

**T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA DEPRESYON,  
UMUTSUZLUK VE ÇİFT UYUMU**

**DUYGU AKSOY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
(DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)**

**DANIŞMAN  
DR.ÖĞR.ÜYESİ NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ**

**2019- İZMİR**

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA DEPRESYON,  
UMUTSUZLUK VE ÇİFT UYUMU

DUYGU AKSOY  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
(DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI)

DANIŞMAN  
DR.ÖĞR.ÜYESİ NURAY EGELİOĞLU CETİŞLİ

2019- İZMİR

## KABUL ve ONAY

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05 / 07 / 2019

Tez Danışmanı : Dr.Öğr.Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ (İKÇÜ) .....

Üye : Doç.Dr. Şenay ÜNSAL ATAN (Ege Üniversitesi) .....

Üye : Dr.Öğr.Üyesi Sezer ER GÜNERİ (Ege Üniversitesi) .....

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet KOYU  
Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

**o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etseniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

**o Tezimin/Raporumun Temmuz 2021 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

**o Tezimin/Raporumun Temmuz 2021 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

**o Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

05/07/2019

Duygu AKSOY

## ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Dr.Öğr.Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

05/07/2019

Duygu AKSOY

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden tezimin oluşmasında yol gösteren ve eğitim sürecime katkıda bulunan, sabrı, hoşgörüsü ve motivasyonu ile tezimi tamamlamam için destek olan değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ hocama,

En büyük destekçim, yüksek lisansın bana kazandırdığı en güzel armağanlardan biri olan değerli eşim Yasin AKSOY'a,

Eğitim ve öğretim hayatım boyunca yanımda olan maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen tez sürecinde motive edip her zaman yanımda olan aileme,

Yüksek lisans eğitimine birlikte başladığım, tez çalışmamda her türlü desteği olan ve bu süreçte mutluluğumuzu ve sıkıntılarımızı paylaştığımız değerli arkadaşım Tuğba ÖZKARDEŞ'e, veri toplama sürecindeki desteğinden dolayı Arş.Gör.Gülşen IŞIK'a ve çalışma arkadaşlarıma saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.  
Teşekkür ederim.

Duygu AKSOY

## TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA DEPRESYON, UMUTSUZLUK VE ÇİFT UYUMU

### ÖZET

**Giriş- Amaç:** Bu çalışmanın amacı, tekrarlayan gebelik kaybı (TGK) tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve korelasyonel araştırma tipine uygun olarak yapılan bu çalışma, Nisan 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servislerinde tekrarlayan gebelik kaybı (TGK) tanısı ile izlenen kadınlar ile yürütülmüştür. Bu hastanede iki ve üzeri gebelik kaybı, tekrarlayan gebelik kaybı olarak kabul edilmektedir. Çalışmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 66 TGK olan kadın oluşturmuştur. TGK ile takip edilen kadınlara Birey Tanıtım Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Dyadik Çift Uyum Ölçeği (DÇUÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada kadınların umutsuzluk düzeyi %47'sinin hafif, %21,2'sinin normal, %18,2'sinin orta, %13,6'sinin şiddetlidir ve BUÖ toplam puan ortalaması  $7,48 \pm 4,71$ 'dir. BDÖ toplam puan ortalaması ise  $11,87 \pm 7,32$  ve kadınların %43,9'unun depresyon düzeyi minimal iken, %30,3'ünün orta, %24,3'ünün hafif ve %1,5'inin şiddetlidir. Kadınların DÇUÖ toplam puan ortalamasının  $56,37 \pm 7,09$  olduğu ve çift uyumlarının düşük olduğu, umutsuzluk düzeyinin artması ile depresyon düzeyinin artması arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Hemşirelerin, TGK tanısı nedeniyle bakım verdikleri kadınları eşleri ile birlikte evlilik sorunları umutsuzluk ve depresyon açısından değerlendirilmeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan gebelik kaybı, çift uyumu, depresyon, umutsuzluk, hemşirelik.

# DEPRESSION, HOPELESSNESS AND DYADIC ADJUSTMENT IN RECURRENT PREGNANCY LOSSES

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of the study was to determine depression, hopelessness and dyadic adjustment level of women diagnosed with recurrent pregnancy loss and affecting factors.

**Materials and Methods:** The descriptive and correlational study was conducted between April 2018 and April 2019 in obstetrics and gynaecology department of Izmir Tepecik Research and Training Hospital of Health Sciences University. Research sample was consisted of 66 recurrent pregnancy loss (RPL) who had accepted to participate in the study. Data was collected with the “Interview Form”, “Beck Hopelessness Scale (BHS)”, Beck Depression Inventory (BDI)” and “Dyadic Adjustment Scale (DAS)”.

**Results:** In the study, hopelessness level of women were determined as; 47% were mild hopelessness, 21.2% were normal, 18.2% were moderate, 13.6% were severe, and the mean of total score of BHS was  $7.48 \pm 4.71$ . The mean of total score of BDI was  $11.87 \pm 7.32$  and 43.9% of women had minimal depression, 30.3% were moderate, 24.3% were mild and 1.5% were severe. It was found that the DAS mean of total score of women was  $56.37 \pm 7.09$  and their dyadic adjustment level was low. A strong relationship was found between the increase in the level of hopelessness and the increase in depression level.

**Conclusion:** It was found in the study that evaluating women, who are diagnosed with recurrent pregnancy loss, regarding their marriage problems and depression level together with their partners is important.

**Key words:** Recurrent Pregnancy Loss, Dyadic Adjustment, Depression, Hopelessness, Nursing.



## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
Yayımlama ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	ii
Etik Beyan Sayfası	iii
Teşekkür	iv
Özet	v
Abstract	vi
İçindekiler	vii
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Tablolar	ix
İçindekiler Dizini	x

### 1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları	3
1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi	4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	4

### 2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tekrarlayan Gebelik Kaybının Tanımı ve İnsidansı	5
2.2. Tekrarlayan Gebelik Kaybının Risk Faktörleri	6
2.2.1. Maternal Yaş	6
2.2.2. Alkol Tüketimi	6
2.2.3. Kafein Tüketimi	7
2.2.4. Sigara ve Pasif İçicilik	8
2.2.5. Ağır Metaller ve Radyasyona Maruz Kalma	9
2.2.6. Obezite	9
2.2.7. Stres	10
2.2.8. Egzersiz	11
2.2.9. Jinekolojik ve Obstetrik Öykü	12
2.2.10. Aile Öyküsü	13

2.3. Tekrarlayan Gebelik Kaybı ve Etiyolojik Faktörler	13
2.3.1. Trombofilik Bozukluklar	13
2.3.2. Antifosfolipid Sendromu	14
2.3.3. Genetik Nedenler	15
2.3.4. Anatomik Nedenler	15
2.3.5. Endokrin Kaynaklı Nedenler	17
2.3.5.1. Hipotiroidi ve Hipertiroidi	17
2.3.5.2. Diabetes Mellitus	17
2.3.5.3. İnsülin Direnci	18
2.3.5.4. Luteal Faz Defekti	18
2.3.5.5. Polikistik Over Sendromu	19
2.4. Tekrarlayan Gebelik Kaybının Tanılaması	19
2.4.1. Anamnez	19
2.4.2. Laboratuvar Değerlendirmesi	19
2.4.3. Uterin Değerlendirme	20
2.4.4. Erkek Faktörünün Değerlendirilmesi	21
2.5. Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Tedavi	22
2.5.1. Folik Asit Tedavisi ve Multivitamin	22
2.5.2. Progesteron	22
2.5.3. Metformin	23
2.5.4. İntravenöz İmmünglobulin	24
2.5.5. Lökosit İmmünoterapisi	24
2.5.6. Aspirin ve Heparin	25
2.6. Tekrarlayan Gebelik Kaybı ve Depresyon	26
2.7. Tekrarlayan Gebelik Kaybı ve Çift Uyumu	27
2.8. Tekrarlayan Gebelik Kaybı ve Umutsuzluk	28
2.9. Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Hemşirelik Yaklaşımı	30
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	33

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33
3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri	34
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.6. Veri Toplama Araçları	34
3.6.1. Birey Tanıtım Formu	35
3.6.2. Beck Umutsuzluk Ölçeği(BUÖ)	35
3.6.3. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	35
3.6.4. Dyadik Çift Uyum Ölçeği	36
3.7. Verilerin Toplanması	38
3.8. Araştırma Süreci	37
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.10. Etik Açıklamalar	38
<b>4. BULGULAR</b>	
4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri	39
4.2. Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Obstetrik Özellikleri	42
4.3. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları	43
4.4. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Etkileyen Faktörler	46
4.5. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Arasındaki İlişki	53
<b>5. TARTIŞMA</b>	
5.1. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	54
5.2. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi	57
5.3. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	58

## **6. SONUÇ ve ÖNERİLER**

6.1.Sonuçlar	60
6.2.Öneriler	60

## **KAYNAKLAR**

### **EKLER**

EK 1. Birey Tanıtım Formu	76
EK 2. Beck Umutsuzluk Ölçeği	77
EK 3. Beck Depresyon Ölçeği	78
EK 4. Dyadik Çift Uyum Ölçeği	80
EK 5. Etik Kurul İzni	83
EK 6. Kurum İzni	84
EK 7. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	86
EK 8. Ölçek Kullanım İzinleri	87

<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	88
-----------------	----

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ACOG:** Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**AFA:** Antifosfolipid Antikor

**APS:** Antifosfolipid Sendrom

**ARSM:** Amerikan Üreme Tıbbı Derneği

**BDÖ:** Beck Depresyon Ölçeği

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**BUÖ:** Beck Umutsuzluk Ölçeği

**c-AMP:** Siklik Adenozin Monofosfat

**CMV:** Sitomegalovirüs

**CRF:** Serbestleştirici Faktör

**DÇUÖ:** Diyadik Çift Uyum Ölçeği

**DDA:** Düşük Doz Aspirin

**DMAH:** Düşük Moleküler Ağırlıklı Heparin

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**ESHRE:** Avrupa İnsan Üreme Ve Embriyoloji Derneği

**FAS:** Fetal Alkol Sendromu

**FASD:** Fetal Alkol Spektrum Bozukluğu

**HPV:** Hipotalamik-Pitüiter- Adrenal Eksen HPV: Human Papilloma Virüs

**IUGG:** İntrauterin Gelişme Geriliği

**IVIG:** İntravenöz İmmüoglobulin

**KS:** Kortikosteroid

**LFY:** Luteal Faz Yetmezliği

**LH:** Luteinleştirici Hormon

**MTHFR:** Metilentetrahidrofolat redüktaz

**NTD:** Nöral Tüp Defekti

**PKOS:** Polikistik Over Sendromu

**RCOG:** Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists

**SCD:** Sperm Kromatin Dispersiyonu

**SCSA:** Sperm Kromatin Yapı Testi

**TGK:** Tekrarlayan Gebelik Kaybı

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TSH:** Tiroid Situmulan Hormon

**USG:** Ultrasonografi

**VTE:** Venöz Tromboemboli



## TABLULAR

- Tablo 1** : Antifosfolipid Sendromu Tanı Kriterleri
- Tablo 2** : Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Uygulanan Tanılama Yöntemleri ve Testler
- Tablo 3** : Kadınların Sosyodemografik Özellikleri
- Tablo 4** : Kadınların Eşlerine ve Evliliklerine İlişkin Özellikleri
- Tablo 5** : Kadınların Sağlık Durumu ve Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Özellikler
- Tablo 6** : Kadınların Obstetrik Özellikleri
- Tablo 7** : Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları ve Umutsuzluk Durumları
- Tablo 8** : Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Durumları
- Tablo 9** : Kadınların Dyadik Çift Uyum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları
- Tablo 10** : Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
- Tablo 11** : Kadınların Eşlerine ve Evliliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
- Tablo 12** : Kadınların Sağlık Durumu ve Yaşam Biçimi Davranışlarına Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
- Tablo 13.** : Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
- Tablo 14** : Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tekrarlayan gebelik kaybı (TGK), Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Akademisi (American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) ve Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (American Society for Reproductive Medicine-ASRM) tarafından iki veya daha fazla gebelik kaybı olarak tanımlanmaktadır (1,2,3). Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği (The European Society of Human Reproduction and Embryology-ESHRE) ve Kraliyet Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Derneği (Royal College of Obstetricians and Gynecologists-RCOG) tarafından ise üç veya daha fazla gebelik kaybı, TGK olarak kabul edilmektedir (3,4). Kayıpların art arda olmadan da iki ve üzerinde olması TGK olarak kabul edilebilmektedir (5).

Tekrarlayan gebelik kaybının, üç gebelik kaybı olarak tanımlandığında kadınların yaklaşık %1-2'sini (6, 7), iki veya daha fazla kayıp olarak tanımlandığı zaman, fertil çiftlerin %3'ünü etkilediği bildirilmiştir (7). Daha önceden kaybı olan kadınlarda TGK riski çok daha yüksektir. Ardışık iki kayıp sonrasında abortus riski %17 ile %25; ardışık üç kayıp sonrası dördüncü gebeliği kaybetme riski ise %25 ile %46 arasındadır (5,8). Ayrıca TGK'nın 20 ile 35 yaş aralığında en düşük seviyede, birinci trimesterde ve 40 yaş üstü gebelerde daha yüksek seviyelerde olduğu bildirilmiştir (9,10).

Üreme, insanlarda temel bir işlev olarak kabul edilmektedir. Birçok toplumda olduğu gibi çocuk sahibi olmak, ülkemizde de aile bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi açısından önem taşımakta, çocuk sahibi olamama yetersizlik olarak algılanmakta ve evli çiftlere çocuk sahibi olmaları gerektiği konusunda toplumsal bir baskı uygulanmaktadır (11,12). Çocuk sahibi olamama eşlerin psikolojik durumlarını, evlilik ilişkilerini, geleceğe dair planlarını, benlik saygılarını, cinsel yaşamlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Çocuk sahibi olamayan çiftlerde depresyon, keder, psikososyal stres, umutsuzluk gibi durumlar artış göstermektedir (13, 14). Tekrarlayan gebelik kaybı, çiftlerin gelecek umutlarını ve hayallerini gerçekleştirme ihtimallerinin kaybedilmesi olarak algılanabilmektedir. Yaşanan kayıp bir sonraki gebelikte de



kaygıyı ve umutsuzluğu arttırarak, genellikle suçluluk duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (15). Lok ve Neugebauer (2007) gebelik kaybı öyküsü olan kadınların yaklaşık %50'sinin birkaç ay boyunca depresyon veya kaygıya yol açan psikolojik sorunlar yaşadığını belirtmişlerdir. Kaybedilen çocuğun özlemi, gebelik kaybının nedenlerinin bilinme arzusu bu durumu yaşayan kadınlarda depresyon ve kaygının artmasına neden olmuştur (15). Kayıp sonrası kadınların yaklaşık %40'ında keder ve kısa bir süre sonra da acı çekme durumu gözlenmiştir. Tekrarlayan gebelik kaybı yaşayan kadınların üçte birinin depresif ve %21'inin kaygı düzeyinin yüksek olduğu gözlenmiştir (15, 16). Kolte et al. tarafından 2010 ve 2013 yılları arasında yapılan bir çalışmada tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlar (n=301) ve doğal yollardan gebe kalan kadınların (n=1813) stres ve depresyon durumları karşılaştırılmış, TKG olan kadınların stres ve depresyon puanı, normal yollardan gebe kalan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (17). Toffol et al. (2013) tarafından yürütülen kesitsel çalışmada da gebelik kaybının özellikle genç kadınların, duygu durum ve psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkisinin olduğu ve gebelik kaybı öyküsü olan kadınlarda depresif semptomların ve depresif bozuklukların daha yaygın görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca çalışmada, gebelik kaybının sayısının artması ile psikiyatrik bozukluklar riskinin de arttığı, gebelik kaybı sonrası ve yeni gebelikleri boyunca bu kadınların psikolojik destek almalarının, hem kadın, hem bebek, hem de aile sağlığı açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (18). Çin'de yapılan bir çalışmada eşlerinde tekrarlayan gebelik kaybı görülen erkeklerin, anksiyete, umutsuzluk düzeyi, psikolojik yük ve cinsel işlev bozuklukları gibi durumları, eşleri en az bir kez doğum yapmış erkeklere göre anlamlı derecede daha yüksek deneyimledikleri bulunmuştur. Yaşanan problemler eşler arasında uyumsuzluğa, ilişkilerde zorluklar yaşanmasına ve çift uyumunun bozulmasına neden olabilmektedir (19).

Ümitle beklenen bir gebeliğin sonlanması ebeveynler için ciddi bir mağduriyet oluşturabilmektedir. Yaşanan kayıp sonrası ebeveynler, depresyona yatkın hale gelmektedir (20). Kayıp sonrasında yaşanan keder duygusunun yüksek seviyede olması çiftlerin, evlilik ilişkilerindeki memnuniyetini ve çiftlerin beraberliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebeliğin sonlanması yani bir çocuğun ölümünün, ebeveynlerin evlilik ilişkisinde strese neden olan önemli bir olay ve

dolayısıyla evliliklerin dağılmasına neden olan ciddi bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (20,21). Albuquerque et al. (2017) yapmış olduğu sistematik derlemede, ölümün neden olduğu sıkıntı ve stresin, eşlerin karşılıklı destek algılarını etkileyebildiği, bundan dolayı da çiftlerin evlilik ilişkilerinin ve uyumlarının bozabileceği bildirilmiştir (21).

Tekrarlayan gebelik kaybı sonrasında kadınlar, bebeğin kaybı ve başarısız gebelik algısı gibi nedenlerle farklı psikolojik problemleri de sıklıkla yaşayabilmektedirler. TGK sonrasında kadınların bakımında en fazla rol alan sağlık profesyonellerinden birisi olan hemşireler, fiziksel bakımın yanı sıra, psikolojik olarak da hastayı değerlendirmelidir. Ortaya çıkabilecek sorunları erken dönemde belirleyebilmeli ve çözümüne ilişkin girişimlerde bulunabilmelidir. Fakat ülkemizde hemşirelik literatüründe TGK'nın kadınlar üzerine etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Soruları**

Bu çalışmanın amacı, tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

- 1.** Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların umutsuzluk düzeyleri nasıldır?
- 2.** Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon düzeyleri nasıldır?
- 3.** Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların çift uyumu nasıldır?
- 4.** Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların umutsuzluk, depresyon ve çift uyum düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
- 5.** Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların umutsuzluk, depresyon ve çift uyum düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

### **1.3. Araştırmanın Önemi ve Yaygın Etkisi**

Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların, kayıp sonrasında bakımında en fazla rol alan ve en fazla paylaşımda bulunduğu sağlık profesyoneli hemşireler olmasına rağmen, TKG ile ilişkili hemşirelik literatüründe sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmanın hemşirelik literatürüne katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilecek sonuçlar ile TKG yaşayan kadınlarda oluşabilecek riskler belirlenecek, konunun önemi ortaya çıkarılacaktır. Belirlenen risklere göre kadınlara bireysel olarak ve eşi ile birlikte ihtiyaç duydukları konularda sağlık çalışanları tarafından bakım ve danışmanlık verilebilecektir. Tekrarlayan gebelik kaybı yaşayan kadınların bu durum sonrasında yaşayabilecekleri psikolojik sorunların ve aile uyumlarının değerlendirilip önlemlerin alınması annenin sağlığına olumlu katkılar sağlayacaktır. Kayıp sonrası uygulanan koruyucu sağlık uygulamaları ile sağlıklı toplumların oluşturulması sağlanacak, bu durum hem sağlık giderlerinin azaltılarak ülke ekonomisine katkı sağlayacak, hem de aile ilişkilerinin gelişmesine yardımcı olacaktır.

### **1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Tekrarlayan gebelik kaybı nedeniyle takip edilen hastalar en fazla bir gün hastanede yatmakta ve tedavinin bitiminden sonra herhangi bir komplikasyon oluşmamışsa taburcu edilmektedir. Bu kısa süreli yatış durumu veri toplama sürecinde sıkıntı oluşturmuştur. Veri toplama sürecinde çalışmayı yürüten kişi kendisi de hemşire olarak başka bir hastanede görev yaptığı için bu kısa süre zarfında taburcu edilen hastalara ulaşamamıştır. Ayrıca bir kadın için travmatik ve üzücü bir olay olan abortus ve küretaj işlemi kadınları psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Bu nedenlerden dolayı çalışmaya katılmak istemeyen kadınlar olmuştur.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBININ TANIMI ve İNSİDANSI

Abortus kelimesi latince aboriri kelimesinden gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre abortus (düşük), embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının veya bir kısmının 20. gebelik haftasına ulaşmadan ve ağırlığı 500 gramın altında iken uterus kavitesi dışına atılması olarak tanımlanmıştır (22).

Tek bir spontan abortus nadir görülen bir olay değildir. Gebelikte sık görülen bir komplikasyon olup klinik olarak bilinen gebeliklerin yaklaşık %15'i spontan abortusla sonuçlanır (6, 7). Tekrarlayan gebelik kaybı ise, ACOG tarafından iki veya daha fazla gebelik kaybı, RCOG tarafından üç veya daha fazla birinci trimester abortusları olarak tanımlanmaktadır (1, 4).

Gebelik kaybı için kullanılan terminolojinin açık ve tutarlı olması gerekmektedir. Gebelik kaybı gestasyon haftasına göre adlandırıldığında 'erken embriyo kaybı', 'ilk trimester gebelik kaybı' ve 'ikinci trimester gebelik kaybı' kullanımı önerilmektedir. Gebelik kaybı 12. gebelik haftasına kadar olan abortuslar "erken abortus ya da ilk trimester gebelik kaybı" olarak adlandırılırken, 12-20. gestasyon haftaları arasında olan abortuslar da "geç abortus ya da ikinci trimester gebelik kaybı" olarak adlandırılmaktadır (2, 10). Tekrarlayan gebelik ölümlerini tanımlamak ve tüm gebelik kayıplarının intrauterin abortuslar olarak doğrulandığı vakaları tanımlamak için "tekrarlayan gebelik kaybı" teriminin kullanımı önerilmektedir (10, 17). Bir başka sınıflandırma ise birincil ve ikincil TKG şeklindedir. Birincil TKG bir kadının hiçbir zaman canlı doğum yapmadığı çoklu gebelik kayıplarını; ikincil TKG ise, daha önce canlı doğum yapmış bir kadında görülen çoklu gebelik kayıplarını ifade etmektedir. İkincil TKG'lı kadınlarda görülen bu oran tüm TKG'lı kadınların %40-61'ini oluşturmaktadır (10, 17, 23).

Tekrarlayan gebelik kaybı üç gebelik kaybı olarak tanımlandığında kadınların yaklaşık %1-2'sini (4, 7, 24, 25), iki ya da üzerindeki gebelik kaybı olarak tanımlandığında, fertil çiftlerin %3'ünü etkilediği bildirilmiştir (7, 26). Daha önceden kaybı olan kadınların TKG riski daha yüksektir. Ardışık iki kaybın sonrasında abortus

yapma riski %17 ile %25; ardışık üç kayıp sonrasında dördüncü gebeliğin sonlanma riski ise, %25 ile %46 arasında bulunmuştur (5, 8).

## **2.2. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBININ RİSK FAKTÖRLERİ**

Tekrarlayan gebelik kaybı birçok faktörden kaynaklanabilir ve çoğu zaman çift ve doktorlar için hayal kırıklığına neden olur. Değerlendirme sonucu kaybın neden kaynaklandığını ortaya çıkarmayabilir. Bu yüzden gereksiz bir bulguya ve tedaviye neden olabilir (27).

### **2.2.1. Maternal Yaş**

Anne yaşı ve gebelik kayıplarının sayısı, bir sonraki abortus için bağımsız iki risk faktörüdür. Gebelik kayıplarının çoğu birinci trimesterde görülür ve en sık rastlanan risk faktörü ilerlemiş maternal yaştır (28). Kadınlarda 20-30 yaş arasında abortus yapma riski %9-17 arasında iken; bu oran 35 yaşındakilerde %20, 40 yaş grubunda %40 ve 45 yaşta %80'e kadar artmaktadır (28). Abortus yapma riskindeki artış, muhtemelen zayıf oosit kalitesi ve uterus ve over fonksiyonundaki azalmanın bir sonucu olarak kromozomal anormalliklerin artmasından kaynaklanmaktadır. TGK'lı çiftlerin canlı doğum olasılığının incelendiği kohort çalışmada (n=987), maternal yaşın artmasıyla birlikte canlı doğum şansının da anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir (29).

İleri baba yaşı da risk faktörlerinden biridir. Kadınlarda 35 yaş üzerinde erkeklerde ise, 40 yaşın üzerinde risk yüksektir (30, 31, 32). Abortus riskinin 20-35 yaş arasında az olduğu ve 40 yaş üzerinde bu oranın arttığı konusunda çiftler bilgilendirilmelidir (10).

### **2.2.2. Alkol tüketimi**

Alkol plasentayı kolayca geçebilen bir teratojendir ve plasentayı geçtikten sonra gelişen embriyoya ve fetüsün diğer organlarına zarar verebilmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde alkol kullanımı gebelikte karşılaşılabilecek bir risk faktörü

olarak gösterilmektedir. Gebelik sırasında alkol kullanımı ve gebelik kaybı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda kanıtlar tutarlı değildir Ancak çalışmaların genelinde gebelikte alkol tüketiminin gebelik kaybı riskini arttırdığı ve haftada iki ile dört içecek arasında bir eşik olduğu gösterilmiştir. Haftada beş ve daha fazla kadeh alkol tüketimi, gebelik kaybı riskini arttırabilir (33, 34, 35). TKG'lı kadınlarda alkol tüketimini değerlendiren çalışmalar bulunmamaktadır. Fakat gebelik sırasında alkol tüketiminin gebelik kaybına etkisiyle ilgili çalışmalar bulunmuştur. Bir vaka kontrol çalışmasında alkol tüketimi ile abortus arasında doza bağlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hiç alkol almayan kontrol grubundaki kadınlara kıyasla düzenli olarak alkol kullanan kadınların (haftada en az bir kadeh) abortus yapma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (34).

Danimarka'da 1996-2003 yılları arasında toplam 91 843 gebeliğin incelendiği kohort çalışmada, tüm kadınlara gebelik öncesi ve gebelik dönemindeki alkol tüketimi hakkında sorular sorulmuştur. Gebeliğin sonlanmasına kadar takipler sürmüş ve gebeliklerin 3595'i spontan abortus veya ölü doğum ile sonuçlanmış ve düşük ve orta düzeyde alkol alımının, spontan abortus yapma riskini arttırdığı bulunmuştur (36).

Gebelik dönemindeki alkol kullanımı ölü doğum, prematüre doğum, spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği (IUGG) ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Ayrıca alkol kullanımının gebelikte potansiyel sonuçlarından biri de, fetal alkol spektrum bozukluğunun (FASD) en ciddi ve gözle görülür şekilde tanımlanabilen fetal alkol sendromu (FAS) geliştirme riskidir (33). Klinisyenler gebelik döneminde fetüsün zarar görmemesi için tüketimi sınırlamalarını tavsiye etmektedir. TKG'lı çiftlere aşırı alkol tüketiminin gebelik kaybı ve fetal problemler için kanıtlanmış risk faktörü olduğu açıklanmalıdır (10).

### **2.2.3 Kafein tüketimi**

Kafein, embriyo-fetüs gelişimini etkileyebilecek bir uyarıcıdır. Kafeinin fetüse geçişi sırasında fosfodiesterazların inhibisyonu yoluyla hücre sel siklik adenozin monofosfat (c-AMP) seviyeleri artış göstermektedir. Plasenta bariyerini geçebilen bu uyarıcı fetüsteki düşük enzim seviyeleri nedeniyle fetüs tarafından metabolize edilemez. Kafein ve metabolitleri, plasentadan serbestçe geçebildikleri için fetüs gelişimini de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, yüksek dozda alınan kafein anne

dolaşımındaki katekolaminleri de yükselterek plasental kan akışının azalmasına da sebep olmakta ve teratojenik etki göstererek abortuslara yol açabilmektedir (37,38).

Kafein, gebelik sırasında tüketilen birçok içecek ve yiyecekte bulunmaktadır. Özellikle de çay, kahve, kola, enerji içeceği ve çikolatada bulunur. Her ne kadar günlük tüketim miktarı marka ve demleme yöntemlerine bağlı olarak ülkeden ülkeye değişiklik gösterse de, ortalama olarak bir fincan kahve yaklaşık 100 mg kafein içerir. Ancak önerilen maksimum kafein alımını destekleyecek kanıtlar yetersizdir (39). Stefanidou et al. (2011) tarafından yapılan retrospektif bir vaka kontrol çalışmasında, 52 tekrarlayan abortusu olan kadın ve 260 sağlıklı gebe, obstetrik sonucu etkileyebilecek patolojik durumlar dışlanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada günlük tüketilen kafein miktarı tüketim oranına göre orta (151-300 mg/gün), yüksek (>300 mg/gün) ve hafif (<151 mg/gün) olarak sınıflandırılmıştır. TGK'lı kadınlarda günlük ortalama kafein tüketimi 313,5 mg/gün iken, bu oran sağlıklı gebelerde, 150,2 mg/gün olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar gebelik sırasında yüksek dozda kafein tüketiminin TGK ile anlamlı derecede ilişkili olduğu ve TGK için de bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (37). Hahn et al. (2015) tarafından yapılan başka bir çalışmada kadınların gebe kalmadan önce ve erken gebelik döneminde günlük kafein ve kafeinli içecek tüketimi değerlendirilmiş, gebelik öncesi tüketilen kafein ile abortus riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak erken gebelik sırasındaki kafein tüketimi, spontan abortus ve gebelik kayıplarıyla ilişkilendirilmiştir (40).

#### **2.2.4. Sigara ve Pasif İçicilik**

Tütün dumanının bağımlılık yapıcı bileşeni olan nikotin, aynı zamanda uterus ve plasenta kan akışını azaltan güçlü bir vazokonstriktördür. Tütün dumanının toksik bileşenleri vitamin B'yi tüketmektedir. Tütün dumanında fetüsün oksijen kullanılabilirliğini azaltan monoksit ve siyanür bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda da bu durumun gebelik kayıplarında etkisi olduğu bildirilmiştir (41, 42). Hyland et al. (2015) yılında yaptıkları çalışmada gebelik boyunca veya öncesinde aktif sigara içiciliğinin ve sigara dumanına maruz kalmanın gebelik kayıplarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (43). TGK'lı 326 kadın ile en az bir canlı doğum yapmış olan 400 kadının yaşam tarzlarının karşılaştırıldığı retrospektif bir çalışmada ise, tütün dumanına yani

pasif içiciliğe maruziyetin TGK riskini önemli ölçüde arttırdığı ve bu riskin günlük maruz kalma süresi ile de ilişkili olduğu bildirilmiştir (44).

### **2.2.5. Ağır Metaller ve Radyasyona Maruz Kalma**

Çoğu radyolojik tanıda, düşük dozlarda iyonlaştırıcı radyasyon kullanılmaktadır. Ancak yüksek doz radyasyona maruz kalmanın embriyo-fetüste, ölüm, zekâ geriliği, doğumsal malformasyonlar da dâhil olmak üzere zararlı etkileri bulunmaktadır. Hasarın derecesi, gelişim aşamasına ve radyasyonun dozuna bağlıdır. Günümüze kadar elde edilen kanıtlar, gebelik kaybı riskinin radyasyona maruz kalma durumunda arttığını göstermektedir (45). Mesleki ve çevresel faktörlere (ağır metaller, pestisit, anestezi gazları) maruz kalmak da TGK'lı kadınlarda, artmış gebelik kaybı riski ile ilişkili gibi görünmektedir. Bununla ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (10).

### **2.2.6. Obezite**

Maternal obezite [Beden Kitle İndeksi (BKİ)>30 kg/m<sup>2</sup>], menstruasyon düzensizlikleri, infertilite ve TGK için bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (46, 47). Boots et al. (2014) tarafından TGK'lı 372 kadında anöplodiye bağlı abortusların sıklığını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, obez kadınlar arasında anöplodiye bağlı abortus oranı %58 iken, obez olmayan kadınlarda bu oran %37 olarak bildirilmiştir (48).

Yapılan bir çalışmada maternal obezitenin, açıklanamayan tekrarlayan abortusları olan çiftlerde abortus yapma riskini belirgin olarak artırdığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada beş ve üzerinde gebelik kaybı olan kadınların, daha önceki abortusları üç-dört olan kadınlara göre iki kat daha fazla abortus yapma riski taşıdığı gözlenmiştir (49). Tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlar, maternal obezitenin obstetrik komplikasyonlarla ilişkili olduğu ve canlı doğum oranları üzerinde olumsuz etkilerin olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir (10).



### 2.2.7. Stres

Stres tekrarlayan gebelik kayıpları için bir risk faktörüdür (17, 50). Stresin biyolojik tanımı, nöroendokrin hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninden hormon salgılanmasıdır. Strese maruz kalmaya yanıt olarak sempatik sinir sisteminin ve HPA ekseninin uyarılması, HPA sisteminin geri bildirim ile düzenlemesini bozabilir ve stres ile ilgili biyo belirteçler dolaşımında aktifleştirir. Hipotalamustan salgılanan kortikotropin serbestleştirici faktör (CRF), hipofiz ön lobundan adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılatır. Salgılanan ACTH'ın stresör etkisi ile böbreküstü bezi korteksinden kortizol salınımında artış meydana gelmektedir. Stres hormonları ve salgılanan kortizol, strese bağlı olarak artmaktadır (50, 51, 52).

Plasenta fetüsün, maternal faktörlere maruziyetinde önemli rol oynamaktadır. Stres, maternal kortizolün plasental geçişinin artmasına sebep olabilir. Plasenta, fetüsü kortizol düzeylerinin zararlı etkilerine karşı korumak için aktif kortizolü inaktif form olan kortizona dönüştürür (53). Bu nedenle kortizol seviyesi aşırı artmış kadınlarda infertilite ve abortus sorunları yaşanabilmektedir (50). Stres mediatörleri maternal immünite adaptasyonu ile ilgili sitokin profillerini de değiştirebilir, implantasyonu bozabilir ve dolayısıyla gebeliğin oluşumunu ve devamını da engelleyebilmektedir. Başarılı gebelik geçmişi olan gebe kadınlar, ilk trimesterde açıklanamayan tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek Th2 sitokin konsantrasyonuna sahiptir (52, 54). Ayrıca gebelik döneminde yaşanan stres, periferik doğal öldürücü natural killer hücrelerin aktivitesini de artırmakta ve bir sonraki gebelikte abortus yapma riskinin artmasıyla da yani tekrarlayan gebelik kayıplarıyla da ilişkilendirilmiştir (55).

Li et al. (2012) açıklanamayan tekrarlayan gebelik kaybı tanısı olan (n=45) ve fertil olan (n=40) kadınların stres düzeylerini inceledikleri çalışmada, açıklanamayan tekrarlayan gebelik kaybı bulunan kadınların, anlamlı olarak daha yüksek stres düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (50). Kolte et al. (2015) yaptığı çalışmada, TGK'lı kadınların stres prevalansının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmiştir (17). Tavoli et al. (2018) yaptığı çalışmada da TGK'lı kadınlar (n=105) ile sağlıklı kadınlar (n=105) karşılaştırılmış, TGK'lı kadınların, sağlıklı kadınlara göre daha yüksek psikolojik stres yaşadığı belirtilmiştir (56). Stres TGK ile ilişkilidir ve bu konuda

çiftler bilgilendirilmelidir. Ancak stresin doğrudan gebelik kaybına sebep olduğuna dair hiç bir kanıt bulunmamaktadır (10).

### **2.2.8. Egzersiz**

ACOG'a göre tıbbi veya obstetrik komplikasyonları olan kadınlar, gebelik sırasında fiziksel aktiviteye katılım önerileri yapılmadan önce dikkatlice değerlendirilmelidir. Gebelik derin anatomik ve fizyolojik değişikliklerle ilişkili olmasına rağmen, egzersizin kadınların çoğu için minimal riski ve onaylanmış yararları vardır. Gebelikte aerobik egzersizler için mutlak kontrendikasyon oluşturan durumlar; hemodinamik olarak anlamlı kalp hastalığı, akciğer hastalığı, servikte serkilaj, erken doğum için risk altındaki çoğul gebelikler, kalıcı ikinci veya üçüncü trimester kanamaları, 26 hafta sonrası oluşan plesanta previa, mevcut gebelik sırasında erken membran rüptürü ve gestasyonel hipertansiyondur. Gebelikte aerobik egzersizler için göreceli kontrendikasyonlar ise; şiddetli anemi, maternal kardiyak aritmi, kronik bronşit, kötü kontrol edilen tip I diyabet, aşırı morbid obezite, mevcut gebelikte intrauterin büyüme geriliği olması, kötü kontrol edilen hipertansiyon/preeklampsi, ortopedik sınırlamalar ve kötü kontrol edilen tiroid hastalığıdır. Gebelikte egzersizi sonlandırmak için uyarı işaretleri ise; vajinal kanama, efordan önce dispne, baş dönmesi, baş ağrısı, göğüs ağrısı, kas güçsüzlüğü, baldır ağrısı veya şişmesi (tromboflebitin dışında), erken doğum tehdidi, azalan fetal hareket ve amniyotik sıvı kaçağıdır (1). Ancak gebeliğin erken döneminde ağır fiziksel aktiviteler önerilmemektedir ve bu konuda çiftler bilgilendirilmelidir (1, 10).

Gebelik sırasındaki fiziksel aktivitenin anne-çocuk sağlığı üzerine etkilerini araştırmak için yapılan sistematik derlemede, hafif-orta dereceli fiziksel aktivitenin bir risk faktörü olmadığı, fiziksel aktivitenin preeklampsi ve gebelik diyabeti riskini azalttığı, fakat gebelikte egzersizin gebelik kaybı üzerine etkisinin olup olmadığı net açıklanamamıştır (57). Hegard et al. (2016) erken gebelik döneminde egzersiz ile abortus yapma arasındaki ilişkiyi incelemiş, egzersiz yapmayan gebelerle egzersiz yapan gebelerin abortus riskleri arasında fark bulunamamıştır (58). Madsen et al. (2007) çalışmasında (n=92671), haftada yedi saatten fazla egzersiz yapanların egzersiz

yapmayanlara göre abortus riskinin fazla olduğu ve 18. gebelik haftasından sonra ise abortus riski ve egzersiz arasında ilişki bulunmamıştır (59).

### 2.2.9. Jinekolojik ve Obstetrik Öykü

Obstetrik öykü ve gebelik kayıplarının sayısı bir sonraki gebelik için risk faktörü olarak görülebilmektedir. İskoçya’da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada (n=151021), önceki obstetrik geçmişe bakılmaksızın, yaş ve sigara içme alışkanlıkları kontrol altına alındıktan sonra, bir veya iki gebelik kaybı olan kadınların daha fazla abortus yapma riski olduğu bildirilmiştir (60). Kadınların gebelik kayıplarının sayısının bir sonraki canlı doğum şansını etkileyip etkilemediğinin incelendiği çalışmalarda, önceki gebelik kayıplarının sayısının, canlı doğum şansı için önemli bir prognostik faktör olduğu bildirilmektedir (60, 61).

Uterus myomları (leiomyomlar veya fibroidler) uterusun düz kasından kaynaklanan yaygın selim tümörlerdir. Fibroidlerin gerçek prevalansı tarama programı olmadığı için bilinmemektedir. Ancak tahmin edilen myom prevalansı tüm kadınlarda %30, üreme çağındaki kadınlarda %20–40 ve 35 yaş üstündeki kadınlarda %40–60’tır (62). Submuköz myomların uterin kan akışını azaltabileceği ve böylece embriyonun implantasyonunu bozabileceği öne sürülmektedir. Fakat çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre uterus myomlarının gebelik sonuçları üzerindeki etkisi belirsizliğini korumakta ve daha fazla araştırma bulgusuna ihtiyaç duyulmaktadır (63, 64, 65).

Annede bulunan viral, fungal, bakteriyel enfeksiyonlar gebelik kaybına neden olabilmektedir. Enfeksiyöz ajanlar TGK’nın %0,5-5’ini oluşturur (6). Tekrarlayan gebelik kayıplarında en sık karşılaşılan enfeksiyonlar chlamydia trachomatis, ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, sitomegalovirüs (CMV) ve human papilloma virüsleridir (HPV). Birçok çalışma, erken doğum, intrauterin ölümler veya büyüme geriliği de dahil olmak üzere, spontan abortus veya negatif obstetrik öyküsü olan kadınlarda TORCH enfeksiyonlarının seroprevalansının anlamlı derecede yüksek olduğunu bildirmiştir (1, 66). TORCH enfeksiyonları dışında kronik endometrit enfeksiyonu da, TGK’lı kadınların %7-58’inde görülebilmektedir. Endometrit tedavisinde kullanılan antibiyotiklerin ise canlı doğum oranlarında belirgin bir iyileşme sağladığı ve endometriti ortadan kaldırdığı bulunmuştur. Fakat bu durum

randomize kontrollü çalışmalarda test edilmemiştir (67,68). Zolghadri et al. (2011) tarafından 20. gebelik haftasından önce ve tekrarlayan üç gebelik kaybı bulunan 142 kadın ile 154 fertil ve kaybı olmayan kadınları karşılaştırdığı çalışmada, tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınların, fertil kadınlara göre kronik endometrit oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (69).

### **2.2.10. Aile Öyküsü**

Aile üyeleri arasında ortaya çıkan kendiliğinden abortusların TGK için risk yaratıp yaratmayacağı açık değildir. Tekrarlayan gebelik kaybı ve ailede TGK öyküsünü inceleyen çalışmalarda, TGK'lı kadınların birinci derece akrabaları arasında da TGK oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (17, 44). Miskoviç et al. (2012) retrospektif vaka kontrol çalışmasında bir veya daha fazla abortusu olan 567 çiftin birinci (I), ikinci (II) ve üçüncü (III) kuşak akrabaları arasındaki TGK ve spontan abortus sıklığını değerlendirmek için akrabalarındaki üreme geçmişi araştırılmış ve TGK'lı çiftlerin I, II ve III. kuşak akrabalarında abortus riskinin genel popülasyondan iki-üç kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (70). Literatürde yer alan diğer çalışmalarda ise, TGK'nın ailesel veya kalıtsal olarak risk faktörü olup olmadığını ortaya koyan yeterli kanıtın olmadığı ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (44, 70).

## **2.3. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI ve ETİYOLOJİK FAKTÖRLER**

### **2.3.1. Trombofilik Bozukluklar**

Erken dönemde görülen TGK'nın ana nedenlerinden biri %40 oranında trombofili olarak tanımlanmıştır. Gebelik döneminde fizyolojik değişikliklerle birlikte pıhtılaşma faktörleri de (D-dimer ve / veya PTZ protrombin zamanı) artmakta ya da azalmaktadır. Bu nedenle gebelik sırasında venöz tromboembolizm (VTE) riskinde de artış gözlenmiştir (71). Ayrıca, yüksek trombolitik risk faktörü (örneğin, kalıtsal trombofili) taşıyan kadınlarda, venöz tromboemboli ve abortus riski daha fazladır (71, 72). Genetik trombofilik faktörler TGK'na neden olan bir faktör olarak kabul edildiğinden, şiddetli obstetrik komplikasyonlarla da ilişkili olabileceği

düşünülmektedir. Buna Faktör V Leiden mutasyonu, Protein C, Protein S ve Antitrombin eksikliği, Protrombin mutasyonu da dâhildir (73).

Plazma homosistein düzeyinin artışı olarak bilinen hiperhomosisteinemi de gebe kadınlarda, venöz tromboembolizm, istenmeyen gebelik sonuçları, TGK, preeklampsi, nöral tüp defekti ve fetal büyüme kısıtlılığı için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (74). Plazma homosistein düzeyleri, TGK ile ilişkili olduğu düşünülen tüm vitamin B6, vitamin B12, folat, genetik metilentetrahidrofolat redüktaz mutasyonları (MTHFR), artan yaş ve hipotiroidizm gibi çeşitli faktörler tarafından belirlenir (75). Bu vitaminlerin yetersiz alımı ya da metabolizmalarındaki sorunları, homosistein düzeylerinin yükselmesine sebep olmaktadır. Gebelik döneminde homosistein seviyesinin artması plasenta enfarktüsüne neden olmakta ve gebelik kaybını da attırmaktadır. Bu durum tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınların yaklaşık %5'ini etkilemektedir. Yüksek seviyedeki homosistein, venöz ve arteriyel vasküler sistemlerde bir takım patolojik süreçlerde rol oynar (74).

### **2.3.2. Antifosfolipid Sendromu**

Tekrarlayan gebelik kaybında etkili olan durumlardan biri de Antifosfolipid Sendromudur (APS). APS, antifosfolipid antikorlar (aPLs) ile karakterize edilen ve gebelikte morbidite, tromboz gibi durumlarla ilişkili olan otoimmün bir hastalıktır (76, 77). APS'nin, tanı kriterleri Miyakis tarafından 2006 yılında güncellenmiştir. Tablo 1'deki klinik kriterlerden en az birinin varlığında ve 12 hafta aralıklarla yapılan ölçümlerle en az iki kez yapılan ölçümde, laboratuvar testlerinden en az birinin kalıcı anormalliğinde kesin tanı konulmaktadır (78).

**Tablo 1. Antifosfolipid Sendromu Tanı Kriterleri**

<b>APS'nin Klinik Kriterleri</b>	<b>APS'nin Laboratuvar Kriterleri</b>
1. Vasküler Tromboz	A. En az 12 hafta arayla iki veya daha fazla sayıda, plazmada lupus antikoagulan varlığı
2. Gebelik Morbiditesi	B. 12 hafta arayla yapılan ölçümlerde orta ya da yüksek titrelerde anti-kardiyolipin IgM veya IgG varlığı
A. 10 haftadan küçük üç ve üzerinde açıklanamayan ardışık spontan abortus	C. En az 12 hafta arayla kandaki IgG ve / veya IgM izotipinden oluşan anti-b2GP1 antikoruna
B. 10. haftada, bir ve üzerinde normal fetüsün açıklanamayan ölümü	
C. 34. haftadan büyük, bir ve üzerinde normal yenidoğanın eklampsi, şiddetli preeklampsi, plasental yetmezliğe bağlı prematüre doğumu	

Van Den Boogaard et al. (2013) tarafından yapılan bir kohort çalışmada açıklanamayan TGK'sı olan kadınlar ve APS'li kadınlar arasında gebelik kaybı, gebelik sırası veya anne yaşı faktörlerinde bir fark olmaksızın, 865 kadının %50'sinde en az bir canlı doğum öyküsü bulunmuştur. Ayrıca her iki grupta da, kadınların %97'sinde ardışık abortus öyküsü varlığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmayla birlikte APS'yi test etmenin gerekli olduğu sonucuna da varılmıştır (79). Tekrarlayan gebelik kaybı yaşayan kadınlar için, iki gebelik kaybı sonrası antifosfolipid antikorları taraması önerilmektedir (10, 19).

### **2.3.3. Genetik Nedenler**

Abortuslarda parenteral kromozom anormalliklerinin %90'ından fazlasını anöploidi, poliploidi şeklinde adlandırılan sayısal anomaliler oluşturur. Diğer kalan kısmı da mosaizm ve yapısal anormallikler (translokasyon, inversiyon) oluşturmaktadır (80). Sayısal anomalilerden anöploidiler arasında en fazla görülen anomali çeşidi trizomilerdir. Trizomi kromozomal anormalliklere bağlı tüm gebelik kayıplarının %52'sini oluşturmaktadır. Kromozomal anormalliklere bağlı kayıpların yaklaşık %16'sı trizomi 16'ya bağlıdır ve en sık karşılaşılan trizomi çeşididir. Trizomi 13, 18 ve 21 %9 ve trizomi 21 ise %0,1 oranında görülmektedir. Triploidiler

kromozomal anormalliklere bağlı abortusların %17'sini, monozomiler ise %18'ini oluşturmaktadır (81). Tekrarlayan gebelik kayıplarının yarısından fazlasından sorumlu olan kromozomal anomalilere bağlı kayıpların çoğu ilk trimesterde gerçekleşir ve döllelenmiş tüm ovumların yaklaşık %2 ile %5'i, kromozomal anormallik içermektedir. Bu oran termde olan fetüslerde %1'den daha azdır (81). Gebelik kaybı sonrası fetal doku analiz edilerek erken gebelik kaybının genetik olarak anormal embriyo veya fetusten (anöploidi) kaynaklanıp kaynaklanmadığının belirlenmesi mümkündür (82).

#### **2.3.4. Anatomik Nedenler**

Tekrarlayan gebelik kaybı nedeniyle incelenen hastalarda yaklaşık %10-%15 oranında uterin anatomik bozukluklara rastlanmıştır. Anatomik anormalliklerin genellikle endometriyum vaskülaritesini azaltarak, plasentanın yetersiz kanlanmasına neden olup düşüğe yol açtığı düşünölmektedir. Bu yüzden endometriyumdaki bu anormalliklerin tekrarlayan gebelik kayıplarının potansiyel nedenleri olduğu düşünölmektedir (6). Tekrarlayan gebelik kaybı eğilimi olan popölasyonda uterin anomalilerin prevalansı %1,8 ile %37,6 arasındadır. Uterin malformasyonlardan kaynaklanan kayıplara bakıldığında prevalans olarak ikinci trimester abortuslarının birinci trimesterde abortus yaşayan kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (4).

Uterin anomalileri, edinsel veya konjenital olarak sınıflandırılabilir. Konjenital nedenlerin edinsel nedenlerden daha fazla TGK etiyolojisinde rol oynadığı düşünölmektedir. Kayıplar genelde implantasyon bölgesinin yetersiz kanlanması nedeniyle gebeliğin erken döneminde ya da yapısal defektlerden kaynaklı ikinci trimesterde görülür (83). Edinilmiş anormallikler arasında intrauterin adezyonlar, myomlar ve endometrial polipler bulunur. İnterauterin adezyonlar, endometrial bazal tabakanın tahrip edildiği, uterus cerrahisi, enfeksiyon veya komplike doğumdan sonra oluşan bölgelerde meydana gelir. Abortusların sayısı arttıkça adezyonların sıklığı ve şiddeti de artmaktadır (84).

Konjenital uterin anomalileri, müllerian kanalların anormal gelişimi sonucunda oluşur. Septat, bikornnat, uniko-nomat, didelfik ve arkuat uterin gibi çeşitleri vardır. Septat uterus en sık görölen tiptir ve kendiliğinden oluşan abortuslarla yakından ilişkilidir. Konjenital uterin anomalisi bulunan TGK'lı kadınlarda uterin

metroplastinin üreme sonuçları ve üzerindeki etkisiyle ilgili randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Metroplasti sonrasında başarılı gebelik oranlarının arttığını gösteren kanıtlar vardır ve uterin anomalisi bulunan kadınlarda septanın cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir (85).

### **2.3.5. Endokrin Kaynaklı Nedenler**

#### **2.3.5.1. Hipotiroidi ve Hipertiroidi**

Tiroid bozuklukları, özellikle hipotiroidizm, infertilite, istenmeyen gebelik sonuçları TGK ile yakından ilişkilidir (5, 86). Ancak hem hipotiroidi hem de hipertiroidi üreme fonksiyonlarda bozulmalara neden olabilmektedir. Literatürde tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeyi ve gebelik kayıpları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur (86, 87, 88). Aşırı hipotiroidizm, düşük doğum ağırlığı riski, erken doğum, ablasyo plasenta ve gestasyonel hipertansiyon gibi diğer gebelik komplikasyonları ile birlikte abortus riski ile ilişkilidir. Günümüzde, subklinik hipotiroidiyi tanımlamak için en sık kullanılan yöntem serum TSH düzeyidir. İki yeni kohort çalışmada TGK'lı kadınlarda yüksek oranda (%19 ve %21) subklinik hipotiroidizm saptanmıştır (87, 88). Subklinik hipotiroidili ve TGK'lı kadınlarda levotiroksinin tedaviye etkisi konusunda çelişkili kanıtlar vardır. Kadınların hipotiroidi tedavisiyle abortus yapma riski azaltılabilmektedir. Ancak tedavinin potansiyel yararı, risklere karşı dengelenmelidir. Subklinik hipotiroidili ve tekrarlayan gebelik kaybı bulunan kadınlar tekrar gebe kalıyorsa, TSH düzeyi erken gebelik döneminde (7-9 haftalık) kontrol edilmeli ve hipotiroidizm levotiroksin ile tedavi edilmelidir. Ayrıca TGK'lı kadınlarda tiroid taraması (TSH ve TPO antikorları) önerilmektedir (10, 87).

#### **2.3.5.2. Diabetes Mellitus**

Kontrol altına alınan diabetes mellitus, tekrarlayan gebelik kayıpları için bir risk faktörü değildir. Ancak erken gebelik döneminde kontrolü sağlanamayan diabetes mellitusa bağlı yüksek glisemik konsantrasyon TGK'lı kadınlarda risk faktörüdür. Kontrolsüz diabetes mellitus spontan abortus riskini arttırmaktadır. Bu nedenle



tekrarlayan gebelik kayıplarında HbA1C düzeyleri ve plazmadaki glikoz oranı ölçülerek glikoz düzeyleri taranmalıdır. Yüksek HbA1C düzeyi ile spontan abortuslar arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (83).

### **2.3.5.3. İnsülin Direnci**

Tekrarlayan gebelik kaybında insülin direnci önemli bir rol oynamaktadır. Tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan kadınlar, yeni bir gebeliğin ilk üç ayında insülin direnci açısından yüksek risk altındadır. Li et al. (2012) tarafından yapılan bir metaanalize göre, insülin direncinin tekrarlayan gebelik kayıpları ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, insülin direnci, tekrarlayan gebelik kayıplarının doğrudan nedenlerden biri olabilir (50). Ispasoiu et al. (2013) yaptıkları çalışmada, idiyopatik TGK'sı olan 65 kadında ve gebelik kaybı olmayan 53 fertil kontrol grubunda insülin direncini değerlendirmiş ve TGK'sı olan kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek oranda insülin direnci olduğu bildirilmiştir (89).

### **2.3.5.4. Luteal Faz Defekti**

Gebeliğin ilk döneminde plasenta oluşumundan önce korpus luteumdan progesteron salgılanmaktadır. Progesteron, endometriyumun implantasyonun yanı sıra erken gebeliğin sürdürülmesi için de gereklidir. Luteal faz defekti, normal sekretuar endometriyum sürdürülen, embriyo implantasyonunu ve büyümesini sağlayan progesteronun yetersizliği olarak tanımlanmaktadır. Progesteronun yeterli salgılanmaması luteal fazda endometriyum üzerindeki normal implantasyonu bozar. Bu nedenle luteal faz yetmezliği erken dönemde yaşanan kayıpların ve TGK'nın bir nedeni olarak yer almaktadır (90). Li et al. (2000), TGK'lı kadınlarda fertil kadınlara göre luteal faz defektinin daha yüksek oranda olduğunu bildirmişlerdir (91). Tekrarlayan gebelik kaybı ve luteal faz defekti arasındaki ilişkiyi inceleyen ve kanıtlara dayanan yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle TGK'lı kadınlara luteal faz yetmezliği testi önerilmemektedir (10).

### **2.3.5.5. Polikistik Over Sendromu (PKOS)**

PKOS dünya çapında infertilitenin en önemli nedenlerinden biridir ve infertil çiftlerin yaklaşık %20'sini etkilemektedir. PKOS ile gebelik kaybı arasındaki ilişki, hem PKOS hem de gebelik kaybıyla ilişkili birkaç faktörle açıklanabilir. Bunlar obezite, hiperinsülinemi, LH hipersekresyonu, hiperandrojenemi ve trombofililerdir (92, 93). Kazerooni et al. (2013) tarafından yapılan bir vaka kontrol çalışmasında hem PKOS hem de TGK olan kadınlarda açlık insülini en yüksek seviyelerde bulunmuştur (93). PKOS'u olan kadınlarda TGK prevalansı (%40) ile komplike üreme öyküsü olmayan kadınların TGK prevalansı (%22) karşılaştırıldığında PKOS'u olan kadınlarda TGK prevalansı daha yüksektir (94).

## **2.4. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBININ TANILAMASI**

### **2.4.1. Anamnez**

Tekrarlayan gebelik kaybı olan bir çiftin anamnezinde obstetrik, jinekolojik, tıbbi, cerrahi, genetik, sosyal ve aile öyküsünün yanında gebenin yaşı ve fizik muayenesi eksiksiz olmalıdır. Ailede soy geçmiş/özgeçmiş durumu TGK varlığı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Embriyonik veya fetal kayba neden olabilecek hastalık tablosu varlığı, herhangi bir sistemik hastalık varlığı, uterin müdahale öyküsünün olup olmadığı, gebelik sayısı, canlı çocuk varlığı, gestasyonel yaş, önceki gebeliklerde anomali varlığı, geçirilmiş enfeksiyon varlığı, akrabalık ve ailede genetik hastalıkların varlığı açısından kadın sorgulanmalıdır. İkinci trimesterdeki abortuslarda, servikal yetersizliği olanlarda yardımcı olabilecek herhangi bir bilgi gözden geçirilmeli ve önceki abortuslar hakkındaki tıbbi notlar kayıt edilmelidir (95).

### **2.4.2. Laboratuvar Değerlendirmesi**

Hastaların laboratuvar değerlendirmesinde TGK açısından risk oluşturan durumlar ele alınmalıdır. Kromozom analizi, HbA1C, tiroid fonksiyon testleri, APS, trombofili değerlendirmeleri açısından testler yapılmalıdır. Tekrarlayan gebelik kaybı ile gelen çiftlere rutin karyotipleme önerilmez. Gereksiz değerlendirme ve tedaviden kaçınmak için fetal ürünlerden direkt veya anne periferik kan örneklerinden indirekt

kromozom analizi üzerinde sitogenetik analiz yapılabilir. Anöploidi varlığı daha sonraki gebelikteki başarı ihtimalini göstermektedir (96).

Hipotiroidi ve hipertiroidi durumlarının her ikisi de üreme fonksiyonunda bozulmaya neden olduğu için, TGK olgularında özellikle subklinik hipotiroidi tanısı için serum TSH düzeyinin değerlendirilmeye alınması gerekir. Antitiroid antikorlarının TGK'larında etkisi kesin olarak gösterilmemiştir. Antitiroid antikor pozitifliğinin günümüzde etkin tedavisi de yoktur. Bu nedenle tiroid otoantikör taramasının da TGK'nın güncel algoritmasında yeri yoktur (10).

Trombofililer, fetus gelişimi ve sağkalım üzerine yeterli uteroplasental dolaşımın önemi göz önüne alındığında, potansiyel bir gebelik kaybı nedeni olarak değerlendirilmiştir. Trombofili, gebelik sırasında hemostazdaki değişiklikleri yoğunlaştırır. Trombofiliden kaynaklanan tekrarlayan gebelik kaybı, plasentanın vasküleritesinin trombozu kavramıyla açıklanabilir. Anne ile fetus arasındaki pıhtılaşma aktivasyonu plasental gelişimde önemli rol oynamaktadır (98). Trombofilik mutasyonların gebelik üzerinde olumsuz etkilerini gösteren çalışmaların çoğunluğunun retrospektif veriye dayalı olması ve hangi hemostatik testlerin uygulanması gerektiği hakkında henüz yeterli fikir birliği olmaması trombofiliye yönelik testlerin, TGK nedenlerinin birincil incelemesinde kullanılmasını tartışmalı hale getirmektedir (99,98).

### **2.4.3. Uterin Değerlendirme**

Değerlendirmede USG hızlı, kolay erişilebilir, ekonomiktir ve radyasyon içermez. İki boyutlu ultrason uterin anomalilerin yarısını saptayabilir. Deneyimli kişiler tarafından üç boyutlu ultrasonografi, iki boyutlu ultrasonografiden daha doğrudur ve uterin anomalii değerlendirilmede MRG ile eşittir. Sonohistiyografi uterin anomalileri belirlemede %95 doğruluk veren noninvaziv, maliyet yönünden de etkin bir yöntemdir (100). MRG, kompleks uterovajinal anatomiye güvenilir bir şekilde görselleştirmek için üstün bir kabiliyeti olan oldukça hassas ve spesifik bir yöntemdir. Kesin teşhis için kombine histeroskopi ve laparoskopi, sonohisterografi, MRG ve üç boyutlu USG kullanılabilir (101).

#### 2.4.4. Erkek Faktörünün Değerlendirilmesi

Tekrarlayan gebelik kaybıyla sperm kalitesini ilişkilendirmek, testlerle erkek faktörünün değerlendirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Birkaç farklı test mevcuttur ancak hangi testlerin en akıllıca olduğu konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Terminal uridin nick-end etiketleme testi (TUNEL), sperm kromatin yapı testi (SCSA), sperm kromatin dispersiyonu (SCD) ve alkalın COMET testi, erkek faktörünü değerlendirmede kullanılabilir (102).

**Tablo 2. Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Uygulanan Tanılama Yöntemleri ve Testler**

Genetik	Eşlerde karyotip analizi
Endokrin değerlendirme	Midluteal faz serum progesteron düzeyi veya endometrial biyopsi Folikuler faz orta-geç- döneminde LH Folikuler faz androgen TSH Açlık insülin, glikoz Prolaktin
Uterin değerlendirme	Histerosalpingografi, Sonohisterografi Transvaginal ultrasonografi Histeroskopi, laparaskopi, MRI
Antifosfolipid Sendrom açısından değerlendirme	Antifosfolipid antikor (AFA) testleri
Trombofili açısından değerlendirme	Lupus antikoagulan Antikardiyolipin antikor Faktör V Leiden mutasyonu Protrombin gen mutasyonu Protein S, Protein C ve Antitrombin III seviyeleri
Servikal değerlendirme	6 – mm dilatör test Histerosalpingografi (funneling bulgusu) Transvaginal USG

## **2.5. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA TEDAVİ**

### **2.5.1. Folik Asit Tedavisi ve Multivitamin**

Folat ve vitamin B12 konsantrasyonlarının eksikliği sonucu oluşan homosisteinin plasental gelişimi ve sonrasında fetal büyümeyi etkilediği düşünülmektedir. Folat eksikliğinin abortus riski, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği (IUGG), nöral tüp defekti, preeklampsi gibi komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle folik asit alımına gebeliğin öncesinde başlanmalı ve gebeliğin ilk trimesteri boyunca devam edilmelidir (103, 104, 105). Kamal et al. çalışmasında folik asit takviyesinin, nöral tüp defekti (NTD) ve tekrarlayan gebelik kaybı oranını azalttığı bildirilmiştir. Bu durum, yüksek homosistein ve azalmış serum folat konsantrasyonlarının tekrarlayan spontan erken gebelik kayıpları için risk faktörleri olduğunu ve tedavinin yararlılığını savunmaktadır. TGK ve hiperhomosisteinemi bulunan kadınlarda yüksek doz folik asit ile vitamin tedavisi etkili olmuştur. Homosistein seviyeleri normalize edilerek fetal sonuçta iyileşme sağlanmıştır (106). Yapılan başka bir çalışmada ise folik asit takviyesinin toksisite etkisinin olmamasından ve NTD'ni azaltmada önemi bilindiğinden gebelik öncesinde verilmesi gerektiği savunulmuştur (105). Glueck et al. (2015) tarafından yapılan çalışmada da, L-metil folat, B6 ve B12 vitamin takviyesi ile yapılan tedavinin, homosistein seviyelerini azalttığı, hatta hastaların %76'sında normalize ettiği bulunmuştur (107). Mukhopadhyay et al. (2017) yaptığı çalışmada da folik asit ve vitamin B12 ile tedavisinin homosistein düzeylerini önemli derecede azalttığı, hiperhomosisteineminin tekrarlayan gebelik kaybı için bir risk faktörü olduğu, bu nedenle de TGK öyküsü olan kadınlarda rutin olarak serum homosistein ölçümünün testlere dahil edilmesi gerektiği belirtilmiştir (74).

### **2.5.2. Progesteron**

Progesteron, sağlıklı bir gebeliğin sağlanması ve sürdürülmesi için gereklidir. Luteal faz yetmezliğinin yol açtığı progesteron miktarındaki azalma TGK'da nedensel bir faktör olarak öne sürülmüştür. Bununla birlikte progestasyonel ajanlar, gebeliğin ilk üç ayından başlayarak, abortusu önlemek için kullanılan tedaviler arasında yer almaktadır (108). TGK öyküsü olan ve mevcut gebelikte progesteron tedavisi alan ve

almayan kadınların gebelik sonuçlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, progesteron kullanan kadınların abortus oranında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir (109). Diğer bir randomize, plasebo kontrollü çalışmada ise, açıklanamayan TKG öyküsü olan kadınlarda gebeliğin ilk üç ayında vajinal progesteron kullanımının canlı doğum oranlarında anlamlı bir artışa neden olmadığı bildirilmiştir. Son zamanlarda yayınlanan PROMISE çalışmasına dayanılarak, açıklanamayan TKG'lı kadınlarda progesteron reçete edilmemesi önerilmektedir (108). TKG ve luteal faz yetmezliği olan kadınlarda canlı doğum oranını iyileştirmek için progesteron kullanımına yönelik yeterli kanıt olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca luteal faz yetmezliği için test yapılması ve kullanımına uygunluğu konusunda sınırlı kanıtlara dayanarak rutin olarak test yapılmaz veya önerilmez (9, 10).

### **2.5.3. Metformin**

Metformin, antihyperglisemik etkili oral bir ilaçtır ve glikoz toleransını artırır. Bazal ve postprandiyal plazma glikoz konsantrasyonlarını düşürür. Metformin hepatik glikoz üretimini ve intestinal glikoz emilimini azaltır ve böylece insülin duyarlılığını da artırır. Metformin tip II diabetes mellitus tedavisinde, PKOS hastalarında menstrüel disfonksiyonu tedavi etmek için ve gebe kalmak isteyen kadınlarda doğurganlığı arttırmak için kullanılmaktadır. Randomize kontrollü olmayan çalışmalar gebelikte metformin uygulamasının PKOS'lu hastaların gebelik sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmiş, metforminin de etkili olabileceğini düşündürmüştür (110, 111). Yapılan bir çalışmada PKOS veya insülin direncine sahip kadınların gebelik sonuçlarının iyileştirilmesinde metforminin etkili olduğu bulunmuştur (111). Metforminin abortus üzerindeki etkisini araştıran metaanaliz çalışmasında ise; PKOS'la birlikte infertilitesi olan kadınların insülin duyarlılaştırıcı olan metformini gebelik öncesi kullanmalarının, spontan abortus yapma riskini anlamlı düzeyde etkilemediğini belirtmişlerdir (112). Metforminin kullanımı ile ilgili veriler çelişkili, çünkü yeterince güçlü araştırmalar yapılmamıştır. TKG ve PKOS'lu kadınlarda birçok çalışmanın incelendiği kılavuzlar ve uzman görüşlerine bakıldığında metformin kullanımı TKG tedavisinde önerilmemektedir (9,10).

#### **2.5.4. İntravenöz İmmünoglobulin**

İntravenöz immünoglobulin (IVIG), immün komplekslerin eliminasyonu, Fc-reseptörler ile etkileşim, aktive edilmiş komplement faktörlerinin eliminasyonu, antijen prezantasyonu ve enflamatuar sitokinlerin nötralizasyonu dahil olmak üzere birçok mekanizma yoluyla birçok otoimmün ve enflamatuar hastalıkta semptomları azalttığı bilinmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda ve kılavuzlarda IVIG'in etkinliği hakkındaki kesin sonuçlar için çalışmaların yetersiz kaldığı sonucuna varılmıştır ve IVIG tedavisi TGK'da önerilmemektedir (9, 10). Kortikosteroidler veya IVIG tedavisi diğer tedavi yöntemlerine kıyasla, antifosfolipid antikorları ile ilgili TGK olasılığı olan kadınların canlı doğum oranını iyileştirmemektedir. Bunların kullanımı maternal ve fetal morbiditeye neden olabilir (9). Ata et al. (2011) açıklanamayan TGK olgularında IVIG tedavisini araştırdığı metaanaliz çalışmasında, tedavide IVIG'in etkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (113). Triolo et al (2003) yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, antifosfolipid antikorlarıyla ilişkili tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınların, düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH) ve aspirin ile kombine tedavisinin, IVIG ile tedavi edilenlerden daha yüksek oranda canlı doğum oranına sahip olduğunu bildirmişlerdir (114).

#### **2.5.5. Lökosit İmmunoterapisi**

Tekrarlayan gebelik kayıplarının meydana gelmesinden sorumlu immün mekanizmalar annede lökositotoksik antikorların bulunmaması, anne-baba arasındaki HLA uyumu, maternal blokan antikor yokluğu olarak gösterilebilir. Tekrarlayan gebelik kayıpları olan vakalarda eşin ya da uygun bir donörün lenfositleri kullanılarak immünizasyonu sağlamak amacıyla uygulanan bir tedavidir. TGK'nın tedavisinde APS bulunan kişilerde immunosupresyonu sağlamak amacıyla aktif immünizasyon yapılır. Bu immunoterapinin paternal kaynaklı fetal antijenlere maternal yanıtın natural killer hücre aktivitesini baskılayarak düzenlediği düşünülmektedir. Paternal lökosit enjeksiyonu veya trofoblast membran infüzyonu kullanılarak immün tanılama sağlanır (115).

### 2.5.6. Aspirin ve Heparin

Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), daha iyi güvenlik profili nedeniyle fraksiyone olmayan heparine göre daha çok tercih edilir. Bu nedenle TGK ve trombofili hastalarında en yaygın kullanılan antikoagülandır. DMAH trofoblast proliferasyonunu, invazyonunu ve farklılaşmasını düzenleyerek bir sitoprotektif etki gösterir. Bu nedenle DMAH trombofili ve TGK olgularında gebelik sonuçlarını iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır (116). TGK'nın tedavisinde Tzafettas et al. (2005) DMAH uygulandıktan sonra etiyolojisi bilinmeyen 27 TGK'lı hastada başarı oranının yüksek olduğunu (%85,1) bildirmişlerdir. Ayrıca uygulanan tedavinin etiyolojisi bilinen ve bilinmeyen TGK'da her iki hasta grubunda etkili olduğu gösterilmiştir. Gebelik boyunca düşük doz aspirin ile birlikte DMAH kullanımının güvenli ve etkili olduğu sonucuna varılmıştır (117). Empson et al. (2005) tarafından yapılan çalışmada gebelik kayıplarını iyileştirmek için aspirin, steroid tedavisi, intravenöz globulin (IVIg) ve heparin gibi çeşitli tedaviler gebe kadınlara uygulanmıştır. Çalışmada antifosfolipid antikorları nedeniyle TGK olan kadınların, canlı doğum oranında belirgin bir artış sağlayan tedavi kombinasyonunun aspirin ve fraksiyone olmayan heparin olduğunu bildirmişlerdir. Bu tedavi kombinasyonu sadece aspirin tedavisiyle karşılaştırıldığında, abortus oranını %54 oranında azalttığı sonucuna varmışlardır (118).

Antifosfolipid sendromlu tromboz öyküsü bulunan hastalara veya tromboz öyküsü bulunmayıp TGK öyküsü olan antifosfolipid sendromlu hastalara gebelik boyunca ve postpartum altıncı haftaya kadar antikoagulan ve heparin tedavisi uygulanmaktadır. Tekrarlayan erken gebelik kaybı veya açıklanamayan geç gebelik kaybı olan kadınlar için antifosfolipid antikorları taraması önerilir. Pozitif antifosfolipid antikorları ve venöz veya arteriyel tromboz öyküsü olmayan bu gebelik komplikasyonu olan kadınlar için de profilaksi veya orta dozda profilaktik doz heparin veya profilaksi olarak DMAH ve aspirinin kombine edilmesi önerilmektedir (119).

ESHRE 2017 kılavuzunda da APS'nin laboratuvar kriterlerini yerine getiren ve üç veya daha fazla gebelik kaybı öyküsü olan kadınlar için, gebe kalmadan önce başlayan DDA (75 ile 100 mg/gün) ve profilaktik doz heparin ile başlanması



önerilmektedir (10). Antifosfolipid sendromlu gebe kadınlarda, düşük dozda aspirin ve heparin tedavisi önerilmektedir (9).

## **2.6. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI VE DEPRESYON**

Gebelik kaybı kadınları fiziksel olarak etkilemenin yanında psikolojik olarak da etkiler. Gebeliğin kaybı çiftler için üzücü kaygı verici ve travmatik bir durum oluşturur. Umutsuzluk, kırılganlık ve güçsüzlük duygusuna yol açar. Ayrıca depresyon, anksiyete, öfke ve keder gibi zihinsel sıkıntılar da görülebilmektedir. Bu üzücü durum tekrarlanırsa, psikolojik sıkıntı devam eder. Gebelik kaybı çok erken dönemde gerçekleşse dahi, psikolojik etkisi ölü doğum ve yenidoğan ölümleri de dahil olmak üzere perinatal bir kayıp kadar önem taşır (16). Kendiliğinden abortus sonrası kadınların %48- 51'inde psikiyatrik hastalık görüldüğü belirtilmiştir (120). Major depresif bozukluk tanısının gebeliğin kaybı sonrasında, %10 ile %50 arasında görüldüğü bildirilmiştir. Psikolojik belirtiler gebelik kaybından sonraki altı ay ile bir yıl kadar sürebilir. Risk faktörleri arasında psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuksuzluk, sosyal destek eksikliği veya kötü evlilik uyumu, gebelik öncesi kayıp gösterilmektedir (15).

Abortus, depresyon, anksiyete, öfke ve keder gibi zihinsel sıkıntılara neden olur. Abortus tekrarlanırsa, zihinsel sıkıntı devam eder. Bunların tümü, TKG hastalarının uygun zihinsel bakıma ihtiyacı olan bir grup insan olduğunu göstermektedir (15). Sham et al. (2010) çalışmasında kadınların abortustan üç ay sonra, %10'unda depresif bozukluk, %1,2'sinde anksiyete bozukluğu, %0,6'sında obsesif kompulsif bozukluk ve %0,6'sında ise travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gebelik kaybı sonrası yaşanan depresyonun risk faktörleri arasında genç yaş, kısırlık öyküsü ve geçmiş depresyon öyküsü yer almaktadır (121). Lok ve Neugebauer (2007) gebelik kaybının psikolojik uyumla ilişkisini gözden geçirmişlerdir. TKG öyküsü olan kadınların %50'sinin psikolojik uyumda güçlük çektiği, bu durumun birkaç ay süren depresyon ve kaygıya yol açtığı ve TKG'lı kadınların üçte birinde depresyon tanısı konulduğu bildirilmiştir (15).

Birçok çalışma, gebelik kaybına psikolojik uyumun kadınlar ve erkekler arasında farklılık gösterdiğini göstermiştir (15,122,123). Hem erkekler hem de

kadınlar kayıptan kısa bir süre sonra psikolojik sıkıntı yaşadıkları halde, erkekler arasındaki sıkıntı düzeyleri kadınlardan daha azdır (15). Çalışmalar gebelik kaybı olan kadınlar arasında depresyon düzeylerinin eşleştirilmiş toplum örneklerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirirken, eşlerinin depresyon düzeylerinin toplum örnekleminde anlamlı düzeyde farklı olmadığını bildirmişlerdir (15,123).

## **2.7. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI ve ÇİFT UYUMU**

Olumsuz olayları çiftlerin birlikte yaşaması, evlilik ilişkilerini ve ilişkideki uyumlarını güçlendirebilir (124). Ebeveynler gebelik kaybı sonrası olumsuz durumlarda güçlenebildikleri gibi aynı zamanda üzücü ve zor bir durumla yüz yüze oldukları için bireysel destekten birbirlerini mahrum bırakabilir. Stresli bir dönemden geçen çiftler yaşadıkları kederle başa çıkarken eşleriyle ilgilenemeyebilir ve destek alamayabilirler. Beklenen bebeğin ölümü ve neden olduğu sıkıntı, ebeveynlerin karşılıklı desteğini engelleyebilir ve eşlerinin destek algılarını bozabilir ve böylelikle ikili ilişkileri de olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tekrarlayan gebelik kayıpları sonrasında çiftler zor, üzüntü verici ve stresli zamanlar geçirirler. Evlilik ilişkilerini iyileştirmek ve çiftlerdeki psikolojik ve psikososyal stresi azaltıp çiftleri rahatlatmak için bireylerin bu durumla yüzleşmesi gerekmektedir. Bu yüzden gebeliğin kaybı ile yüzleşme fırsatı sunan çift temelli psikolojik bakımın desteklenmesi önemlidir. Başlangıçtaki depresif belirtiler ile daha sonraki abortuslar arasındaki ilişkide önemli bir ilişki olduğu için, başka bir hamilelik atağı riskinin azaltılmasına da katkıda bulunabilir (15,16). Toedter at al. (2001), güçlü bir evlilik ilişkisi ve uyumu olan çiftlerin, gebelik kaybından sonra stres ve kederinin daha az olduğunu bildirmişlerdir. Eşlerin desteği, kadının psikolojik uyumuna yardımcı olmada önemli bir rol oynar. (125). Canário ve arkadaşları (2010) gebelik kaybından altı ay sonra psikolojik uyumu (duygusal bozukluk, travma belirtileri ve çift ilişkisi) ve psikolojik uyuma ilişkin cinsiyet farklılıklarını değerlendirmek, kaybın etiyolojisinin duygusal bozukluk ve travma üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, çift ilişkisinin olumlu doğrultuda olmasının duygusal problemlerde azalmayı sağladığını ve çift ilişkisinin kalitesinde de artış gözlemlendiğini belirtmişlerdir. Çift ilişkisinin olumlu

olması gebelik kaybı sonrasında yaşanan travmatik semptomların etkisini de hafifletmektedir (126).

TGK ile ilişkili psikolojik ve psikososyal stres yaşayan çiftleri rahatlatmak ve evlilik ilişkilerini iyileştirmek için, TGK ile yüzleşme fırsatı sunan çift tabanlı psikolojik bakımı teşvik etmek önemli görünmektedir. Bazal depresif belirtiler ve sonraki abortus arasında önemli bir ilişki tespit edildiğinden, diğer bir gebelik kaybı bölümünün riskinin azaltılmasına da katkıda bulunabilir (16,55). Bazı çalışmalar, erken gebelikte psikolojik bakımın, açıklanamayan TGK tanılı kadınlarda abortus oranını azalttığını bildirmiştir (127, 128). Kagami et al. (2012) TGK yaşayan çiftlerde (76 çift n=152), TGK ile ilişkili psikolojik uyum ve psikososyal stresin evlilik ilişkileri üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, kadınların erkeklerle karşılaştırıldığında yüksek depresyon, anksiyete ve TGK ile ilişkili kişisel ve sosyal stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Erkekler ve kadınlar arasında evlilik ilişkisi ile TGK arasında fark bulunmamıştır. Ancak kadınlarda, erkeklere göre evlilik ilişkisini algılama kalitesi düşük, depresyon ve anksiyete düzeyleri ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Her iki partnerin psikolojik ve psikososyal uyumunun değerlendirilmesi ve yönetimi, partnerlerin geçmiş gebelik kayıplarına ve gelecekteki gebeliklere duygusal olarak uyum sağlamaları için TGK tedavisinde dikkate alınmalıdır (14).

## **2.8. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYBI ve UMUTSUZLUK**

Umut kavramı, kişinin gelecekteki gerçek hedeflerine ulaşması ve beklentilerinin gerçekleşmesinin yansımasıdır. Umutsuzluk kavramı ise karşıt beklentileri ve beklentinin gerçekleşmemesi durumunu simgelemektedir. Umutta hedefe ulaşmak için uygulamaya konan planların başarılabacağı öngörüsü varken, umutsuzlukta başarısız olunacağı yargısı vardır. Umutsuzluk, depresif bozuklukların temel özelliklerinden biri olarak değerlendirilmekte, intihar eğilimlerinin belirleyicisi ve bazı fiziksel rahatsızlıklarla da yakından ilişkili bir kavram olduğu belirtilmektedir (129).

İnsan neslinin devamlılığı ve toplumun beklentilerinin karşılanması için doğurganlık kavramı büyük önem taşımaktadır. Toplumda aile kavramının oluşması doğurganlık ve üreme rolünün yerine getirilmesiyle sağlanmaktadır. Çocuk sahibi

olamama yetersizlik olarak algılanmakta ve evli çiftlere çocuk sahibi olmaları gerektiği konusunda toplumsal baskı oluşturmaktadır. Doğurganlık sıklıkla kadının sorumluluğu olarak görülmekte ve toplumsal baskı daha sıklıkla kadına yönelik yaşanmaktadır. Kadınlar çocuk sahibi olmadıkları takdirde evlilikleri riske girmekte, bu durum sıklıkla kadını umutsuzluk ve depresyon sürecine sürüklemektedir (129, 130). Çocuk sahibi olamama ile ilişkili olarak deneyimlenen duygusal stresten dolayı, suçluluk, öfke, hayal kırıklığı ve umutsuzluk en sık yaşanan duygusal durumlar olup çiftleri olumsuz yönde etkilemektedir (129, 131).

Umutsuzluk, negatif ve olumsuz duygulanımları ve çaresiz beklentileri de ifade etmektedir. Genel olarak umutsuzluk duygusunu yaşayan kişilerin kendisinde de olumsuz özellikler tanımlaması, gelecek ile ilgili karamsar beklentilere girmesi, yaşadığı olumsuzlukları da değişmez kabul etmesi ve olumsuzlukları kendine bağlaması gibi durumlar gözlenmektedir. Olumsuz duygularını gelecek beklentilerine yansıtan bireyler, bunun sonucunda patolojik psikiyatrik sorunlar yaşamaya yatkınlık oluştururlar. Çünkü umutsuzluk, karamsarlık, çaresizlik duyguları sosyal iyilik haliyle ilişkili bulunmaktadır (11).

Tekrarlayan gebelik kayıpları nedeniyle çocuk sahibi olamama korkusu ve kaygısı yaşayan çiftler gelecek ümit ve beklentilerini zaman zaman kaybetmekte ve umutsuzluk yaşayabilmektedirler (56). Bu durum çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerde de benzer duygulara yol açmaktadır. Çocuk sahibi olamayan bireyler yaşadıkları bu yetersizlik duygusuyla çevrelerinden izole olmakta ve gelecekte beklenenleri ve çocuk sahibi olabilme umudunu da kaybedilmektedirler. Çocuk sahibi olamama kadında benlik saygısında azalmaya, psikolojik olarak eksik hissetmeye, sosyal izolasyona ve rol eksikliğine neden olmaktadır (56,129,131). Keskin et al. (2014) yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olamayan infertil kadınlarda umutsuzluk, depresyon, benlik saygısında azalma gözlemlemiştir. Benlik saygısı azaldıkça umutsuzluk düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir (11).

Gebelik kaybının yarattığı psikolojik etki ile birlikte keder yas gibi süreçler yaşanmaktadır. Gebelik süresine bakılmaksızın yaşanan kayıp sonrası kadınların gelecekle ilgili hayallerinin kaybı, beklentilerinin olumsuz sonuçlanması yoğun stres ve sıkıntıya yol açmaktadır. Kayıp yaşayan kadınlarda gelecekte beklenenleri azalmakta

ve umutsuzluk duyguları artmaktadır. Bellhouse et al. (2018) çalışmasında kayıp sonrası görüşme yapılan kadınların çoğunda gebelik kayıpları ile ilişkili sıkıntı ve keder duyguları yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca kayıp sonrasında çaresizlik ümitsizlik, kendini suçlama, annelik hayallerinin ve planlarının kaybı, izolasyon, depresyon ve anksiyete yaşadıkları da belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık profesyonellerinin kayıp yaşayan kadınların destek düzeylerinin artması için, bu durumun düzelmesini destekleyici daha fazla kaynağa ve yönetime ihtiyaç duyduğu da vurgulanmıştır (132).

## **2.9. TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARINDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerine göre, ülkemizde evlenmiş kadınların 1/5'inin (%23) spontan abortus, %14'ünün ise en az bir kez isteyerek abortus yaptığını ulaşılmaktadır (133). Kadınlar bu süreçte depresyon, umutsuzluk, kaygı, anksiyete, gelecek korkusu intihar girişimi gibi depresif belirtileri yaşamaktadırlar. Tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlarda verilen bakım ve danışmanlık bu kötü sürecin süresinin azaltılmasına ve kayıp yaşayan kadınların iyilik hallerinin yeniden kazandırılmasına yardımcı olmaktadır (18,134). Nikcevic et al. (2007) tarafından yapılan çalışmada, gebelik kaybı olan kadınlar rastgele iki gruba ayrılmış ve bir gruba kayıp sonrası (n=33) beş hafta boyunca danışmanlık yapılmış, diğer gruba (n=33) herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Danışmanlık uygulanan gruptaki kadınların, danışmanlık uygulanmayan kadınlara göre dördüncü ayda yas, anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (135). Bu yüzden kayıp yaşayan kadınların anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeyleri, emosyonel ve hemşirelik bakım gereksinimleri belirlenerek destekleyici hemşirelik bakımının sağlanması gerekmektedir (136).

Gebelik kaybı olan kadınların bakımının sağlanması için geliştirilen Swanson Bakım Kuramı, sağlık profesyonellerine abortus yapan kadınlar ile ilgili etkili bir rehber oluşturmaktadır. Kuram “bilmek, birlikte olmak, gereksinimlerini karşılamak, güçlendirmek, inancı korumak” gibi basamaklardan oluşur. Swanson Bakım Kuramı'na dayalı hemşirelik bakımı, abortus yapan kadınların ailesi ve ekip üyeleri

ile ilişki kurma ve bakım verme konularında hemşirelere ve sağlık çalışanlarına rehber olmaktadır. Bakım verilen kadınların iyilik halinin kazandırılmasına, iyileşme sürecinin de beraberinde hızlanmasına, bireyin yaşadığı bu travmatik ve acı veren olayı en iyi şekilde atlatmasına, bireyin gelecek kaygısının azalıp kendine olan güveninin artmasına yardımcı olmaktadır. Swanson Bakım Kuramı birey ve hemşire arasında ilişki kurarak, bireyin aldığı bakımla birlikte, iyileşme sürecinin hızlanmasına, hemşirenin bireyin yaşadığı zorlukları anlamasına, bireyin yaşadığı acı olayı atlatmasına ve geleceğe yönelik kendine olan güveninin artmasına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte bireyin ailesi ve ekip üyeleri ile nasıl ilişki kuracağı ve nasıl bakım yapacağını belirterek hemşirelere rehber olmaktadır (136).

Kayıp sonrası hemşire bakım verici ve danışmanlık rollerini gerçekleştirir. Bakım ve danışmanlık verici hemşirelik yaklaşımında;

- Hemşireler gebelik kaybı olan kadının emosyonel durumuna önem vermelidir.
- Kadının mahremiyetini sağlamalıdır.
- İletişimi olumlu kurmalı ve güven oluşturmalıdır.
- Kadının kaybetmiş olduğu özgüveni sağlamak için cesaretlendirmelidir. Ayrıca hassas ama gerçekçi bir iyimserlik tutumuyla davranmalıdır.
- Kayıp sonrası duygusal durumunu anlayabilmeli ve kadının geriye dönük sorgulama yapmasını ve kendini suçlamasını önlemeye çalışmalıdır.
- Süreci kabul etmesini sağlamalı ve bireyin ihtiyaçlarına yönelik planlamalar yapmalıdır.
- Bireyin yaşamış olduğu bu olayı atlatmasına yardımcı olmalı desteklemeli, geri bildirimler almalı ve çözüme yönelik alternatifler yaratmalıdır.
- Bilgi eksikliği yaşayan kadına açıklamalar yapmalıdır ve doğru bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- Bireyin acısını paylaşmayı değer verilen kişilerle sınırlamamalı, kişinin yaşadıklarını anlayabilmeli ve sıkıntısı ve rahatsızlıklarını yargılamadan dinlemelidir.
- Hemşire kadına yönelik umut dolu olmalıdır, bireyin çaresiz olmadığını dile getirmelidir.
- Gebelik kaybı gibi önemli bir olaydan sonra hemşire, kadında sağlıklı bir iyileşme sürecini sağlayabilmeli ve kadının ruh sağlığının iyileşmesine katkıda bulunmalıdır.

- Kadının ruh sağlığının korunmasına yardımcı olur.
- Aynı zamanda kadınla, terapötik iletişim tekniklerini kullanmalıdır.
- Kadının gereksinimlerini karşılamalı, kadında iyileşme çabasını artırıcı motivasyonu sağlamalı ve onun inancını sürdürmesi için cesaretlendirmelidir.
- Kadınların psikolojik bakımının yanısıra abortus sonrasında kanama, enfeksiyon ve beslenme düzeni gibi fiziksel ihtiyaçlarını takip etmeli ve bilgilendirme yapmalıdır (136,137,138).

Gebelik kaybı sürecini yaşayan kadınlar fizyolojik sosyal ve kültürel olarak bütüncül bir yaklaşım içinde değerlendirilmelidir. Bu süreçte hemşireler, fiziksel semptomların takibinin yanında psikolojik yönden de risk altında olan kadınları erken dönemde belirlemeli ve ruhsal belirtileri değerlendirmeli, saptanan ruhsal sorunları ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliğini yakından izlemelidir (139). Ülkemizde tekrarlayan gebelik kaybı üzerine yapılmış çok az ve sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Özellikle bu konuda hemşirelik çalışmaları çok yetersizdir. Hemşirelerin bu süreci uygun yönetebilmeleri için tekrarlayan düşüğu olan kadınlara yönelik danışmanlık birimleri kurulmalı ve bu konu üzerine bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, tanımlayıcı ve korelasyonel araştırma tipine uygun olarak yürütülmüştür.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Çalışma, Nisan 2018-Nisan 2019 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisinde TGK tanısı ile izlenen kadınlar ile yürütülmüştür. Bu hastanede iki ve üzeri gebelik kaybı, tekrarlayan gebelik kaybı olarak kabul edilmektedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nisan 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi'nde TGK tanısı ile izlenen kadınlar oluşturmuştur.

Çalışmada evreni bilinmeyen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılarak örnekleme alınacak birey sayısı 59 kişi olarak hesaplanmış (American Society for Reproductive Medicine tarafından görülme sıklığı 0,01-0,04 olarak kabul edilmiştir), 66 kadın çalışma kapsamına alınmıştır.

$$n = t^2 pq / d^2$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (0,04)

q= İncelenecek olayın görülme sıklığı (0,96)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)



**d**= Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen+sapma (0,05) olarak simgelenmiştir.

$$n=(1,96)^2 \times 0,04 \times 0,96 / (0,05)^2 = 59$$

Araştırmanın örneklemini ise, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak Nisan 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında örnekleme kriterlerine uyan, ulaşılabilen kadınlar oluşturmuştur. Bu süreç içerisinde toplamda hastanede örnekleme kriterlerine uyan 76 kadın tedavi görmüş, 10 kadın araştırmaya katılmayı kabul etmemiş ve 66 kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Evrenin %87'sine ulaşılmıştır. Yapılan güç analizi sonrasında da araştırmanın gücünün %98 olduğu belirlenmiştir.

#### **3.4. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri**

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Türkçe konuşabilen,
- İki ve üzerinde tekrarlayan gebelik kaybı yaşamış olan,
- Daha öncesinde depresyon veya herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

#### **3.5. Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımlı Değişkenler: Depresyon puanı, Umutsuzluk puanı ve Çift Uyumu Ölçeği puanı

Bağımsız Değişkenler: Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

#### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verileri toplamak için Birey Tanıtım Formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

### **3.6.1. Birey Tanıtım Formu (EK 1)**

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bilgi edinebilmek amacıyla literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan form 16 sorudan oluşmaktadır (140).

### **3.6.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (EK 2)**

Beck ve arkadaşları tarafından 1974 yılında bireylerin geleceğe yönelik karamsarlık düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1991 yılında Seber, 1994 yılında Durak tarafından yapılmıştır. BUÖ, 20 soru ve üç alt boyuttan (Gelecekle İlgili Duygular, Motivasyon Kaybı, Gelecekle İlgili Beklentiler) oluşmaktadır. Elde edilen toplam puan 0 ile 20 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe bireyin umutsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu kabul edilmektedir ve alınan puanların 0-3 arasında olması normal, 4-8 arasında olması hafif, 9-14 puan arasında olması orta, 15-20 puan arasında olması şiddetli umutsuzluk şeklinde yorumlanmaktadır (141). Ölçeğin cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı Seber tarafından 0,86, Durak tarafından 0,85, bu çalışmada ise 0,78 olarak bulunmuştur.

### **3.6.2. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK 3)**

Beck ve arkadaşları (1961) tarafından depresyon varlığının değerlendirilebilmesi için geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 1988 yılında Hisli tarafından yapılmıştır (142). Dörtlü likert tipindeki, 21 maddeden oluşan ölçekten, alınabilecek puanlar 0 ile 63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan minimal düzeyde; 10-16 puan hafif düzeyde, 17-29 puan orta düzeyde ve 30-63 puan şiddetli düzeyde depresif belirtilerin olduğu şeklinde yorumlanabilmektedir. BDÖ'den 17 puan ve üstü alan bir kişi de psikiyatrik muayene ile depresyon saptanma olasılığı ortalama %80, depresyonu olan bir bireyin 16 ve altında puan alma olasılığı ise ortalama %30 olarak belirlenmiştir (142) Hisli'nin çalışmasında cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı 0,80 (22), bu çalışmada ise 0,85 olarak saptanmıştır.

#### 3.6.4. Dyadik Çift Uyum Ölçeği (DÇUÖ) (EK 4)

Çift uyum ölçeği, evli ya da birlikte yaşayan çiftlerde ilişkinin kalitesinin nasıl algılandığını değerlendirmek için Spanier (1976) tarafından geliştirilmiş, 32 maddeden oluşan bir ölçektir. DÇUÖ ilişkiyi dört ayrı yönden değerlendirir, bu nedenle çift uyumu, çift doyumu, çiftlerin bağlılığı ve sevgi gösterme olmak üzere dört alt ölçeğe sahiptir.

Çift uyumu: Evlilik ilişkisi içinde önemli konularda anlaşma düzeyi, fikir birliği ile ilgili on üç maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 65'tir.

Çiftlerin bağlılığı: Birlikte geçirilen zamanla ilgili beş maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 24'tür.

Çift doyumu: Duygu ve iletişim ile ilgili olumlu ve olumsuz özellikleri değerlendiren on maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 50'dir.

Sevgi gösterme: Sevgi gösterme şekillerinde anlaşma ve sevgi gösterme davranışları ile ilgili dört maddeden oluşmaktadır. Bu bölümden alınabilecek en yüksek puan 12'dir.

Ölçek farklı maddeler için beşli, altılı ve yedili Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. İki madde ise "evet" ve "hayır" olarak cevaplandırılır. Maddelerin çoğunluğu 0-5 arasındaki değerlerin kullanıldığı altılı bir puanlama sistemi üzerinden değerlendirilir (her zaman anlaşırız/anlaşamayız, her zaman/hiç bir zaman gibi). Toplam puanlar evlilik uyumu ve tatminin derecesini yansıtmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 151'dir. Alınan yüksek puan kişinin evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. DÇUÖ'nin Türkçeye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fışiloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri Spainer tarafından 0,96, Fışiloğlu ve Demir tarafından 0,92 (143), bu çalışmada ise 0,89 olarak bulunmuştur.

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Veriler, örnekleme alınan kadınlardan, SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servisinde araştırmacı tarafından toplanmıştır. TGK ile takip edilen kadınlara Birey Tanıtım Formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Dyadik Çift Uyum Ölçeği uygulanmıştır.

### **3.8. Araştırma Süreci**

Literatür Taraması---**MART 2017-AĞUSTOS 2017**

Problemin Tanımlanması ve Araştırma Sorusunun Oluşturulması---**OCAK-NİSAN 2018**

Etik Kurul ve Kurum İzinlerinin Alınması---**NİSAN 2018**

Verilerin toplanması---**NİSAN 2018- NİSAN 2019**

Verilerin Değerlendirilmesi ve Tez Raporunun Yazılması---**NİSAN-HAZİRAN 2019**

Tez Savunma Sınavı ---**TEMMUZ 2019**

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri sayı, ortalama ve yüzde dağılımları olarak verilmiştir. Bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği puan ortalamalarını incelemek amacıyla normal dağılıma uygunluk analizi yapılarak nonparametrik testler (Mann Whitney U ve Kruskal Wallis) kullanılmıştır. Kadınlarda depresyon, umutsuzluk ve çift uyumu arasındaki ilişkiyi incelemek için korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi temel alınmıştır.

### 3.10. Etik Açıklamalar

Veriler İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.02.2018 tarihli 57 sayılı karar numarası (EK 5) ve araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (EK 6) alındıktan sonra, araştırmaya katılan bireylerden sözlü ve yazılı onamları (EK 7) alınarak toplanmıştır. Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği'nin kullanımını için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alınmıştır (EK 8).



## 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular altı başlık altında incelenmiştir. Bu başlıklar şunlardır:

- Kadınların sosyodemografik özellikleri,
- Kadınların obstetrik özellikleri,
- Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyumu Ölçeği puan ortalamaları
- Kadınların umutsuzluk, depresyon ve çift uyum düzeyini etkileyen faktörler
- Kadınların umutsuzluk, depresyon ve çift uyumu düzeyi arasındaki ilişki

### 4.1. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması  $30,95 \pm 6,73$  yıl olup, %34,4'ü ilkokul mezunudur. Kadınların %74,2'si çalışmamakta, %87,9'u çekirdek aile tipine sahip, %86,4'ünün sosyal desteği vardır ve sosyal desteğe sahip olan kadınların %57,9'u bu desteği ailesinden almaktadır. %66,7'sinin geliri giderinden azdır ve aylık gelir ortalaması  $2746,96 \pm 1914,89$  Türk Lirasıdır (Tablo 3).

**Tablo 3. Kadınların Sosyodemografik Özellikleri (n=66)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Yaş Ortalaması (yıl)</b>	30,95±6,73	
<b>(Min-Max)</b>	(18-47)	
	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	11	16,7
İlkokul mezunu	23	34,8
Ortaokul mezunu	15	22,7
Lise ve üzeri mezunu	17	25,8
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	17	25,8
Çalışmıyor	49	74,2
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	58	87,9
Geniş aile	8	12,1
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>		
Var	57	86,4
Yok	9	13,6
<b>Destek Olan Kişi (n=57)</b>		
Eş	21	36,8
Aile	33	57,9
Arkadaş	3	5,3
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	44	66,7
Gelir gidere eşit	19	28,8
Gelir giderden fazla	3	4,5
	<b>Ort±SS</b>	
<b>Aylık Gelir Ortalaması (Türk Lirası)</b>	2746,96±1914,89	
<b>(Min-Max)</b>	(200-10000)	

Araştırma kapsamına alınan TGK tanılı kadınların eşlerine ve evliliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4’de verilmiştir. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $34,96 \pm 7,75$  yıl olup, %33,3’ü lise ve üzeri mezunu, %97’si çalışmakta, %51,5’i flört ederek evlenmiş ve evlilik süresi ortalaması  $7,90 \pm 6,37$  yıldır (Tablo 4).

**Tablo 4. Kadınların Eşlerine ve Evliliklerine İlişkin Özellikleri (n=66)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Eşin Yaş Ortalaması (yıl)</b>	34,96±7,75	
<b>(Min-Max)</b>	(21-60)	
	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>		
Okur-yazar	11	16,7
İlkokul mezunu	20	30,3
Ortaokul mezunu	13	19,7
Lise ve üzeri mezunu	22	33,3
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	64	97,0
Çalışmıyor	2	3,0
<b>Evlilik Şekli</b>		
Flört ederek	34	51,5
Görücü usulü	32	48,5
	<b>Ort±SS</b>	
<b>Evlilik Süresi Ortalaması (Yıl)</b>	7,90±6,37	
<b>(Min-Max)</b>	(1-26)	



#### 4.2. Kadınların Genel Sağlık Durumu ve Obstetrik Özellikleri

Araştırmadaki kadınların %36,4'ünün sağlık problemi vardır ve sağlık problemi olanların %33,4'ü tiroid hastalıklarına, % 25'i myom, %12,5'i hipertansiyon ve %20,8'i diğer hastalıklara sahiptir. Kadınların %24,2'si sigara kullanırken, %4,5'i alkol kullanmaktadır (Tablo 5).

**Tablo 5. Kadınların Sağlık Durumu ve Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Özellikler (n=66)**

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Sağlık Problemi</b>		
Var	24	36,4
Yok	42	63,6
<b>Sağlık Problemi Olanların Hastalığı</b>		
Tiroid Hastalıkları	8	33,4
Myom	6	25,0
Hipertansiyon	3	12,5
Polikistik Over Sendromu	2	8,3
Diğer	5	20,8
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>		
Evet	16	24,2
Hayır	50	75,8
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>		
Evet	3	4,5
Hayır	63	95,5

TGK'lı kadınların obstetrik özellikleri Tablo 6'da verilmiştir. Kadınların %30,3'ünün gebelik sayısı üçtür, %31,8'inin yaşayan çocuğu yok iken, %30,3'ünün bir çocuğu olduğu belirlenmiştir. Kadınların %56,1'inin abortus sayısı ikidir ve %77,3'ü abortus nedenini bilmemektedir (Tablo 6).

**Tablo 6. Kadınların Obstetrik Özellikleri (n=66)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Gebelik Sayısı</b>		
İki	9	13,6
Üç	20	30,3
Dört	14	21,2
Beş	11	16,7
Altı ve üzeri	12	18,2
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>		
Yok	21	31,8
Bir	20	30,3
İki	17	25,8
Üç ve üzeri	8	12,1
<b>Abortus sayısı</b>		
İki	37	56,1
Üç	22	33,3
Dört ve üzeri	7	10,6
<b>Abortus nedeni</b>		
Bilmiyor	51	77,3
Trombofilik bozukluk	6	9,1
Kromozomal anomali	6	9,1
Toxoplazma enfeksiyonu	2	3,0
Uterin septa	1	1,5

#### **4.3. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları**

Araştırma kapsamına alınan TKG'lı kadınların BUÖ toplam puan ortalaması  $7,48 \pm 4,71$  olarak saptanmıştır. Kadınların %47'sinin umutsuzluk düzeyinin hafif şiddette, %21,2'sinin normal, %18,2'sinin orta şiddette ve %13,6'sının umutsuzluk düzeyinin şiddetli olduğu belirlenmiştir. Kadınların Gelecekle İlgili Duygular alt

boyut puan ortalaması  $1,54 \pm 1,34$ , Motivasyon Kaybı alt boyut puan ortalaması  $2,93 \pm 1,92$  ve Gelecekle İlgili Beklentiler alt boyut puan ortalaması  $3,25 \pm 2,09$ 'dur (Tablo 7).

**Tablo 7. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği Puan Ortalamaları ve Umutsuzluk Durumları**

<b>Ölçekler</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>BUÖ Toplam Puan Ortalaması</b>	7,48±4,71	
<b>(Min-Max)</b>	(2-18)	
	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Normal (0-3 puan)	14	21,2
Hafif şiddette umutsuzluk (4-8 puan)	31	47,0
Orta şiddette umutsuzluk (9-14 puan)	12	18,2
Şiddetli umutsuzluk (>15 puan)	9	13,6
<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Ort±SS</b>	
<b>Gelecekle İlgili Duygular</b>	1,54±1,34	
<b>Motivasyon Kaybı</b>	2,93±1,92	
<b>Gelecekle İlgili Beklentiler</b>	3,25±2,09	

**Tablo 8. Kadınların Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamaları ve Depresyon Durumları**

Ölçekler	Ort±SS	
<b>BDÖ Toplam Puan Ortalaması</b>	11,87±7,32	
<b>(Min-Max)</b>	(1-30)	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Minimum depresyon (0-9 puan)	29	43,9
Hafif depresyon (10-16 puan)	16	24,3
Orta şiddette depresyon (17-29 puan)	20	30,3
Şiddetli depresyon (30-63 puan)	1	1,5

Çalışmadaki kadınların BDÖ toplam puan ortalaması 11,87±7,32'dir. Kadınların %43,9'unun depresyon düzeyi minimal iken, %24,3'ünün hafif %30,3'ünün orta ve %1,5'inin şiddetlidir (Tablo 8).

**Tablo 9. Kadınların Dyadik Çift Uyum Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları**

Ölçekler	Ort±SS
<b>DÇUÖ Toplam Puan Ortalaması</b>	56,37±7,09
<b>Çift Uyumu</b>	12,74±6,39
<b>Çift Doyumu</b>	28,51±2,71
<b>Sevgi Gösterme</b>	3,34±1,10
<b>Çiftlerin Bağlılığı</b>	11,77±2,48

Araştırma kapsamına alınan TKG'lı kadınların DÇUÖ toplam puan ortalaması 56,37±7,09 olup, Çift Uyumu alt ölçek ortalaması 12,74±6,39, Çift Doyumu alt ölçek ortalaması 28,51±2,71, Sevgi Gösterme alt ölçek ortalaması 3,34±1,10, Çiftlerin Bağlılığı alt ölçek ortalaması 11,77±2,48'dir (Tablo 9).

#### 4.4. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamına alınan TKG'lı kadınların sosyodemografik özelliklerine göre BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları Tablo 10'da verilmektedir. Kadınların yaş ortalamaları, aylık gelir ortalamaları, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal destek varlığına göre BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Çekirdek aile tipine sahip kadınların BUÖ puan ortalaması  $6,94\pm 4,42$ , geniş aile tipine sahip kadınların ise  $11,37\pm 5,20$ 'dir ve puan ortalamaları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $U=115,00$ ;  $p=0,021$ ). Kadınların aile tipine göre BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

**Tablo 10. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması**

Değişkenler	BUÖ Puan Ortalaması	BDÖ Puan Ortalaması	DÇUÖ Puan Ortalaması
<b>Yaş Ortalaması</b>	r=0,154 p=0,218	r=0,066 p=0,597	r=0,106 p=0,396
<b>Aylık Gelir Ortalaması</b>	r=-0,045 p=0,722	r=-0,040 p=0,750	r=-0,134 p=0,283
<b>Eğitim Durumu</b>			
Okur-yazar	8,63±4,90	11,36±7,40	55,18±7,85
İlkokul mezunu	8,78±5,13	12,78±6,99	57,69±7,09
Ortaokul mezunu	5,66±3,35	11,66±7,57	57,06±6,59
Lise ve üzeri mezunu	6,58±4,67	11,17±8,01	54,76±7,22
KW	5,385	0,868	2,266
p	0,146	0,833	0,519
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	6,82±5,22	9,52±7,84	53,58±6,20
Çalışmıyor	7,71±4,55	12,69±7,03	57,34±7,18
U	333,50	301,00	287,50
p	0,221	0,090	0,058
<b>Aile Tipi</b>			
Çekirdek aile	6,94±4,42	11,44±7,10	56,24±7,03
Geniş aile	11,37±5,20	15,00±8,63	57,37±7,94
U	<b>115,00</b>	169,50	208,50
p	<b>0,021</b>	0,219	0,644
<b>Sosyal Destek Varlığı</b>			
Var	7,35±4,71	11,17±7,00	56,54±7,31
Yok	8,33±4,89	16,33±8,15	55,33±5,76
U	225,00	162,00	233,00
p	0,554	0,077	0,660

Çalışmadaki kadınların eşlerinin yaş ortalaması, evlilik süresi ortalaması ve eşlerinin eğitim durumlarına göre BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Flört ederek evlenen kadınların BUÖ puan ortalaması  $6,82\pm4,93$ , görücü usulü ile evlenen kadınların ise  $8,18\pm4,43$  olup, aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $U=388,50$ ;  $p=0,045$ ). Kadınların evlilik şekline göre BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında ise fark yoktur ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. Kadınların Eşlerine ve Evliliklerine İlişkin Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması**

<b>Değişkenler</b>	<b>BUÖ Puan Ortalaması</b>	<b>BDÖ Puan Ortalaması</b>	<b>DÇUÖ Puan Ortalaması</b>
<b>Eşin Yaş Ortalaması</b>	$r=0,217$ $p=0,080$	$r=0,135$ $p=0,279$	$r=0,224$ $p=0,071$
<b>Evlilik Süresi Ortalaması</b>	$r=0,161$ $p=0,196$	$r=0,096$ $p=0,442$	$r=0,123$ $p=0,327$
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>			
Okur-yazar	$6,54\pm4,42$	$9,18\pm6,63$	$56,18\pm7,85$
İlkokul mezunu	$8,95\pm5,16$	$13,00\pm7,60$	$56,95\pm7,13$
Ortaokul mezunu	$7,46\pm4,07$	$14,53\pm9,00$	$56,15\pm7,70$
Lise ve üzeri mezunu	$6,63\pm4,70$	$10,63\pm5,96$	$56,09\pm6,79$
KW	3,195	3,596	0,243
p	0,363	0,308	0,970
<b>Evlilik Şekli</b>			
Flört ederek	$6,82\pm4,93$	$11,58\pm6,93$	$55,91\pm7,40$
Görücü usulü	$8,18\pm4,43$	$12,18\pm7,81$	$56,87\pm6,83$
U	<b>388,50</b>	537,50	502,50
p	<b>0,045</b>	0,933	0,594

TGK'lı kadınların sigara ve alkol kullanma durumuna göre BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Sağlık probleminin varlığına göre ise, BUÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), sağlık problemi olan TGK'lı kadınların olmayanlara göre BDÖ puan ortalaması daha yüksektir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $U=335,50$ ;  $p=0,024$ ) (Tablo 12).





**Tablo 12. Kadınların Sağlık Durumu ve Yaşam Biçimi Davranışlarına Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması**

Değişkenler	BUÖ Puan Ortalaması	BDÖ Puan Ortalaması	DÇUÖ Puan Ortalaması
<b>Sağlık Problemi</b>			
Var	8,83±5,35	14,50±7,28	56,70±7,36
Yok	6,71±4,18	10,38±7,00	56,19±7,02
U	413,50	<b>335,50</b>	499,50
p	0,225	<b>0,024</b>	0,952
<b>Sağlık Problemi Olanların Hastalığı*</b>			
Tiroid Hastalıkları	10,62±6,06	15,75±7,72	57,12±7,77
Myom	8,50±5,35	15,66±9,52	53,83±9,21
Hipertansiyon	6,66±5,50	13,33±7,57	57,66±2,51
Polikistik Over Sendromu	4,50±2,12	14,50±0,70	64,50±9,19
Diğer	9,40±5,31	11,87±7,32	55,80±5,54
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>			
Evet	8,93±5,60	13,81±7,05	57,56±7,56
Hayır	7,02±4,35	11,26±7,37	56,00±6,98
U	351,00	302,50	340,00
p	0,461	0,144	0,369
<b>Alkol Kullanma Durumu*</b>			
Evet	6,08±5,00	15,00±4,00	53,66±5,13
Hayır	7,55±4,68	11,73±7,43	56,50±7,18

\*Gözlerdeki birey sayısı<5 olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

Kadınların gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısına göre BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Abortus sayısı iki olan kadınların BUÖ puan ortalaması 6,00±4,10, üç olan kadınların 8,59±4,79, dört ve üzeri olan kadınların ise 11,85±4,33'dür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak

anlamlıdır (KW=10,888; p=0,004). Farkın iki kez abortus yapan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Abortus sayısına göre kadınların BDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, iki kez abortus yapanların BDÖ puan ortalaması  $8,78 \pm 6,46$ , üç kez abortus yapanların  $15,68 \pm 5,98$  ve dört ve üzeri kez abortus yapanların  $16,28 \pm 8,40$ 'dır. Aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (KW=16,211; p=0,000) ve aradaki fark dört ve üzeri abortus yapan gruptan kaynaklanmaktadır. Kadınların abortus sayısına göre DÇUÖ puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Tablo 13).



**Tablo 13. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalaması**

Değişkenler	BUÖ Puan Ortalaması	BDÖ Puan Ortalaması	DÇUÖ Puan Ortalaması
<b>Gebelik Sayısı</b>			
İki	4,55±1,58	8,66±3,50	55,77±7,04
Üç	8,05±5,13	12,45±7,91	55,20±6,04
Dört	6,57±4,87	10,42±7,67	58,78±7,48
Beş	7,27±4,10	12,09±6,68	55,63±7,87
Altı ve üzeri	10,00±4,99	14,83±8,27	56,66±8,07
KW	6,949	3,995	2,583
p	0,139	0,407	0,630
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>			
Yok	7,14±4,61	13,14±6,60	56,61±6,73
Bir	8,55±5,30	12,70±8,62	55,90±6,64
İki	6,76±4,35	10,17±6,73	57,05±8,00
Üç ve üzeri	7,25±4,55	10,12±7,12	55,50±8,33
KW	1,082	2,540	0,449
p	0,782	0,468	0,930
<b>Abortus sayısı</b>			
İki	6,00±4,10**	8,78±6,46	55,27±7,21
Üç	8,59±4,79	15,68±5,98	57,90±6,62
Dört ve üzeri	11,85±4,33	16,28±8,40**	57,42±7,91
KW	<b>10,888</b>	<b>16,211</b>	1,532
p	<b>0,004</b>	<b>0,000</b>	0,465
<b>Abortus Nedeni*</b>			
Bilmiyor	6,60±4,07	11,09±6,72	56,82±7,10
Trombofilik bozukluk	8,66±4,84	13,83±11,03	54,33±8,47
Kromozomal anomali	10,83±6,85	13,00±8,46	53,83±4,62
Toxoplazma enfeksiyonu	16,00±1,41	21,50±3,53	63,50±4,94
Uterin septa	8,00±0,00	14,00±0,00	47,00±0,00

\*Gözlerdeki birey sayısı<5 olduğu için istatistiksel analiz yapılmamıştır.

\*\*İstatistiksel fark bu gruptan kaynaklanmaktadır.

#### 4.5. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumu Arasındaki İlişki

Araştırma kapsamına alınan kadınların BUÖ, BDÖ ve DÇUÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 14’de verilmektedir. Kadınların BUÖ ile BDÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki vardır ( $r=0,703$ ,  $p=0,000$ ). Çalışmada DÇUÖ ile BUÖ ( $r=0,153$ ,  $p=0,219$ ) ve BDÖ ( $r=0,227$ ,  $p=0,067$ ) toplam puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır (Tablo 14).

**Tablo 14. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Değişkenler	BDÖ Puan Ortalaması	DÇUÖ Puan Ortalaması
BUÖ Puan Ortalaması	$r=0,703$ $p= 0,000$	$r=0,153$ $p=0,219$
BDÖ Puan Ortalaması		$r=0,227$ $p=0,067$

## 5. TARTIŞMA

Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre tartışma üç başlık altında toplanmıştır. Bu başlıklar şunlardır:

- Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

- Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

- Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

### 5.1. Kadınların Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği ve Dyadik Çift Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Tekrarlayan gebelik kayıpları iki veya daha fazla abortusun görülmesi olarak tanımlanır. Bu durum kadınların sıkıntı ve stres yaşamasına sebep olmakta ve hatta çiftler arasında sorunlara yol açmaktadır (14,17) Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada katılımcıların BUÖ toplam puan ortalaması  $7,48 \pm 4,71$ ; Gelecekle İlgili Duygular alt boyut puan ortalaması  $1,54 \pm 1,34$ , Motivasyon Kaybı alt boyut puan ortalaması  $2,93 \pm 1,92$  ve Gelecekle İlgili Beklentiler alt boyut puan ortalaması  $3,25 \pm 2,09$  olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre kadınların %47'sinin umutsuzluk düzeyinin hafif, %18,2'sinin umutsuzluk düzeyinin orta şiddette olduğu ve %13,6'sının umutsuzluk düzeyinin şiddetli olduğu belirlenmiştir. Literatürde TGK'lı kadınların umutsuzluklarını inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle umutsuzluğa ilişkin sonuçlar TGK ile benzer bir durum olan primer infertilite ile ilgili çalışmaların sonuçları ile tartışılacaktır. Erbil et al. (2010) tarafından çocuk sahibi olamayan ve bundan dolayı aile ortamında huzursuzluk yaşayan kadınların ( $7,93 \pm 4,07$ ) huzursuzluk yaşamayan kadınlara ( $5,16$

$\pm 2,74$ ) göre BUÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (129). Keskin ve Babacan Gümüş (2014)'ün çalışmasında infertil kadınlarda, çocuk sahibi olamamanın umutsuzluk, üzüntü, hiçbir şeyin değişmeyeceği düşüncesi, eşinden ve ailesinden utanma, boşanmaktan korkma gibi çeşitli etkilere sebep olduğu bildirilmiş bu değişkenler umutsuzluk düzeylerinde ( $7,52\pm 3,82$ ) anlamlı bir farklılık göstermese de, kadınların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (11). Çalışmamızda TKG'lı bireylerdeki BUÖ puanlarının, çocuk sahibi olamamadan kaynaklanan infertil kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarla benzer olduğu söylenebilir. Çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerin ya da benzer duygular yaşayan TKG'lı çiftlerin ilişkisini güçlendiren, kadınları destekleyen yaklaşımların yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmadaki TKG'lı kadınların BDÖ puan ortalamasının  $11,87\pm 7,32$  ve %43,9'unun minimum, %24,3'ünün hafif, %30,3'ünün orta ve %1,5'inin şiddetli düzeyde depresif olduğu belirlenmiştir. Mevorach et al. (2012) tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlarda anksiyete stres gibi durumların kadınların zihinsel sağlığını etkilediğini ve bir sonraki gebeliğin seyrini de etkileyebileceğini belirtmişlerdir (144). Couto et al. (2009) tarafından yapılan çalışmada tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınların kaygı ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (145). Craig et al. (2002) tarafından yapılan çalışmada BDÖ puan ortalaması iki gebelik kaybı yaşayanlarda  $9,06\pm 7,87$ , üç ve üzeri gebelik kaybı yaşayan kadınlarda ise  $13,21\pm 10,74$  olarak bulunmuş, abortus sayısı arttıkça BDÖ puan ortalaması da artış göstermiştir (16). Kagami et al. (2012)'in TKG'lı kadınların depresyon düzeylerini belirlemek amacıyla yürüttükleri çalışmada, kadınların BDÖ puan ortalaması  $13,3\pm 9,0$  ve %39,5'inin orta, %14,9'unun hafif ve %3,9'unun şiddetli düzeyde depresif oldukları bildirilmiştir (14). Kolte et al. (2015) tarafından yapılan çalışmada, 301 TKG'lı kadının stres ve depresyon durumları değerlendirilmiş ve TKG'lı olmayan 1813 gebe kadın ile karşılaştırılmıştır. TKG'lı kadınlarda (%41,2) kontrol grubundaki kadınlara göre (%23,2) yüksek düzeyde stresli bulunmuştur. Ayrıca TKG'lı kadınların %8,6'sında, kontrol grubundaki kadınların ise %2,2'sinde orta şiddette depresyon görülmüştür. TKG'lı bireylerde depresyon görülme oranı gebelik kaybı olmayan gruba göre beş kat fazla bulunmuştur (17). Tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınların yaşadıkları kayıp duygusu, çocuk sahibi olamama gibi durumlar stres ve keder

duygularına sebep olmakta, sonrasında da depresyon kaçınılmaz bir durum olarak görülebilmektedir.

TGK yaşayan kadınlar bu süreçte çevresel destek ve eş desteğine ihtiyaç duyabilmektedir. Gebelik kaybı çiftleri ve evlilik ilişkilerini bu süreçte olumsuz etkileyebilmektedir. Araştırma kapsamına alınan kadınların DÇUÖ puan ortalaması  $56,37 \pm 7,09$ 'dur ve oldukça düşüktür. Sugiura Ogasawara et al. (2013)'ın tekrarlayan gebelik kayıplarında gebelik kayıplarının sıklığı, çiftler üzerindeki etkisini ve evlilik ilişkilerini inceledikleri çalışmalarında TGK'lı kadınların abortus yapma öyküsü olmayan kadınlara kıyasla, ilişkilerinin bitme riskinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (146). Shreffler et al. (2012) tarafından yapılan çalışmada abortus veya ölü doğum yapan kadınların, kayıp yaşamayan kadınlardan daha fazla boşanma ihtimaline sahip olduğunu belirtmişlerdir (147). Serrono ve Lima (2006) tarafından tekrarlayan gebelik kaybı yaşayan çiftlerin bu durumun ilişkilerine etkilerini inceledikleri çalışmada kadınların erkeklerden daha çok kederli olduğu sonucuna varmışlardır. Çiftin ilişkisi, tekrarlayan kayıplardan olumsuz yönde etkilenmemesine rağmen çiftler arasında bu olaylardan sonra cinsel değişikliklerin yaşandığını bildirmişlerdir (123). Stephenson et al. (2007) tarafından yürütülen başka bir çalışmada ise psikolojik ve psikososyal stresi rahatlatmak ve evlilik ilişkilerini iyileştirmek için TGK'nın bu süreçte olumlu işlev gördüğünü de belirtmişler, çiftlerin TGK gibi olumsuz durumları birlikte yaşamasının çiftler arasındaki iletişimi güçlendireceğini ve ilişkilerini daha çok destekleyeceklerini savunmuşlardır (128). Regan (2014) yaptığı çalışmasında yaşanan stresin, çiftler arasındaki iletişimi artırarak çift uyumunda önemli ve olumlu bir işlev gösterebileceğini bildirmişlerdir (148). Yapılan araştırmalarda stres durumunda, iletişimde olan çiftlerin evlilik kalitesinin daha yüksek olduğu desteklenmiştir (128, 148). Şen ve arkadaşlarının (2014) Diyadik Çift Uyum ölçeğini kullanarak primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumu inceledikleri çalışmada çiftlerde evlilik uyumunun yüksek seviyede olduğu ve bunun nedeninin de yaşanan kriz durumunda eşlerin birlikte yol almaları, ortak kararlarının, tutumların olması ve bu duyguyu birlikte paylaşmaları olarak gösterilmiştir (153).

## 5.2. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Yapılan çalışmada kadınların yaş ortalaması, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumuna göre umutsuzluk düzeyleri arasında fark bulunmazken, geniş aile tipine sahip ve görücü usulü ile evlenen kadınların, çekirdek aile tipine sahip ve flört ederek evlenen kadınlara göre umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Keskin ve Babacan Gümüş (2014) yaptıkları çalışmada çocuk sahibi olamayan infertil kadınların %7,3'ünün görücü usulü ile istemeden, %33,3'ünün görücü usulü ile isteyerek, %59,4'ünün tanışarak evlendikleri ve görücü usulü ile evlenen kadınların umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (11). Türk toplumunda geniş aile tipine sahip ailelerde eş ve çocuk dışında diğer aile büyükleri de bireylerle birlikte yaşamakta ve onlara karşı da aile içerisinde kadına sorumluluk yüklenmektedir. Çekirdek aile tipindeki ve flört ederek evlenen çiftler, aile içerisinde sorumluluklarını, duygularını ve kaygılarını daha fazla paylaşmakta ve kadınlar her anlamda daha fazla eş desteği almaktadırlar. Ataerkil yaşam tipine sahip geniş ailelerde ve görücü usulü ile evlenen, çocuk sahibi olamayan ve gebelik kaybı olan kadınlara daha çok baskı yapılabilmekte ve umutsuzluk daha fazla yaşanabilmektedir.

Çalışmada TGK'lı kadınların sosyodemografik özelliklerine göre (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, sosyal destek varlığı, eşin yaşı, eğitim durumu, evlilik şekli ve evlilik süresi ortalaması) depresyon düzeylerinde fark yok iken, sağlık problemi olan ve dört ve üzeri sayıda gebelik kaybı olan kadınların depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Razurel et al. (2013)'ın sosyal desteğin prenatal ve postnatal olaylar arasındaki etkileşimde bir rolü olup olmadığını belirlemek amacıyla yaptıkları literatür taramasında kadınların depresyon düzeylerini etkileyen en önemli faktörlerden birinin sosyal desteğin olmaması olduğu ve bireylerin sosyal desteklerinin yeterli olmasının ruhsal ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (150). Obi et al. (2009) tarafından yapılan çalışmada abortus yapan kadının daha önceden çocuk sahibi olmasının ve sosyal destek varlığının kayıp sonrasında başa çıkma stratejileri açısından olumlu katkıları olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, sosyal aktivitelerde bulunmaması veya yalnız olmasının kadınların durumlarını daha çok kötüleşmesine neden olduğunu bildirmişlerdir (151). Lok ve



Neugbauer (2007) sosyal destekçileri olmayan çocuksuz ve gebelik kaybı olan kadınların psikolojik olarak sıkıntılı olduğunu ve keder düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca gebelik kaybı olan ve hiç çocuk sahibi olmayan kadınların, kayıp sonrasında psikolojik morbidite için bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir (15). Blackmore et al. (2011) tekrarlayan gebelik kaybının sayısının perinatal depresyonun bir göstergesi olabileceğini ve bireylerde depresyonun yaşam koşullarını zorlaştırdığını, mental ve genel sağlık algılarını bozduğunu sosyal sorunlar oluşturduğunu belirtmişlerdir. Depresyon durumunun gerekli müdahale yapılmazsa bir sonraki canlı doğumda bile devam edebileceğini vurgulamışlardır (152). Aile ve eş desteğinin olması kadınlar için oldukça önem taşımaktadır. TGK sonucunda kadınların stres, üzüntü ve keder yaşamaları, bu durumu aşamamaları da depresyona yol açabilmektedir. Bu süreçte eş desteği çok önemlidir. Destekleyici kişilerin varlığının kadınların keder düzeyleri ve başatma güçlerini önemli ölçüde arttıracığı ve böylelikle depresyonun önemli ölçüde azalacağı düşünülmektedir. Ayrıca çocuk sahibi olamamanın ve art arda olan kayıpların bazı aileler tarafından kadına karşı toplumsal baskı kurmasına yol açtığı düşünülmektedir. Toplumda çocuk sahibi olmak evliliğin temel amaç, görev ve sorumluluğu olarak görülmektedir. Kadınların annelik duygusunu yaşamayacağı korkusu da depresyon sebepleri arasında yer alabilir. Bu durumu en az seviyeye indirmek için kadın, eş ve ailesine psikolojik destek verilerek depresyon durumunun kontrol edilebileceği düşünülmektedir.

### **5.3. Kadınların Umutsuzluk, Depresyon ve Çift Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

Birçok toplumda olduğu gibi çocuk sahibi olmak, ülkemizde de aile bütünlüğünün sağlanması ve sürdürülmesi açısından önem taşımakta, çocuk sahibi olamama çiftlerin, evlilik ilişkilerindeki memnuniyetini ve çiftlerin beraberliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ümitlenilen bir gebeliğin sonlanması ve kayıp sonrasında yaşanan yüksek düzeydeki keder ve umutsuzluk depresyona da yol açabilmektedir. Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen bu çalışmada kadınların umutsuzluk düzeyinin artması ile depresyon düzeyinin arttığı, iki

durum arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Literatürde TGK'lı kadınların umutsuzluk, depresyon ve çift uyumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak her bir değişkenin etkisinin ayrı ayrı incelendiği birkaç çalışma bulunmuştur. Serrano ve Lima (2006) tarafından tekrarlayan gebelik kaybı yaşayan çiftlerde umutsuzluk, kaygı durumu ve evlilik ilişkisinin incelendiği çalışmada umutsuzluk ve evlilik ilişkisi arasında ilişki bulunmamıştır (123). Tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftler ve çocuk sahibi olamayan infertil çiftler benzer sıkıntılar ve duygular yaşamaktadırlar. Egeliolu Cetişli ve arkadaşlarının (2017) çocuk sahibi olamayan infertil çiftlerle yaptıkları çalışmada hem kadınların hem de erkeklerin umutsuzluklarının artmasıyla çift uyumlarının azaldığını belirtmişlerdir (155). Gold et al. (2010)'ın yaptığı çalışmada gebelik kaybı olan depresif ve endişeli kadınların, eşlerinin desteğinden memnun olmama oranlarının yüksek olduğu ve bu durumların boşanma ayrılma gibi durumlarla sonuçlandığı, abortus veya ölü doğum yapan kadınların, canlı doğum yapan kadınlara kıyasla evliliklerini bitirme riski daha yüksek bulunmuştur. Evlilik ilişkisinin kalitesinin gebelik kaybından sonra ilişkiyi bitirme riski üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır (154). Her iki partnerin psikolojik ve psikososyal uyumunun değerlendirilmesi ve yönetimi, partnerlerin geçmiş gebelik kayıplarına ve gelecekteki gebeliklere duygusal olarak uyum sağlamaları için tekrarlayan gebelik kaybı olan çiftlere gerekli danışmanlık verilmesinin önemli olduğu görülmektedir. Ayrıca depresyon kaygı umutsuzluk gibi stres yaratan durumların TGK'lı bireylerde bir sonraki gebelik döneminde olumsuz sonuçlar yaratabileceği düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Tekrarlayan gebelik kaybı tanısı ile izlenen kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgulara göre;

- Kadınların %47'sinin umutsuzluk düzeyinin hafif şiddette, %21,2'sinin normal, %18,2'sinin orta şiddette, %13,6'sının şiddetli ve BUÖ toplam puan ortalamasının da  $7,48 \pm 4,71$  olduğu,
- Kadınların %43,9'unun depresyon düzeyi minimal iken, %30,3'ünün orta, %24,3'ünün hafif ve %1,5'inin şiddetli olduğu ve BDÖ toplam puan ortalamasının  $11,87 \pm 7,32$  olduğu,
- Kadınların DÇUÖ toplam puan ortalamasının  $56,37 \pm 7,09$  olduğu ve çift uyumlarının düşük olduğu,
- Geniş aile tipine sahip, görücü usulü ile evlenen ve abortus sayısı dört ve üzerinde olan kadınların umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu,
- Sağlık sorunu olan ve abortus sayısı dört ve üzeri olan kadınların depresyon düzeyinin yüksek olduğu,
- Kadınların umutsuzluk düzeyinin artması ile depresyon düzeyinin artması arasında güçlü bir ilişki olduğu bulunmuştur.

### 6.2.Öneriler

#### **Klinisyenler için;**

- Sağlık çalışanları TGK nedeniyle tedavi gören çiftlere ilgiyle yaklaşmalı, gerekliyse psikolojik destek vermeli,
- Sağlık çalışanları depresyon için uygun ölçme araçları ile TGK olan kadınların depresyon riskini değerlendirmeli ve risk grubundaki kadınları gerekli birimlere yönlendirmeli,

- Psikolojik danışma ve genetik danışmanlık verilerek TGK'lı kadınların bilgi eksikliği giderilmeli,
- Umutsuzluk durumları belirlenmeli, gerekli destek sağlık çalışanları tarafından verilmeli, kadınlar cesaretlendirilmeli,
- Mümkünse kadınlar eşleriyle birlikte değerlendirilmeli ve gerekli hemşirelik bakımları uygulanmalıdır.

**Arastirmacılar için:**

- Ülkemizde TGK'nın tanısı, tedavi ve etiyolojisine ilişkin yapılmış çalışmalar olmasına rağmen, TGK tanısı ile takip edilen kadınların/çiftlerin sorunlarına ve bakımlarına yönelik hemşirelik çalışmalarına rastlanmamıştır. Bu nedenle TGK ile ilgili daha fazla hemşirelik çalışması yapılarak literatüre bu doğrultuda katkıda bulunulması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. ACOG Committee on Obstetric Practice. Committee opinion #267: exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol* 2002;99:171-3.
2. Jauniaux E, Farquharson RG, Christiansen OB, Exalto N. Evidence-based guidelines for the investigation and medical treatment of recurrent miscarriage. *Human Hum Reprod.* 2006;21(9):2216-2122.
3. Shapira E, Ratzon R, Shoham-Vardi I, Serjenko R, Mazor M, Bashiri A. Primary vs. secondary recurrent pregnancy loss—epidemiological characteristics, etiology, and next pregnancy outcome. *J. Perinat. Med.* 2012;40:389-396.
4. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2012;98(5):1103–1111.
5. Van Den Boogaard E, Kaandorp SP, Franssen MT, Mol BW, Leschot NJ, Wouters CH, Van der Veen F, Korevaar JC, Goddijn M. Consecutive or non-consecutive recurrent miscarriage: is there any difference in carrier status? *Human Reproduction,* 2010;25(6):1411-1414.
6. Ford HB, Schust DJ. Recurrent pregnancy loss: Etiology, diagnosis, and therapy. *Rev Obstet Gynecol* 2009;2(2):76–83.
7. Rai R, Regan L. Recurrent miscarriage. *Lancet* 2006;368(9535):601-611.
8. Jevé YB, Davies W. Evidence-based management of recurrent miscarriages. *Journal of Human Reproductive Sciences* 2014;7(3):159.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Investigation and Treatment of Couples with Recurrent First-trimester and Second-trimester Miscarriage. Green-top Guideline 2011;17:1-18.
10. Christiansen, Ole Bjarne, et al. ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss. 2018.
11. Keskin G, Babacan Gümüş A. İnfertilite: Umutsuzluk perspektifinden bir inceleme. *Journal of Psychiatric Nursing* 2014;5(1):9-16.
12. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod.* 2007;22(6):1506–1512.

13. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod* 2006;21(9):2443–2449.
14. Kagami M, Maruyama T, Koizumi T, Miyazaki K, Nishikawa -Uchida S, Oda H, Uchida H, Fujisawa D, Ozawa N, Schmidt L, Yoshimura Y. Psychological adjustment and psychosocial stress among Japanese couples with a history of 298 recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod* 2012;27(3):787-794.
15. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):229-247.
16. Craig M, Tata P, Regan L. Psychiatric morbidity among patients with Recurrent miscarriage. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23(3):157–164.
17. Kolte AM, Olsen LR, Mikkelsen EM, Christiansen OB, Nielsen HS. Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod* 2015;30(4): 777-782.
18. Toffol E, Koponen P, Partonen T. Miscarriage and mental health: results of two population-based studies. *Psychiatry Res.* 2013;205(1-2):51-58.
19. Zhang Y, Zhang X, Wang Q, Yuan Y, Yang J, Zhang X, Li Q. Psychological burden, sexual satisfaction and erectile function in men whose partners experience recurrent pregnancy loss in China: A cross-sectional study. *Reproductive Health* 2016;13(73).
20. Song J, Floyd FJ, Seltzer MM, Greenberg JS, Hong J. Long-term effects of child death on parents' health-related quality of life: A dyadic analysis. *Family Relations* 2010;59(3):269-282.
21. Albuquerque S, Narciso I, Pereira M. Dyadic coping mediates the relationship between parents' grief and dyadic adjustment following the loss of a child. *Anxiety, Stress, & Coping* 2018;31(1):93-106.
22. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;56:247–253.
23. Bashiri A, Agarwei A, Harlev Avi. *Recurrent Pregnancy Loss*. Springer, 2016.
24. Stirrat GM. Recurrent miscarriage. *Lancet* 1990;336(8716):673–675.

25. Wyatt PR, Owolabi T, Meier C, Huang T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(1):240-246.
26. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(5):839–854.
27. Branch DW, Gibson M, Silver RM. Clinical practice Recurrent miscarriage. *New Eng J Med* 2010;28(18):1740–7, 363.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of recurrent early pregnancy loss. *ACOG Pract Bull* 2015;24:1-8
29. Lund M, Kamper-Jorgensen M, Nielsen HS, Lidegaard O, Andersen AM, Christiansen OB. Prognosis for live birth in women with recurrent miscarriage: what is the best measure of success? *Obstet Gynecol* 2012;119(1):37-43.
30. De La Rochebrochard E, Thonneau P. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage; results of a multicentre European study. *Human Reproduction* 2002;17(6):1649-1656.
31. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: Population based register linkage study. *BMJ* 2000;320(7251):1708-1712.
32. Zhou H, Liu Y, Liu L, Zhang M, Chen X, Qi Y. Maternal pre-pregnancy risk factors for miscarriage from a prevention perspective: A cohort study in China. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2016;206:57-63.
33. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health* 2017;5(3):e290-e299.
34. Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage--results from a UK-population-based case-control study. *BJOG* 2007;114(2): 170-186.
35. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake in pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *Alcohol Alcohol* 2002;37(1):87–92.
36. Andersen AM, Andersen PK, Olsen J, Grønbaek M, Strandberg-Larsen K. Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death. *International Journal of Epidemiology* 2012;41(2):405-413.

37. Stefanidou EM, Caramellino L, Patriarca A, Menato G. Maternal caffeine consumption and sine causa recurrent miscarriage. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;158(2): 220-224.
38. Eteng MU, Eyong EU, Akpanyung EO, Agiang MA, Aremu CY. Recent advances in caffeine and theobromine toxicities: A review. *Plant Foods for Human Nutrition* 1997;51(3); 231–243
39. Greenwood DC, Thatcher NJ, Ye J, Garrard L, Keogh G, King LG, Cade JE. Caffeine intake during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Epidemiol.* 2014;29(10):725-734.
40. Hahn KA, Wise LA, Rothman KJ, Mikkelsen EM, Brogly SB, Sorensen HT, Riis AH, Hatch EE. Caffeine and caffeinated beverage consumption and risk of spontaneous abortion. *Human Reproduction* 2015;30(5):1246-1255.
41. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine* 1999;340(5):333-339.
42. Westreich D, et al. Smoking, HIV, and risk of pregnancy loss. *AIDS (London, England)*, 2017;31(4):553-560.
43. Hyland A, Piazza KM, Hovey KM, Ockene JK, Andrews CA, Rivard C, Wactawski-Wende J. Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the women's health initiative. *Tobacco Control* 2015;24(4):328-335.
44. Zhang BY, Wei YS, Niu JM, Li Y, Miao ZL, Wang ZN. Risk factors for unexplained recurrent spontaneous abortion in a population from Southern China. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2010;108(2):135-138.
45. Brent RL. Protection of the gametes embryo/fetus from prenatal radiation exposure. *Health Phys* 2015;108(2): 242-274.
46. Lash MM, Armstrong A. Impact of obesity on women's health. *Fertil Steril* 2009;91:1712-1726.
47. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Hum Reprod* 2004;19(7): 1644-1646.



48. Boots CE, Bernardi LA, Stephenson MD. Frequency of euploid miscarriage is increased in obese women with recurrent early pregnancy loss. *Fertility and Sterility* 2014;102(2): 455-459.
49. Lo W, Rai R, Hameed A, S.R Brailsford, Ghamdi A, Regan L. The effect of body mass index on the outcome of pregnancy in women with recurrent miscarriage. *Journal of Family and Community* 2012;19(3):167-171.
50. Li W, Newell-Price J, Jones GL, Ledger WL, Li TC. Relationship between psychological stress and recurrent miscarriage. *Reprod Biomed Online* 2012;25(2): 180-189.
51. Kicia M, Skurzak A, Wiktor K, Iwanowicz-Palusz G, Wiktor H. Anxiety and stress in miscarriage. *Polish Journal of Public Health* 2015;125(3):162-165.
52. Parker VJ, Douglas AJ. Stress in early pregnancy: maternal neuro-endocrine-immune responses and effects. *J. Reprod. Immunol.* 2010;85(1):86–92.
53. Öztürk N, Aydın N. Maternal prenatal stresin gelişmekte olan fetüse etkileri. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri- Özel Konular* 2018;16-21
54. Raghupathy R, Makhseed M, Azizieh F, Omu A, Gupta M, Farhat R. Cytokine production by maternal lymphocytes during normal human pregnancy and in unexplained recurrent spontaneous abortion. *Human Reproduction* 2000;15(3):713-718.
55. Sugiura-Ogasawara M, Furukawa TA, Nakano Y, Hori S, Aoki K, Kitamura T. Depression as a potential causal factor in subsequent miscarriage in recurrent spontaneous aborters. *Human Reproduction* 2002;17(10):2580-2584.
56. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L, Montazeri A. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: A comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018;16(1):150.
57. Schlussek MM, Souza EB, Reichenheim ME, Kac G. Physical activity during pregnancy and maternal-child health outcomes: A systematic literature review. *Cad Saude Publica* 2008;24(Suppl 4):531-544.
58. Hegaard HK, Ersboll AS, Damm P. Exercise in pregnancy: First trimester risks. *Clin Obstet Gynecol* 2016;59(3):559-567.
59. Madsen M, Jørgensen T, Jensen ML, Juhl M, Olsen J, Andersen PK, Nybo Andersen AM. Leisure time physical exercise during pregnancy and the risk of miscarriage: A

study within the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007;114(11):1419-1426.

60. Bhattacharya S, Townend J, Bhattacharya S. Recurrent miscarriage: Are three miscarriages one too many? Analysis of a Scottish population-based database of 151021 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;150(1): 24-27.
61. Lund M, Kamper-Jorgensen M, Nielsen HS, Lidegaard O, Andersen AM, Christiansen OB. Prognosis for live birth in women with recurrent miscarriage: What is the best measure of success? *Obstet Gynecol* 2012;119(1):37-43.
62. Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*. 2007;87(4):725–736.
63. Guimarães Filho HA, Mattar R, Pires CR, Araujo Júnior E, Moron AF, Nardoza LM. Prevalence of uterine defects in habitual abortion patients attended on at a university health service in Brazil. *Arch Gynecol Obstet* 2006;274(6):345-348.
64. Seckin B, Sarikaya E, Oruc AS, Celen S, Cicek N. Office hysteroscopic findings in patients with two, three, and four or more, consecutive miscarriages. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2012;17(5):393-398.
65. Russo M, Suen M, Bedaiwy M, Chen I. Prevalence of uterine myomas among women with 2 or more recurrent pregnancy losses: A systematic review. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2016;23(5):702-706.
66. Nigro G, Mazzocco M, Mattia E, Di Renzo GC, Carta G, Anceschi MM. Role of the infections in recurrent spontaneous abortion. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011;24(8):983–989.
67. Cicinelli E, Matteo M, Tinelli R, Pinto V, Marinaccio M, Indraccolo U, De Ziegler D, Resta L. Chronic endometritis due to common bacteria is prevalent in women with recurrent miscarriage as confirmed by improved pregnancy outcome after antibiotic treatment. *Reprod Sci* 2014;21(5):640-647.
68. McQueen DB, Bernardi LA, Stephenson MD. Chronic endometritis in women with recurrent early pregnancy loss and/or fetal demise. *Fertil Steril* 2014;101(4):1026-1030.
69. Zolghadri J, Momtahan M, Aminian K, Ghaffarpasand F, Tavana Z. The value of hysteroscopy in diagnosis of chronic endometritis in patients with unexplained recurrent spontaneous abortion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;155(2): 217-220.

70. Miskovic S, Culic V, Konjevoda P, Pavelic J. Positive reproductive family history for spontaneous abortion: Predictor for recurrent miscarriage in young couples. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2012;161(2):182-186.
71. D'uva M, Di Micco P, Strina I, et al. Etiology of hypercoagulable state in women with recurrent fetal loss without other causes of miscarriage from Southern Italy: New clinical target for antithrombotic therapy. *Biol Targets Ther* 2008;2(4):897-902.
72. Brenner B, Sarig G, Weiner Z, Younis J, Blumenfeld Z, Lanir N. Thrombophilic polymorphisms are common in women with fetal loss without apparent cause. *Thromb Haemost* 1999;82(1): 6-9.
73. Bates SM, Middeldorp S, Rodger M, James AH, Greer I. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis* 2016;41(1): 92-128.
74. Mukhopadhyay I, Pruthviraj VSR, Biswas M. Hyperhomocysteinemia in recurrent pregnancy loss and the effect of folic acid and vitamin B12 on homocysteine levels: A prospective analysis. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2017;6(6):2258-2261.
75. Hague WM. Homocysteine and pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003;17(3):459-469.
76. Santos TDS, Ieque AL, de Carvalho HC, Sell AM, Lonardoni MVC, Demarchi IG, de Lima Neto QA, Teixeira JJV. Antiphospholipid syndrome and recurrent miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Reproductive Immunology* 2017;123:78-87.
77. Kutteh WH. Inherited and acquired Thrombophilias and adverse pregnancy outcomes. *Recurrent Pregnancy Loss* 2016;67-73.
78. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, Branch DW, Brey RL, Cervera R, Derksen RH, PG DEG, Koike T, Meroni PL et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite Antiphospholipid Syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006;4(2):295-306.
79. Van den Boogaard E, Cohn DM, Korevaar JC, Dawood F, Vissenberg R, Middeldorp S, Goddijn M, Farquharson RG. Number and sequence of preceding miscarriages and maternal age for the prediction of antiphospholipid syndrome in women with recurrent miscarriage. *Fertil Steril* 2013;99(1):188-192

80. Philipp T, Philipp K, Reiner A, Beer F, Kalousek DK. Embryoscopic and cytogenetic analysis of 233 missed abortions: Factors involved in the pathogenesis of developmental defects of early failed pregnancies. *Hum Reprod* 2003;18(8):1724-1732.
81. Kiwi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and discussion of the causes and their management. *Cleve Clin J Med* 2006;73(10):913-921.
82. Mathur N, Triplett L, Stephenson MD. Miscarriage chromosome testing: utility of comparative genomic hybridization with reflex microsatellite analysis in preserved miscarriage tissue. *Fertil Steril* 2014;101(5):1349-1352.
83. Arredondo F, Noble LS. Endocrinology of recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2006;24(1):33-39.
84. Deans R, Abbott J. Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(5):555-569.
85. Valle RF, Ekpo GE. Hysteroscopic metroplasty for the septate uterus: Review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20(1):22-42.
86. Kaur R, Gupta K. Endocrine dysfunction and recurrent spontaneous abortion: An overview. *Int J Appl Basic Med Res* 2016;6(2):79-83.
87. Bernardi LA, Cohen RN, Stephenson MD. Impact of subclinical hypothyroidism in women with recurrent early pregnancy loss. *Fertil Steril.* 2013;100(5):1326-1331.
88. Van Dijk MM, Vissenberg R, Bisschop PH, Dawood F, Van Wely M, Goddijn M, Farquharson RG. Is subclinical hypothyroidism associated with lower live birth rates in women who have experienced unexplained recurrent miscarriage? *Reprod Biomed Online.* 2016;33(6):745-751.
89. Ispasoiu CA, Chicea R, Stamatian FV, Ispasoiu F. High fasting insulin levels and insulin resistance may be linked to idiopathic recurrent pregnancy loss: A case-control study. *Int J Endocrinol* 2013;ID:576926.
90. Palomba S, Santagni S, La Sala GB. Progesterone administration for luteal phase deficiency in human reproduction: An old or new issue? *Journal of Ovarian Research* 2015;8(1):77.
91. Li TC, Spuijbroek MD, Tuckerman E, Anstie B, Loxley M, Laird S. Endocrinological and endometrial factors in recurrent miscarriage. *BJOG* 2000;107(12): 1471-1479.

92. Glueck CJ, Wang P, Bornovali S, et al. Polycystic ovary syndrome, the G1691A factor V Leiden mutation, and plasminogen activator inhibitor activity: Association with recurrent pregnancy loss. *Metabolism* 2003;52(12):1627-1632.
93. Kazerooni T, Ghaffarpasand F, Asadi N, Dehkhoda Z, Dehghankhalili M, Kazerooni Y. Correlation between thrombophilia and recurrent pregnancy loss in patients with polycystic ovary syndrome: A comparative study. *Journal of The Chinese Medical Association* 2013;76(5):282-288.
94. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000;14(5):839–854.
95. Porter TF, Scott JR. Evidence-based care of recurrent miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005; 19:85-101.
96. Carp H, Guetta E, Dorf H, Soriano D, Barkai G, Schiff E. Embryonic karyotype in recurrent miscarriage with parental karyotypic aberrations. *Fertility and Sterility* 2006;85(2):446-450.
97. Rushworth FH, Backos M, Rai R, Hilcott IT, Baxter N, Regan L. Prospective pregnancy outcome in untreated recurrent miscarriers with thyroid autoantibodies. *Hum Reprod.* 2000;15(7):1637–1639.
98. De Jong PG, Goddijn M, Middeldorp S. Testing for inherited thrombophilia in recurrent miscarriage. *Seminars in Reproductive Medicine* 2011;29(6):540-547.
99. Regan L, Rai R. Thrombophilia and pregnancy loss. *J Reprod Immunol* 2002;55:163-180.
100. Ludwin A, Ludwin I, Banas T, Knafel A, Miedzyblocki M, Basta A. Diagnostic accuracy of sonohysterography, hysterosalpingography and diagnostic hysteroscopy in diagnosis of arcuate, septate and bicornuate uterus. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37:178–86.
101. Olpin JD, Heilbrun M. Imaging of Mullerian duct anomalies. *Clin Obstet Gynecol.* 2009;52:40–56.
102. Ribas-Maynou J, Fernández-Encinas A, García-Peiró A, Prada E, Abad C, Amengual MJ, et al. Human semen cryopreservation: A sperm DNA fragmentation study with alkaline and neutral Comet assay. *Andrology* 2014;2:83–87.

103. Czeizel AE, Dobó M, Vargha P. Hungarian cohort-controlled trial of periconceptional multivitamin supplementation shows a reduction in certain congenital abnormalities. *Birth Def Res (Part A)*, 2004; 70: 853-61.
104. Bergen NE, et al. Homocysteine and folate concentrations in early pregnancy and the risk of adverse pregnancy outcomes: the Generation R Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2012;119(6):739-751.
105. Kutteh WH, Triplett DA. Thrombophilias and recurrent pregnancy loss. *Reprod Med* 2006;24(1):54-66.
106. Zahran KM, Elaal DMA, Kamel HS, Samy EI, Ismail AM, Abbas AM. A combination treatment of folic acid, aspirin, doxycycline and progesterone for women with recurrent early pregnancy loss; hospital based study. *Middle East Fertility Society Journal* 2016;21(1):22–26.
107. Glueck CJ, Smith D, Gandhi N, Hemachandra K, Shah P, Wang P. Treatable high homocysteine alone or in concert with five other thrombophilias in 1014 patients with thrombotic events. *Blood Coagulation & Fibrinolysis* 2015;26(7):736-742.
108. Coomarasamy A, et al. A randomized trial of progesterone in women with recurrent miscarriages. *New England Journal of Medicine* 2015;373(22):2141-2148.
109. Oates-Whitehead RM, Haas DM, Carrier JAK. Progestogen for preventing miscarriage (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library* 2004.
110. Glueck CJ, Streicher P, Wang P. Treatment of polycystic ovary syndrome with insulin-lowering agents. *Expert Opin Pharmacother.* 2002;3(8):1177–1189.
111. Al-Biate MA. Effect of metformin on early pregnancy loss in women with polycystic ovary syndrome. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2015;54(3): 266-269.
112. Palomba S, Falbo A, Orio F Jr, Zullo F. Effect of preconceptional metformin on abortion risk in polycystic ovary syndrome: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Fertil Steril* 2009;92(5):1646–1658.
113. Ata B, Tan SL, Shehata F, Holzer H, Buckett W. A systematic review of intravenous immunoglobulin for treatment of unexplained recurrent miscarriage. *Fertil Steril* 2011;95:1080-1085
114. Triolo G, Ferrante A, Ciccia F, Accardo-Palumbo A, Perino A, Castelli A, Giarratano A, Licata G. Randomized study of subcutaneous low molecular weight heparin plus

aspirin versus intravenous immunoglobulin in the treatment of recurrent fetal loss associated with antiphospholipid antibodies. *Arthritis Rheum* 2003;48(3):728-731.

115. Stricker RB, Steinleitner A, Winger EE. Intravenous immunoglobulin (IVIg) therapy for immunologic abortion. *Clinical and Applied Immunology Reviews* 2002;2(3):187-199.
116. Chen Y, Wu XX, Tan JP, Liu ML, Liu YL, Zhang J.P. Effects of low molecular weight heparin and heparin-binding epidermal growth factor on human trophoblast in first trimester. *Fertility and Sterility* 2012;97(3):764-770
117. Tzafettas J, Petropoulosb P, Psarrab A, Delkosb D, Papaloukasb C, Giannoulisb H, Kalogirosb G, Gkoutzioulisb F. Early antiplatelet and antithrombotic therapy in patients with a history of recurrent miscarriages of known and unknown aetiology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2005;120(1):22-26.
118. Empson M, Lassere M, Craig J, Scott J. Prevention of Recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;18(2):CD002859.
119. Bates SM, Greer IA, Pabinger I, Sofaer S, Hirsh J. Venous thromboembolism, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2008;133(6):844S-886S
120. Athey J, Spielvogel AM. Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Prim Care Update Ob Gyns.* 2000;7:64-69.
121. Sham AK, Yiu MG, Ho WY. Psychiatric morbidity following miscarriage in Hong Kong. *General Hospital Psychiatry* 2010;32(3):284-293.
122. Beutel, Manfred, et al. Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 1996;40(3):245-253.
123. Serrano F, Lima ML. Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2006;79(4):585-594.
124. Schmidt L, Holstein B, Christensen U, Boivin J. Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men infertility treatment. *Patient Educ Couns* 2005;59(3):244-251.

125. J. Toedter, Judith N. Lasker, Hettie Jem Janssen, Lori. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies* 2001;25(3):205-228.
126. Canário C, Figueiredo B, Rıcou M. Women and men's psychological adjustment after abortion: A six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive And Infant Psychology* 2011;29(3): 262-275.
127. Clifford K, Rai R, Regan L. Future pregnancy outcome in unexplained recurrent first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 1997;12(2):387-389.
128. Stephenson M, Kutteh W. Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. *Clinical Obstetrics And Gynecology* 2007;50(1): 132-145.
129. Erbil N, Bostan Ö, Kahraman AN. İnfertil kadın ve erkeklerde umutsuzluk. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 2010;20(4):228-235.
130. Yanıkkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(4):112-121.
131. Egelioglu-Cetişli N, Serçekuş P, Oğuz N. Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014;16(3):38-47.
132. Bellhouse C, Temple-Smith M, Watson S, Bilardi J. The loss was traumatic... some healthcare providers added to that: Women's experiences of miscarriage. *Women and Birth* 2019;32(2):137-146.
133. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye
134. Ditzhuijzen JV, Have MT, Graaf RD, Nijnatten C, Vollebergh W. Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research* 2013;47:1737-1743.
135. Nikcević AV1, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research* 2007;63(3):283-290.
136. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nurs Res.* 1999;48(6):288-298.



137. Adolfsson A. Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Caring Theory. *Psychology Research and Behavior Management* 2011;4:1-9.
138. Andershed B, Olsson K. Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. *Scand J Caring Sci.* 2009; 23(3):598-610.
139. Sağlık Bakanlığı Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetim Rehberi, 2015 Yayın No: 997
140. Uşaklı N. Evli bireylerin evliliğe uyumda karşılaştığı sorunlar ve eğitim ihtiyaçları. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2010.
141. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Geçerlik Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9(31):1-11.
142. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Scale in university students. *Turkish Journal of Psychology* 1989.
143. Fışiloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale of marital quality with Turkish couples. *Eur J Psychol Assessment* 2000;16(3):214-218.
144. Mevorach-Zussman N, Bolotin A, Shalev H, Bilenko N, Mazor M, Bashiri A. Anxiety and deterioration of quality of life factors associated with recurrent miscarriage in an observational study. *J Perinat Med.* 2012;40(5):495-501.
145. Couto ER, Couto E, Vian B, Gregorio Z, Nomura ML, Zaccaria R, Passini Junior R. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Medical Journal.* 2009;127(4):185-189.
146. Sugiura-Ogasawara M, Suzuki S, Ozaki Y, Katano K, Suzumori N, Kitaori T. Frequency of recurrent spontaneous abortion and its influence on further marital relationship and illness: The Okazaki Cohort Study in Japan. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 2013;39(1):126-131.
147. Shreffler KM, Hill PW, Cacciatore J. Exploring the increased odds of divorce following miscarriage or stillbirth. *Journal of Divorce & Remarriage* 2012;53(2):91-107.
148. Regan TW, Lambert SD, Kelly B, McElduff P, Girgis A, Kayser K, Turner J. Cross-sectional relationships between dyadic coping and anxiety, depression, and relationship satisfaction for patients with prostate cancer and their spouses. *Patient Education and Counseling* 2014;96:120-127.

149. Yılmaz SD, Beji NK, Serdaroğlu H. İnfertil kadınlarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics* 2016;2(2):46-50.
150. Razurel C, Kaiser B, Sellenet C, Epiney M. Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: A review of the literature. *Women & Health* 2013;53(1):74-99.
151. Obi, SN, Onah HE, Okafor II. Depression among Nigerian women following pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;105(1):60-62.
152. Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, Glover V, Evans J, Golding J, O'Connor TG. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry*. 2011;198(5):373-378.
153. Şen E, Bulut S, Şirin A. Primer infertil çiftlerde eşlerarası uyumun incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2014;22(1):17-24.
154. Gold KJ, Sen A, Hayward RA. Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss. *Pediatrics* 2010;125(5): e1202.
155. Egelioglu Cetişli N, Topaloğlu Ören ED, Kaba F. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019.

## EK1. BİREY TANITIM FORMU

**Anket No:**

**Tel:.....**

**1. Yaşınız: .....**

**2. Eğitim durumunuz:**

a. Okur-yazar b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Lisans f. Yüksek Lisans

**3.Çalışma durumunuz:**

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

**4. Eşinizin yaşı:**

**5. Eşinizin eğitim durumu:**

a. Okur-yazar b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Lisans f. Yüksek Lisans

**6. Eşinizin çalışma durumu:**

a. Çalışıyor b. Çalışmıyor

**7. Gelir durumunuz: (.....TL/aylık)**

a. Gelir giderden az b. Gelir gidere eşit c. Gelir giderden fazla

**8. Sağlık güvenceniz:**

a. Var b. Yok

**9. Aile tipiniz:**

a. Çekirdek aile b. Geniş aile

**10.Evlilik süresiniz:.....yıl**

**11. Evlilik şekliniz**

a. Flört ederek b. Görücü Usulü

**12.Sigara kullanıyor musunuz?**

a.Evet (..... yıl/ .....adet/gün) b.Hayır

**13. Alkol kullanıyor musunuz?**

a.Evet (.....kadeh /gün) b.Hayır

**14. Herhangi bir sıkıntınız olduğunda bunu paylaşabileceğiniz size destek olabilecek birisi/birileri var mı?**

a. Evet (Kim.....) b. Hayır

**15. Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?**

a.Evet b. Hayır

Cevabınız evet ise sağlık probleminizi belirtiniz.(.....)

**16.Obstetrik öykü :**

\*Toplam gebelik sayısı : .....

\*Yaşayan çocuk sayısı : .....

\*Düşük sayısı : ..... Nedeni? :.....

## EK 2. BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstedğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

### EK 3. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1.(0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
  - (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
  - (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
  - (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2.(0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
  - (1) Gelecek için karamsarım.
  - (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
  - (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3.(0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
  - (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
  - (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
  - (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4.(0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
  - (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
  - (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
  - (3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5.(0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
  - (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
  - (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
  - (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6.(0) Kendimden memnunum.
  - (1) Kendimden pek memnun değilim.
  - (2) Kendime kızgıyım.
  - (3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7.(0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
  - (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
  - (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
  - (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8.(0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
  - (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
  - (2) Kendimi öldürmek isterdim.
  - (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9.(0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
  - (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
  - (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
  - (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum
- 10.(0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
  - (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
  - (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum
  - (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11.(0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
  - (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
  - (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
  - (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
- 12.(0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
  - (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
  - (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13.**(0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14.**(0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.  
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15.**(0) Uykum her zamanki gibi.  
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16.**(0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
(2) Her şey beni yoruyor.  
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17.**(0) İştahım her zamanki gibi.  
(1) Eskisinden daha iştahsızım.  
(2) İştahım çok azaldı.  
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18.**(0) Son zamanlarda zayıflamadım.  
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19.**(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20.**(0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.  
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.  
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21.**(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.  
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
- Toplam BECK-D skoru:.....**

## EK 4. DYADİK ÇİFT UYUM ÖLÇEĞİ

Birçok insanın ilişkilerinde anlaşmazlıkları vardır. Lütfen aşağıda verilen maddelerin her biri için siz ve eşiniz arasındaki anlaşma veya anlaşamama ölçüsünü aşağıda verilen alt düzeyden birini seçerek belirtiniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen hemen her zaman anlaşırız	Nadiren anlaşamayız	Sıkça anlaşamayız	Hemen hemen anlaşamayız	Her zaman anlaşamayız
1. Aileyle ilgili parasal işlerin idaresi						
2. Eğlenceyle ilgili konular						
3. Dini konular						
4. Muhabbet sevgi gösterme						
5. Arkadaşlar						
6. Cinsel yaşam						
7. Geleneksellik (doğru veya uygun yaşam)						
8. Yaşam felsefesi						
9. Anne baba ya da yakın akrabalarla ilişkiler						
10. Önemli olduğuna inanılan amaçlar, hedefler ve konular						
11. Birlikte geçirilen zaman miktarı						
12. Temel kararların alınması						
13. Ev ile ilgili görevler						
14. Boş zaman ilgi ve uğraşları						
15. Mesleki kararlar						

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Zaman zaman	Ara sıra	Nadiren	Hiçbir zaman
16. Ne sıklıkla boşanmayı ayrılmayı ya da ilişkinizi bitirmeyi düşünür veya tartışırsınız?						
17. Ne sıklıkla siz veya eşiniz kavgedan sonra evi terk edersiniz?						
18. Ne sıklıkla eşinizle olan ilişkinizin genelde iyi gittiğini düşünürsünüz?						
19. Eşinize güvenir misiniz?						
20. Evlendiğiniz için hiç pişmanlık duyardınız mı?						
21. Ne sıklıkla eşinizle münakaşa edersiniz?						
22. Ne sıklıkla birbirinizin sinirlenmesine neden olursunuz?						

23. Eşinizi öper misiniz?

a) Her gün

b) Hemen hemen her gün

c) Ara sıra

d) Nadiren

e) Hiçbir zaman

24. Siz ve eşiniz ev dışı etkinliklerinizin ne kadarına birlikte katılırsınız?

a) Hepsine

b) Çoğuna

c) Bazılarına

d) Çok azına

e) Hiçbirine

Aşağıdaki olaylar siz ve eşiniz arasında ne sıklıkla geçer?

	Hiçbir zaman	Ayda birden az	Ayda bir veya iki defa	Haftada bir veya iki defa	Günde bir defa	Günde birden fazla
25. Teşvik edici fikir alışverişinde bulunmak						



26. Birlikte gülmek						
27. Bir şeyi sakince tartışmak						
28. Bir iş üzerinde birlikte çalışmak						

**Eşlerin bazı zamanlar anlaşıkıları, bazen anlaşamadıkları konular vardır. Eğer aşağıdaki maddeler son birkaç hafta içinde siz ve eşiniz arasında görüş farklılığı veya problem yarattıysa belirtiniz (Evet veya hayır işaretleyiniz).**

	Evet	Hayır
29. Seks için yorgun olmak		
30. Sevgi göstermemek		

31. Aşağıda ilişkinizdeki farklı mutluluk düzeyleri gösterilmektedir. Orta noktadaki “mutlu” birçok ilişkide yaşanan mutluluk düzeyini gösterir. İlişkinizi genelde değerlendirdiğinizde mutluluk düzeyinin en iyi şekilde belirtecek olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

- ( ) Aşırı mutsuz      ( ) Oldukça mutsuz      ( ) Az mutsuz      ( ) Mutlu  
( ) Oldukça mutlu      ( ) Aşırı mutlu      ( ) Tam anlamıyla mutlu

32. Aşağıda belirtilen cümlelerden ilişkinizin geleceği ne hissettiğinizi en iyi şekilde tanımlayan ifadeyi lütfen işaretleyiniz.

- ( ) İlişkimin başarılı olmasını çok fazla istiyorum ve bunun için yapamayacağım hiçbir şey yok.  
( ) İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için yapabileceklerimin hepsini yapacağım.  
( ) İlişkimin başarılı olmasını çok istiyorum ve bunun için payıma düşeni yapacağım.  
( ) İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapamam.  
( ) İlişkimin başarılı olması güzel olurdu, fakat bunun için şu anda yaptıklarımın daha fazlasını yapmayı reddederim.  
( ) İlişkim asla başarılı olmayacak ve ilişkinin yürümesi için benim daha fazla yapabileceğim bir şey yok.

## EK 5. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1800014532  
Konu : Girişimsel Olmayan Klinik  
Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

26/02/2018

Sayın Duygu TURAN  
SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi/ Hemşire

**Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Depresyon, Umutsuzluk ve Çift Uyumu** adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmanın yapılacağı Kurumdan/ Klinikten izni alınması koşulu ile çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurulumuzun 21.02.2018 tarihli ve 57 sayılı karar numarası ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim

*e-imzalıdır*

Doç. Dr. Orhan GÖKALP  
Etik Kurul Başkanı

## EK 6. KURUM İZİNİ

Sayı : 77597247-619  
Konu : Hemşire Duygu TURAN'ın Araştırma  
İzni Hk.

S.B.Ü. İZMİR TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ'nin danışmanlığında Hemşire Duygu TURAN'ın hazırlamış olduğu "**Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Depresyon, Umutsuzluk ve Çift Uyum**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup, çalışmanın Kurumunuz, Kadın Doğum Klinikleri'nde yapılması uygun görülmüştür.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm. Dr. Bediha SALNUR  
İl Sağlık Müdürü

### EKLER:

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1 Sayfa)

T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BASVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/39	30.03.2018 65955995	10.04.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı "Yrd. Doç. Dr. Nuray EGELİOĞLU CETİŞLİ" danışmanlığında Hemşire Duygu TURAN tarafından kurulumuza sunulan "Tekrarlayan Gebelik Kayıplarında Depresyon, Umutsuzluk ve Çift Uyumu" isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile "KABUL" kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU

Üye

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Leyla Sündüs  
ARSLAN

Komisyon Başkanı

Adı Soyadı

Dr. Zeynep SOFUOĞLU

Kurum Yöneticisi

Adı Soyadı

Uzm.Dr. Bediha SÖLÜNUR

Mühür İmza

## EK 7. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### SAYIN KATILIMCI;

Bu çalışma tekrarlayan gebelik kaybı olan kadınlarda depresyon, umutsuzluk ve çift uyumunu incelemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma anket sorularından ve bireysel görüşmeden oluşmaktadır. Çalışmaya iki ve üzerinde gebelik kaybı olan ve Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servislerinde yatmakta olan kadınlar dahil edilmiştir. Bu araştırma cerrahi girişim ve tıbbi işlem içermediği için herhangi bir risk faktörü de içermemektedir. Araştırma süresince katılımcının maddi gideri olmayacaktır ve katılımcıya da hiç bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esası içermektedir. Katılımcı istediği zaman çalışmaya katılmaktan vazgeçebilir. Çalışma hakkında sormak istediğiniz bir konu olursa aşağıdaki kişiye ulaşabilirsiniz.

Hemşire Duygu AKSOY

Telefon:05068648227

*“Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma yeterli cevaplar aldım.*

*“Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarda, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum”.*

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Yaş Ve Cinsiyet:

İmzası:

Adresi (varsa telefon numarası ve /veya fax numarası)

.....

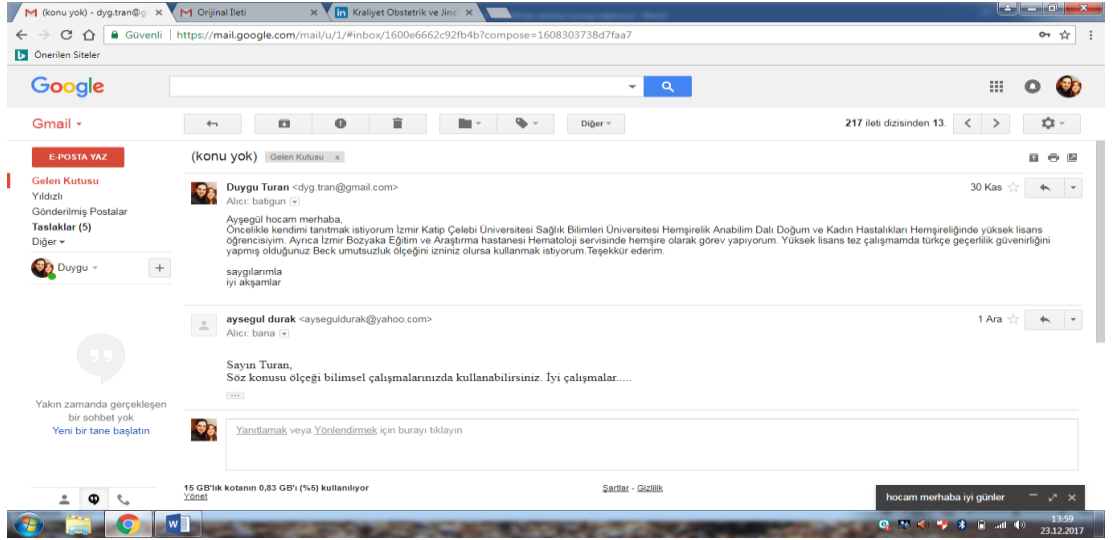
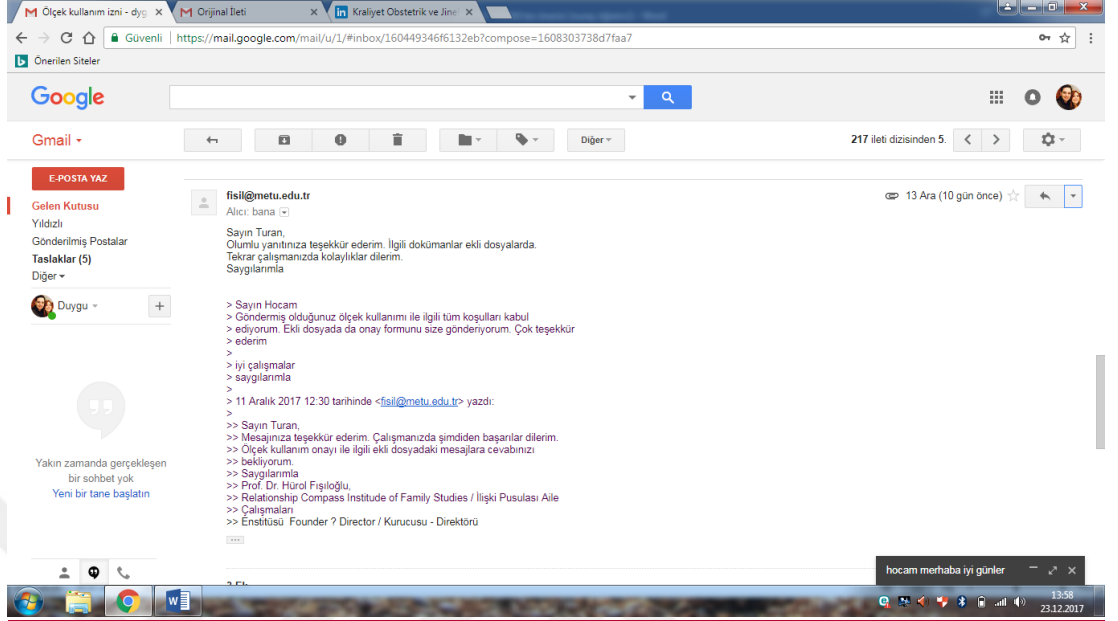
Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı:

Adı-Soyadı:

İmzası:

## EK 8. ÖLÇEK KULLANIM İZİNLERİ



## ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Burdur'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Burdur'da tamamladı ve 2009 yılında Burdur Anadolu Lisesi'nden mezun oldu. 2010 yılında Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun oldu. 2014 yılında mezun olduktan sonra Denizli'de yaklaşık 6 ay özel bir hastanede kadın doğum kliniğinde hemşire olarak çalıştı. 2015 yılında hemşire olarak atandığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Acil Servis, Hematoloji Servisi, Ortopedi Servisi gibi birimlerinde hemşire olarak görev aldı. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda 2016 yılında yüksek lisan eğitimine başladı. Halen Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak çalışmaktadır.