss: global burden, variable risk factors, and predictions. Hum Reprod. 2024;39:834-848. [Crossref]
- Hacettepe University Institute of Population Studies. Abortions and stillbirths. In: Turkey Demographic and Health Survey 2018. Ankara; 2019. p. 159-170.
- Charrois EM, Bright KS, Wajid A, Mughal MK, Hayden KA, Kingston D. Effectiveness of psychotherapeutic interventions on psychological distress in women who have experienced perinatal loss: a systematic review protocol. Syst Rev. 2020;9:125. [Crossref]
- Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. 2005;106:1071-1083. [Crossref]
- Klier CM, Geller PA, Ritscher JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review. Arch Womens Ment Health. 2002;5:129-149. [Crossref]
- Johnson JE, Price AB, Sikorski A, Key KD, Taylor B, Lamphere S, et al. Protocol for the Healing After Loss (HeAL) Study: a randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy (IPT) for major depression following perinatal loss. BMJ Open. 2022;12:e057747. [Crossref]
- Gold KJ, Leon I, Boggs ME, Sen A. Depression and posttraumatic stress symptoms after perinatal loss in a population-based sample. J Womens Health (Larchmt). 2016;25:263-269. [Crossref]
- Gissler M, Hemminki E, Lönnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-1994: register linkage study. BMJ. 1996;313:1431-1434. [Crossref]
- Schiff MA, Grossman DC. Adverse perinatal outcomes and risk for postpartum suicide attempt in Washington state, 1987-2001. Pediatrics. 2006;118:e669-e675. [Crossref]
- Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci. 2012;14:187-194. [Crossref]
- Kishimoto M, Yamaguchi A, Niimura M, Mizumoto M, Hikitsuchi T, Ogawa K, et al. Factors affecting the grieving process after perinatal loss. BMC Womens Health. 2021;21:313. [Crossref]
- Nakajima S. Complicated grief: recent developments in diagnostic criteria and treatment. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018;373:20170273. [Crossref]
- Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AEP, Downe S, et al. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16:9. [Crossref]
- Stirtzinger RM, Robinson GE, Stewart DE, Ralevski E. Parameters of grieving in spontaneous abortion. Int J Psychiatry Med. 1999;29:235-249. [Crossref]
- Jaaniste T, Coombs S, Donnelly TJ, Kelk N, Beston D. Risk and resilience factors related to parental bereavement following the death of a child with a life-limiting condition. Child (Basel, Switzerland). 2017;4:96. [Crossref]
- Uren TH, Wastell CA. Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. Death Stud. 2002;26:279-308. [Crossref]
- Scheidt CE, Hasenburger A, Kunze M, Waller E, Pfeifer R, Zimmermann P, et al. Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. J Psychosom Res. 2012;73:375-382. [Crossref]
- Laura V, Ahmad M, Enrica S, Cristina S. Perinatal loss: attachment, grief symptoms and women's quality of life. J Reprod Infant Psychol. 2024;1-17. [Crossref]
- 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 JOGNN. 2015;44:42-50. [Crossref]
- Teng Y-F, Cheng H-R, Chen Y-P, Yang S-F, Cheng P-T. Grief reactions of couples to perinatal loss: a one-year prospective follow-up. J Clin Nurs. 2017;26:5133-5142. [Crossref]
- Kulathilaka S, Hanwella R, de Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. BMC Psychiatry. 2016;16:100. [Crossref]
- Bowlby J. Attachment and loss: Attachment (Vol. 1). New York: Basic Books; 1982.
- Janshen A, Boelen PA, Schut HAW, Eisma MC. Do insecure attachment styles predict prolonged grief symptoms? Significant null findings. Death Stud. 2024;48:1076-1084. [Crossref]
- Trinke SJ, Bartholomew K. Hierarchies of attachment relationships in young adulthood. J Soc Pers Relat. 1997;14:603-625. [Crossref]
- Bhat A, Byatt N. Infertility and perinatal loss: when the bough breaks. Curr Psychiatry Rep. 2016;18:31. [Crossref]
- Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on loss and grief. Curr Opin Psychol. 2022;45:101283. [Crossref]
- Yu W, He L, Xu W, Wang J, Prigerson HG. How do attachment dimensions affect bereavement adjustment? A mediation model of continuing bonds. Psychiatry Res. 2016;238:93-99. [Crossref]
- Ho SMY, Chan ISF, Ma EPW, Field NP. Continuing bonds, attachment style, and adjustment in the conjugal bereavement among Hong Kong Chinese. Death Stud. 2013;37:248-268. [Crossref]
- Currier JM, Irish JEF, Neimeyer RA, Foster JD. Attachment, continuing bonds, and complicated grief following violent loss: testing a moderated model. Death Stud. 2015;39:201-210. [Crossref]
- Boelen PA, Klugkist I. Cognitive behavioral variables mediate the associations of neuroticism and attachment insecurity with prolonged grief disorder severity. Anxiety Stress Coping. 2011;24:291-307. [Crossref]
- Toedter LJ, Lasker JN, Alhadeff JM. The perinatal grief scale: development and initial validation. Am J Orthopsychiatry. 1988;58:435-449. [Crossref]

34. Kones M, Kaydirak M, Aslan E, Yildiz H. The perinatal grief scale (33-item short version) : validity and reliability of the Turkish version. *Anatol J Psychiatry*. 2017;18:231-236. [\[Crossref\]](#)
35. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. *Br J Med Psychol*. 1979;52:1-10. [\[Crossref\]](#)
36. Kapçı EG, Küçüker S. [The parental bonding instrument: evaluation of psychometric properties with Turkish university students]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2006;17:286-295. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17183445>.
37. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78:350-365. [\[Crossref\]](#)
38. Sümer N, Selçuk E, Günaydin G, Uysal A. A new measure for adult attachment styles: the psychometric evaluation of experiences in close relationships -revised (ECR-R) on a Turkish sample. *Turkish Psychol Artic*. 2005;8:1-11.
39. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988;52:30-41. [\[Crossref\]](#)
40. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği [Factorial structure, validity, and reliability of the multidimensional scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikol Derg*. 1995;10:45-55.
41. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-370. [\[Crossref\]](#)
42. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatr Derg*. 1997;8:280-287.
43. Hayes AF. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*, 3rd ed. Guilford Press; 2022.
44. Meier AM, Carr DR, Currier JM, Neimeyer RA. Attachment anxiety and avoidance in coping with bereavement: two studies. *J Soc Clin Psychol*. 2013;32:315-334. [\[Crossref\]](#)
45. Wayment HA, Vierthaler J. Attachment style and bereavement reactions. *J Loss Trauma*. 2002;7:129-149. [\[Crossref\]](#)
46. Fraley RC, Bonanno GA. Attachment and loss: a test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personal Soc Psychol Bull*. 2004;30:878-890. [\[Crossref\]](#)
47. Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, et al. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257:453-461. [\[Crossref\]](#)
48. Santamaría-Gutierrez R, González-Sala F, Lacomba-Trejo L. The role of attachment in perinatal loss: a systematic review. *J Loss Trauma*. 2025;30:813-850. [\[Crossref\]](#)
49. Güçlü O, Şenormancı G, Tüten A, Gök K, Şenormancı Ö. Perinatal grief and related factors after termination of pregnancy for fetal anomaly: one-year follow-up study. *Noro Psikiyatr Ars*. 2021;58:221-227. [\[Crossref\]](#)
50. Ridaura I, Penelo E, Raich R. Depressive symptomatology and grief in Spanish women who have suffered a perinatal loss. *Psicothema*. 2017;1:43-48. [\[Crossref\]](#)
51. Barr P. Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement. *J Perinat Med*. 2006;34:207-211. [\[Crossref\]](#)
52. Cuisinier MC, Kuijpers JC, Hoogduin CA, de Graauw CP, Janssen HJ. Miscarriage and stillbirth: time since the loss, grief intensity and satisfaction with care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1993;52:163-168. [\[Crossref\]](#)
53. Zhang X, Chen Y, Zhao M, Yuan M, Zeng T, Wu M. Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24:772. [\[Crossref\]](#)
54. Hunfeld JA, Wladimiroff JW, Passchier J. Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital anomalies: a follow-up study. *Br J Med Psychol*. 1997;70:85-91. [\[Crossref\]](#)
55. Mergl R, Quatz SM, Edeler L-M, Allgaier A-K. Grief in women with previous miscarriage or stillbirth: a systematic review of cross-sectional and longitudinal prospective studies. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13:2108578. [\[Crossref\]](#)
56. Mørk S, Hvidtjørn D, Möller S, Henriksen TB, O'Connor M, Bonanno GA. Grief trajectories after loss in pregnancy and during the neonatal period. *J Psychiatr Res*. 2023;168:293-299. [\[Crossref\]](#)
57. Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: grief therapy and the process of reconstruction. *Death Stud*. 2000;24:541-558. [\[Crossref\]](#)
58. Herbert D, Young K, Pietrusińska M, MacBeth A. The mental health impact of perinatal loss: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022;297:118-129. [\[Crossref\]](#)
59. Shen Q, Zhong W, Wang X, Fu Q, Mao C. Associations between pregnancy loss and common mental disorders in women: a large prospective cohort study. *Front Psychiatry*. 2024;15:1326894. [\[Crossref\]](#)
60. Bellhouse C, Temple-Smith MJ, Bilardi JE. 'It's just one of those things people don't seem to talk about.' Women's experiences of social support following miscarriage: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2018;18:176. [\[Crossref\]](#)
61. Zhuang S, Chen M, Ma X, Jiang J, Xiao G, Zhao Y, et al. The needs of women experiencing perinatal loss: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Women Birth*. 2023;36:409-420. [\[Crossref\]](#)