

**T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DÜŞÜK RİSKİ OLAN KADINLARDAKİ
KAYGI DÜZEYLERİ**

Fazilet TABUR

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN**

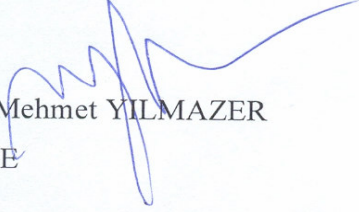
Tez No: 2007-039

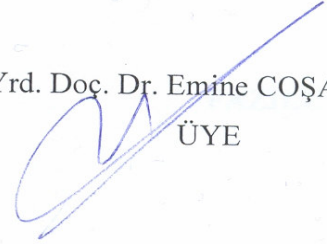
2007-AFYONKARAHİSAR

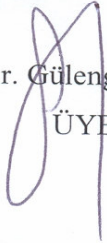
KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

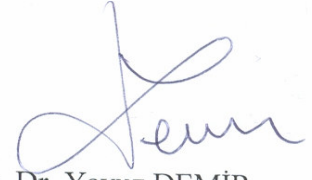
Tez Savunma Tarihi: 28.09.2007


Doç. Dr. Mehmet YILMAZER
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN
ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Fazilet TABUR'un
"Düşük Riski Olan Kadınlardaki Kaygı Düzeyleri" başlıklı tez çalışması 08.10/2007 günü saat
16.00'da Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca
değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleri ile benden yardımını esirgemeyen değerli danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN'e, tezimin istatistiksel değerlendirmesinde bana yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL'e, maddi ve manevi yönden her zaman yanımda olan çok sevdiğim aileme ve desteğini benden esirgemeyen özel insana, çalışmam süresince bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma ve çalışmama katılan tüm hanımlara teşekkürlerimi sunuyorum.

FAZİLET TABUR

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar	VI
Tablolar	VII
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. KADIN ve GEBELİK	5
2. GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	8
2.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler	9
2.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler	10
2.3. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler	10
3. GEBELİK KAYIPLARI	11
3.1. Abortuslar	12
3.1.1. Abortus İmminens(Düşük Tehdidi)	12
3.1.2. Abortus İncipiens (Durdurulamayan Düşük)	13
3.1.3. Abortus İncompletus (Tamamlanmamış Düşük)	13
3.1.4. Abortus Kompletus (Tam Düşük)	14
3.1.5. Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)	14
3.1.6. Habitüel Abortus (Tekrarlayan Gebelik Kayıpları=Alışılmış Düşükler)	15
3.1.7. Septik Abortus	18
3.1.8. Serviks Yetmezliğine Bağlı Düşükler	20
3.2. Abortuslarda Hemşirelik Bakımı	21
3.3. Düşüğün Psikolojik Etkileri Ve Hemşirelik Bakımı	22
3.4. Kayıp Duygusu	23
3.5. Kriz	24
3.6. Stres	25
3.7. Anksiyete (Kaygı)	27
4. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4.1. Araştırmanın Şekli	29

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
4.4. Verilerin Toplanması	30
4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	31
4.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
5. BULGULAR	32
6. TARTIŞMA	49
7. SONUÇ ve ÖNERİLER	53
7.1. Sonuç	53
7.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	60
EK-1	60
EK-2	65

KISALTMALAR

AI : Abortus İmminens

AMA: Amerikan Sağlık Birliği (American Medical Association)

AP: Aile Planlaması

BSI: Kısa Semptom Envanteri

CRH: Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

D&C: Dilatasyon ve Küretaj (Dilatation and Curettage)

DKP: Durumluluk Kaygı Puanı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

IES: Olay Deđerlerinin Etkisi

NG: Normal gebe

SKP: Süreklilik Kaygı Puanı

STAI: State Traid Anxiety Inventory (Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLÖLAR

Tablo 1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 2. Olguların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 3. Olguların Hastaneye Başvurma Nedenlerinin Dağılımı

Tablo 4. Olguların Hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri, Yardım ve Destek Alma Durumlarının Dağılımı

Tablo 5. Olguların Durumlarıyla İlgili Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı

Tablo 6. Olguların Durumluluk –Süreklilik Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 7. Olguların Tanıya Göre Eğitim Durumları ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 8. Olguların Gebelik Haftaları ile Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 9. Olguların Gebelik Arası Süre ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 10. Olguların Canlı Doğum Sayısı ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 11. Olguların Yaşayan Çocuk ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 12. Olguların Düşük Yapma ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 13. Olguların Durumlarına İlişkin Bilgilendirilmelerine Göre Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 14. Olguların Hissettiklerini Paylaşma Durumları İle Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tablo 15. Olguların Destek Alma Durumlarına Göre Kaygı Puanlarının Dağılımı

ÖZET

Düşük Riski Olan Kadınlardaki Kaygı Düzeyinin Araştırılması

Bu çalışma gebeliği risk altında olan kadınların duygu ve düşüncelerinin araştırılması, kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmamızda, Temmuz 2007/Ağustos 2007 tarihleri arasında Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na ve Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Bölümü'ne başvuran gebelere ulaşmak hedeflenmiştir.

Çalışmamız düşük riski olan 50 gebe ve gebeliği normal devam eden 50 gebe ile yapılmıştır. Çalışmamız araştırma grubu ve kontrol grubu olarak 2 grupta incelenmiştir. Araştırma grubundaki gebeler klinik olarak abortus imminens tanısı almış gebelerden, kontrol grubundaki gebeler ise gebeliği normal şekilde devam eden gebelerden oluşmaktadır. Çalışmamıza psikolojik problemleri ve sistemik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanmak zorunda olan gebeler alınmamıştır.

Düşük riski olan grubun %94'ü, normal gebelerin %86'sı 19-34 yaş grubundadır. Gebelik haftaları düşük riski olan grupta ortalama $13,4 \pm 3,6$, normal gebelerde $13,5 \pm 3,0$ 'dır. Her iki grubunda %84'ü ev hanımıdır. Grupların tamamı evlidir.

Araştırmamızda veri toplama aracı olarak 40 sorudan oluşan anket formu ile grupların kaygı düzeylerini saptamak için Spielberger'in Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Traid Anxiety Inventory) STAI form kullanılmıştır. STAI form durumluluk ve süreklilik kaygı düzeyini yansıtmakta kullanılan 20'şer maddeden oluşan bir ölçektir. Anket formu kadınların demografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, obstetrik özellikleri, gebelikle ilgili duygu ve düşünceleri, hastanedeki durumlarıyla ilgili açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşmuştur.

Elde edilen veriler, SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programına kodlanarak girilmiştir. İstatistiksel analizlerde Pearson Ki-kare (X^2) testi, ANOVA ve student t testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

Araştırmamızda düşük riski olan kadınların durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının gebeliği normal devam eden kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Yine düşük riski olan grupta aile çevresinden destek alan gebelerin durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, sağlık personelinden destek alan gruba göre düşük bulunmuştur. Bu da aile desteğinin önemini ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar kelimeler: Abortus imminens, Anksiyete, Gebelik.

SUMMARY

The Research on Anxiety Levels of the Women Who Have the Risk of Miscarriage

The study has been made to search the feelings and thoughts of the women who are under the risk of miscarriage and aims to point out their anxiety levels.

In this research the participants have been chosen among the pregnant applicants of Afyonkarahisar Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Practice and Research Hospital, Maternity Ward and Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Child and Maternity Hospital between July-August 2007.

The subjects of the research are; 50 women who had the risk of miscarriage during their pregnancy and 50 women who had a normal pregnancy period. The study is evaluated in two groups which are called "research" and "control" group.

The participants who had the risk of miscarriage in their pregnancy are involved in the first, research group and the participants living a normal pregnancy are observed in the second, control group. The pregnant ladies who have psychological problems, periodic illness and obligation to a regular drug use have been deliberately excluded from the survey.

%94 percent of the participants involved in the "research" group and %86 of the candidates observed in the "control" group are between 19-34 age level. The average of the pregnancy weeks in the potential miscarriage risk group is $13,4\pm 3,6$ and this rate is $13,5\pm 3,0$ for the normal pregnant's group. Also for both of the groups, %84 of the participants are housewives and all of them have been married.

The survey consists of a questionnaire with 40 questions and a STAI (State Traid Anxiety) form of Spielberger to figure out the groups' anxiety level and collect data. STAI form is the measurement that involves 20 items in and used in order to reflect the state, continuity of the participants' anxiety level. Open and close-ended questions about women's demographic features, general health datas, obstetric characteristics, feelings and thoughts on pregnancy and their situation in the hospital are aimed in the survey form.

Given information are analysed via SPSS for windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences) programme Pearson's Chi-Square (X^2) test, ANOVA analysis and student t-test are applied. Statistical meaningfulness is assumed as $p < 0,05$.

In the research it's found out that; state and continuity anxiety scores of women who have the potential risk of miscarriage have been considerably higher compared to the women leading a normal pregnancy period. Also, State and Continuity Anxiety Scores of the pregnant within the risk group of miscarriage, who are supported by their families, have been lower than the scores of those who are supported by health personnel. The result draws attention to the importance and positive influence of the family support.

Key Words: Anxiety, Miscarriage risk, Pregnancy.

GİRİŞ

1. KADIN VE GEBELİK

Türk toplumunda ailenin, ailenin içinde de kadının yeri ve önemi büyüktür. Toplumumuzun mutluluğu, onu oluşturan ailelerin mutluluğuna bağlıdır. Bu mutlulukta annenin rolü büyüktür. Çocuk dünyaya getirme, onu besleyip büyütme, ona ilk eğitimi verme görevi annenindir (1).

Çocuk doğurma ve ana olma kadınların en önemli özelliğidir. Gebelik neslin devamını sağlamasıyla kadının hayatında önemli bir yere sahiptir (2).

Kadının toplumdaki statüsünün ve sosyo-ekonomik durumunun düşüklüğü, hem sağlık düzeyini, hem de doğurganlık davranışlarını etkilemektedir (3).

Kadının doğurganlığı kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır. Kadının eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sınırlı olduğu gelişmekte olan toplumlarda kadın, toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır. Bu toplumlarda kadın çocuk sahibi oldukça daha çok kabul ve saygı görmektedir. Aynı zamanda fazla çocuk, doğum hızı yüksek olan toplumlarda ortaya çıkan fazla çocuk ölümlerine ve yaşlılıkta yalnızlık ve bakımsızlığa karşı da bir güvence olmaktadır. Kadının sosyal konumu, doğurganlığının, dolayısı ile ana-çocuk sağlığının en önemli belirleyicisidir (4).

Kadınların geleneksel sosyalizasyonu, onları iyi bir eş, anne ve ev kadını olmaya yönlendirirken, diğer yandan erkekler başarılı bir ekmek parası kazanıcı olmaya yönelik olarak sosyalize olurlar (5).

Toplumumuzda gebelik evliliğin en önemli beklentisidir. Bu beklentinin temelinde ise çocuk sahibi olmayı “gelecek için bir güvence olarak görme” düşüncesi yatmaktadır (2).

Bir gebeliğin sağlıklı yürümesi ve sonuçta sağlıklı anne ve sağlıklı bebeğe sahip olmak, toplumun en küçük ünitesi olan ailenin sağlığını olumlu yönde etkiler (4).

Gebelik ve doğum fizyolojik olaylar dizisidir. Kadının bir gebeliğin etkisinden fizyolojik olarak kurtulması için en az iki yıl hatta üç yıl geçmesi gerekmektedir. İyi beslenmiş, yeterli tıbbi bakım görmüş ve fizyolojik doğurma yaşında olan kadında

bile iki yıldan sık olan gebeliklerde prematürelilik, düşük tartılı doğum, zor doğum ve sık abortuslar görülecektir (6).

Başarılı ve mutlu bir gebelik seyri için gebeliğin önceden planlanması, çiftin psikolojik ve ekonomik açıdan buna hazır olması, yakın aile desteği, anne ve baba adayının gebelik ve doğum ile ilgili gerekli bilgilere yeterli düzeyde sahip olması arzu edilir. Bu durum gebelikte oluşabilen bazı problemlerin ne zaman ve hangi düzeyde yaşanacağını önceden bilinmesini, anne ile bebek arasında daha sağlıklı bir iletişim kurulmasını ve gebeliğin daha rahat geçirilmesini sağlayacaktır (7).

Gebelik planlı ya da plansız isteyerek ya da istemeyerek olsun kadın yaşamında gelişimsel bir dönüm noktasıdır, yaşam krizidir ve stres ve anksiyeteyi beraberinde getirir. Eric Erikson bu krizi normal bir yaşam krizi olarak tanımlamıştır (2, 4, 9).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1977 yılındaki tanımına göre düşük; 20. gebelik haftasından önce, 500 gr'dan az embriyo veya fetüs ve eklerinin tamamının veya bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olayıdır. Gebeliğin 20. haftasına kadar olan ve ağırlığı 500gr ve altında doğan fetuslar düşük olarak kabul edilirler. Gebeliklerin yaklaşık %10'u ilk 12 hafta içinde spontan düşükle sonuçlanır. 12. haftaya kadar olan düşükler erken düşük, 12- 20 haftalar arası geç düşük olarak isimlendirilmektedir (4).

Düşüğü etkileyen faktörler incelendiğinde; sosyal faktörler, ekonomik faktörler, tıbbi faktörler ve dini faktörler yer almaktadır (10).

Düşükler yüksek sağlık risklerinin bulunması, ekonomik maliyetleri ve önlenilebilirliği nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Düşükler ve düşüğe bağlı sorunların çözümlenmesinde öncelikle; düşüklerin boyutu, düşük yapanların özellikleri, düşük yapma nedenleri, düşüklerin kimlere yaptırıldığı ve düşüklerle aile planlaması hizmetleri arasındaki etkileşimin tanımlanması gerekmektedir (11).

TNSA (2003)'nın çalışmasına göre her 100 gebelikten 10'u kendiliğinden, 11.3'ü isteyerek, 1.3'ü de ölü doğumla sonuçlanmaktadır. İsteyerek yapılan ve kendiliğinden olan düşükler canlı doğum dışında sonuçlanan gebeliklerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Kadınların beş gebeliğinden birinin canlı doğum dışında sonlandığı görülmektedir. Kadının yaşı arttıkça daha fazla çocuk sahibi olmak istememesi nedeniyle düşük yapan kadınların yüzdesi de artmaktadır. Gebeliği

ertelemek için ya da sağlık kaygıları ile gebeliği sona erdirmek 35 yaş ve üzerindeki kadınlar arasında daha yaygın nedenler olarak ifade edilmiştir (12).

Çiftlerin bir kısmı ise ilk sevinci takiben büyük bir hayal kırıklığı ile yüz yüze kalırlar. Bu hayal kırıklığının adı bebeğin kaybı ile sonuçlanan düşüktür. Düşük, bir kadının hayatında yaşadığı psikolojik açıdan en şiddetli travmalardan birisidir. Konu hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması durumunda travmanın şiddetinin daha fazla olacağı açıktır. Oysa olayın nedenleri ve gelecekteki çocuk sahibi olma potansiyelleri hakkında bilgi sahibi olan bir kadın durumu çok daha kolay atlatacaktır (13).

Gebelik istensin veya istenmesin bir ailenin hayatında gelişimsel bir dönüm noktasıdır. Gebe kaldığını öğrenen kadının ilk reaksiyonu değişik olmakla birlikte; bazıları için çok mutlu bir olayken bazıları içinde üzüntü ve mutsuzluk kaynağı olabilir. Sıklıkla derin ve güçlü duygular yaşanır (2).

Gebelik sırasında psikolojik olarak iyi olabilmek için sosyal desteğin bulunması da önemli bir faktördür (2).

Bizde bu çalışmamızla düşük riski olan kadınlardaki kaygı düzeylerini belirlemeyi amaçladık.

2. GEBELİKTE GÖRÜLEN PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik ve doğum önemli biyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir. Gerçekte ailenin yaşam döngüsündeki en stresli ve endişe üreten dönemlerinden biridir (14).

Her ne kadar dünyaya bir bebek getirmek yani doğum, kadın için normal ve doğal bir olaysa da, eğer kadınlar bilinçli olarak doğuma hazırlanmazlarsa pek de kolay bir olay değildir (15).

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Gebeliğe uyum süreci her kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir. Örneğin çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı (bağımlı, bağımsız, aşırı verici, paylaşılan gibi), kendi benlik kavramı, daha önce anneliğe hazırlayıcı olarak oynadığı roller (kardeşlerine bakma gibi), çevresinde bulunan olumlu veya olumsuz rol modelleri, gebeliğini planlamış olma, gebeliği kadınlığının bir kanıtı olarak görme ve sosyo-ekonomik koşullar, annenin gebeliği kabullenmesinde önemli rol oynar (4).

Bebek sahibi olmak isteyip de adet kanaması geciken bir kadının ilk aklına gelen olasılık doğal olarak gebe olduğudur. Büyük bir heyecan ile jinekologuna giden ya da eczaneden aldığı testi yaptıktan sonra gerçekten gebe olduğunu öğrenen kadının ve eşinin sevinci çiftin hayatındaki önemli anlardan birisidir. Bu mutluluk doğum gerçekleşip de aileye yeni bir birey katılmasıyla birlikte başka bir boyut kazanır (13).

Bağımlılık ve sosyal destek konusunda Holmes ve Rahe'nin "hayat değişikliklerini" ölçen "Stres Düzeyleri Ölçeği" ile yapılan bir araştırma oldukça ilginç bir sonuç vermiştir. Yüksek hayat değişiklikleri puanına sahip olan ve yakın çevrelerinden gördükleri destek yetersiz kalan kadınlarda, gebelik ve doğum komplikasyonuna rastlanma ihtimalinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşılık, benzer yükseklikte hayat değişiklikleri puanına sahip olan kadınlar, eğer eşlerinden, ana-babalarından veya kardeşlerinden duygusal ve ekonomik destek göreceklere inanıyorlarsa, gebelik ve doğum komplikasyon düzeyi son derece düşük olmaktadır (16).

2.1. Birinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Birinci trimesteri bir kelime ile tanımlamak gerekseydi bu kelime ambivalan (zıt duygular) olurdu. Menstruasyonun kesilmesi, bunun yanında mide bulantılarının onu rahatsız etmesi, kendisini yorgun hissetmesi, hasta olmadığı halde kendisini iyi hissetmeme, kadında ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu rahatsızlıklar kadınların gebeliği istememesine neden olur (4).

İstenmeyen gebelikler de sıkıntı, bunaltı ve depresyon riskini artırabilir (14).

Diğer taraftan kadın sağlıklı olduğuna inanmak ve gebeliğinin iyi gittiğini öğrenmek isteyebilir. Anne adayı olan kadın kendisinden başka çevresinde bulunan ve onun için önem taşıyan kişilerce de gebe olduğunun bilinmesi ve istenmiş olmasından emin olmak ister. Bu tür davranışlar kadının desteğe olan gereksinimini ortaya koymaktadır (2, 4).

Ayrıca bebeğe yönelik sorumluluk alma konusunda endişelidir. Gebeye hamileliği önceleri gerçekmiş gibi gelmez ve kendisine odaklanır. Sürekli neşeden hüznü ve gözyaşlarına geçişler şeklinde ruhsal durumunda değişiklikler olur (2).

Gebelerin büyük bir kısmında (her 10 gebeden 2 tanesinde) daha çok ilk üç ayda depresyon görülebilir. Genellikle gebeliğin ilk üç ayında görülen duygusal dalgalanmalarla karışabilir. İstenmeyen ve hazır olunmayan gebeliklerde, aile baskısının yoğun olduğu, babanın ve ailenin yeterince ilgi göstermediği, sosyoekonomik sıkıntının yoğun olduğu gebelerde daha sık görülür (17).

Gebeler karamsar, neşesiz, içine kapanık olurlar. Uyku ve yeme bozuklukları ortaya çıkar. Sosyal aktivitelere, arkadaş toplantılarına katılmak istemezler. Bazıları gebeliği ve hatta çocuğu reddeder. Belli bir tedavisi yoktur, gebelik haftaları ilerledikçe bu neşesizlik, kendini kötü hissetme ve umutsuzluk gittikçe hafifler (17).

2.2. İkinci Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

İkinci trimesterde görülen fiziksel değişiklikler ambivalan duyguların ortadan kalkmasını sağlar. Bu dönemde kadının gücü yavaş yavaş artmaktadır. Bulantıları geçmiştir, kendisini iyi hisseder ve olumlu duygular geliştirir. Kadın, gebe bir kadının görünümünü kazanmıştır. Bu trimesterde denen fetus hareketleri başlar. Bu da kadının ilgisini kendisinden bebeğe yöneltir. İçinde bir canlı hissettiğini söyleyebilir. İlk önceleri bebeğe kendisinin bir parçası olarak bakar. Daha sonraki gebelik dönemlerinde ise anne bebeğin kendi içerisinde olan, fakat ondan farklı bir varlık olduğu gerçeğini kabul eder. Kabul ettikçe de annelik rolünü de kabul etmeye başlar (4).

İkinci trimesterde anne kendisi ve bebekle ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar. Anne hayallere dalar. Çevresinden kopup bebeği ile bütünleşir. Kendini beğenir. Hareketlerini yavaşlatır. Yavaş giyinir ve gebeliğini göstermeye çalışır (2, 4).

Ruhsal problem riskinin en düşük olduğu dönemdir. Aynı zamanda fiziksel olarak kendilerini en rahat hissettikleri dönemdir (14).

2.3. Üçüncü Trimesterde Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebeliğin son döneminde doğum ağrısı ve doğum hakkındaki korku ve anksiyete giderek artabilir. Fiziksel rahatsızlık ve gebeliğin artan yükü ve sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanması gereksinimini ortaya koyar. Artık daha çabuk yorulur ve yeni beden sınırlarına uyum sağlamakta güçlük çeker, kendini rahatsız hisseder. Artık gebelikten bıkmaya başlamıştır. Aynı zamanda doğum hakkında endişeleri vardır. Son ayda anne ilk trimesterde yaşadığı ambivalan duyguları yeniden yaşamaya başlar. Gebelikten nefret eder, bebeği ister, fakat doğumdan korkar. Bu dönemde kadın kocasının gebelik, doğum ve bebekle ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmasını ister. Bebeğin ailenin diğer fertleri tarafından beklenmesi de çok büyük önem taşır (2, 4).

Gebelikte tıbbi zorluklar varsa ya da geçmişte ruhsal bozukluk öyküsü varsa sıkıntı bunalıtı ve depresyon riski yükselmektedir (14).

3. GEBELİK KAYIPLARI

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak doğacak çocukların %10-20'si, gebelerin ise %20-30'u risk grubuna girmektedir (2, 4).

Gebelik ve doğum fizyolojik olaylar dizisidir. Kadın fizyolojik olarak gebeliğin etkisinden yaklaşık 2-3 yıllık süreden sonra kurtulmaktadır. Bunun yanı sıra annenin bebeğini beslemesi, bakması, onunla ilgili yoğun uğraşı da bu sürenin içindedir (6).

Genelde en sıklıkla ilk 3 ay risk dönemidir. Gebelik ilerledikçe düşük olma olasılığı da giderek azalmaktadır (18).

Gebeliklerin %50'si beklenen adet tarihinden önce veya beklenen adet tarihinde düşükle sonuçlanmaktadır. Adet gecikmesinden sonra oluşan düşükler ise gebeliklerin %13-15'ini oluşturmaktadır. Düşüklerin %90'ı 12-14 haftadan önce gerçekleşmektedir. İlginç olarak gebeliğin 8.5-14. haftaları arasında düşük oranı sadece %2.5 olarak rapor edilmiştir (19).

Yapılan çalışmalarda kadınların %10-20'sinin üreme döneminde bir defa düşük yaptıkları görülmüştür. Düşük sayısı arttıkça bir sonraki gebeliğin düşükle sonuçlanma olasılığı artmaktadır. Daha önce doğumla sonuçlanan gebelik olması ileride başarılı gebelik olasılığını artırmaktadır. Sigara ve alkol tüketimi düşük riskini artıran önemli faktörler olarak kabul edilmektedir. Fetal dönemde , yani gebeliğin 10. haftasından sonra düşük olması doğumla sonuçlanan gebelik olasılığını daha erken dönemdeki kayıplara göre çok daha fazla azaltmaktadır. Gebeliğin 16-27. haftaları arasında bebeğin anne karnında ölmesi, bir sonraki gebelikte düşük olasılığını 20 kat artırmaktadır. Gebeliğin 28. haftasından sonraki gebelik kaybı ise tekrarlama riskini 5 kat artırmaktadır (19).

Erken Gebelik Riskleri

Abortuslar

Abortus incompletus

Abortus completus

Abortus imminens

Abortus incipiens

Missed abortus

Septik abortus

Habitüel abortus

Serviks yetmezliğine bağlı abortuslar

3.1. Abortuslar

Abortus çok eskiden beri bilinen tanımlanmış bir klinik olgudur. Antenatal dönemin, birinci ve ikinci trimesterinde kanama yapan nedenler arasında ilk sırayı alır. Kanama yapmasının dışında yine oluşturduğu birçok komplikasyonlarla önemli bir obstetrik patoloji niteliğini taşır.

Bilimsel çalışmalarda rapor edilen düşük sıklığı tahminlerin üzerinde ortalama olarak % 20 civarındadır. Genelde en sıklıkla ilk 3 ay risk dönemidir. Gebelik ilerledikçe düşük olma olasılığı da giderek azalmaktadır. Düşüklerin %80'inden fazlası birinci trimester içinde yani ilk 13 haftada meydana gelir. En fazla risk ise ilk 8 haftada olup, bu gebelik haftasından sonra düşük şansı giderek azalmaktadır (18).

3.1.1. Abortus İmminens (Düşük Tehdidi)

Gebe kadınlarda ilk trimesterde ortaya çıkan her vajinal kanama durumunda düşük tehdidi düşünülmelidir. Gebe kadınların ortalama %20-25'inde erken gebelik döneminde lekelenme tarzında veya daha fazla miktarda vajinal kanama olabilir. Bu olguların ortalama yarısında abortus gerçekleşmektedir. Kanama kahverengi veya açık kırmızı renkte bir kez olabilir veya belli bir süre devam edebilir. Ağrı olmayabilir veya orta şiddette, kramp tarzında pelvis orta hattında veya bel

bölgesinde ağrı olabilir. Parça düşürme öyküsü yoktur. Pelvik muayenede servikal açıklık ve silinme yoktur (4, 20).

Tanısı; öykü, pelvik muayene, laboratuvar araştırmaları ile konulur. Ultrasonografi ile embriyonel kese, fetal kardiyak aktivite araştırılır (20, 53).

Tedavide hasta yatak istirahatine alınır. Kanamanın miktarı veya hastanın sosyo kültürel düzeyine göre hospitalize edilir. Hasta anksiyete içinde ise sedatize edilir, koitus yasaklanır. Anemisi var ise kan transfüzyonu veya demir preparatları ile tedavi edilir. Eğer alınan önlemlere rağmen kanama ve ağrı durmuyor, HCG titrasyonlarında ve uterusun büyüklüğünde artma olmuyor, ultrasonografide fetal viabiliteye ilişkin ekoller alınamıyor ise artık olgu durdurulamayan düşük formuna girmiştir (4, 20, 53).

3.1.2. Abortus İncipiens (Durdurulamayan Düşük)

Orta derecede kanama, alt abdomende kramp tarzında ağrı ve servikal dilatasyon ile karakterizedir. Servikal kanaldan konsepsiyon ürünü ve embriyonel kese dışarıya doğru sarkar. Kanama şiddetli ise uterusun boşaltılmasına gidilir. Hasta yatak istirahatine alınır. Kanama dikkatle gözlenir. Yaşam bulguları sık takip edilir. Uterus kontraksiyonları için istenilen ilaçlar uygulanır. Hemoglobun, kan grubu ve cross-matching tayini yapılır. Eğer düşük 24 saat içinde gerçekleşmezse uterus küretajla boşaltılır. Antibiyotik tedavisine başlanır (2, 4, 21).

3.1.3. Abortus İncompletus (Tamamlanmamış Düşük)

Düşüğün tam olarak gerçekleşmemesidir. Kanama ile birlikte gebelik ile ilgili dokuların bir kısmı atılır ancak, önemli bir kısmı rahim içinde kalır. Altı haftadan büyük gebeliklerde düşük sonrası içeride parça kalma olasılığı yüksek olduğundan her hastada kürtaj yapılarak parça kalmadığından emin olunması gerekir (22).

Genelde fetus atılmıştır, plasenta içerdedir. Kanama azalmaz serviks açık kalır. Tedavide uterus boşaltıldıktan sonra hasta 2 gün kanama yönünden gözlem altında tutulur. Perine hijyenine dikkat edilmelidir. Ağrılar dinmiş ve kanama durmuş olsa bile abortus kompletustan bahsedilemez. İçerde kalan parçalar şiddetli yeniden kanamalara enfeksiyona neden olabilir (2, 4, 7).

3.1.4. Abortus Kompletus (Tam Düşük)

Konsepsiyon ürününün tümü (fetus, membranlar ve plasenta) atılmıştır (1, 5). Komplet abortus durumunda gebeliğe ait dokuların hepsi kanama ve rahim kasılmaları ile birlikte vücut dışına atılır. Rahim içinde gebeliğe ait hiçbir doku kalmaz. Altı haftadan küçük erken gebeliklerde rahim içindeki doku hacmi az olduğundan genelde bu gebeliklerde ortaya çıkan düşükler kendiliğinden dışarıdan herhangi bir müdahale gerektirmeden sonlanırlar. Vücudun kendi savunma mekanizmaları olayı tamamen halleder. Tanı vajinal ultrasonografide rahim içi boşluğunda doku görülmemesi ile konur (22).

3.1.5. Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

Genellikle durdurulabilir düşüklerden sonra ortaya çıkar. Kanama durmuştur fakat fetus ölmüş ve uterin kavitede kalmıştır. Gebelik ürünü hafta veya aylarca retansiyon halinde kalabilir. Gebelik testleri negatifleşir ve fetal kalp aktivitesi saptanamaz. Uterus küçülür, koyu renkli vajinal akıntı başlar. Tanıyı doğrulamak için ultrasondan yararlanılır. Eğer gebelik 14 haftadan küçük ise uterus sakşın ile boşaltılır. 14 haftadan büyük ise prostoglandin veya oksitosin ile uterus kontraksiyonları uyarılarak düşük gerçekleştirilir. Missed abortus duygusal yük oluşturur ve bu hastalar gebeliğin bir an önce sonlandırılmasını ister (2, 4, 7, 22).

3.1.6. Habitüel Abortus (Tekrarlayan Gebelik Kayıpları=Alışılmış Düşükler)

Gebeliğin ilk üç ayında ard arda 3 ve daha fazla gebelik olgusunun spontan abortusla sonlanmasına habitüel abortus denir. Çiftlerin yaklaşık %2' sinde bu sorun vardır. Bu durumun tanı ve tedavisi üremeyle ilgilenen tıp dallarının en güç konularından birini oluşturur. Düşük riski, düşük sayısı arttıkça artar. Üst üste 4 düşüktan sonra tekrarlama riski %50'ye kadar yükselmektedir (23). Çeşitli nedenleri vardır ve genellikle birden fazla faktör rol oynar. Bunlar genetik nedenler, genital sistemin anatomik bozuklukları, hormonal nedenler, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar, immünolojik faktörler, psişik faktörler ve servikal yetmezliktir (2, 4, 7, 22, 24).

Habitüel Abortus Sebepleri:

1) Uterusun Yapısal Bozuklukları: Habitüel abortuslarda %15 oranında bu bozukluklar suçlanır. Bunlar uterusun konjenital anomalileri (uterus septus, bicornuat uterus), servikal yetmezlik, uterus leiomyomları ve kavitedeki sineşiler (asherman sendromu) tekrarlayan düşüklere neden olabilmektedirler. Bozukluklar vaskülerizasyonu, desidual reaksiyonu bozarak, implantasyonu bozarlar veya kavite içindeki hacmi küçülterek fetüsün büyümesine engel olup abortusa neden olurlar (17, 20).

2) Endokrin (hormonal) Bozukluklar: Habitüel abortuslarda hormonal nedenler %25 oranında rol oynar. Özellikle tiroid bozukluklarında (hipo veya hiperfonksiyon), corpus luteum yetmezliği ve kontrolsüz diabetes mellitus da tekrarlayan abortusların insidansında belirgin artış olmaktadır (17).

Corpus luteum yetmezliğinde yetersiz progesteron sentez ve salgılanması sonucu endometriumda yetersiz desidual reaksiyon (luteal faz defekti) olacaktır. Bu olgularda habitüel abortus insidansı % 28 civarındadır.

3) Enfeksiyonlar: Pyelitis, apendisitis gibi bazı akut enfeksiyonlar genel septisemi ve yüksek ateş yaparak uterus aktivitesini artırıp, abortusa neden olabilirler. Sifiliz,

listeriozis, toxoplasmosis, rubella, nadiren brusellozis, chlamydia ve diğerk bazı bakteriyel enfeksiyonlarda da spontan abortus insidansı yüksektir (25).

4) Kromozomal Bozukluklar: Tekrarlayan gebelik kayıplarının %2-4'ünde anne veya babadan gelen dengeli kromozom bozuklukları görülür. Bu kromozom bozukluğunun kadından gelme olasılığı 2 kat daha yüksektir. Kromozom bozukluğunun etkilenen kromozom ve bozukluğun anne veya babadan kaynaklanmasına bağılı olarak değışmektedir. Bozukluğun anneden gelmesi durumunda düşük olasılığı daha yüksektir. Translokasyon aynı kromozomda ise normal bebek olma olasılığı yoktur. Anne veya babadan gelen kromozom bozukluklarında gebelik sırasında koriyon villus örnekleme, amniosentez veya bebekten kan alınması gibi yöntemlerle bebeğın normal olup olmadığına bakılabilir. Ancak bu hastalarda tüp bebek uygulanması ve elde edilen embriyolara preimplantasyon genetik tanı (PGD) uygulaması ile anormal gebelikler önlenebilir (25).

5) Bağışıklık Sistemine Bağılı Faktörler: Bunlardan birincisi otoimmün faktörlerdir. Tekrarlayan düşük sorunu olan hastaların %15-20'sinde kanda antifosfolipid antikorları (antikardiolipin antikorlar ve lupus antikoagulan) yükselmektedir. Antifosfolipid sendromu olan hastaların bir bölümünde birçok klinik bulguya (pıhtılaşma bozukluğuna bağılı bulgular) ek olarak düşükler görülmekle birlikte, bir grup hastada tekrarlayan düşük dışında başka klinik bulguya rastlanmamaktadır. Bu nedenle tekrarlayan düşük nedeniyle başvuran hastalarda bu antikorlara bakılması gerekir. Tiroid bezi antikorlarının tekrarlayan düşükler üzerinde önemli bir rolü olmadığı gösterilmiştir (25).

6) Sistemik Hastalıklar: Kronik hipertansif böbrek hastalıkları, kollagen doku hastalıkları (sistemik lupus eritematozis, scleroderma) ve vasküler hastalıklarda habitüel abortus insidansındaki artış dikkati çekmektedir (25).

7) Psşik Faktörler: Tekrarlayan abortus gösteren olguların, heyecanlı, sinirli ve anksiyete içindeki bir kimliğe sahip oldukları belirtilmektedir (23, 25).

8) Servikal Yetmezlik: İkinci trimesterde serviksin ağrısız dilatasyonu sonucu membranların rüptüre olup, immatür fetüsün uterus kavitesinden dışarıya atılmasına neden olan bir patolojidir. Öyküde tekrarlayan düşükler dikkati çeker. Tedavisi, değişik cerrahi tekniklerle internal os seviyesinde servikal kanalın daraltılması ile gerçekleştirilir.

Habitüel abortuslarda tedavi etyolojiye yönelik olacaktır. Genetik bozukluklarda donörle olan artifisyel inseminasyon veya embriyo transferi yapılır. Konjenital uterus anomalilerinde metroplasti operasyonları, myomlarda myomektomi, servikal yetmezlikte sirkülasyon operasyonları yapılır. Hormonal bozukluklarda; corpus luteum yetmezliğinde günde iki kez 25 mgr vaginal supozituar şeklinde progesteron veya ovulasyon indükleyici ajanlar kullanılır. Tiroid patolojilerinde tiroid ekstreleri veya antitiroid ilaçlar verilir. Enfeksiyonlarda uygun antibiyotikler uygulanır (23, 25).

Tekrarlayan Gebelik Kaybı Olan Hastaların İzlemi:

- Tekrarlayan gebelik kaybı olan hastayı ele alırken en önemli yaklaşım eğitim ve destektir.
- Hastalar çoğunlukla herhangi bir bulgu olmasa da kaybın anne yaşıyla birlikte artacağı konusunda eğitilmeli, erken doğum ve dış gebelik gibi diğer gebelik komplikasyonlarının artmış riski altında olduklarını bilmelidirler.
- Sağlıklı bir gebeliğin zarar görmesinin zor olduğu ve normalde rahim kramplarının artmasına neden olan cinsel ilişki ve egzersiz gibi aktivitelerin sağlıklı bir gebeliği bozmayacağını söylemek yararlıdır.
- Genellikle 35 yaş altındaki kadınlarda üç düşüktan, daha ileri yaştakilerdeyse iki düşüktan sonra laboratuvar çalışmaları yapılmalıdır. Bu laboratuvar yükünü ve sağlık hizmetlerinin maliyetini belli oranda azaltmak içindir.
- Düşük yapan çiftler tam bir değerlendirme ile başarılı bir tedavi sonrasında gebe kalınca ilk üç ayda yoğun doktor desteğine ihtiyaç duyarlar.

- Son yıllarda ortaya atılan “Trombofili” durumunda ise plasentaya giden kan akımı oluşan küçük tıkaçlar sayesinde düşmekte ve fetüs kaybedilmektedir. Bu durumun tespiti sonrası kanda pıhtılaşmayı önleyici bazı ilaçlar ve “metioninden fakir diyet” tavsiye edilmektedir.
- Tekrarlayan gebelik kayıpları ile karşılaşan aileler, bunun bir kader olmadığına inanmalıdır. Bu inançla ve sabırla sağlık personeli ile işbirliği içinde gerekli önlemler alınmalıdır.
- Nedene yönelik tedavi sonrası, başarılı gebelik oranlarının çok yüksek olabileceği (%90) unutulmamalıdır (23).

3.1.7. Septik Abortus

Septik abortus, spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumudur (26).

Septik abortus olgularının büyük çoğunluğu enfekte inkomplet abortus hastalarıdır. Genelde enfeksiyon düşüğü takiben gelişmekte ise de, bazılarında düşüğün asıl sebebidir (27).

Enfeksiyon genellikle endometrit şeklindedir ve endometrium ile uterus içinde kalan gebelik ürününü içerir. Tedavi edilmediği durumda enfeksiyon myometrium ve parametriuma ilerleme gösterir. Parametrit ise peritonite sebep olabilir. Septik abortusun herhangi bir evresinde hastada bakteriyemi ve sepsis gelişebilir. Pelvik inflamatuvar hastalığı (PIH) septik abortusun en sık karşılaşılan komplikasyonudur. Septik abortus kısa ve uzun dönem sağlık sorunlarına sebep olmaktadır. Septik abortus gelişmekte olan ülkelerde ve düşüğün yasak olduğu ülkelerde hala mevcuttur. Gebeliğin sonlandırılması yasalaştıktan sonra septik abortus oranı hızla azalmıştır. WHO’ya göre her 270 kanuna aykırı düşük nedeniyle bir kadın ölmektedir (26).

Enfeksiyon ya vajinal yoldan asenden enfeksiyon olarak ya da provake edilmiş abortuslarda, steril olmayan aygıtların kullanılması ile direkt endometriuma yerleşebilir. Ajan patojen olarak çoğu kez e.coli, gram negatif bakteriler, b hemolitik streptokoklar, anaerobik ajanlar, stafilokoklar, klostridialardır (22, 27).

Semptom olarak yüksek ateş, taşikardi, pis kokulu vajinal akıntı, karın ağrısı ve uterusu hassasiyet vardır. Laboratuvar bulgularında anemi olabilir, lökositler ve sedimentasyon yüksektir. Vajinal ve servikal akıntıdan kültür ve gram boyaması yapılarak mikroskopik inceleme uygulanır (2, 20, 22, 24).

Septik abortusta, tam kan sayımı, idrar analizi, akıntı ve kan kültürleri yapılırken, septik emboli açısından göğüs grafileri, uterin perforasyon veya uterusu yabancı cisim açısından batın grafileri çekilir (28).

Hasta hemen hospitalize edilir. Uygun mayi replasmanları yapılır. Geniş spektrumlu hem aerob hem de anaeroblara etkili antibiyotik kombinasyonlarına başlanır. Enfekte ve nekrotik odağın ortadan kaldırılması gerekir, bu işlem küretajla gerçekleştirilir (2, 4, 7, 20, 22, 24).

Septik abortus anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir. Septik abortus olgularının ve buna bağlı ölümlerin %1'i gelişmiş ülkelerde geri kalan %99'u ise gelişmekte olan ya da geri kalmış ülkelerde görülmektedir (22).

Dünyada 40-60 milyon; diğer bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir. Pek çok gelişmekte olan ülkede yasa dışı düşük komplikasyonu olarak septik abortus ve buna bağlı anne ölümleri ciddi boyutlardadır Anne ölümlerinin 1/4-1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır. Dünya nüfusunun % 25'i (52 ülke) oldukça katı küretaj yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu artırmaktadır (22).

3.1.8. Serviks Yetmezliğine Bağlı Düşükler

Serviks yetmezliği (inkompeten serviks), serviksin erken dilate olmasına işaret eder. Serviks yetmezliğinde gebelik dördüncü, beşinci aylarda spontan abortusla sonlanır. İkinci trimesterdeki kayıpların önemli bir kısmı bu nedenle ortaya çıkar. Konjenital nedenler arasında serviksin yapısal defekti ve uterus anomalisi, kazanılmış nedenler arasında ise daha önce travmatik doğum (serviks yırtığına neden olacak) ya da D&C sırasında servikal travma, servikal konizasyon ve koterizasyon sayılabilir. Hikayede tekrarlayan ağrısız ve kanamasız ikinci trimester düşükleri, servikal yetmezlik için ipucu verir. İkinci trimesterin erken dönemlerinde yapılacak bir seri vajinal muayenede, servikste ilerleyen silinme ve dilatasyon ile servikal ostian aşağı doğru inen amniyotik membranın karakteristik görünümü servikal yetmezliğin belirtileridir. Uterus kontraksiyonları yoktur. Eğer servikal yetmezlikten şüphe ediliyor ise, düzenli aralarla yapılacak ultrason kontrolü, internal ostaki dilatasyon hakkında bilgi verir (4).

Serviks yetmezliğine bağlı düşüklerde tedavi cerrahidir. Eğer kadında servikal yetmezlik hikayesi varsa, Mc Donald tarafından geliştirilen bir yöntemle internal os etrafına gebeliğin 14-18'inci haftalarında sütür konarak serviks güçlendirilir (Yöntemin diğer bir tipi de Shirodkar serklajıdır. Shirodkar yönteminde dikiş koyma şekli farklıdır). Servikse baskıyı azaltmak amacıyla gebe, trandelenburg pozisyonunda yatak istirahatine alınır. İşlem gebeliğin 20'nci haftasından sonra yapılırsa başarı şansı düşer. Eğer amniyotik membranlar açılmış ise, kanama varsa, serviks 4 cm üzerinde dilate ise sütür koyma (serklaj) işlemi yapılmaz, çünkü bu olgularda gebeliğin durdurulma şansı yoktur. Sütür konulan gebelerde doğum sezeryan ile yaptırılır veya 37'nci gebelik haftasından önce sütür alınarak normal vajinal doğum yaptırılır. Sütür konulan vakalarda başarı oranı % 80'dir (4).

3.2. Abortuslarda Hemşirelik Bakımı

- Birçok hasta düşük yapmaktan korkar ve bu işlem hakkında yanlış bilgilendirilmiştir.
- Öncelikle hemşire hastanın öyküsünü almalıdır. Son mensturasyon tarihi kanamanın özelliği, hastanın anksiyete düzeyini, ağrı enfeksiyon belirtileri ve obstetrik öyküsünde önceden kayıp yaşama durumu gibi durumları tanılar.
- Acil bakıma gereksinim duyulup duyulmadığını belirler.
- Kanama izlemi, pet takibi yapılmalıdır.
- Yaşam bulguları, kan değerleri, idrar testleri yapılmalıdır.
- HCG düzeyine bakılarak ve ultrasonografi yapılarak gebeliğin devam edip etmeyeceği belirlenir.
- Gebelik devam ediyorsa kesin yatak istirahati verilir.
- Enfeksiyon belirtileri gözlenir.
- Beslenmesi ertelenir çünkü genel anestezi gerekebilir.
- Gebelik kaybı varsa ve hasta tıbbi nedenlerle düşük yapmak zorunda kaldıysa bundan çok fazla etkilenebilir. Kadının bu duruma uyum sağlaması sağlanmalıdır.
- Kan grubu Rh(-) olan kadınlara RhoGAM yapılması gerekir.
- Düşük sonrası enfeksiyonları önlemek için kadının eksik olan hijyen alışkanlıkları tamamlanır. Enfeksiyon belirtileri (vajinal akıntıda artma, pis koku, vücut ısısında artma, kasık ağrısı) öğretilmelidir.
- Düşükten sonra ilk 3-4 gün ağır hareketlerden, iki hafta cinsel ilişkiden kaçınması konusunda eğitim verilir (2, 4).

3.3. Düşüğün Psikolojik Etkileri Ve Hemşirelik Bakımı

Düşük hem cerrahi bir işlem, hem de gebeliğin sonlanması olduğu için kadın iki yönden etkilenmektedir. Tıbbi nedenlerle düşük yapmak zorunda kalan bir anne bundan çok fazla etkilenebilir. Ayrıca bir canlının hayatına son verilmesine neden olduğu için de kendini suçlayabilir. Düşük yapma bir yaşam krizidir ve kadının birçok sorunu vardır (2, 29, 30, 54).

Düşükler çoğunlukla yüksek derecede duygusal stresle sonuçlanır. Çünkü düşük huzursuzluk ve üzüntüyle sonuçlanan tipik bir kayıp olayı olarak görülür, depresyon da başlıca psikolojik risk olarak görülür. Çoğunlukla ani ve beklenmeyen doğal tecrübe olarak verilir, bununla birlikte düşükler sıklıkla kaygıya sebep olur (31).

Düşük sonrası kadının suçluluk gibi olumsuz duygularla ve stresle baş edebilmesine destek olunmalıdır. Danışmanlık kadınların gebe kalma ve düşük yapma hakkındaki emosyonel reaksiyonlarını açıklayarak suçluluk, anksiyete, depresyonu önlemeye yardım edebilir.

Düşükle ilgili olarak danışmanlık hizmeti veren hemşirenin üzerinde durması gereken konular;

- Tıbbi nedenlerle düşük yapmasına karar verilen kadının, bu karara uyum yapmasını sağlamalıdır.
- Düşük sonrası kadının suçluluk gibi olumsuz duygularla ve stresle baş edebilmesine destek olmalıdır.
- Kontraseptif yöntem seçiminde kadına yardımcı olmalıdır.
- Hemşirenin hastasıyla dürüst, açık, karşılıklı ve güvene dayalı ilişki kurması ve geliştirmesi önemlidir. Hemşire eşleri birlikte dinleyerek korkularını, anksiyete durumlarını ve gereksinimlerini anlamalıdır.
- Hastanın reaksiyonlarını gözleyerek başa çıkabilme gücünü ortaya koymalıdır.
- Hemşire terapötik bir etkileşim oluşturmak için hastaya zaman ayırmalıdır (2, 4, 29, 30, 32, 54).

3.4. Kayıp Duygusu

Kayıp önemli değerli bir objenin yitilmesidir. Kayıp ne olursa olsun yaşamın önemli bir bölümünü oluşturur. Bir bebeğin doğumu genellikle mutlulukla karşılanan bir olaydır. Önceden tahmin edilen veya edilemeyen problemler bebeğin ölümüne neden olabilir. Bir bebeğin ölümü ebeveynleri, aile çevresini ve hastane personelini etkiler. Anne ister düşük yapmış olsun, ister neonatal bir ölümle karşılaşmış olsun, ölüm geleceğin yitimi, bebekle ilgili ümitlerin kaybı demektir. Ebeveynler ani bir boşluk ve yas yaşarlar (4).

Birinci trimester kayıpları, en sık karşılaşılan kayıp türüdür. Genelde en az travmatik olan diye nitelendirilir. Fakat ilk üç ayda fetüsün kaybı annede psikolojik sorunların görülmesine neden olabilir. Yas evresi kısa olabildiği gibi çok uzunda sürebilir (2).

İkinci ve üçüncü trimester kayıpları arasındaki fark, sürecin sonunda yas tutulabilecek bir bebeğin olmasıdır. Aynı zamanda üçüncü trimester kayıplarında anne duygularını daha açıkca ifade edebilir (4).

Kayıpta Hemşirelik Yaklaşımları:

- Bireyin yanında olunmalı,
- Mahremiyetine özen gösterilmeli,
- Kabul etmeme ve onu yalanlama gibi davranışta bulunulmamalı,
- Duygularını ifade etmesi sağlanmalı,
- Kaybı kabul etmeye başladığında gerçek anlatılmalı,
- Bireyi destekleyecek kişilerle görüşülmeli,
- Durumu ortaya çıkarmak için açık uçlu sorular sorulmalı,
- Yargılamaktan kaçınılmalı,
- Aktif dinleme teknikleri kullanılmalı,
- Bireyin güçlü yönleri ortaya çıkarılmalı ve bireye geri bildirimde bulunulmalıdır (4).

3.5. Kriz

Kişi yaşamındaki önemli hedeflerin önünde alışılan sorun çözme yöntemleriyle başedemediği bir engelle karşılaşıncı kriz durumu oluşur (2).

Herkes yaşamının belirli dönemlerinde kriz durumuyla karşılaşabilir. Kriz sebebi kayıp, tehdit, yardım sistemlerinin yetersizliği ve kullanılan başatme yöntemlerinin etkisizliği olabilir (4).

Kriz bir dönüm noktası veya karar anı şeklinde yorumlanabilir. Eğer olumlu sonuçlanırsa kişi daha güçlenmiş ve yeni başa çıkma becerileri öğrenmiş olarak çıkar ve gelecekteki krizlerde bunları kullanabilir. Olumsuz sonuçlandıysa da daha kötü bir uyuma ve olası psikolojik rahatsızlıklara götürebilir (33).

Kriz durumları gelişimsel ve durumsal krizler olarak iki safhada incelenmektedir.

Gelişimsel (değişimsel) Kriz; yaşama ait olan ve birçok kişi tarafından pozitif olarak yaşanan olaylardır. Örneğin ana-baba olma, evlenme, gebelik, çocuk sahibi olma gibi. Geçiş dönemlerinin başka yaşam olayları ile aynı zamana denk gelmesi kriz potansiyelini artırır.

Durumsal Kriz; Birdenbire ortaya çıkan ve acı verici olan, ruhsal durumu, sosyal kimliği, güvenliği ve hoşnutluk durumunu tehdit eden olaylarda görülür. Hastalık, bir yakınımın ölmesi, sorunlu bir bebeğe sahip olma gibi (4).

Gebeliğin kaybı ya da kayıp riski taşıması stres hatta krize neden olur. Riskli gebeliklerde kadın iki krizi bir arada yaşar. Birincisi gebeliği ile ilgili gelişimsel bir kriz, ikincisi anne ve bebeğin sağlığının riskli olması ile durumsal bir kriz yaşar ve anksiyete artar (2).

Caplan, krizin dört aşamasından söz eder. Bunlar:

1. Anksiyeteye neden olan tehdidin, olayın algılanması. (Sorun çözümleme yönteminden yararlanılarak kriz çözümlenmeye çalışılır. Eğer bu uğraş başarısız olursa ikinci aşamaya geçilir).
2. İlk aşamada başa çıkma yolları etkisiz olursa anksiyete ve karışıklık oluşur. (Birey kendinden geçer gibi olur, iyi düşünemez, ne yapacağını bilemez, bununla da başa çıkılamaz ve bir rahatlama olmazsa üçüncü aşamaya geçilir).

3. Birey iç ve dış kaynaklarını harekete geçirir. Yeni sorun çözme yöntemlerinden yararlanır ya da tehdidi yeniden gözden geçirir ve eski yöntemleri bir kez daha harekete geçirir. Eğer bunlar etkili olursa sorun çözümlenir. Olmazsa 4. aşamaya geçilir.
4. Sorunun devamı halinde anksiyete artar, ağırlaşır ve panik yaşanır. Aşırı derecede zihinsel, heyecansal ve davranışsal karışıklıklar oluşabilir.

3.6. Stres

Stres, iç ya da dış çevreden kaynaklanan homeostazisi bozan ya da bozmak için tehdit eden ve organizmada gözlenebilir ve kimyasal değişikliklere neden olan olaylardır. Stresör, strese neden olan ve stres durumunu artıran bir ajan, faktör ya da organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır (32).

Amerikalı psikologlar değişik yaşam olaylarının stres puanlarını hesaplamışlar ve çalışma sonucunda;

- evlenmek 7.sırada ve 50 puan,

- gebelik 12. sırada ve 40 puan,

- doğum 14. sırada ve 40 puan almıştır. Diğer puanlar 100 ile 11 arasında değişiklik göstermiştir.

Türkiye’de ise Salaman Sorios tarafından 1982 yılında İzmir’de yapılan araştırma sonucunda ülkemize özgü stres puanları hesaplanmıştır. Araştırma sonucunda; çocuğun ölümü ilk sırada ve 98 puanla yer almıştır. Aynı şekilde çocuğun hastalanması, sakatlanması 6. sırada 85 puanla, çocuk düşürme ve düşük yapma 17. sırada ve 67 puan almıştır (2).

Stres ve Gebelik Arasındaki İlişki: Yapılan bazı çalışmalar yüksek orandaki stresin erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskini artırdığını göstermektedir. Yapılan bir çalışmada hamileliklerinin 18-20. haftasında yoğun stres yaşadıklarını ifade eden kadınların kan dolaşımında kortikotropin salgılatıcı hormonun (CRH) yüksek oranda bulunduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada

yüksek miktarlardaki CRH'nın erken doğum ile ilişkisinin olabileceği gösterilmiştir. CRH, stres ortaya çıktığında beyinden salgılanan ilk hormondur. Erken doğan bebeklerin kilolarının düşük olması normaldir. Ancak stres, zamanında doğan bebeklerin kilolarının da olması gerekenden daha düşük olmasına yol açmaktadır (17).

Stresin Gebelik Üzerine Etkileri: Yapılan bir araştırmada, gebeliklerinin erken döneminde yoğun stres yaşayan kadınlarda gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve preeklampsinin yaklaşık 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Amerika'da yapılan bir başka çalışma ise yoğun stresin düşük riskini 2-3 kat arttırdığını ve bu artışın 32 yaşından büyük kadınlarda daha belirgin olduğunu ortaya koymaktadır (17).

Gebelik süreci hem kadın hem de ailesi için özel ve farklı bir dönemdir ve bu dönemde hamile kadının vücudunda, duygularında ve yaşam tarzında değişiklikler meydana gelebilmektedir. Stres rahatsız edici boyutlara ulaştığında bütün insanlar için olduğu gibi gebe bir kadın içinde zararlı olabilmektedir (17).

Gebeliğe bağlı ortaya çıkan bulantı, kusma, sık idrara çıkma, bel ağrısı, ellerde ve ayaklarda şişlikler gibi belirtiler hamile kadın için stres kaynağı olabilmektedir. Gebelik sürecinde ortaya çıkan hormonal değişimler de ayrıca kadının psikolojik durumunda ve mizacında ciddi değişikliklere neden olabilmektedir (17).

Gebelikte Stresten Korunmak İçin;

- Gebe kadınlar sağlıklı beslenmeli, yeteri kadar uyumalı, alkol ve sigaradan uzak durmalı ve egzersiz yapmalıdır. Egzersiz kadının güçlü olmasını sağlar ve yorgunluk, halsizlik ve bel ağrıları gibi gebelik ile ilgili rahatsızlıkların görülme sıklığını azaltmaktadır.
- Eş, aile ve arkadaşlarının desteğinin de çok önemli olduğunu unutmamak gerekir.
- Stresle başa çıkmak için gevşeme teknikleri kullanılabilir (nefes alıp verme, rahat pozisyon, sessiz ortam gibi). Gevşeme teknikleri doğum sırasında da kadına yardımcı olmaktadır (17).

3.7. Kaygı (Anksiyete)

Kaynağı belirsiz korkuya kaygı (anksiyete) denilir. Kaygı insanın temel duygularından biridir. İnsan tehlikeli gördüğü durumlarda kaygı duyar. Anksiyete, endişe, korku ve gerginlik gibi subjektif bir duygudur. Kişiler arası ilişkilerde, çevreye uyum sağlama, sınav öncesi ve meslek değiştirme gibi somut nedenlere bağlı olabileceği gibi yasaklanmış cinsel içgüdülerin ve agresif dürtülerin bastırılmasının, gerçekleşemediği hallerde sık sık yaşanır (34).

Anksiyetede, subjektif korku, sıkıntı ve endişe gibi duygularla birlikte terleme, taşikardi, hızlı solunum gibi otonom sinir sisteminin eşlik ettiği bedensel değişiklikler de meydana gelmektedir. Bu nedenle anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik parametreleri olan bir emosyondur (34).

Freud, üç tür anksiyete tanımlamıştır. Bunlar; korku ile eş anlamda görüp, algılanan dış tehlikeye reaksiyon olan ve acı veren bir emosyon olarak kabul ettiği Reel Anksiyete (gerçek, normal kaygı), başlangıçta cezalandırıcı anne-baba korkusundan kaynaklanan superegonun gelişmesinden sonra kaynağını ruhsal yapısından alan Moral Anksiyete ve id'in içgüdülerinin tehlikeli olarak algılanmasıyla ortaya çıkan Nörotik Anksiyete'dir.

Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre; anksiyete, kişiliğin içinden gelen bir dış duyum tarafından uyarılmış veya uyarılmamış bir tehdittir.

Anksiyete ayrıca durumluluk (geçici) ve sürekli anksiyete olarak da sınıflandırılmaktadır.

Durumluluk Kaygı (State Anxiety); bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği subjektif kaygıdır.

Sürekli Kaygı (Trait Anxiety); objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur (34).

Bilinmeyen herhangi bir tehlike karşısında bireyde uyanıklık oluşur. Bu uyanıklık hali anksiyeteye, anksiyete korkuya, korku ise paniğe neden olur. Anksiyeteyi yaşama, bireyin yaşına, yaradılışına ve bu deneyimi daha önce geçirip geçirmemesine bağlı olarak değişir.

Gebelik öncesinde, adet dönemlerinden önce premenstural sendrom gibi psikolojik ve duygusal dalgalanmalar geçiren anne adaylarında anksiyete ve depresyon sık görülür. Ayrıca gebenin kendi sağlığı ve bebeğin sağlığı için endişe duyduğu durumlarda da anksiyete ve depresyon sık görülmektedir (17).

Bir gebelik planlanmış olsun ya da olmasın kadının çocuk doğurma yeteneğini koruması ve sürdürmesi oldukça önemlidir. Kadının şu andaki gebeliğinin devam edip etmeyeceği korkusu sadece gebeliğin kaybına değil doğurganlık yeteneğinin kaybedebileceğinden dolayıdır. Bu yeteneğini kaybederse kocasının kendisine karşı duygularının değişeceğinden korkar ve kendini yetersiz hisseder. Riskli bir gebelikte ailenin sorunları karmaşıktır ve anksiyete düzeyi yüksektir (2).

Bergh ve Marcoen'in 2003 yılında yapmış olduğu araştırmaya göre annenin anksiyetesinin fetüsa etkisi, hamilelikte sigara kullanma, düşük doğum ağırlığı gibi diğer etkenlerden daha fazladır. Araştırma sonuçları kadının gebelik sırasındaki anksiyetesinin ve nöroendokrin reaksiyonların, fetüsün beyin gelişimini etkilediğini, dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranış bozukluğu, anksiyete problemi gibi çocukluk dönemi bozukluklarına hassasiyeti arttırdığını göstermektedir. Yapılan boylamsal araştırmalar özellikle gebeliğin 12-22 haftaları arasının hassas bir dönem olduğunu, bu dönemde yalnızca anne anksiyetesinin, çocuğun 8-9 yaşlarında görülen ruhsal bozukluklarında etkili olabildiği gösterilmiştir (38).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma düşük riskli olan kadınlardaki kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ve Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran gebelere uygulanmıştır. Kurum yetkililerinden gerekli izinler alınarak Temmuz 2007/Ağustos 2007 tarihleri arasında yapılmıştır. Ayrıca Etik Kurul onayı da alınmıştır.

4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız düşük riskli olan 50 gebe ve gebeliği normal devam eden 50 gebe ile yapılmıştır. Çalışmamız araştırma grubu ve kontrol grubu olarak 2 grupta incelenmiştir. Araştırma grubundaki gebeler klinik olarak abortus imminens tanısı almış gebelerden, kontrol grubundaki gebeler ise gebeliği normal şekilde devam eden gebelerden oluşmaktadır. Araştırma grubunda en düşük gebelik haftası 6 en yüksek 20'dir. Kontrol grubunda ise en düşük gebelik haftası 8 en yüksek 20'dir. Çalışmamıza psikolojik problemleri ve sistemik hastalığı olan, sürekli ilaç kullanmak zorunda olan gebeler alınmamıştır.

4.4. Verilerin Toplanması

Veriler anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu hastaların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, gebeliğe ilişkin duygu ve düşünceleri, hastane deneyimlerine ilişkin açık ve kapalı uçlu 40 sorudan oluşmaktadır (Ek:1).

Ayrıca hastalara kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger'in Durum-Sürekli Anksiyete Envanteri (State Trait Anxiety Inventory) STAI form kullanılmıştır (Ek:2).

STAI form, Spielberger'in (1970) İki Faktörlü Kaygı Kuramı'ndan kaynaklanarak geliştirilmiş, durumluluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamayı amaçlayan, 40 itemden oluşan iki ölçeği içermektedir. Kısa ifadelerden oluşan bir özdeğerlendirme (self-evaluation) anketidir.

Anket 1976'da Necla Öner ve Ayhan Lecompte tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır.

“Durumluluk Anksiyete Ölçeği” bireyin belirgin bir an ya da durumunda kendini nasıl hissettiğini ortaya koyar. Bunun için ölçeğin maddelerini okurken o andaki duygularının şiddetine göre birey; Hiç(1) , Biraz (2) , Çok (3) , Tamamiyle (4) seçeneklerinden birini işaretleyerek yanıtlar.

“Sürekli Anksiyete Ölçeği” ise bireyin kendisini genellikle nasıl hissettiğini ortaya koyar. Duygularının sıklık derecesine göre bireyin Hiç(1) , Biraz (2) , Çok (3), Tamamiyle (4) gibi seçeneklerden birini işaretlemesi gerekir.

Her iki ölçekte kişilerin anksiyete durumu ölçüt yönergesine göre uygun biçimde ; 0-19 puan (yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan (orta), 60-79 puan (ağır), 80 puan ve üzeri çok şiddetli panik olarak uygulanmıştır.

4.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Anket formları araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve araştırma için gerekli izin alınmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır. Okuma-yazma bilmeyen ve anketi rahatça dolduramayacak durumda olanlara anket, araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formlarının doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

4.6. Verilerin Değerlendirilmesi

100 kadından elde edilen veriler SPSS for Windows 11.5 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programına kodlanarak girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları) Pearson Ki-kare (X^2) testi, ANOVA, student t-testidir. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0,05$ ile tanımlanmıştır.

5. BULGULAR

Tablo 1. Olguların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

	Abortus imminens		Normal gebe		p
	sayı	%	sayı	%	
Yaş					
18 ve altı	1	2,0	4	8,0	
19-34	47	94,0	43	86,0	
35 ve üzeri	2	4,0	3	6,0	0,337
Eğitim					
İlkokul ve altı	25	50,0	30	60,0	
Ortaokul ve üzeri	25	50,0	20	40,0	0,315
Çalışma durumu					
Çalışan	8	16,0	8	16,0	
Çalışmayan	42	84,0	42	84,0	1,000
Eş eğitim					
İlkokul ve altı	16	32,0	14	28,0	
Ortaokul ve üzeri	34	68,0	36	72,0	0,663
Eş meslek					
Çalışan	48	96,0	48	96,0	
Çalışmayan	2	4,0	2	4,0	1,000
Güvence					
Var	48	96,0	48	96,0	
Yok	2	4,0	2	4,0	1,000
Sigara içme					
İçiyor	1	2,0	-	-	
İçmiyor	49	98,0	50	100,0	0,315
Eş sigara içme					
İçiyor	16	32,0	16	32,0	
İçmiyor	34	68,0	34	68,0	1,000

Tablo 1’de olguların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Yaş dağılımlarını incelediğimizde; düşük riski olan grubunun %94’ü, normal gebelerin ise %86’sı 19-34 yaş grubundadır. Gruplar benzer yaş dağılımlarına sahiptir.

Ortalama yaş düşük riski olan grupta $26,0\pm 4$ iken normal gebe grubunda $24,7\pm 5$ ’tir. Düşük riski olan grupta minimum yaş 18 maksimum yaş 35’dir. Normal gebe grubunda ise minimum yaş 18 maksimum yaş 41’dir.

Eğitim durumları incelendiğinde; düşük riski olan grubunun %50’si, normal gebelerin ise %60’ı ilkokul ve altı eğitim düzeyindedir. İki grupta benzer eğitim düzeyine sahiptir.

Çalışma durumlarına baktığımızda; düşük riski olan grubunun ve normal gebelerin %84’ünün ev hanımı olduğu, her iki grubunda %16’sının çalıştığı saptanmıştır. İki grupta benzer çalışma durumuna sahiptir.

Olguların eşlerinin çalışma durumları incelendiğinde; düşük riski olan grubunun eşlerinin ve normal gebe grubunun eşlerinin %96’sı çalışmaktadır. İki grupta benzer çalışma durumuna sahiptir.

Sosyal güvence durumlarına baktığımızda; düşük riski olan grubunun ve normal gebelerin %96’sının sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan olguların tamamı (abortus imminens %100, normal gebe %100) evlidir.

Tablo 2. Olguların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik özellikler	Abortus imminens		Normal gebe		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Evlenme yaşı					
18 yaş ve altı	13	26	20	40	0,137
19-34 yaş	37	74	30	60	
İlk gebelik yaşı					
18 yaş ve altı	9	18	14	28	0,235
19-34 yaş	41	82	36	72	
Gebelik sayısı					
1	17	34	25	50	0,310
2	14	28	12	24	
3	8	16	8	16	
4	5	10	2	4	
5	6	12	2	4	
7	-	-	1	2	
7	-	-	1	2	
Canlı doğum sayısı					
Hiç olmayan	26	52	25	50	0,298
1	14	28	14	28	
2	8	16	7	14	
3	-	-	3	6	
4	2	4	-	-	
5	-	-	1	2	
Yaşayan çocuk					
Hiç olmayan	26	52	27	54	0,541
1	14	28	13	26	
2	8	16	8	16	
3	-	-	1	2	
4	2	4	-	-	
5	-	-	1	2	
Düşük sayısı					
Yapmayan	32	64	44	88	0,012
1 kez yapan	10	20	6	12	
2 ve üzeri	8	16	-	-	

Tablo 2’de Olguların obstetrik özellikleri incelenmiştir.

Evlenme yaşlarına baktığımızda düşük riski olan grubun %74’ü 19-34 yaş grubunda, normal gebelerin ise %60’ı 19-34 yaş grubundadır. Düşük riski olan grupta ortalama evlenme yaşı $21,1 \pm 3,1$, normal gebe grubunda ise $20,0 \pm 3,2$ ’dir. Her iki grupta evlenme yaşı ortalamaları benzer olarak bulundu.

Olguların ilk gebelik yaşlarına baktığımızda düşük riski olan grupta ortalama ilk gebelik yaşı $22,3 \pm 3,8$ iken, normal gebe grubunda ise $21,1 \pm 3,7$ ’dir. Düşük riski olan grubun en düşük ilk gebelik yaşı 17, en yüksek 32’dir. Normal gebelerin ise en düşük ilk gebelik yaşı 17 iken en yüksek 30’dur. Grupların ilk gebelik yaşları benzerlik göstermektedir.

Gebelik sayısı düşük riski olan grupta en düşük 1 en yüksek 5, normal gebelerde ise en düşük 1 en yüksek 7’dir. Gebelik sayıları açısından iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0,05$).

Canlı doğum sayılarını incelediğimizde; düşük riski olan grubun %52’sinin, normal gebelerin ise %50’sinin hiç canlı doğum yapmadıkları görülmüştür. Yine grupların %28’inin bir canlı doğum yaptıkları belirlenmiştir. Aralarında istatistiksel yönden anlam bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Olguların yaşayan çocuk sayılarına baktığımızda; düşük riski olan grubun %28’inin, normal gebelerin ise %26’sinin bir yaşayan çocuğa sahip oldukları belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısı düşük riski olan grupta en düşük 1 en yüksek 4’tür. Normal gebelerde ise yaşayan çocuk sayısı en düşük 1 en yüksek 5’tir.

Düşük sayılarına baktığımızda düşük riski olan grubun %64’ü, normal gebelerin ise %88’i hiç düşük yapmamışlardır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 3. Olguların Hastaneye Başvurma Nedenlerinin Dağılımı

	Abortus imminens		Normal gebe	
	sayı	%	sayı	%
Hastaneye geliş şekli				
kontrol	-	0,0	50	100,0
kanama	39	78,0	-	-
ağrı	11	22,0	-	-

Tablo 3'e baktığımızda olguların hastaneye geliş nedenleri incelendiğinde abortus imminens grubunun %78'i kanama, %22'si ağrı şikayetiyle hastaneye başvururken, normal gebe grubunun tamamının (%100) kontrol amacıyla hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4. Olguların Hastanede Yattığı Sürece Gereksinimleri, Yardım-Destek Alma Durumlarının Dağılımı

Gereksinimleri Ve Yardım-Destek Alma Durumları	Abortus imminens		Normal gebe		p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gereksinimler					
Bir şeye ihtiyacı yok	26	52,0	50	100,0	
Aile	5	10,0	-	0,0	
Sağlıklı bebek	12	24,0	-	0,0	
Durumu atlatma	5	10,0	-	0,0	
Destek, ilgi	2	4,0	-	0,0	0,000
Yardım-destek alınan kişiler					
Aile(eş, anne, akraba)	37	74,0	43	86,0	
Sağlık Personeli	13	26,0	7	14,0	0,134

Olguların hastanede yattığı sürece en çok gereksinim duyduğu durumlar sorulmuştur. Soru açık uçlu bir sorudur ve hastaların verdiği yanıtlara göre maddelendirilmiştir. Abortus imminens grubunun %24'ünün sağlıklı bebeğe ihtiyaç duyduğu, normal gebelerin ise tamamının (%100) herhangi bir şeye ihtiyaç duymadığı saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Olguların yardım ve destek alma durumları incelendiğinde; abortus imminens grubunun % 74'ünün aile çevresinden, normal gebe grubunun ise %86'sının aile çevresinden destek aldığı görülmüştür. İki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 5. Olguların Durumlarıyla İlgili Bilgilendirilme Durumlarının Dağılımı

	Abortus imminens		Normal gebe	
	sayı	%	sayı	%
Durumu hakkında bilgisi				
Yeterli bilgi verildi	27	54,0	31	62,0
Kısa bilgi verildi	18	36,0	18	36,0
Anlamadım	1	2,0	1	2,0
Verilmedi	4	8,0	-	0,0

Olguların hastaneye yattığında durumu hakkında bilgisi olup olmadığı sorgulandığında; abortus imminens grubunun %92'sinin bilgilendirildiği, normal gebe grubunun ise tamamının (%100) bilgilendirildiği saptanmıştır. İki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Olguların Durumluluk –Süreklilik Kaygı Puanlarının Dağılımı

Gruplar	Abortus imminens		Normal gebe	
	Sayı	Ort±SD	Sayı	Ort±SD
DKP	50	42,9±5,6	50	36,7±2,6
SKP	50	50,4±6,3	50	44,2±3,5

Olguların kaygı puanlarını incelediğimizde; abortus imminens grubunun durumluluk kaygı puanı, normal gebe grubunun durumluluk kaygı puanından yüksek bulunmuştur. İki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$).

Abortus imminens grubunun süreklilik kaygı puanı, normal gebe grubunun süreklilik kaygı puanından yüksek bulunmuştur. İki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$).

Tablo 7. Olguların Taniya Göre Eğitim Durumları ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Tanı	Eğitim	Sayı	Ort±SD	p
Abortus İmminens				
DKP	İlkokul ve altı	25	42,9±5,6	0,941
	Ortaokul ve üzeri	25	42,8±5,8	
SKP	İlkokul ve altı	25	50,8±6,9	0,585
	Ortaokul ve üzeri	25	50,2±5,8	
Normal gebe				
DKP	İlkokul ve altı	30	36,7±2,8	0,933
	Ortaokul ve üzeri	20	36,8±2,6	
SKP	İlkokul ve altı	30	43,8±3,5	0,344
	Ortaokul ve üzeri	20	44,8±3,5	

Olguların eğitim durumları ile kaygı puanları incelendiğinde düşük tehdidi olan olgulardan ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki durumluluk ve süreklilik kaygı puanları ile ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki durumluluk ve süreklilik kaygı puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$).

Normal gebe grubunda ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki durumluluk kaygı puanı ile, ortaokul ve üzeri eğitim düzeyindeki durumluluk kaygı puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 8. Olguların Gebelik Haftaları ile Kaygı Puanlarının Dağılımı

Gebelik Haftası	Abortus imminens		Abortus imminens p	Normal gebe		Normal gebe p
	Sayı	Ort±SD		Sayı	Ort±SD	
DKP						
12hafta ve altı	23	42,3±5,6		25	36,8±2,8	
13hafta ve üzeri	27	43,3±5,7	0,564	25	36,6±2,5	0,837
SKP						
12hafta ve altı	23	49,9±6,9		25	44,4±3,4	
13hafta ve üzeri	27	50,8±5,9	0,609	25	44,0±3,7	0,667

Abortus imminens grubunda 13 hafta ve üzeri gebelik olgularında süreklilik kaygı puanı, 12 hafta ve altı gebelik olgularına oranla yüksek bulunmuştur. Aralarındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Abortus imminens grubunda en düşük gebelik haftası 6 en yüksek 20 haftadır.

Normal gebe grubunda ise 12 hafta ve altı ve 13 hafta ve üzeri gebelik grubunun durumluluk-süreklilik kaygı puanları benzer olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$). Normal gebe grubunda en düşük gebelik haftası 8 en yüksek 20 haftadır.

Tablo 9. Olguların Gebelik Arası Süre ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Gebelik Arası Süre	Abortus			Normal		
	Abortus imminens		p	Normal gebe		p
	Sayı	Ort±SD		Sayı	Ort±SD	
DKP						
İlk gebelik	17	43,5±5,6		25	36,8±2,7	
1 yıl	11	43,5±6,2		3	37,6±1,1	
1,1 yıl ve üzeri	22	42,0±5,5	0,650	22	36,5±2,8	0,813
SKP						
İlk gebelik	17	49,5±5,4		25	45,0±3,4	
1 yıl	11	53,6±4,3		3	40,6±5,6	
1,1 yıl ve üzeri	22	49,4±7,4	0,168	22	43,8±3,1	0,103

Abortus imminens grubunda ilk gebeliği olanların durumluluk kaygı puanları, gebelikleri arasında bir yıldan fazla süre olanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir .

Normal gebe grubunda ilk gebelikteki süreklilik kaygı puanları, gebelikleri arasında bir yıl ve daha fazla süre olan gebeliklere göre yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlam bulunmamıştır.

Tablo 10. Olguların Canlı Doğum Sayısı ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Canlı Doğum Sayısı	Abortus imminens		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Ort±SD	p
DKP						
Hiç yapmayan	26	43,9±5,6		25	36,6±2,6	
1 ve üzeri	24	41,7±5,5	0,187	25	36,8±2,8	0,757
SKP						
Hiç yapmayan	26	51,1±5,7		25	44,6±3,6	
1 ve üzeri	24	49,5±7,0	0,379	25	43,8±3,5	0,410

Tablo 10’da olguların canlı doğum sayıları ile durumluluk-süreklilik kaygı puanları karşılaştırılmıştır. Abortus imminens grubunda hiç canlı doğum yapmayanların durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, bir ve üzeri canlı doğum yapanlardan yüksek bulunmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlam bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Olguların Yaşayan Çocuk ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Abortus imminens		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Ort±SD	p
DKP						
Hiç olmayan	27	43,5±5,8		28	36,7±2,6	
1 ve üzeri	23	42,0±5,4	0,355	22	36,7±2,7	0,940
SKP						
Hiç olmayan	27	50,9±5,8		46	44,9±3,5	
1 ve üzeri	23	49,8±7,0	0,549	4	43,3±3,4	0,116

Tablo 11’de olguların yaşayan çocuk sayılarına göre kaygı puanları incelenmiştir. Abortus imminens grubunda hiç yaşayan çocuğu olmayanların durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, bir ve üzeri yaşayan çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Olguların Düşük Yapma ve Kaygı Puanlarının Dağılımı

Düşük yapma	Abortus imminens		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Ort±SD	p
DKP						
Düşük yapmayan	32	43,0±5,5		44	36,7±2,8	
1	10	42,6±6,0		6	36,5±1,7	
2 ve üzeri	8	43,8±9,3	0,830	-	-	0,804
SKP						
Düşük yapmayan	32	49,5±6,4		44	44,5±3,3	
1	10	52,0±6,1		6	42,3±4,6	
2 ve üzeri	8	52,9±7,5	0,177	-	-	0,160

Tablo 12’de olguların düşük yaşama durumları ile kaygı puanları karşılaştırılmıştır. Abortus imminens grubunda daha önce bir düşük yapanların durumluluk kaygı puanları ile daha önce düşük yapmayanların durumluluk kaygı puanları benzer olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark anlamlı değildir.

Normal gebe grubunda ise daha önce düşük yapmayanların durumluluk kaygı puanları ile bir kez düşük yapanların kaygı puanları benzer olarak bulunmuştur.

Tablo 13. Olguların Durumlarına İlişkin Bilgilendirilmelerine Göre Kaygı Puanlarının Dağılımı

Durumlarına ilişkin bilgilendirilme durumları	Abortus imminens		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Sayı	Ort±SD
DKP						
Verildi	46	42,7±5,8		50	36,7±2,6	
Verilmedi	4	44,5±4,2	0,562	-	-	-
SKP						
Verildi	46	50,6±6,4		50	44,2±3,5	
Verilmedi	4	47,2±5,7	0,305	-	-	-

Tablo 13’de abortus imminens grubunda durumuyla ilgili bilgi verilmeyen grubun durumluluk kaygı puanı, bilgi verilen gruba göre yüksek bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Yine abortus imminens grubunda durumuyla ilgili bilgi verilen grubun süreklilik kaygı puanı, bilgi verilmeyen gruba göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Olguların Hissettiklerini Paylaşma Durumları ile Kaygı Puanlarının Dağılımı

Hissettiklerini paylaşma durumları	Abortus immines		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Ort±SD	p
DKP						
Paylaşan	32	42,9±5,5		30	37,1±2,7	
Paylaşmayan	18	42,8±5,9	0,951	20	36,2±2,6	0,280
SKP						
Paylaşan	32	50,3±5,8		30	44,2±3,7	
Paylaşmayan	18	50,5±7,4	0,912	20	44,3±3,3	0,886

Tablo 14’de olguların hissettiklerini paylaşma durumları ile kaygı puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Normal gebe grubunda hissettiklerini paylaşanların durumluluk kaygı puanları, paylaşmayanlara göre yüksek bulunmasına rağmen istatistiksel açıdan anlam bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Olguların Destek Alma Durumlarına Göre Kaygı Puanlarının Dağılımı

Destek alma durumu	Abortus imminens		Abortus imminens	Normal gebe		Normal gebe
	Sayı	Ort±SD	p	Sayı	Ort±SD	p
DKP						
Aile	37	42,5±5,4		43	37,0±2,6	
Sağlık personeli	13	44,0±6,3	0,422	7	35,0±2,1	0,062
SKP						
Aile	37	49,8±6,3		43	44,3±3,6	
Sağlık personeli	13	52,1±6,4	0,259	7	44,0±3,2	0,837

Tablo 15’de olguların destek alma durumları ile anksiyete puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Abortus imminens grubunda ailesinden destek alanların durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, sağlık personelinden destek alanlara göre düşük bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Normal gebe grubunda ise sağlık personelinden destek alanların durumluluk kaygı puanları, ailesinden destek alanlara göre düşük bulunmuştur. Aralarında istatistiksel açıdan anlam bulunmamıştır ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Gebelik ve doğum önemli biyolojik ve psikolojik değişikliklerin yaşandığı karmaşık bir süreçtir. Gerçekte ailenin yaşam döngüsündeki en stresli ve endişe üreten dönemlerinden biridir (14).

TNSA 2003 verilerine göre evlenmenin yaygın olduğu ve doğumların neredeyse hepsinin evlilik içinde meydana geldiği Türkiye’de, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı önemli bir demografik göstergedir. Ortalama ilk evlenme yaşı 20’dir (12). Bizim çalışmamızda ise ilk evlenme yaşı düşük riski olan grupta $21,1\pm 3,1$, normal gebe grubunda $20,0\pm 3,2$ ’dir. Bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda düşük riski olan grubunun %36’sı, normal gebe grubunun ise %12’si daha önce düşük deneyimlemişlerdir. Önceki gebeliğinde düşük yaşayanların ilerideki gebeliklerinde düşük yaşama riski artmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların %10-20’sinin üreme döneminde bir defa düşük yaptıkları görülmüştür (25). Bulgularımız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Düşük riski olan grubun çoğunluğu (%78) kanama şikayetiyle hastaneye başvurmuştur. Literatürde ise düşük tehdidinde belirtinin çoğunlukla kanama olduğu belirtilmiştir (2, 4, 20, 35).

Olguların hastanede kaldığı süre içerisinde düşük oranlarda sağlık personelinden yardım ve destek aldıkları görülmüştür. Bu durum sağlık personellerinin gerek iş yoğunluğu açısından gerekse kişisel özellikleri nedeni ile düşük riski altında olan gebelere yardım ve destek olmada yetersiz kaldıklarını düşündürmektedir.

Öztanrıöver’in (19) riskli gebelerde ruhsal sorunları araştırmak için yapmış olduğu çalışmada hastalar riskli gebe grubu ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmış ve hastalara Semptom Tarama Ölçeği (SCL 90-R), Speilberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve Beck Depresyon Ölçeği verilmiştir. Anksiyete ve depresyonun riskli gebe grubunda normal gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca düşük gelire sahip olanlar, köy ya da ilçede yaşayanlar, çevre ve eş desteği olmayan ve gelecek beklentisi umutsuzluk olanlarda bu skorların daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda ise olguların kaygı puanlarını incelediğimizde; her iki grubunda süreklilik kaygı puanları durumluluk kaygı puanlarından yüksek çıkmıştır. Bu durum da günümüz yaşam koşullarının zorlaşmasından dolayı kaygı düzeylerinin de arttığının ya da hastaların psikolojik problemlerinin olduğunu göstergesi olabilir.

Statham ve Gren (1994) perinatal kayıp öyküsüne sahip veya başarısız gebelikleri olan kadınları önceki gebeliği olmayan veya önceden perinatal kaybı olmayan gebe kadınlarla karşılaştırmışlardır. Bu araştırmacılar gestasyonun 16 haftasından önceki zamanda perinatal kayıba sahip kadınlarda karşılaştırma grubundaki kadınlara oranla şimdiki gebeliklerinde kayıp endişesinin daha büyük olduğunu göstermişlerdir (36).

Çalışmamızda; düşük riski olan grupta hiç düşük deneyimlemeyen olguların durumluluk kaygı puanları daha önce düşük yapan olgulara göre yüksek bulunmuştur. Daha önce düşük deneyimleyen olguların süreklilik kaygı puanları hiç düşük yapmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Bu durum olguların geçmişte yaşadıkları düşük olayının yeniden hatırlanmasıyla birlikte kaygı düzeylerinin artması şeklinde açıklanabilir.

Araştırmamızda olguların destek alma durumlarına göre kaygı puanları incelendiğinde; düşük riski olan grupta sağlık personelinden destek alanlarda durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, ailesinden destek alanlara oranla yüksek bulunmuştur. Bu durum sağlık personeline karşı önyargılı olmayla ya da sağlık personelinin fazla tıbbi terim kullanmasıyla dolayısıyla iletişim problemlerinden dolayı kaygı düzeyinin yükselmesiyle açıklanabilir. Ayrıca ailesinden destek alanların durumluluk-süreklilik kaygı puanlarının düşük olması, aile desteğinin bireyler açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Cuisiner ve arkadaşlarının (1993) 143 olguda yaptığı araştırmada; 20 haftadan küçük düşük yapanlar ile 20-28 haftalar arasında ölü doğum yapan hastalarda gestasyon yaşının büyümesi ile yasin şiddetinin arttığı ve profesyonel bakımın daha baskın olduğu görülmüştür (38). Araştırmamızda ise düşük riski olan grupta gebelik haftası ilerledikçe durumluluk-süreklilik kaygı puanlarının arttığı görülmektedir.

Lee ve Slade (1996) 39 kadına yaşadığı düşük olayından sonra 2 hafta psikolojik sorgu uygulamıştır. Sorgunun faydası sadece kaygıyı veya travma sonrası stres bozukluğu riskini azaltmak desteği değildir, bu sorguyu kabul edenlerde travma

sonrası stres bozukluğu riskinin anlamlı yükselmesi bulunur. Bu nedenle psikolojik sorgu, düşükle ilişkili üzüntünün azalması müdahalesinde etkili olarak görülmemektedir (45). Bizim çalışmamızda olgular düşük riski altındadır ve düşük yapmadıkları için bu yönde bir araştırma yapılmamıştır.

Brier'in (2004) yaptığı çalışmada gebeliğin 20. haftasından önce düşük yapan kayıp yaşayan kadınlar çalışmaya alınmıştır. Çalışma sonucunda düşük yapan kadınların yüksek kaygıları düşükten hemen sonra başlar. Kaygı düzeyi aşamalı olarak 6 aylık bir süreçte azalır ve tamamen 1 yıl sonra ortadan kalkar. Düşük tipik olarak üzüntü ve depresyon için risk oluşturan bir kaybetme olayı olarak görülür. Olay genellikle beklenmedik ve aşırı stresli olmasına rağmen yüksek kaygı düzeyi riski çoğunlukla ihmal edilir (31). Bizim çalışmamızda da düşük riski olan gebelerin kaygı düzeyleri, gebeliği normal devam eden gebelere göre yüksek bulunmuştur.

Thapar ve arkadaşlarının 1992' de yapmış olduğu çalışmada düşüğün psikolojik sonuçları araştırılmış ve düşüğe sahip bulunan kadınların diğer gebe kadınlara göre daha yüksek korku skorlarına ve daha ciddi depresyona sahip oldukları bulunmuştur (37). Bizim çalışmamızda ise düşük riski olan kadınların kaygı düzeyleri incelenmiş olup, düşük riski olan grubun durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının normal gebelere oranla yüksek olduğu görülmüştür.

Beutel ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada düşük sonrası yas ve keder reaksiyonları STAI form kullanılarak değerlendirilmiştir. 125 olguda yas reaksiyonlarını gösteren olguların DKP 45,8 depresif reaksiyonlar gösteren hastaların DKP 52,3, depresif ve yas reaksiyonlarını birlikte gösteren olguların DKP 58,1 olarak bulunmuştur. Düşüğe sahip hastaların %20' si bir keder reaksiyonu, %12' si depresyon reaksiyonu ve %20' si depresyon ve korku reaksiyonunun kombinasyonunu göstermişlerdir. Geriye kalan kadınlar (% 48) kendi duygusal reaksiyonlarında herhangi bir değişiklik göstermemişlerdir (40).

Araştırmamızda yas ve depresif belirtiler incelememiştir fakat düşük riski olan grupta DKP 42,9±5,6 SKP 50,4±6,3 olması bu grubun yas ya da depresif reaksiyonlar gösterebileceğini açıklayabilir. Gebelik süresinin artması ile yas ve depresyon belirtilerinin daha şiddetli olabileceği literatürde belirtilmektedir (38, 41).

Araştırmamızda elde edilen verilerin kayıtlardan değil de kadınların aktardığı Őekliyle yer alması ve sayının 100 ile sınırlı kalması gibi kısıtlılıklar bulunmaktadır. Düşük riski olan kadınların kaygı düzeylerini belirleyebilmek için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1. SONUÇ

1. Afyonkarahisar il merkezinde düşük riski olan kadınların kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada kadınların eğitim düzeylerinin ve evlenme yaşlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışan kadın sayısı oldukça azdır. Bu sonuçlardan yola çıkarak kadınların eğitim seviyelerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır.

2. Çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğu sosyal güvenceye sahiptir. Sosyal güvenceye sahip olmayan kişilerin de sosyal güvenceye sahip olmaları sağlanarak daha etkin sağlık hizmeti almaları sağlanabilir.

3. Araştırmamıza katılan olguların şimdiki gebelikleriyle ilgili yaşadıkları problemler sorgulandığında; düşük riski olan grubun ve normal gebe grubunun tamamının herhangi bir sorun yaşamadıkları belirlenmiştir.

4. Çalışmamıza katılan olgularda düşük riski olan grubun durumluluk ve süreklilik kaygı puanları normal gebelere oranla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

5. Çalışmamıza katılan olgulardan düşük riski olan grupta, canlı doğum sayısı azaldıkça durumluluk ve süreklilik kaygı puanları artmaktadır.

6. . Araştırmamıza katılan olgulardan düşük riski olan grupta, önceki gebeliğinde düşük yaşayanların süreklilik kaygı puanları, önceki gebeliğinde düşük yaşamayan olgulara oranla yüksek bulunmuştur.

7. Düşük riski olan grupta hiç yaşayan çocuğu olmayanların durumluluk-süreklilik kaygı puanları, bir ve daha fazla yaşayan çocuğu olanlara göre yüksek bulunmuştur.

8. Çalışmamıza katılan olgulardan düşük riski olan grupta, aile çevresinden destek alanların durumluluk ve süreklilik kaygı puanları, sağlık personelinin destek alanlara göre düşük bulunmuştur.

8.2. ÖNERİLER

Gelecekte meydana gelecek gebeliklerin planlı ve sağlıklı olması öncelikle kadınların sağlıklı ve eğitilmiş olmasına bağlıdır. Ancak sağlıklı ve bilinçli kadınlar sağlıklı nesiller yetiştirebilir. Buna göre eğitim düzeyi düşük olan kadınların eğitim seviyelerinin yükseltilmesi sağlanmalıdır.

Gebelik öncesi dönemde kadınlara ve eşlere eğitim programları düzenlenerek gebeliğe adaptasyonları sağlanabilir. Sağlık çalışanlarına da eğitim seminerleri ve hizmet içi eğitimler verilerek bu tür konularda daha bilgili ve daha bilinçli olmaları sağlanabilir.

Sağlık personelinin kayıp riski altında olan hastalara destek olmada yetersiz kaldığı görülmüştür. Sağlık personelinin riskli durumlara karşı bilgi ve becerilerinin artırılması, mesleki eğitimlerinde de bu konulardaki eksikliğin giderilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. www.odevsitesi.com/kadin Erişim 16.05.2007
2. Ekşi Z., (1999) 1. Trimesterde Bebeğini Kaybeden ve Kaybetme Riski Olan Kadınların Kaygı Düzeyleri. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi., İstanbul.
3. Bertan M., Güler Ç., (1997) Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Güneş Kitabevi, 119-155.
4. Taşkın L., (1997) Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ,Ankara,Sistem Ofset.
5. İnanç N. (2003) Toplumsal Cinsiyet. III. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 123-125.
6. Tümerdem Y., (1992) Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi, 69,73.
7. Arısan K., (1989) Doğum Bilgisi, III. Baskı, İstanbul.
8. Kızılkaya N., Coşkun A., Yıldırım G., (2003) Doğum Olayının Kadının Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Ve Geliştirme Dergisi, Odak Ofset, 5, 22-29.
9. İlbars Z., (1994) Kültür Ve Stres. Kriz Dergisi., 2(1):177-179.
10. Öztürk H., Okçay H., (2003) İstenmeyen Gebelikler Ve İstemli Düşükler (Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksek Okulu,E.Ü. Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 6(2):58-64.
11. Yiğiter Y, Dönmez L., (2002) "Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler", Sağlık Ve Toplum Dergisi 12(4): 62-66.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. (2004) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.
13. Ergör G. (2003) Üreme Hakları-Uluslar Arası Gelişmeler. III. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 76-77.
14. www.jinemed.com.tr/hamilelikvedogum erişim 09.05.2007
15. www.kadinhastaliklarivedogum.com.tr erişim 06.05.2007
16. Batlaş A., Batlaş Z., (1996) Stres Ve Başa Çıkma Yolları., İstanbul, Remzi Kitabevi, 119-123.
17. www.e-gebelik.net/gebeliksikayetleri/depresyon erişim 09.05.2007

18. www.jinekolognet.com erişim 06.05.2007
19. Öztanrıöver S., (1998) Riskli Gebelerde Ruhsal Sorunlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi.
20. Pritchard A., MacDonald C., Gant F., (1989) Çeviri: Aydemir V., Yılmaz İ., Williams Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, **17. Baskı.**
21. Uysal A., Ertem G. (2003) Düşük Yasalarına Global Bir Bakış. III. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 234.
22. www.mumcu.cum.tr/dusuk erişim 15.04.2007
23. www.eserdag.com erişim 06.05.2007
24. Saraçoğlu F., (1995) Özet Temel Ve Klinik Bilimler, Ankara, Güneş Kitabevi, 461-496.
25. www.populermedikal.com/gebelikkayip erişim 09.05.2007
26. Ürünsak F. İ., Ünal E., Güzel A. B., Kadayıfçı O., (2007) Septik Abortus, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, **3(5)**: 25-31.
27. Cengiz L., Tuğ N., Septik Abortus ve Septik Şok, (2001)Türkiye Klinikleri Jineko Obst, **11**, 410-424.
28. Beksaç M. S., Demir N., Koç A., Yüksel A., (2001) *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoji*, MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd.Şti, 1076-1084.
29. Heath B. M., H., (1995) Potter's and Perry's Foundadion in Nursing Theory and Practise, Mosby.
30. Frost M., Condon J. T., (1996) The Psychological Sequelae Of Miscarriage: A Critical Review Of Literature. Australian And New Zeland Journal Of Psychiatry., **30**:54-62.
31. Norman Brier, (2004) Anxiety After Miscarriage: A Review of the Empirical Literature and Implications for Clinical Practise; 138-142.
32. Birol L., Akdemir N., Bedük T., (1993) İç Hastalıkları Hemşireliği, Vehbi koç Vakfı Yayınları, **4. Baskı**, 82-91.
33. Özden A., (1993) Krize Müdahalenin Psikiyatrideki Yeri. Kriz Dergisi., **1(3)**:158-165.

- 34.** Arı, F.D., (1993) İstenen Ve İstenmeyen Gebeliklerde Gebe Kadının Kişilik Özellikleri Ve Anksiyete Düzeyi. İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi., İstanbul.
- 35.** Bilgel N., (1997) Halk Sağlığı Bakışıyla Ana Ve Çocuk Sağlığı. Güneş&Nobel.
- 36.** Franche R, McKail SF., (1999) The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Soc Sci Med*, **48**:1613–1623.
- 37.** Thapar AK, Thapar A., (1992) Psychological sequelae of miscarriage: A controlled study using the General Health Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Br J Gen Pract*, **43**:94-96.
- 38.** Cuisiner M., C., J., Kuijpers J., C., Hoogduin, C., A., L., Graauw C., P., H., M., Janssen H., J., E., M. (1993) Miscarriage and Stillbirth: Time Since The Loss, Grief İntensity and Satisfaction With Care. *European Journal of Obstetrics&Gynecology and Reproductive Biology.*, **52**: 163-168.
- 39.** www.sbu.saglik.gov.tr erişim 09.05.2007.
- 40.** Beutel M, Deukhardt R, von Rad M, Weiner H., (1995) Grief and depression after miscarriage: Their separation, antecedents and course. *Psychosom Med*, **57**:517-526.
- 41.** Karanisoğlu, H., (1991) Riskli Gebeliklerde Ruhsal Durum Ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Hemşirelik Bülteni.*, **5(19)**:47-51.
- 42.** Balcı G., (2002) Stres, Etkileri ve Stresle Başetme, *Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sağlık ve Rehabilitasyon Dergisi*, **1**:43-46.
- 43.** Cüceloğlu D., (2000) Yeniden İnsan İnsana. İstanbul: Remzi Kitabevi, 145-151.
- 44.** Özcebe H., Akın A. (2003) Kadın-erkek Eşitsizliği Ve Erkeklerin Üreme Sağlığına Katılımı. III. Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 85-88.
- 45.** Lee C., Slade P., Lygo V., (1996) The İnfluence of Psychological Debriefing on Emotional Adaptation in Women Following Early Miscarriage: A Preliminary Study. *British Journal of Medical Psychology.*, **69**:47-58.
- 46.** Friedman T., Gath D., (1989) The Psychiatric Consequences of Spontaneous Abortion. Queen's Medical Centre, Nottingham.
- 47.** Davidson S., London M., Olds S., (1980) *Obstetric Nursing*. Addison Wesley Publishing Company, 318-324.

48. Hofling C. K., Leininger M., (1967) Çev. Kumral A., Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları.
49. Jonathan S. Berek, Eli Y. Adashi, Paula A. Hillard, (1998) (Çev. Editörü: Doç.Dr. Ahmet Erk) Novak Jinekoloji, İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 487-489.
50. www.gebelik.org erişim 06.05.2007
51. Demirci O., Demirci E., (2007) Spontan Abortuslar, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, **3(5)**: 17-24.
52. Ladewing P., W., London M., L., Olds S., B., (1990) Essentials of Maternal Newborn Nursing, A Division of Benjamin/ Cumming Publishing Company.
53. Garrey M., Govan A.D.T., Hodge C., Callender R., (1979) Çeviren A, Kazancıgil. Resimli Doğum Bilgisi, Ankara, Güven Kitabevi Yayınları.
54. Karanisoğlu, H., (1989) Abortus Öncesi Ve Sonrası Hasta Bakımında Hemşirenin Rolü. Çev: Catherina Ingram Fogel., Hemşirelik Bülteni., **3(14)**:89-93.

EKLER**EK:1****Düşük riskli olan kadınlardaki kaygı düzeyleri****Tanı:****Uygulanan Tedavi:**

1-Yaşınız ?

2-Eğitim durumunuz?

- a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul-Lise
e)Yüksekokul-Fakülte

3-Mesleğiniz?

- a)İşçi b)Memur c)Serbest çalışıyor d)Ev hanımı

4-Medeni durumunuz ?

- a)Evli b)Bekar c)Dul

5-Eşinizin eğitim durumu ?

- a)Okur-yazar değil b)Okur-yazar c)İlkokul d)Ortaokul-Lise
e)Yüksekokul-Fakülte

6-Eşinizin mesleği ?

- a)İşçi b)Memur c)Serbest çalışıyor d)İşsiz

7-Sosyal güvenceniz ?

- a)Emekli sandığı b)Bağ-kur c)SSK d)Yeşil kart e)Güvencesi yok

8-Evlenme yaşınız:

9-İlk gebelik yaşınız:

10-Gebelik haftası:

11-Gebelik sayısı:... Canlı doğum sayısı:..... Düşük:.... Küretaj:...

Yaşayan çocuk:....

12-Aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

- a)Evet b) Hayır

13-Kullandıysanız son kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

- a)Spiral b)Oral kontraseptif (hap) c)Eşim korunuyor d)İğne e)Diğer

14-Şu anki gebeliğiniz boyunca aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

- a)İlaç alma b)Röntgen ışınına maruz kalma c)Enfeksiyon geçirme
d)Travma geçirme e)Psikolojik durumu sarsan bir olay yaşama
f)Ekonomik durumu sarsan bir olay yaşama
g)Sistemik bir hastalığın ortaya çıkması
h)Psikiyatrik hastalık i)Herhangi bir şey olmadı j)Diğer

15- Gebelikleriniz sırasında geçirdiğiniz önemli bir hastalık var mı?

- a)Yok b)Diabet c)Anemi d)Kalp hastalığı e)Böbrek hastalığı f)Hipertansiyon
g)Hiperemezis gravidarum h) Diğer

16-Daha önceden geçirmiş olduğunuz jinekolojik hastalık var mı?

- a)Var b)Yok

17- Daha önceden geçirmiş olduğunuz jinekolojik ameliyat var mı?

- a)Var b)Yok

18-Sigara içiyor musunuz?

- a)İçmiyor b)İçiyor (.....yıldır , günde.....paket/tane)

19- Alkol kullanma durumunuz nedir?

- a) İçiyor b)İçmiyor

20- Eşiniz sigara kullanıyor mu?

- a)İçiyor b)İçmiyor

21-Eşinizin alkol kullanma durumu

- a) İçiyor b)İçmiyor

22- Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı?

- a- Evet a)1. dereceden akraba b)2. dereceden akraba b- Hayır

23- Eşiniz ile aranızda kan (Rh “-“) uyumsuzluğu var mı?

- a) Evet b)Hayır c)Bilmiyorum

24-Son gebeliğinizle bir önceki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?

İki gebelik arası süre ay /yıl

25- Hiç kendi isteğinizle 20. gebelik haftasından önce küretaj yaptırдыңız mı?

- a) Evet b) Hayır

_ Küretaj yaptırma kararını kim verdi?

- a) Ben b) Eşim c) Ben ve eşim d) Doktorum (sağlık nedeniyle)
e) Diğer

_Kaç kez küretaj yaptırдыңız?

26- Hiç 20. gebelik haftasından önce istenmeyen düşük yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

27- Kaç kez düşük yaptınız?

28- Kaç haftalık düşük yaptınız? haftalık

29- Birden fazla düşük ise tedavi uygulandı mı?

- a) Evet b) Hayır

_ Birden fazla düşük ise araştırma yapıldı mı?

- a) Evet b) Hayır

_Düşük nedeni neydi?

- a) Bebeğe ait b) Anneye ait c) Enfeksiyon d) İlaçlar e) Travma f) Stres
g) Diğer

30- Hastaneye geliş nedeniniz nedir?

- a)Muayene sonucu normal kontrol b)Kanama c)Ağrı d)Bulantı-kusma
e)Diğer

31-Hastaneye geldiğinizden beri kimlerden yardım ve destek aldınız?

- a)Eşimden b) Aile büyükleri ve aile yakınlarından c) Arkadaşımdan
d) Komşumdan e)Doktorlardan f)Hemşirelerden g)Hastane personelinden

32-Şu anda en çok ihtiyaç duyduğunuz şey nedir?

33-Olaya ilişkin neler hissediyorsunuz?

- a) Bu olaya ben sebep oldum b) Bu olaya eşim sebep oldu
c) Bir daha gebe kalma korkum var d)Böyle olması daha iyi oldu e)Yetersizlik
f)Hiçbir şey hissetmiyorum g)Diğer

34-Hissettiklerinizi biriyle paylaşıyor musunuz?

- a)Evet b)Hayır

35-Paylaşıyorsanız kiminle paylaştınız?

- a)Eşimle paylaşıyorum b)Ailemle paylaşıyorum
c)Sağlık personeli ile paylaşıyorum
d)Paylaşmakta güçlük çekiyorum e)Hiç kimse ile paylaşmak istemiyorum
f)Diğer

36-Hastaneye yattığınızda durumunuzla ilgili bilgi verildi mi?

- a)Yeterince bilgi verildi b)Kısa bilgi verildi
c)Açıklama yapıldı fakat yeterince anlayamadım d)Verilmedi

37-Şu andaki gebelik kararınızı nasıl verdiniz?

- a)Eşimle birlikte isteyerek b)Eşim istiyor c)Ben istiyorum
d)Aile büyüklerinin etkisi oldu e)Gebelik için zamanlama uygun değil
f)Bu gebeliği istemiyorum

38-Bu gebeliğiniz düşükle sonuçlanırsa ya da sonuçlanmışsa tekrar gebelik düşünür müsünüz?

- a)Tekrar gebelik düşünmüyorum b)Kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum
c)En kısa sürede tekrar gebelik düşünüyorum d)Uzun süre sonra gebelik düşünüyorum

39-Eve gittiğinizde neler yapacağınızla ilgili hangi konuda bilgiye ihtiyacınız oluyor?

- a)Kullanmam gereken ilaç ve uygulamalar hakkında
b)Bir sonraki gebelik ile ilgili bilgiye ihtiyacım var
c)Aile planlaması hakkında bilgiye ihtiyacım var
d)Diyetimle ilgili bilgiye ihtiyacım var
e)Cinsel yaşamımla ilgili bilgiye ihtiyacım var
f)Bilgiye ihtiyacım yok

40-Size bu konularda bilgi verildi mi?

- a)Yeterince bilgim var b)Kısa bir bilgi verildi
c)Açıklama yapıldı fakat yeterince anlamadım d)Verilmedi

EK:2

DURUMLULUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ STAI FORM TX-1

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

Duruumluluk Kaygı Puanı:

SÜREKLİLİK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ STAI FORM TX-2

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamiyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yoruluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alırım ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

Süreklilik Kaygı Puanı: