

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TERAPÖTİK ABORTUS UYGULANAN KADINLARIN
ABORTUS SONRASI ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİNİN VE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Cansu AKDAĞ

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2014**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TERAPÖTİK ABORTUS UYGULANAN KADINLARIN
ABORTUS SONRASI ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİNİN VE HEMŞİRELİK BAKIM
GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

Cansu AKDAĞ

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

ANKARA

2014

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı :Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Program :Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Tez Başlığı :Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası
 Anksiyete, Depresyon,Sosyal Destek ve Hemşirelik Bakım
 Gereksinimlerinin Belirlenmesi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Cansu AKDAĞ
 Savunma Sınavı Tarihi :03.11.2014

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Doc. Dr. Tülay Yavan**
 Gülhane Askeri Tıp Akademisi HYO

Tez danışmanı: **Prof. Dr. Füsun Terzioğlu**
 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik F.

Üye: **Doc. Dr. Leyla Özdemir**
 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik F.

Üye: **Yrd. Doc. Gülten Koç**
 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik F.

Üye: **Yrd. Doc. Funda Özdemir**
 Ankara Üniversitesi SBF-Hemşirelik B.

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

(İmza)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Tez çalışması süresince yol göstericiliği ile yanımda olan danışmanım, tüm çalışmam ve yüksek lisans süresince yardımlarını, hoşgörüsünü, sabrını ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren değerli hocam Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'na,

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne araştırmanın uygulanmasına izin verdikleri ve burada çalışan tüm sağlık personeline çalışmamın uygulanmasında sağladıkları destekleri için,

Başta Sevil Çınar olmak üzere, Ayşe Arıkan Dönmez ve Emrah Büyükkatak'a, mesleki olarak da gelişmeme katkı sağlayan başta sorumlum Asuman Öz ve mesai arkadaşlarıma bana karşı sabır anlayış ve sevgiyi eksik etmedikleri için içtenlikle teşekkür ederim.

Bana olan sonsuz güveni ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili AİLEME,

TEŞEKKÜR EDERİM.

ÖZET

Akdağ, C., Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2014. Araştırma terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışma Ankara il sınırları içinde yer alan bir üniversite hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, belirlenen hastanelerde, 10-20.gebelik haftalarında, 11 Mart- 31 Ağustos 2014 tarihleri arasında terapötik abortus yapmış 60 kadın oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak, veri toplama formu, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Bağımsız Gruplarda “t” Testi, Korelasyon Analizi, Mann-Whitney U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve parametrelerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Shapiro-Wilk Normallik Testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre terapötik abortus sonrası hemşirelik bakım uygulamalarından en çok, son adet tarihlerinin sorulduğu (%95), ön değerlendirilmelerinin yapıldığı (%78.3), vajinal kanamalarının değerlendirildiği (%60) belirlenmiştir. Terapötik abortus sonrası hemşirelik bakım uygulamalarından ağrılarının kontrolü (%45.0), işlem süresince psikolojik destek sağlanması (%68.3), siklusun geri döneceği zaman (%70), taburculuk eğitiminde enfeksiyonun önlenmesi ve enfeksiyon belirtileri (%73.3), komplikasyon durumunda nereye başvurması gerektiği (%60.0) ile ilgili bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Terapötik abortus sonrası kadınların sosyal destek puanları orta düzeyde belirlenmiştir. Kadınların yarısından çoğunun anksiyete yaşadığı (%61.7), anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu (10.8 ± 3.7) ve kadınların çoğunun depresyon belirtileri gösterdiği (%85.0), depresyon ortalamalarının yüksek olduğu (10.4 ± 3.9) belirlenmiştir. Kadınların aile ve arkadaş destekleri ile anksiyete ve depresyon ortalamalarının arasındaki fark ve kadınların eş desteği ile anksiyete puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına karşın ($p < 0.05$), kadınların eş destekleri ile depresyon puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olması nedeniyle, kadınların psikolojik olarak desteklenmesinin sağlanması önerilmektedir. Terapötik abortus sonrası hemşirelerin kadınların sosyal destek sistemlerini tanımlarının sağlanması, kadının ailesi, arkadaşları ve eşini sürecin içine dâhil ederek, kadınların sosyal destek sistemlerini güçlendirmelerine ilişkin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: terapötik abortus, hemşirelik bakımı, depresyon, anksiyete, sosyal destek

ABSTRACT

Akdağ, C., Determination of Anxiety, Depression, Social Support Levels and Nursing Care Requirements for Women Whom Therapeutic Abortion was applied. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Obstetrics and Gynecology Nursing Programme, Master Thesis, Ankara, 2014 This cross sectional descriptive research was conducted with aim of this study is to determine the anxiety, depression, social support levels and nursing care requirements for women whom therapeutic abortion had been applied. The study was conducted in a university hospital located in the province of Ankara and educational research hospital. 60 women for whom therapeutic abortion had been applied between the dates of March 11 – August, and also who have a 10 to 20 weeks of pregnancy consists the sample of this research. Data collection form, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support were used as a collection tools. Analysis of the data was carried out using the Independent Group "t" Test, Correlation Analysis, Mann-Whitney U Test, One-way analysis of variance to test and the Shapiro-Wilk normality test whether the parameters are normally distributed. According to the research results during the aftercare implementation after the therapeutic abortion, it was detected that the question of the date of the last menstrual period (95.0%), preliminary assessment that they were made (78.3%), the evaluation of vaginal bleeding (60.0%) were applied. The sample women were requested information regarding nursing aftercare applications which are control of pain (45.0%), psychological support during the process (68,3%), the siklus return cycle (73,3 %), prevention of infection in the discharge education and signs of infection (60%). After therapeutic abortion nursing care practices were control of the pain (45.0%), providing psychological support during the process (68.3%), the siklus return cycle (70.0%), prevention of infection in the discharge education and signs of infection (73.3%), have stated that they want to get information about it should apply where the event of complications (60.0%). After therapeutic abortion women's social support scores were determined intermediately. More than half of the women experienced anxiety (%61.7), anxiety score was higher on average (10.8 ± 3.7) and also many women experienced depression (%85), depression score was higher on average (10.4 ± 3.9). The relationship between anxiety and depression in women with family and friend support was significant ($p < 0.05$). The relationship between anxiety and depression in women with husband support was not significant ($p > 0.05$). Due to the high level of anxiety and depression in women undergoing therapeutic abortion, support to women psychologically is suggested. After therapeutic abortion, it is suggested that acquaintance of nurses to social systems. Increasing awareness of women regarding the social support systems that enhanced with participation of family, spouse and friends is suggested.

Keywords: therapeutic abortion, nursing care, depression, anxiety, social support

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Abortus Tanımı	5
2.2. Spontan Abortus (Kendiliğinden Düşük)	5
2.2.1. Spontan Abortus Tipleri	7
2.3. Habitual Abortus (Tekrarlayan Düşük)	9
2.4. Septik Abortus (Enfeksiyon Kaynaklı Düşük)	9
2.5. İndükleyici Abortus (Zorlayıcı Düşük)	9
2.5.1. Elektif Abortus (İstemli Düşük)	9
2.5.2. Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)	10
2.6. Abortus ve Anksiyete	16
2.7. Abortus ve Depresyon	17
2.8. Abortus ve Sosyal Destek	18
2.9. Terapötik Abortusta Hemşirelik Bakımı	19
2.9.1. Abortus Öncesi Hemşirelik Bakımı	19
2.9.2. Abortus Sırasında Hemşirelik Bakımı	20
2.9.3. Abortus Sonrasında Hemşirelik Bakımı	20
2.9.4. Taburculuk Eğitimi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi	24
3.2.2. Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması	26
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	27
3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması	27
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9.1. Ölçeklerin Değerlendirilmesi	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
6.1. Sonuçlar	51
6.1.1. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçları	51
6.1.2. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınlara Uygulama Öncesi, Sırası, Sonrası ve Taburculuk Eğitiminde Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Girişimlerinin ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Sonuçlar	51
6.1.6. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Bu Puanların Sosyodemografik Özelliklerle ilişkisine İlişkin Sonuçlar	52
6.2. Öneriler	53
KAYNAKLAR	55
EKLER	
Ek 1. Anket Formu	
Ek 2. HAD ÖLÇEĞİ (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği)	

Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Ek 4. Etik Kurul İzin Yazısı

Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi İzin Yazısı

Ek 6. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

KISALTMALAR

ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
D&C	: Dilatasyon ve Küretaj
D&E	: Dilatasyon ve Evakuasyon
D&X	: Dilatasyon ve Ekstraksiyon
DIC	: Dissemine İnvasküler Koagülasyon
HAD	: Hastane Anksiteye Depresyon
HAD-A	: Hastane Anksiteye Depresyon- Anksiyete
HAD-D	: Hastane Anksiteye Depresyon-Depresyon
hCG	: Human Koryonik Gonadotropin
HIV	: Human İndeficiency Virüs
RIA	: Rahim İçi Araç

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Rahim Tahliyesi Gerektiren Durumlar	12
2.2. Tıbbi ve Cerrahi Abortusun Özellikleri	16
4.1. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerinin Dağılımı	31
4.2. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Öncesi Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı	33
4.3. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Sırasında ve Sonrasında Verildiği İfade Ettikleri Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı	35
4.4. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Sonrasında Taburculuk Eğitiminde Verildiği İfade Ettikleri Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı	37
4.5. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ), Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
4.6. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Hastane Anksiyete ve Depresyon Altölçekleri Puan Ortalamaları Dağılımı	39
4.7. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Hastane Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	39
4.8. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Abortus Sayısı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Hastane Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	40
4.9. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
4.10. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sosyal Destek ve Sosyal Desteğin Altölçekleri Olan Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Eş Desteği Puan Ortalamalarının Dağılımı	43

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Gebelik insan hayatında önemli bir yaşamsal durumdur. Gebeliğin, sağlıklı bir anne ve fetüsle sonuçlanması beklenmektedir. Gebelik normal fizyolojik bir durum olmasına karşın gebelik süresince birtakım komplikasyonlar gelişebilmektedir. Gebelikte ortaya çıkan bu komplikasyonlar hem gebeliğin sonucunu hem de anne ve fetüsün sağlık ve iyiliğini de etkileyebilmektedir.

Gebelik komplikasyonları erken ve geç gebelik komplikasyonları olarak ikiye ayrılmaktadır. Kadınlarda ektopik gebelik ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar gibi komplikasyonlar daha çok erken gebelik dönemlerinde görülürken (1,2); düşük doğum ağırlığı, preterm eylem, yaygın damariçi koagülasyon bozuklukları, hipertansif bozukluklar, erken membran rüptürü ve plasenta anomalileri gibi sorunlar geç dönem komplikasyonları (1,3) olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem erken hem de geç dönemde görülen komplikasyonlar içinde yer alan abortus her beş kadından birinde görülmesi nedeniyle önemli bir sorun olarak yer almaktadır (4).

Abortus; uterus içine implante olan embriyonun yaşamının, kadının kendi isteğiyle ya da tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onam alınarak çeşitli yöntemlerle, hekim tarafından sona erdirilmesi işlemi olarak tanımlanmaktadır (5). Abortus; spontan abortus, habitüel abortus, septik abortus ve indüklenen abortus gibi farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Klinik olarak tanı konulan gebeliklerin %10-15'i, tüm gebeliklerin %60'ı abortusla sonuçlanmaktadır (6). Tüm kayıpların %5'i 14 haftadan terme kadar olur, fetal ve neonatal kayıpları içerir (7,8). İndüklenen abortuslar içerisinde yer alan terapötik abortuslar; kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak etkilenmesi nedeniyle önem taşır. Çünkü terapötik abortusların genellikle planlı gebelikler olması, abortus kararında kadının, ailesinin ve sağlık personelinin etkili olması, kadın ve ailesinin istemsiz olarak ve beklemedikleri bir anda abortus kararı vermelerine neden olmaktadır.

Terapötik abortus, fetüsün yaşama yeteneğine erişmeden annenin sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması işlemidir. Günümüzde fetüsün yaşama yeteneğinin alt sınırı olarak 20. gebelik haftası baz alınmaktadır (9). Terapotik abortus fetüse ya da anneye ait nedenlerle yapılabilmektedir. Anneye ait nedenlerde, annenin

gebeliğin devamında fizik ve ruh sağlığı açısından hayatını tehlikeye sokacak sorunlar ile karşı karşıya kaldığı durumlar yer almaktadır (10,11). Anneye ait olarak; annenin yaşamını tehdit edecek majör tıbbi sorunlar (kalp, böbrek, serebral hastalıkların varlığı, zeka geriliği, kronik şizofreni, psiko manik depresif, paranoya, uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm gibi) yer almaktadır (12-14). Fetüse ait nedenlerde; fetüste genetik bozukluklar veya fetusun yaşaması halinde topluma önemli miktarda maddi veya manevi yük getirecek bozukluklara sahip olması (feokrositoma, marphan sendromu, down sendromu, nörofibromatozis ve teratojen intrauterin enfeksiyonlar gibi) yer almaktadır (11,15). Terapötik abortusların kadın yaşamı üzerine fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan etkileri bulunmaktadır. Fiziksel olarak; kanama, servikal laserasyon, uterus perforasyonu, enfeksiyon, endometrit, endoparametrit ve tromboflebit gibi sorunlar olabilirken, (16-18) terapötik abortus sonrası ruhsal olarak; depresyon, anksiyete, çaresizlik, suçluluk (16,18,20) gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Sağlık personeli fiziksel sorunları yakından takip ederken, zaman zaman ruhsal sorunları daha fazla ihmal edebilmektedir.

Kadınların düşüğe karar verme aşaması, düşük sırası ve düşük sonrasında yaşadıkları sorunlar farklılık göstermektedir ve anksiyete düzeyleri değişmektedir. Kadınların düşüğe karar verme aşamasında korku, günah işleyeceklerini düşünme, suçluluk, pişmanlık ve kararsızlık sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir. Düşük sırasında yaşanan sorunlar; ağrı, korku, işlemler hakkında belirsizlik duygusu, heyecan, günah işlediklerini düşünme ve suçluluk olarak saptanmıştır. Düşük sonrasında ise; bebeğin kaybindan dolayı üzüntü, günah işlemiş hissetme, kendi sağlığına ilişkin endişe, pişmanlık ve suçluluk sorunlarını yaşadıkları belirlenmiştir (20).

Abortus sonrası kadınların yaşadığı psikolojik sorunlar içinde yer alan anksiyete (22-27) ve depresyon (23,25,26,28-31) en sık görülen semptomlardır. Bradshaw ve Slade'in (2003) yaptıkları çalışmada abortus öncesi dönemde kadınların %40-45'inin belirgin derecede anksiyete yaşadıkları, %20'sinin ise depresyon semptomları gösterdikleri ve düşük sonrası dönemde psikolojik etkilenmelerinin azalma gösterdiği fakat kadınların %30'unda bu semptomların düşükten bir ay sonra hala devam ettiğini göstermiştir. Buna karşın kadınların bir sonraki gebeliklerinde

tekrar aynı süreci yaşamaya ilişkin endişe içinde olduklarını gösteren çalışmalar vardır (32,33).

Terapötik abortus kararı alınan kadınlarda; üzüntü, çaresizlik, suçluluk ve acı çekme gibi psikolojik değişiklikler olmaktadır (19). Terapötik abortusun nedenleri arasında yer alan fetal anomali kadınları psikolojik olarak en çok etkileyen sorunlar arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda fetal anomali sonrası kadınlar bu semptomları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir (34-37). Bunun yanı sıra terapötik abortus uygulanan bazı kadınlar bir sonraki gebelikleri ile ilgili olarak suçluluk, kızgınlık, posttravmatik stres ve anksiyete yaşayabilmektedir (38-41). Yapılan çalışmalarda abortus öyküsü olan ve olmayan kadınların gebelik anksiyeteleri karşılaştırıldığında, abortus öyküsü olanların sonraki gebeliklerinde gebelik anksiyete şiddetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (42-43). Bunun yanı sıra başka bir çalışmada erken dönemde abortus öyküsü bulunan kadınların sonraki gebeliklerinde yaşadıkları anksiyetenin, geç gebelik dönemine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (44). Yapılan bir çalışmada, terapötik abortus sonrası gebe kalan kadının abortusu bir tehdit olarak gördüğü, tehdit algısının gebelik anksiyetesini güçlü bir şekilde etkilediği ve geçmişteki abortusun gestasyonel yaş ve fetüse yüklenen kimlikle ilişkilendirildiği saptanmıştır (41). Terapötik abortus kararı alan kadınlarda da terapötik abortus sonrası duygusal etkilenimle ilgili yeterli kaynağa ulaşamamıştır.

Terapötik abortus sonrası dönemde kadınların en yoğun yaşadıkları duygusal tepkilerden depresyon ve anksiyetenin azaltılmasında en önemli etkenin kadınların eşlerinden, ailelerinden arkadaşlarından ve sağlık personelinin aldıkları sosyal destek olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kadınların bu dönemde başatme mekanizmalarının harekete geçirilmesinin, depresyon ve anksiyetelerinin azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır (45-47) Black (1989) ve Statham ve arkadaşları (1999) yaptıkları çalışmalarda abortus sürecinde kadının eşinin, diğer aile üyelerinin ve kadına bakım verenin sosyal desteğinin önemini vurgulamışlardır.

Yapılan çalışmalarda abortusların psikolojik sorunlara yol açtığı fakat fiziksel sorunlara oranla daha fazla göz ardı edilebildiği görülmüştür. Terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları anksiyete ve depresyon, kadınların sosyal destek düzeyleri ve hemşirelik bakımında yer alması gereken uygulamalara yönelik yeterince

çalışma bulunmaması nedeniyle bu çalışmada terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete, depresyon düzeylerinin belirlenmesi ile kadınların ihtiyacı olan psikolojik desteğin hemşireler tarafından verilmesi ve sosyal destek düzeylerini belirleyerek kadının sosyal destek sistemlerini harekete geçirmek için gerekli müdahalelerin yapılması amaçlanmaktadır. Terapötik abortus uygulanan kadınlara verilen hemşirelik bakım uygulamalarının içeriğini belirlemek ve kadınların hemşirelerden beklentilerini belirlemek amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın terapötik abortus sonrası kadınların desteklenmesi açısından önemli katkısı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışmada; terapötik abortus uygulanan (10-20.gebelik haftalarında) kadınların abortus sonrası anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Terapötik abortus sonrası hemşirelik bakım uygulamaları neleri içermektedir?
2. Terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeyleri ve puan ortalamaları nedir?
3. Terapötik abortus sonrası kadınların anksiyete, depresyon düzeyleri ile sosyal destek düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Abortus Tanımı

Abortus kelimesi latince aboriri (düşük) kelimesinden türemiştir. New Shorter Oxford sözlüğüne göre, Abortus fetüsün yaşama kapasitesine erişmeden önce prematüre doğumu olarak tanımlanmaktadır ve düşükle aynı anlamda kullanılmaktadır (50). Literatürde abortus; uterus içine implante olan embriyonun yaşamının, kadının kendi isteğiyle ya da tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onam alınarak çeşitli yöntemlerle hekim tarafından sona erdirilmesi işlemi olarak tanımlanmaktadır (5).

Farklı kaynaklardaki tanıma göre; fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına abortus denilmektedir. Gebeliğin 20. haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetüsler abortus olarak kabul edilirler (1, 5,9,17).

Abortuslar şu şekilde sınıflandırılabilir (5,16):

1. Spontan Abortus (Kendiliğinden düşük)
 - Abortus İmmiens (Durdurulabilir Düşük)
 - Abortus İnsipiens (Durdurulamayan Düşük)
 - Komplet Abortus (Tam Düşük)
 - İnkomplet Abortus (Tam Olmayan Düşük)
 - Missed Abortus (Kaçırılmış düşük)
2. Habitüel Abortus (Tekrarlayan düşük)
3. Septik Abortus
4. İndüklenen Abortus (Zorlanan düşük)
 - Elektif Abortus (İstemli düşük)
 - Terapötik Abortus (Tıbbi düşük)

2.2. Spontan Abortus (Kendiliğinden Düşük)

Tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %10-15 kadarı abortusla sonuçlanır ve bu oran gün geçtikçe artmaktadır (3).

Spontan abortusların prevalansı tanıdaki hassasiyete bağılı olarak değişkenlik gösterir. Wilcox ve arkadaşlarının 1988 yılında yaptığı çalışmada, 221 sağlıklı kadının 707 menstruel siklusu incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda implantasyon sonrası gebelik kayıplarını %31 olarak belirlemişlerdir. Çok düşük konsantrasyondaki maternal serum β - human koryonik gonadotropini (β - hCG) saptayan yüksek özgünlükteki ölçümler kullanıldığında, bu erken kayıpların üçte ikisinde herhangi bir belirti vermediği belirlenmiştir (51). Gebelik kayıpları klinik olarak tanılandığında, parite, maternal ve paternal yaşıyla birlikte gebelik kayıpları da artmaktadır (52). Abortus insidansı, 20 yaşı altındaki kadınlarda %12 iken, 40 yaşı üstündeki kadınlarda %26'ya yükselerek ikiye katlanmaktadır. Spontan gebelik kayıplarının %80'inden fazlası ilk 12 hafta içinde meydana gelir ve bu düşüklerin en az yarısı kromozom anomalilerden kaynaklanmaktadır (17). Erken gebelik kayıplarında 1/1.5 oranında erkek/dişi cinsiyet kaybı görünmektedir (53). Olması gerekenden yüksek düzeyde hCG düzeyine sahip olan kadınların %40'ında abortus olasılığı daha fazladır (3).

Spontan düşüklerin nedenleri (1,54-56);

- Servikal yetmezlik,
- Anöploid ve öploid gebelik kayıpları
- Kronik hastalıklar
- Endokrin anomaliler (Hipotriodi, Diabetes Mellitus)
- Beslenme
- İlaç kullanımı ve çevresel faktörler
- İmmünolojik faktörler
- Kalıtsal trombofili
- Maternal cerrahi
- Spermlerdeki kromozomal anomaliler
- Embriyoya ait kromozomal defektler
- Uterusun şekil bozuklukları, myomlar, prolapsus
- Annede yüksek ateş, akut viral enfeksiyonlar, kronik nefrit, kalp yetmezliği
- İlaçlar özellikle sitotoksik ajanlar ve prostaglandinler
- Uterusa olan direk travmalar

- Progesteron yetmezliği; gebeliğin 10-12. haftalarında plasenta, korpus luteumdan hormon salınımını devraldığı için, bu dönemdeki hormonal dengesizliğe bağlı dezidua yıkılabilir.
- Stress, anksiyete gibi psikolojik sorunlar hipotalamik-pituiter sistem aracılığı ile gebeliği etkiler ve düşük ortaya çıkabilir.

2.2.1. Spontan Abortus Tipleri

2.2.1.1. Abortus İmminens (Durdurulabilir Düşük)

Abortus imminens olarak da bilinen bu olgularda uterus kanama vardır, serviksin dilatasyonu yoktur ve gebelik ürünleri dışarı atılmamıştır (1,57). Abortus imminensin klinik tanısı kapalı bir servikal ostan vajinal kanama veya kanlı akıntı görülmesi olarak kabul edilir. Genellikle ilk olarak kanama başlar ve kramp tarzında karın ağrısı bunu birkaç saat ile birkaç gün arasında değişen bir zamanla takip eder (17). Vakaların %50' sinde hafif olan kanama birkaç gün içinde giderek azalır ve kaybolur (1). Kardiyak aktivite gözlemlendiğinde risk oldukça azalsa da, bu gebeliklerin yarısı düşükle sonuçlanmaktadır (58).

Eddleman ve arkadaşları (2006), 35.000' den daha fazla gebede spontan gebelik kaybı için bireyselleştirilmiş risk değerlendirme modeli hazırlamışlardır. Şu ana kadar mevcut gebelikteki kanama, gebelik kaybı için en yüksek öngörüye sahip risk faktörü olarak görülmektedir. Kanamayı takiben düşük olmasa bile, bu fetuslar erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve perinatal ölüm için artmış risk altındadır (60-61). Gebelik devam ettiğinde, fetusta malformasyon riski artıyor gibi görünmemektedir. Maternal riskler ise antepartum kanama, plasentanın elle halası ve sezaryendir (62).

2.2.1.2. Abortus İnsipiens (Durdurulamayan Düşük)

Servikste orta derecede silinme, 3 cm'den fazla dilatasyon, membran rüptürü, 7 günden uzun süren kanama, inatçı ağrıların devamı gibi bulguların 2 veya daha fazlası varsa düşük kaçınılmazdır (5). Uterin kontraksiyonlar genellikle ani olarak başlar aksi takdirde infeksiyon gelişir (17).

Erken gebelikte ani bir sıvı akıntısı olursa membran rüptüründen kuşkulandır, hasta istirahatle tutulur, ultrasonografide olumsuz bir durum yoksa istirahate devam

ederek kanama, sancı veya ateş takibi ile izlenir. Yaşam bulguları sık sık kontrol edilir. Genel anestezi ihtimaline karşı hastanın beslenmesi ertelenir. Uterus kontraksiyonları için istemlenen ilaçlar uygulanır. Hemoglobin, kan grubu tayini ve Cross-matching için kan örneği alınır. Eğer düşük 24 saat içinde kendiliğinden gerçekleşmezse kürtajla uterus boşaltılır. Enfeksiyon ihtimaline karşı antibiyotik başlanır (1,5).

2.2.1.3. Komplet Abortus (Tam Düşük)

Tüm gebelik ürünü (fetüs, membranlar ve plasenta) atılmıştır (1). Gebelik bulguları ortadan kalktıktan sonra ani kanama ile fetüs ve ekleri tamamen atılır. Parça düşmesini takiben hafif kanama devam edebilir ama ağrı genellikle kesilir (5).

2.2.1.4. Inkomplet Abortus (Tam Olmayan Düşük)

Konsepsiyon ürününün tümünün dışarı atılmadığı durumlarda kullanılan bir terimdir (1). Gebelik ürünü uterin kaviteden ayrılmış ve hemen dışarı atılmıştır. Uterin kramplar ve bariz uterin kanama vardır, 10 haftadan küçük gebelikte fetüs ve plasenta genellikle birlikte ve tam olarak, 10 haftadan sonra ayrı olarak atılır. Gebelik ürününün bir kısmı uterin kavitede kalarak kısmen atılabilir. Genellikle kramplar mevcuttur. Kanama genellikle inatçı olarak ve çoğunlukla fazla miktardadır.

Plasenta tam veya kısmen uterusta kaldığı zaman er geç tam olmayan düşüğün en ağır bulgusu olan kanama görülür. Hatta hastada hipovolemi meydana getirecek kadar ağır kanamayla karşılaşılabilir. Serviks açık olduğundan kanamayı durdurmak ve uterusu boşaltmak için serviksi dilate etmeye gerek kalmaz, çoğu zaman kalmış plasental doku servikal kanala uzanır, kanaldan sokulacak bir ring forsepsle yakalanıp çekilebilir. Hastanın ateşi varsa antibiyotik başlandıktan sonra küretaj yapılabilir (5).

2.2.1.5. Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

Genellikle durdurulabilir düşüklere sonra ortaya çıkar. Kanama durmuştur fakat fetüs ölmüş ve uterin kavitede kalmıştır. Gebelik belirtileri geriler. Birkaç hafta sonra koyu renkli vajinal akıntı başlar. Hipofibrinogenemi görülebilir. Düşük 18. gebelik haftasında spontan olarak gerçekleşebilir. Eğer gebelik 12. gebelik haftasından küçük ise uterus küretajla boşaltılır. 12. gebelik haftasından büyük ise prostaglandin veya oksitosin ile uterus kontraksiyonları uyarılarak düşük gerçekleştirilir (1).

2.3. Habitual Abortus (Tekrarlayan Düşük)

Habitual abortus birbirini izleyen en az üç ya da daha fazla gebeliğin 20. Gebelik haftasından önce spontan olarak sonlanmasıdır (5). Klinik olarak tanısı konulmuş gebeliklerde bir kez düşük olma insidansı %15 iken, üç kez ardışık düşük olma insidansı %0.5-1 arasındadır. Habitual abortus etiyojisinden sorumlu tutulan faktörler; genetik nedenler, anatomik nedenler, trombofilik nedenler, endokrin nedenler ve immün nedenlerdir (63).

2.4. Septik Abortus (Enfeksiyon Kaynaklı Düşük)

Septik abortus, spontan veya isteğe bağlı oluşan düşüğün pelvik enfeksiyon ile komplike olma durumudur. İnkomplet abortus sonrası fetal veya plasental dokuların bir kısmının uterusu kalması sonucu da gelişir. Septik abortus gelişimini tetikleyen iki esas faktör vardır: Terapötik veya spontan abortus sonucunda uterusu gebelik ürünü kalması ve enfeksiyonun uterusu iletilmesi. Septik abortus sıklıkla uzamış ve ihmal edilmiş membran rüptürü varsa, rahim içi araç ve gebelik birlikte ise ve gebelik sonlandırılması yasal olmayan şekilde uygulanmaya çalışıldıysa görülür. Yasal olmayan müdahaleleri saptamak her zaman mümkün olmasa da mutlaka akla gelmelidir (64).

2.5. İndükleyici Abortus (Zorlayıcı Düşük)

Fetal viabilite kazanılmadan gebeliğin medikal (tıbbi) veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasına indükleyici düşük adı verilir. İndükleyici düşük (induced abortus) elektif ve terapötik abortus olmak üzere başlıca 2 ana grupta incelenir (1).

2.5.1. Elektif Abortus (İstemli Düşük)

Elektif (istemli) abortus istenmeyen gebelik nedeniyle anne babanın isteğiyle yasal olarak yapılabilir (1,65-67).

Ülkemizde, Türk Medeni Kanununun 27. maddesinde kişinin şahsiyetinin sağ olarak doğduğu andan itibaren başladığı belirtilmiştir. Aynı kanunda medeni hakkın implantasyonla başladığı da vurgulanmıştır. Yani embriyo dahi medeni haklara sahiptir. Medeni Kanunun 524. maddesi ile 298. maddesi ve Anayasanın 41. maddesi

gebeliğin sonlandırılması ve fetüs haklarının korunmasına yönelik yasal korumaları içermektedir.

Nüfus Planlaması Hakkında 2827 numaralı yasanın Gebeliğin Sona Erdirilmesi ile ilgili bölümüne baktığımızda: “Gebeliğin 10. haftasına kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir” ifade edilmektedir. Bu yasada “gebelik süresi 10 haftadan fazla ise rahim, ancak, gebelik annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir” diye devam eder. Kanun maddesine daha sonra özetle “acil durumlarda kadın hastalıkları ve doğum uzmanının tek başına da bu kararı verebileceğinden” bahsedilmekte, ancak “işlem sonrası 24 saat içinde gerekli belgeleri hükümet tabipliği veya sağlık müdürlüğüne ivedi olarak ulaştırması” gerektiği vurgulanmaktadır. Acil duruma yol açacak şartlar, müdahale yeri ve koşulları, belgelendirme gibi konular ilgili tüzükte yer almıştır (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük). Kişinin kendisi ve evli ise eşinin imzalı onayının alınması gerekmektedir. Acil durumlarda izin şartı aranmamaktadır. Bu tüzükte yer alan 2 sayılı listede 10.gebelik haftasından sonra rahim tahliyesi (gebelik sonlandırması) gerektiren hastalıklar ve durumlar 14 madde halinde belirlenmiştir (68,69).

2.5.2. Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)

Terapötik abortus ise, fetüsün yaşama yeteneğine erişmeden annenin sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması işlemidir (17). Günümüzde fetüsün yaşama yeteneğinin sınırı 20. gebelik haftası olarak ele alınmaktadır (70). Terapötik abortuslar, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki abortusların %11.2’ sini, İngiltere’deki abortusların ise %9.7’sini oluşturmaktadır (71).

Terapötik abortusların toplam doğumlara oranının retrospektif olarak incelendiği çalışmada terapötik abortusun 514’de bir oranında görüldüğü ve %42.6’sının ilk gebeliğinde gerçekleştiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada terapötik abortus yapılan kadınların %65.9’unun fetal nedenlerden, %34.1’inin ise maternal nedenlerden dolayı terapötik abortus uygulandığı belirlenmiştir.

2.5.2.1. Terapötik Abortus Endikasyonları

1987 yılında Amerikan Jinekoloj ve Obstetrisyen Derneği tarafından terapötik abortus'un endikasyonları olarak aşağıdakiler tanımlanmıştır (70);

- Gebeliğin devamının kadının hayatını tehdit etmesi veya sağlığını ciddi bir şekilde bozması,
- Gebeliğin tecavüz veya ensest sonucu oluşması,
- Gebeliğin devamı ileri derecede fiziksel deformiteli veya mental retardasyonlu bir çocuğun doğumuna neden olması gibi durumlar terapötik abortus için endikasyon oluşturmaktadır.

Annede yaşamı tehdit edecek düzeyde majör medikal sorunlar; kalp, böbrek, serebral hastalık varlığında ya da fetusta majör malformasyon (bilateral renal agenezi, anensefali, lethal kondrodizplaziler, holoprosensefali ve ciddi pulmoner hipoplazi) veya kromozom anomalisi (triploidi) durumunda fetal viabilite (canlanma) öncesi gebelik sonlandırması yapılabilir (65,73).

Ülkemizde Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzükte (69) on haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar belirlenmiş olup Tablo 2.1'de yer almaktadır.

Tablo 2.1. Rahim Tahliyesi Gerektiren Durumlar**A- Doğum ve Kadın Hastalıklarına bağlı nedenler**

- 1) Daha önceki major uterin harabiyet ve hasarları
 - a) Sezeryan ameliyatı
 - b) Miyomektomi
 - c) Uterus rüptürü
 - d) Geniş perforasyon
 - e) Geçirilmiş vajinal plastik operasyonlar

- 2) Rekürren preeklampsi-eklampsi

- 3) İzimmünizasyon

- 4) Mole hidatiform

B- Ortopedik nedenler

- 1) Osteogenezis imperfekta

- 2) Ağır kifoskolyoz

- 3) Doğumu güçleştiren osteomyelit

- 4) Faaliyet halinde bütün mafsalları ilgilendiren osteoartiküller hastalıklar

C- Kan hastalıklarına bağlı nedenler

- 1) Lösemi

- 2) Kronik anemiye neden olan hastalıklar

- 3) Lenfomalar

- 4) Pıhtılaşma defektleri

- 5) Hemolitik sarılıklar

- 6) Agranülositozis

- 7) Tromboembolik hastalıklar

- 8) Hemoglobinopatiler ve talasemi sendromları (ağır klinik ve hematolojik bozukluğa neden olan)

- 9) Gamaglobulinopatiler

D- Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları

- 1) Doğumu engelleyen konjenital ve akkiz kalp hastalıkları

- 2) Kalp yetmezliği, perikardit, miyokardit, miyokard enfarktüsü, aşikar koroner yetmezliği, arteriyel sistem anevrizmaları

- 3) Ağır tromboflebitler ve lenfatik sistem hastalıkları

- 4) Ağır bronşektaziler

- 5) Solunum fonksiyonunu bozan kronik akciğer hastalıkları

E- Böbrek hastalıkları

- 1) Akut ve kronik böbrek hastalıkları

F- Göz hastalıkları

- 1) Dekolman

- 2) Renal hipertansif ve diyabetik retinopatiler

G- Endokrin ve metabolik hastalıklar

- 1) Feokromositoma

- 2) Adrenal hiperfonksiyon ya da yetmezliği

- 3) Kontrol altına alınamayan hipotiroidi veya hipertiroidi

Tablo 2.1. (Devam)

4) Paratroid hiperfonksiyon ya da yetmezliği

5) Ağır hipofiz hastalıkları

H- Sindirim sistemine bağlı nedenler

I) Gebeliğin devamını engelleyen sindirim organları hastalıkları

İ- İmmünolojik nedenler

1) İmmün yetmezliği hastalıkları

2) Kollajen doku hastalıkları

J- Bütün malign neoplastik hastalıkları

K- Nörolojik nedenler

1) Grand mal epilepsi

2) Multiple skleroz

3) Muskuler distrofi

4) Hemipleji ve parapleji

5) Gebeliğin devamını engelleyen ağır nörolojik hastalıklar

L- Ruh hastalıklarına bağlı nedenler

1) Oligofreni

2) Kronik şizofreni

3) Psiko manik depresif

4) Paranoya

5) Uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm

M- Enfeksiyon hastalıkları

1) Teratojen intra uterin enfeksiyonlar

a) Kızamıkçık

b) Toksoplazmozis

c) Sitomegalovirus

d) Herpes virus grubu hastalıklar

2) Cüzzam

3) Sıtma

4) Frengi

5) Brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonlar

N- Konjenital nedenler

1) Marphan sendromu

2) Mesane ekstrofisi

3) Down sendromu

4) Sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar

5) Gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç

6) Teratogenik ilaçlar

7) Nörofibromatozis

2.5.2.2. Terapötik Abortus Yöntemleri

Terapötik abortus yöntemleri cerrahi ve tıbbi yöntemler başlıkları altında incelenir. Ülkemizde yapılan düşüklerin büyük çoğunluğu serviksin dilatasyonu için prostoglandin uygulaması ve sonrasında Dilatasyon ve Küretaj (D&C) yöntemi ile yaptırılmaktadır.

2.5.2.2.1. Tıbbi Abortus Yöntemleri

Tıbbi abortus, invaziv cerrahi girişim olmadan güvenilir bir yoldan gebelik sonlanmasına olanak tanır. Gestasyonel yaşa ve tedavi rejimine bağlı olarak medikal yöntemler, cerrahi yöntemler kadar efektif değildir. Buna rağmen, 1.trimester gebeliklerde cerrahi işlem yapılmadan gebeliğin sona erdirilmesi özellikle cerrahi yaklaşım istemeyen hastalar için ve terapötik abortus yapan hastalarda cerrahi öncesi serviksin dilatasyonu için önemli bir alternatiftir (16).

Tıbbi düşükler dünya genelinde özellikle cerrahi konusunda uzman olmadığı durumlarda oldukça yaygın olarak ikinci trimester düşüklerde uygulanmaktadır. 1980 li yıllarda en yaygın kullanılan uygulamalar; intrauterin hipertonic salin, rivanol ve hiperosmolar üredir. Bu yöntemler Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DIC) gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Çok seyrek olarak uygulanmaktadır (74).

Son yıllarda prostoglandin analogu misoprostol ve antiprogesteron RU- 486 (mifepriston)' un kombine olarak oral kullanılması istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında cerrahi yaklaşıma bir alternatif olarak giderek daha çok kullanılmaya başlanmıştır. Bu yaklaşım henüz ülkemizde ruhsatlı değildir (3).

2.5.2.2.2. Cerrahi Abortus Yöntemleri

Gebelik ya uygun şekilde dilate edilmiş serviksten veya transabdominal olarak histerotomi veya histerektomi yolu ile boşaltılabilir (65).

1970 li yıllarda, Dilatasyon ve Evakuasyon (D&E) cerrahi olarak uygulamaya başlanmadan önce ikinci trimester düşüklerde (17 haftadan sonra) histerektomi ve histerektomi işlem olarak uygulanmakta, fakat günümüzde tercih edilen bir uygulama olmamaktadır (74).

İkinci trimester düşüklerde en yaygın olarak kullanılan yöntem cerrahi abortus yöntemleridir. D&E terapötik abortuslarda kullanılan en yaygın cerrahi abortus yöntemidir. 13-15. gebelik haftalarında yapılan abortusların %98.6 ve 16-20. gebelik haftalarında yapılan abortusların %85.1'i D&E yöntemi ile yapılmaktadır (71,75).

Cerrahi düşük, serviks dilatasyonunu takiben gebelik materyalinin tahliyesi ile gerçekleştirilir. Gebelik tahliyesi mekanik kazıma (keskin küretaj), vakum aspirasyon veya her ikisi ile yapılabilir. D&C'in muhtemel komplikasyonları uterus perforasyonu, servikal laserasyon, kanama, gebelik materyalinin imkomplet tahliyesi ve enfeksiyondur. Birinci trimester sonrası bu komplikasyonların görülme olasılığı artar bu nedenle küretaj veya vakum aspirasyon 14.gebelik haftasına kadar yapılmalıdır (16-18).

16. gebelik haftasından sonra D&E gerçekleştirilir. Geniş servikal dilatasyonu takiben gebelik mekanik yoldan parçalanır ve tahliyesi yapılır. Fetusun komplet tahliyesini takiben vakum küret plasenta ve diğer dokuların temizlenmesi için kullanılır. Dilatasyon ve ekstraksiyon (D&X) işlemi D&E' ye benzerdir; bu işlemde fetüs serviksten dışarıya çıkarılır ve takiben işleme devam edilir (16).

Mekanik serviks dilatasyonunun servikste oluşturacağı travmayı azaltmak için yavaş dilatasyon sağlayan higroskopik dilatatörler kullanılabilir. Bu araçlar servikal dokudan su çekerek şişer ve serviks dilate olur. Deniz yosunu olan laminaria digitata veya laminaria japonica gövdesinden elde edilen Laminaria çubukları bu işlem için kullanılabilir. Doğal ürünlerin dışında sentetik higroskopik dilatatörler (Lamicel) de mevcuttur ancak laminaria ülkemizde mevcut değildir (16,21).

Aşağıdaki önlemler morbiditeyi azaltır:

- 1) Serviks gebelik ürünlerini çıkarmaya başlamadan önce yeterince ve travmatik olmadan, dilate edilmelidir.
- 2) Gebeliğin boşaltılması, uterusu perfor etmeden yapılmalıdır.
- 3) Tüm gebeliğe ait ürünler (Desidua basalis hariç) boşaltılmalıdır (65).

Tablo 2.2. Tıbbi ve Cerrahi Abortusun Özellikleri

Tıbbi Abortus	Cerrahi Abortus
Genellikle invazif girişimlerden kaçınmayı sağlar	İnvazif bir girişimdir.
Genellikle anesteziyenin kaçınmayı sağlar	Gerektiğinde sedasyon kullanılır
En az iki muayene gerektirir	Genellikle bir muayene gerektirir
Tamamlanması günler, haftalar alabilir	Belirli bir sürede tamamlanır
Başarı oranı yüksektir (%95)	Başarı oranı yüksektir (%99)
Kısa sürede ağır kanama	Kanama sıklıkla hafif olarak fark edilir
Sonlandırmanın tamamlandığını doğrulayabilmek için izlem gerektirir	Tüm olgularda doğrulamak gerektirmez
Çok basamaklı işlemin gerçekleştirilebilmesi için hasta katılımı gereklidir.	Tek basamaklı işlemin gerçekleştirilebilmesi için hasta katılımı gerekir.

ACOG Practice Bulletin 67. Washington, DC: ACOG; 2005

2.6. Abortus ve Anksiyete

Abortus kadınlar için yaşamları boyunca her beş kadından birinin en az bir kez başına gelen yaygın bir yaşam olayıdır (76). Son zamanlarda düşük yapan kadınlar anksiyete bozukluğu açısından risk altındadırlar. Birçok çalışma anksiyete ile gebelik sonuçları arasında ilişki bulmuştur (23,25,26,77,78).

Yapılan çalışmalarda ilk gebeliği planlanmadan gerçekleşmesi nedeniyle gebeliğini abortusla sonuçlandıran kadınların anksiyete düzeyleri normal anksiyete düzeylerine göre istatistiksel olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (25,26).

Abortusun kadınlarda genel anksiyeteyi artırmadığına yönelik görüşler de bulunmaktadır. Bunu anlamak için düşük yapan kadınların düşük yapmayan kadınlara göre daha çok anksiyete semptomu yaşayıp yaşamadıklarına bakarak abortus ve anksiyete arasında ilişki anlaşılmasına çalışılmıştır.

2.7. Abortus ve Depresyon

Gebelik sürecinde aniden ortaya çıkan abortus durumu, bu kaybı yaşayan insanlar için ciddi bir üzüntü kaynağıdır (16). Terapötik abortus yapılan kadınlarda, duygusal olarak güçlükler görülmekle birlikte, bu gebeliklerin planlı olması durumunda bu güçlüklerin arttığı bilinmektedir. Terapötik abortus yapılacak olan kadının ve eşinin bu kararın alınmasında söz sahibi olmaları yaşadıkları üzüntüyü daha da arttırmaktadır (20).

Literatürde gebelik teşhisi sırasında ve abortus öncesi dönemde kadınların %40-45'inin belirgin derecede anksiyete yaşadıkları, %20'sinin ise depresyon semptomları gösterdikleri vurgulanmaktadır (23,79,80).

Abortusun psikolojik etkileri, özellikle düşüğün spontan, elektif ya da terapötik abortus oluşundan etkilenebilmektedir. Bütün gebeliklerin %20'si spontan düşükle sonuçlanmaktadır ve bu abortuslar ciddi psikolojik strese neden olmaktadır. Bu nedenle abortusların duygusal sonuçlarını tanımlamak önemlidir (81).

Düşüklerin psikolojik etkilerine dair zıt görüşler bulunmaktadır. Major ve arkadaşları (2000) düşüklerin anlamlı psikolojik etkileri olmadığını, Bradshaw ve Slade (2003) düşük sonucu duygusal bozuklukların arttığını, Fergusson ve arkadaşları (2006) ile Coleman (2006) düşük sonrası dönemde psikolojik danışmanlık almak isteyen kadınlarda ruh sağlığı problemlerinde riskin arttığı saptamışlardır.

İsteyerek düşük yapan kadınların %50-60'ı depresyon bozuklukları görülmektedir. Abortustan bir yıl sonraki dönemde bu vakaların % 30'unda depresyon bozukluklarının ciddiyetinin arttığı bildirilmiştir. Depresyon için risk faktörleri olarak; yalnız yaşamak, aile ve arkadaşlardan yetersiz sosyal destek, abortus sonrası eşiyile ilişkilerinde bozukluk olması ve abortusa yönelik ambivalan duyguların, olumsuz tutumların olması yer almaktadır (84).

Terapötik abortus geçiren kadınların gebeliklerinin genellikle planlı ve istemli olması nedeniyle, duygusal olarak yaşadıkları sıkıntılar istemli düşüklere göre daha yüksek olmaktadır (20). Terapötik abortusların sonucunda, anksiyete çok sık görülen bir tepkidir ve travma da terapötik abortusun olası bir sonucu olarak görülmektedir (23).

Terapötik abortus yapılması planlanan kadınlar, üzüntü, çaresizlik, suçluluk ve ciddi acı çekmektedirler (19). Yaşadıkları acı ve üzüntü spontan abortularla benzer oranlarda bulunmaktadır (20).

2.8. Abortus ve Sosyal Destek

Düşük sonrası posttravmatik stres bozukluğu ile yetersiz düşük öncesi danışmanlığı ve düşük kararında kadının anlaşmazlık yaşamasının etkili olduğu düşünülmektedir (85).

Reich ve Brindis'in (2006) yaptıkları çalışmada eşlerin istenmeyen gebelik ve düşüklere farklı psikolojik tepki verdikleri ancak verilen psikolojik tepkinin düşüğün nedenine bağlı olmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalara göre erkeklerin düşüğe verdikleri tepkilerini paylaşmaya yönelik isteksiz oldukları ancak kadınların duygularını daha fazla ifade ettikleri ve bu dönemde eşlerine daha fazla ihtiyaç duydukları belirlenmiştir (86-88).

Düşük sonrası kadınlara eş tarafından sağlanan sosyal destek psikolojik iyileşmenin önemli bir bileşenidir, özellikle kadınlar için düşük sonrası iyileşmek için eş desteği önemli bir kaynaktır (27,46,89). Black (1989) ve Statham ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında abortus sürecinde kadının eşlerinin, diğer aile üyelerinin ve kadına bakım verenin sosyal desteğinin önemini vurgulamışlardır. Aynı zamanda Korenromp ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada eş desteğinin abortus sonrası döneme uyumda önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

Karar verme sürecinde kadının ailesinin, yakınlarının ve eşinin kadının yanında olması kadının düşük sonrası duygusal olarak daha az sorun yaşamasını sağlar (90). Kadının düşük kararı vermesine neden olan faktörlerden birisi yetersiz sosyal desteğinin olmasıdır. Yapılan çalışmalar düşük kararı veren kadınların bu kararları vermelerinde en yaygın neden olarak; eşleriyle ilişkisinin kötü olması, ilişkilerinin kısa olması ya da eşin bebeği istememesi olarak belirtmişlerdir (91).

2.9. Terapötik Abortusta Hemşirelik Bakımı

2.9.1. Abortus Öncesi Hemşirelik Bakımı

Güvenli bir terapötik abortusun sağlanması için dikkatli bir öndeğerlendirme ve hazırlık yapılması gerekmektedir. Detaylı hikayenin alınması, ayrıntılı fiziksel muayenenin yapılması düşük sonrası, gelişebilecek risk faktörleri ve tıbbi sorunların belirlenmesinde önemlidir. Kadının son adet tarihi ile uterusun ölçeleri arasında bir tutarsızlık varsa ayrıntılı ultrasonografi ile kesin gebelik haftasının belirlenmesi gereklidir. Gebelik haftasının doğru bir şekilde değerlendirilmesi kadın ve ailesinin abortus için uygun yöntemin seçilmesinde katkı sağlayacaktır (93).

Abortus yapılan servislerde sağlık personeli kadına kontrasepsiyon yöntemini seçme fırsatı sağlamalıdır. Eğer kadının seçtiği kontrasepsiyon yöntemi hastanın yattığı sağlık kurumunda temin edilemezse (örneğin sterilizasyon yöntemi ilk olarak önerilen yöntem olmamalıdır) kadına bu yöntemi temin edebileceği yeri ve nasıl temin edeceği, bu yöntemi temin edene kadar kullanabileceği yöntem ile ilgili bilgi verilmelidir. Kadının istediği kontrasepsiyon yöntemi bulunduğu yerde mevcut değilse, kadın istediği kontraseptif yönteme ulaşabileceği başka kurumlara yönlendirilmelidir.

Her kadın acil kontrasepsiyonla ilgili bilgilendirilmelidir. Öncelikli olarak kondom kullanmak isteyen kadınlara ve rutin kontrasepsiyon öncesinde kondom kullanması gereken kadınlar için kondom temin edilmelidir. Aynı zamanda cinsel yolla bulaşan hastalıklardan özellikle HIV dâhil olmak üzere, kondomun koruyuculuğunun önemi vurgulanmalıdır (94).

Enfeksiyonları önlemek için verilecek olan bilgi, kişinin yüksek riskli olması ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklar özellikle HIV'in yüksek prevalansı olan bölgelerdeki kişilere verilmelidir. HIV danışmanlığı ve testleri bulunan merkezde mevcut olmalı ya da danışmanlık ve testin bulunduğu merkezlere kişi sevkedilmeli. İkili koruma ya da kondom gibi metodların birlikte kullanılması hem gebelikten hem de cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmayı artırır (95).

Abortus öncesi uygun eğitilmiş bir personelden alınan danışmanlık hizmeti ile pişmanlık riski ve psikolojik yükün azalması ve gelecekte olası tekrarlayan abortuslar ve istenmeyen gebelikler de engellenmiş olur. Uygun değerlendirme olası

komplifikasyonları azaltmada en önemli uygulamadır. Olası ciddi komplifikasyonlar nedeniyle terapötik abortuslarda kan transfüzyonu ve acil laparotomiye ihtiyaç duyulduğunda nitelikli bir ön değerlendirme bunu kolaylaştırmaktadır (74).

2.9.2. Abortus Sırasında Hemşirelik Bakımı

Terapötik abortusun tamamlanması zaman almaktadır. Kadın abortus süreci boyunca istediği anda doktoruna ve diğer sağlık profesyonellerine soru sorabilmeli ve bu kişiler tarafından desteklenmelidir (95). Abortus işlemi uygulaması esnasında birçok kadın ağrı hisseder. Ağrının seviyesi; kadının yaşı ve doğurganlık sayısı, dismenore varlığına, anksiyete ve korku derecesine göre değişkenlik gösterir. Gestasyonel yaş, dilatasyon seviyesi ve işlem süresi ağrı şiddeti ile doğrudan bağlantılıdır. Abortus işlemi öncesi danışmanlık ve psikolojik desteği ağrı seviyesini azalttığı gösterilmiştir. Kadınların çoğunda sözel rahatlatma, analjezikler, servikal lokal anestezi ve/veya sedasyon ağrı kontrolü için yeterlidir. Narkotik analjezikler kullanılacağı zaman, solunumu deprese etme ihtimaline yönelik hastalık solunumu izlenmelidir (96).

2.9.3. Abortus Sonrasında Hemşirelik Bakımı

İndüklenmiş ve spontan abortus sonrası kadınlar uygun bir abortus sonrası bakım almalıdırlar. Güvenli düşük yapmayan kadınlarda abortus sonrası bakım, komplifikasyonlardan kaynaklı morbidite ve mortaliteyi azaltmak için bir strateji olarak kullanılır. Kadınlara toplumdaki diğer ihtiyacı olduğu hizmetlerle bağlantılı öneriler sunulabilir. Güvenli ve indüklenmiş düşük sonrası takiben, eğer kadına düşük sonrası;

- Komplifikasyonlarla ilgili yeterli bilgi verilirse
- Kadın komplifikasyonla karşılaşması halinde gerekli tıbbi desteği alabilecek durumdaysa
- Gerekli kontraseptif yöntemlere ulaşabilecek konumdaysa

İzleme ziyaretlerine gerek olmamaktadır (95).

Bütün kadınlar abortus sonrası izlemi sonlandırmadan önce kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi almalıdırlar. Kadınlara düşük sonrası, acil kontrasepsiyon dahil kontrasepsiyon yöntemleriyle ilgili bilgi verilmelidir.

Kadınların cerrahi ya da tıbbi abortus sonrası kullanabileceği uygun kontrasepsiyon yöntemine karar verilmesinde mevcut sağlık durumunun değerlendirilmesi son derece önemlidir. Abortus sonrası dönemde diyagram, servikal başlık ikinci trimester düşük sonrası 6 haftaya kadar kullanılmamalı, takvim yöntemi, servikal mukus yöntemleri gibi doğurganlık bilincine dayalı yöntemler düzenli menstruasyonun başlamasına kadar kullanılmamalıdır (94).

Abortus sonrası RİA uygulanması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde daha iyi koruma sağlamaktadır (97,98,99). Terapötik abortuslarda RİA' nın dışarı atılma riski yüksek olmasına rağmen güvenlidir (100). Tıbbi abortus için, ilk hapı aldıktan sonra hormonal kontraseptifler başlanabilir. RİA ya da sterilizasyon için öncesinde abortus materyalinin tamamen boşaltıldığından emin olmak gerekir. Ek olarak sterilizasyon isteyen kadınlar için o anda verdiği kararın o anın doğasından etkilenerek verilmediğinden emin olunmalıdır (95).

Abortus sonrası kadın gözlem altında olduğu dönemde sağlık profesyonelleri kadının konforunu sağlamalı, destek olmalı ve iyileşmesini monitorize izlemelidir. Sağlık personelleri kadının tanımladığı ağrısının süresini, tipini, şiddetini, yerini belirlemeli, gelişebilecek uterus perforasyonu ya da akut hematoma gibi komplikasyon ihtimaline karşı gerekli önlemleri almalıdır. Bu nedenle ileri dönem abortuslarda uterusun abdominal duvardan palpe edilmesi önem taşır. Komplikasyonların yokluğunda kadınlar sağlık merkezinden kendilerini iyi hissettiklerinde ve vital bulguları normale döner dönmez taburcu olurlar (96).

İleri dönem gebeliklerin abortusunda, ağır sedasyondan ya da genel anestezi sonrası iyileşme periyodu biraz daha uzayabilir ve daha yakın gözlem ve takip gerekebilir. Cerrahi abortustan sonra kadınlarda hafif menstrual kanama tarzında ya da lekelenme şeklinde birkaç hafta kanama olabilir. Kadınlara tıbbi abortus sonrasında da buna benzer fakat biraz daha ağır kanaması olacağı ve bir sonraki menstrual periyodunun da normalden biraz daha kanamalı geçeceği söylenmelidir (95).

Kadına terapötik abortus uygulaması için tıbbi düşük planlandıysa, misoprostol yalnızca kullanılacağı gibi mifepristonla kombine bir şekilde de uygulanabilmektedir. Ülkemizde mifepriston ruhsat almamış olmasına rağmen, yurtdışında yapılmış çalışmalarda mifepriston ve misoprostol kombinasyonu sonucu abortusta daha etkili sonuçlar alındığına dair çalışmalar bulunmaktadır (101,102,103). Mifepriston ve

misoprostol kombinasyonunun 9 haftaya kadar (63 gün) olan tıbbi abortusta yüksek etkinliği nedeniyle abortusun tamamlandığına dair takip kontrollerine ihtiyaç olmamaktadır. Gebeliğin devam ettiğine dair belirti ya da uzamış ağır kanama ve ateş gibi tıbbi sorunlar olması durumunda kadının takip kontrollerine gelmesi gerektiği belirtilmelidir. Sadece misoprostol kullanan kadınların abortusun tamamlandığını onaylamak için misoprostol alımının 7- 14. günlerinde kontrole gelmelidirler.

Mifepristonu takiben misoprostol tedavi protokolü 9.haftaya kadar kullanılmaktadır ve misoprostol sonrası 4-6 saat klinik gözlem altında tutularak bu süre içinde abortusun gerçekleştiğini onaylamak gerekir. Genellikle hijyenik pedin gözlemlenmesi ve gözlem sırasında kullanılan srgde konsepsiyon materyalinin dışarı atılması ile düşük onaylanır. Abortusun tamamlanmasını onaylamak için pelvik inceleme, pelvik ultrason ya da hCG(Human Koryonik Gonadotropin) lm tekrarı ile yapılır. Eğer hCG ölümü yapılacaksa, düşük hCG düzeyi yapılan işlem sonrasında 4 hafta boyunca llebilmektedir. Devam eden gebelik gibi bir durumu tespit etmede ultrasonla endometrial kalınlığı ölçmek kullanışlı bir yöntemdir. Fakat tamamlanmamış abortusu tanımlamada güvenilir değildir ve uygunsuz cerrahi müdahalelere neden olabilir (98). Gebelik semptomları gösteren ya da minimal kanaması olan kadınların hala gebe olma olasılıkları vardır.

Abortus gerçekleşemeyen, gebeliği devam eden kadınlara vakumlu aspirasyon ya da tekrar misoprostol uygulaması önerilmelidir. Tamamlanmayan tıbbi abortustan sonra abortus nedeni olarak fetal anomali olan kadınlar tekrar abortus yapmayı istememektedir ve sağlık personeli bu konuda ısrar etmemelidir. Kadınlar düşük ilaçlarının fetüs üzerindeki bilinmeyen etkileri konusuna bilgilendirilmelidir ve takip bu dönemde daha da önemlidir (104).

Tamamlanmayan abortus sonrası kadınlara eğer vajinal kanaması ağır değilse, tekrar misoprostol ya da cerrahi abortus önerilmektedir. 12 hafta gebelik sonrası yapılan tamamlanamayan düşüklerde en büyük komplikasyon olan kanamayı önlemek için kadınlar fetusun ve plasentanın tamamen atılmasına kadar klinik gözlem altında tutulmalıdır (95).

2.9.4. Taburculuk Eğitimi

Abortus yapılacak olan kadınlar açık, basit, sözel ve yazılı olarak hastaneden çıktıktan sonra kendine nasıl bakması gerektiği ve oluşabilecek komplikasyonları tanıyarak tıbbi tedavi gerektiren durumları nasıl fark edeceği konusunda talimatları almalıdır. Bu talimatların içeriğinde;

- Cinsel ilişkiden kaçınması gereken süre ile ilgili birilendirme
- Kanama durana kadar vajinaya bir şey yerleştirmemek; gebelikten korunmak için acil kontrasepsiyon dahil kontraseptiflerin kullanımı (abortus sonrası doğurganlık 2 hafta içinde geri döner) ile ilgili bilgilendirme.
- Pelvik ağrı, ağır kanama ve ateş durumlarında sağlık merkezine başvurması gerektiği ile ilgili bilgilendirme (95) konuları yer almalıdır.

Aşırı kanama, bir günden fazla süren ateş, giderek kötüleşen pelvik ağrı ve nadiren de devam eden gebelik belirtileri görülmesi durumunda bir sağlık merkezine başvurması gerektiği belirtilmelidir. Bulantı bazen de kusmaların eşlik etmesi cerrahi düşük sonrası genellikle 24 saat devam edebilmektedir. Sağlık personeli kadının olası kramplarına yönelik, ibuprofen gibi non steroid antiinflamatuvar ilaçları tavsiye edebilir (96).

Okuma yazma bilmeyen kadınlar için bilgilendirme ve komplikasyonların tanınması için ve komplikasyon durumunda nereden ve nasıl sağlık hizmeti alacağına yönelik kadına resimli bilgilendirme yapılmalıdır.

İlk trimestır düşüklerinden sonra kadınlar günlük yaşam aktivitelerine saatler ya da günler içinde dönmektedir. İleri dönem abortus yapan kadınlara ise abortus sonrası 4-6. haftalarda takip kontrolleri yapılabilir. Bu kontroller kadınlara deneyimlerini konuşmak için bir fırsat olmaktadır. Örneğin tıbbi nedenlerden dolayı düşük yapan ya da tecavüz sonucu abortus yapan kadınlara yaşadığı kayıp ve ambivalan duyguları ile ilgili ya da kadının istediği herhangi konuyla ilgili danışmanlık yapılabilir (95).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, terapötik abortus uygulanan (10-20. gebelik haftalarında) kadınların abortus sonrası anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 10-20. gebelik haftalarında terapötik abortus uygulanan kadınlar ile yapılmıştır. Bu hastanelerin yatak kapasiteleri, ebe ve hemşire sayıları ve çalışma durumları aşağıda yer almaktadır;

3.2.1. Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi

Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Bölüm 81- Doğum Servisi ve Bölüm 82- Doğum Sonu Servisinde uygulanmıştır.

Bölüm-81 Doğum Servisi'nde doğum ve gebelik terminasyonu işlemleri yapılması amacıyla başvuran hastalar izlenmektedir. Bu serviste 8 tane tek kişilik oda, bir uzman doktor, bir asistan doktor ve bir tane hemşire odası bulunmaktadır. Serviste toplam 6 hemşire çalışmaktadır ve 8-16 saatlerinde bir sorumlu hemşire, 8-20 ve 20-08 saatlerinde 1 hemşire bulunmaktadır.

Bölüm-82 Doğumsonu Servisi'nde doğum öncesi dönemde riskli gebeler, doğum sonu dönem lohusa- bebekler ve gebelik terminasyonu sonrası hastalar yatmaktadır. Bu serviste 8 tane tek, 9 tane çift kişilik olmak üzere toplam 26 tane hasta odası bulunmaktadır. Serviste toplam 10 hemşire ve bir asistan doktor çalışmaktadır ve 8-16 saatlerinde bir sorumlu hemşire, bir bebek hemşiresi ve 8-20 saatlerinde 2 hemşire, 20-08 saatlerinde 2 hemşire bulunmaktadır.

Abortus yapılması nedeniyle servise yatırılan hastalar; abortus öncesi dönemde yapılacak işlem hakkında bilgilendiriliyorlar, ön değerlendirmeleri yapılmaktadır, gebelik haftaları değerlendirilmektedir. Bilgilendirmenin içeriğinde hastalara; abortus için ilaç alacakları, ilacın etkisi olarak ağrıların olacağı ve daha sonra abortus yapacakları, sonrasında da D/C işlemine alınacakları konularını

kapsamaktadır. Abortus tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılarak yapılmaktadır. Abortus protokolüne göre hastalara başlangıçta 100 mcg oral ve 25 mcg servikal misoprostol uygulanmaktadır, daha sonra abortus gerçekleşene kadar her 4 saatte bir oral 100 mcg misoprostol tablet hastalara uygulanarak abortusun gerçekleşmesi beklenmektedir. Gebelik materyali atıldıktan sonra hastalara D/C uygulaması yapılmaktadır. Yatan hastalar düşük öncesi bir gün ve düşük sonrası bir gün olmak üzere iki gün serviste izlendikten sonra taburculukları yapılmaktadır. Taburculuk sonrası hastaların 4-6 hafta sonra kontrol amaçlı olarak polikliniğe gelmeleri istenmektedir.

3.2.2. Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Erken gebelik servisinde erken gebelik haftalarında riskli gebelikler ve birinci ve ikinci trimester abortus için yatan hastalar bulunmaktadır. Bu serviste 9 tane beş kişilik olmak üzere toplam 45 tane hasta odası, bir uzman doktor, bir asistan doktor, bir gözlem odası ve bir tane hemşire odası bulunmaktadır. Serviste toplam 13 hemşire çalışmaktadır. 8-16 saatlerinde bir sorumlu hemşireyle birlikte, 4 hemşire ve 16-08 saatlerinde 2 hemşire bulunmaktadır.

Abortus yapılması nedeniyle servise yatışı yapılan hastalar; abortus öncesi dönemde yapılacak işlem hakkında bilgilendirilmektedir, ön değerlendirmeleri yapıp, gebelik haftaları değerlendirilmektedir. Bilgilendirmenin içeriği; hastaların abortus için ilaç alacakları, ilacın etkisi olarak ağrılarının olacağı ve daha sonra abortus yapacakları, sonrasında da D/C işlemine alınacakları konularını kapsamaktadır. Abortus tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılarak yapılmaktadır. Abortus protokolüne göre hastalara başlangıçta; 100 mcg sublingual misoprostol, 200 mcg rektal ve 200 mcg vajinal misoprostol uygulanmaktadır, daha sonra 2 saatte bir 100 mcg oral misoprostol 24 saat devam edilmektedir. Abortus yapmayan hastalara bu prosedür 24 saat daha devam edilmektedir. Gebelik materyali atıldıktan sonra hastalara D/C işlemi uygulanmaktadır. Abortus öncesi bir gün ve abortus sonrası 6-8 saat hastalar serviste izlendikten sonra taburculukları yapılmaktadır. Taburculuk sonrası hastaların 4-6 hafta sonra kontrol amaçlı olarak polikliniğe gelmeleri istenmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 10-20.gebelik haftalarında, 1 Mart-31 Ağustos 2014 tarihleri arasında terapötik abortus uygulaması yapılmış 60 kadın oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak konu ile ilgili literatür incelenerek veri toplama formu [Ek 1] (30, 33, 34, 35, 36), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği [Ek.2] ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği [Ek.3] kullanılmıştır.

Ek 1 Veri Toplama Formu beş bölümden oluşmaktadır. Sosyodemografik veriler (1-15. sorular), gebelik öyküsü (16. soru), alışkanlıkları (17. soru) ve hemşirelik bakımı alma durumu (18.soru) ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ek 2 Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale); Zigmond ve Snaith (1983) tarafından hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için geliştirilmiştir. Bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.85, depresyon alt ölçeği için 0.77 olarak bulunmuştur ve madde-toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.81-0.85 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.73-0.77 arasında değişmektedir. İki yarım güvenirlüğünde, anksiyete alt ölçeği için $r= 0.85$, depresyon alt ölçeği için $r=0.80$ bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete birlikte geçerlik yönteminde, anksiyete alt ölçeği ile Sürekli Kaygı Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.75 ve depresyon alt ölçeği ile Beck Depresyon Ölçeği arasındaki korelasyon katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliği için faktör analizi uygulanmış ve iki faktör elde edilmiştir. Birinci faktörde anksiyete belirtileri, ikinci faktörde depresyon belirtileri

yer almaktadır. Bizim çalışmamızın Cronbach' s alfa katsayısı 0.75 olarak bulunmuştur. Depresyon Ölçeği'nin gücü 0.90 olarak belirlenmiştir.

Ek 3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş, ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır (108). Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)' nin gözden geçirilmiş formunun Cronbach' s alfa katsayısı 0,77-0,92 olarak belirlenmiştir. Eker ve arkadaşları tarafından 2001 yılında tekrar yapılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)' nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında Cronbach' s alfa katsayısı 0,80- 0,95 olarak bulunmuştur. Araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına yönelik cronbach alpha katsayıları; toplam çok boyutlu algılanan sosyal destek için 0,83, aile desteği için 0,68, arkadaş desteği için 0,84, özel kişi desteği için 0,82 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın Cronbach' s alfa katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gücü 0.90 olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

01 Mart – 05 Nisan 2014 tarihleri arasında 15 kadına ulaşıncaya kadar uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda anket formunda soruların anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliği açısından sorun olmadığı belirlendiği için değişiklik yapılmadığı için önuygulamada alınan hastalar örnekleme dahil edilmiştir.

3.6. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmacı tarafından veri toplama formu ve ölçekler 01 Mart-31 Ağustos tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış olup, hasta bilgilerinin mahremiyeti gözetilerek ortamın uygunluğu sağlanmıştır. Araştırma örnekleme yönelik veri toplama süreci, seçilen hastanelerde eş zamanlı olarak yürütülmüştür. Anket formu ve ölçeklerin uygulanması ortalama 45 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Tarih: 06.03.2014, Sayı: 16969557-232) alınmıştır (Ek 4).

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi Yönetim Kurulu Başkanlığı'ndan (Tarih: 03.02.2014, Sayı: 33939682/D-294) (Ek 5) ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde (Tarih: 11.03.2014, Sayı: 74897384) (Ek 6) uygulama yapabilmek için yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastalara veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına yönelik bilgi verilmiş ve uygulamanın yapılabilmesi için kendilerinden yazılı izin (Ek 1) alınmıştır. Veri toplama formu uygulandıktan sonra kadınların bilgi almak istedikleri konu ile ilgili olarak bilgilendirme yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara ili sınırları içerisinde yer alan, terapötik abortus yapılan bir eğitim araştırma hastanesi ve bir üniversite hastanesine başvuran hastaları kapsamaktadır. Bu nedenle araştırma sonuçları 01 Mart- 31 Ağustos tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi ve Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran hastaları temsil etmektedir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi için SPSS 20.0 (Statistical Programme for Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Bağımsız Gruplarda "t" Testi, Korelasyon Analizi, Mann-Whitney U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve parametrelerin normal dağılıp dağılmadığını test etmek için Shapiro-Wilk Normallik Testi, kullanılmıştır.

3.9.1. Ölçeklerin Değerlendirilmesi

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği toplam 14 sorudan yedi tanesi (tek sayılar) anksiyeteyi ve yedi tanesi de (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7 olarak saptanmıştır. Kesme noktalarının üstünde anksiyete ve depresyon puanları olan kadınlar, anksiyete ve depresyon belirtilerini yüksek düzeyde, altında olan kadınlar ise anksiyete ve depresyon belirtilerini düşük düzeyde yaşadıklarını göstermektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 'Kesinlikle hayır (1), (2), (3), (4), (5), (6), (7) Kesinlikle evet' şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan 3, 4, 8, 11 maddeler aile desteğini, 6, 7, 9, 12 maddeler arkadaş desteğini ve 1, 2, 5, 10 maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçek toplam 12 maddeden oluşmaktadır.

4. BULGULAR

Terapötik abortus sonrası kadınların yaşadıkları sorunların incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer alan başlıklar altında ele alınmıştır;

Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Terapötik Abortus Uygulanan Kadınlara Uygulama Öncesi, Sırası, Sonrası ve Taburculuk Eğitiminde Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Girişimlerinin ve Hastaların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı

Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Bu Puanların Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Tablo 4.1. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerinin Dağılımı

n=60

Bazı Sosyo- Demografik Özellikler	n	%
<u>Yaş</u>		
24 yaş altı	12	20.0
25-35 yaş	42	70.0
35 yaş ve üstü	6	10.0
Yaş Ortalaması= 28.6, SS= ± 4.88		
<u>Öğrenim Durumu</u>		
Okuryazar değil	3	5.0
İlkokul/ortaokul	29	48.3
Lise	18	30.0
Lisans/lisansüstü	4	16.7
<u>Eş Öğrenim Durumu</u>		
Okuryazar değil	1	1.7
İlkokul/ortaokul	23	38.3
Lise	21	35.0
Lisans/lisansüstü	9	25.0
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışıyor	18	30.0
Çalışmıyor	42	70.0
<u>Gelir Düzeyini Algılama Durumu</u>		
Yeterli	23	38.3
Yetersiz	19	31.7
Kısmen Yeterli	18	30.0
<u>Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler</u>		
Eş	18	30.0
Eş ve çocuk	37	61.7
Eş, çocuk ve akrabalar	5	8.3
<u>Sigara Kullanma Durumu</u>		
Kullanıyor*	13	21.7
Kullanmıyor	47	78.3
<u>Alkol Kullanma Durumu</u>		
Kullanıyor**	3	5.0
Kullanmıyor	57	95.0

*Günde en az 1 adet sigara içen kadınlar sigara kullanıyor olarak kabul edilmiştir.

** Ayda en az 1 kadeh alkol kullanan kadınlar alkol kullanıyor olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan terapötik abortus sonrası kadınların bazı sosyo demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmada kadınların

%20'si 24 yaş altı, %70'i 25-35 yaş arasında ve %10'u da 35 yaş üstündedir. Kadınların yaş ortalamaları 28.6'dır. Kadınların %48.3'ünün ilkokul/ortaokul mezunu oldukları, eşlerinin ise %38.3'ünün ilkokul/ortaokul mezunu oldukları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların %70'i çalışmadığını, %38.3'ü gelirlerinin yeterli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kadınların yarısından fazlası eşleri ve çocuklarıyla (%61.7) birlikte yaşamaktadır. Terapötik abortus yapan kadınların yaş ortalamaları 28.6 (min-max:19-43) olduğu, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların tamamının evli olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların ortalama evlilik sürelerinin 6.8 ± 4.5 yıl olduğu saptanmıştır. Kadınların %78.3'ü gebeliği boyunca sigara içmediğini fakat gebelikleri boyunca eşleri tarafından sigaraya maruz bırakılarak pasif içici olanların oranının %41.7 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %21.7'sinin gebelikleri boyunca sigara içtikleri ve sigara içme ortalamalarının 10 (min-max:1-20) adet/gün olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %5'inin alkol kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Öncesi Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı **n=60***

Hemşirelik Bakım Uygulamaları	Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Bakım Uygulamaları		Kadınların Hemşirelerden Beklentileri	
	n	%	n	%
	Ön değerlendirme	47	78.3	4
Ön hazırlık	28	46.7	0	0.0
Detaylı hikaye	48	80.0	6	10.0
Fiziksel değerlendirme	34	56.0	2	3.3
Gebelik ayını değerlendirme	44	71.0	3	5.0
Son adet tarihin sorgulanması	57	95.0	3	5.0
Aile planlaması konusunda eğitim	1	1.7	37	61.7
Klinikle ilgili bilgilendirme	14	23.0	20	33.3
Psikolojik danışmanlık hizmetinin verilmesi	11	18.0	46	76.7
Kadın, eşi ve ailesiyle iletişime geçilmesi	1	1.7	5	8.3
Laktasyon inhibasyonu	9	15.0	3	5.0
Genel sağlık durumu	40	66.7	2	3.3
Yöntem hakkında bilgi verilmesi	32	53.3	4	6.7
Uygulanan yöntemin riskleri	10	16.7	18	30.0
İşlem sonrası olası rahatsızlıklar	8	13.3	18	30.0

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Kadınlar birden fazla uygulamaya yönelik cevap verdikleri için n sayısı artmıştır.

Tablo 4.2.'de terapötik abortus uygulanan kadınların uygulama öncesi verildiği ifade ettikleri hemşirelik bakım uygulamaları ve kadınların hemşirelerden beklentilerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %78.3'ü yatışlarından sonra ön değerlendirmeleri hemşireler tarafından yapıldığını ifade etmiştir. Terapötik abortus

için yatışı yapılan kadınların yarısının (%46.7) ön hazırlığı yapıldığı ifade edilmiştir. Kadınların %80.0'inden detaylı hikayeleri alındığı ve %56.0'sına fiziksel değerlendirmeleri yapıldığı ifade edilmiştir. Kadınların %95'ine abortus öncesi dönemde son adet tarihlerinin sorulduğu ifade edilmiştir. Kadınların yarısına (%53.3) abortus için uygulanacak yöntem hakkında bilgi verildiği ifade edilmiştir.

Terapötik abortus öncesi dönemde kadınların %18'i psikolojik danışmanlık hizmeti aldıklarını, fakat %76.7'sinin hemşirelerden düşük kararı vermelerinde yanlarında olmalarını istedikleri belirlenmiştir. Kadınların aile planlaması konusunda aldıkları eğitim oranı %1.7'dir. Kadınların %61.7'sinin aile planlaması konusunda eğitim almak istedikleri saptanmıştır. Kadınların %33.3'ü klinikle ilgili bilgilendirilmek istediklerini, % 30'u da yapılacak işlemin riskleri ve işlem sonrası dönemde olası rahatsızlıklar hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.3. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Sırasında ve Sonrasında Verildiği İfade Ettikleri Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı **n=60***

Hemşirelik Bakım Uygulamaları	Verildiği İfade Edilen		Kadınların	
	Hemşirelik Bakım Uygulamaları		Hemşirelerden Beklentileri	
	n	%	n	%
Siklusun geri dönüşüne ilişkin bilgilendirme	2	3.3	42	70.0
Hastaya psikolojik destek sağlanması	19	31.7	41	68.3
Aile planlaması eğitimi	7	11.7	36	60.0
Ağrı kontrolü	28	46.7	32	53.3
Hastaya işlem süreci ile ilgili bilgi verilmesi	29	48.3	31	51.7
Ağrının yönetimi	33	55.0	27	45.0
Vajinal kanamanın değerlendirilmesi	36	60.0	24	40.0
Medikal abortusun yan etkilerini gözleme	9	15.0	5	8.3
İşleme bağlı tehlike belirtilerini izleme				
- İki haftadan uzun süren kanama	6	10.0	27	45.0
- Ateş	13	21.7	23	38.3
- Titreme	11	18.3	16	26.7
- Yoğun ağrı	6	10.0	4	6.7

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Kadınlar birden fazla uygulamaya yönelik cevap verdikleri için n sayısı artmıştır.

Tablo 4.3.'de terapötik abortus sonrası kadınların uygulama sırasında verildiği ifade ettikleri hemşirelik bakım uygulamalarının ve kadınların hemşirelerden beklentilerinin dağılımı yer almaktadır. İşlem sırasında kadınların %48.3'ü işlem süreci ile ilgili bilgi verildiği ifade etmiştir. İşlem sırasında hastaların %46.7'sine işlem süresince ağrılarının kontrolü için hemşirelik bakımı verildiği fakat %53.3'ü ağrılarının kontrolü için hemşirelerden ağrı kontrolü için bakım almak istediklerini ifade etmişlerdir. Kadınların %31.7'sine işlem sırasında psikolojik destek sağlandığı, %68.3'üne ise işlem süresince psikolojik olarak destek sağlanmadığı ve bu konuda hemşirelerden psikolojik destek almak istedikleri saptanmıştır. Terapötik abortus uygulanan kadınların %60.0'ı hemşireler tarafından vajinal kanamalarının değerlendirildiğini ifade etmişlerdir. İşlem sonrası dönemde kadınların %55.0'inin ağrılarının kontrol altına alındığı saptanmıştır. Hastanede yatan kadınların %15'i işlem sonrasında medikal abortusun yan etkilerinin hemşireler tarafından gözlemlendiğini ifade etmişlerdir. Terapötik abortus sonrası kadınların %10.0'u medikal abortusun yan etkilerinden yoğun ağrı ve iki haftadan uzun süren kanama ile ilgili ve %21.7'i de ateş ile ilgili hemşirelerden bilgi adıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların %3.3'ü işlem sonrası siklusun geri döneceği zaman ile ilgili bilgi aldıklarını fakat %70'i işlem sonrası siklusun geri döneceği zaman ile ilgili hemşirelerden bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.4. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Uygulama Sonrasında Taburculuk Eğitiminde Verildiği İfade Ettikleri Hemşirelik Bakım Uygulamaları ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerinin Dağılımı
n=60*

Hemşirelik Bakım Uygulamaları	Verildiği İfade		Kadınların	
	Edilen Hemşirelik		Hemşirelerden	
	Bakım Uygulamaları		Beklentileri	
	n	%	n	%
Enfeksiyonun önlenmesi	4	6.7	44	73.3
Cinsel ilişki zamanı	5	8.3	42	71.7
Komplikasyon gelişmesi durumunda başvurulacak yer	0	0	36	60.0
Çalışma zamanı	1	1.7	35	58.3
Beslenme	0	0	32	53.3
İlaç kullanım şekli, etki ve yan etkileri	2	3.3	31	51.7
Perine Hijyeni	1	1.7	26	43.3
Taburculuk sonrası kontrol zamanı	3	5.0	25	41.7

* Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Kadınlar birden fazla uygulamaya yönelik cevap verdikleri için n sayısı artmıştır.

Tablo 4.4’de terapötik abortus uygulanan kadınların uygulama sonrasında taburculuk eğitiminde verildiği ifade ettikleri hemşirelik bakım uygulamalarının ve kadınların hemşirelerden beklentilerinin dağılımı yer almaktadır. Terapötik abortus yapılan işlem sonrası dönemde verilen taburculuk eğitiminde kadınların %8.3’ü cinsel ilişkiye ne zaman başlamaları gerektiği ile ilgili, %6.7’si olası enfeksiyonu nasıl engelleyebileceği ve enfeksiyon belirtileri ile ilgili, %5.0’i taburculuk sonrası kontrole ne zaman gelmesi gerektiği ile ilgili, %3.3’ü hangi ilaçları nasıl alması gerektiği ile ilgili, ve %1.7’si de çalışmaya ne zaman başlaması gerektiği ve perine hijyeni ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir. Terapötik abortus sonrası taburculuk eğitiminde kadınların %73.3’ün olası enfeksiyonu nasıl engelleyeceğini ve belirtileri, %71.7’si cinsel ilişkiye ne zaman başlaması gerektiği, %60.0’ı herhangi bir komplikasyon olması durumunda nereye başvurması gerektiği, %58.3’ü işlem sonrası çalışmaya ne

zaman başlaması gerektiği, %53.3'ü nasıl beslenmesi gerektiği, %51.7'si hangi ilaçları nasıl alması gerektiği, %43.3'ü perine hijyeni ve %41.7'si taburculuk sonrası ne zaman kontrole gelmesi gerektiğiyle ilgili hemşirelerden bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 4.5. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ), Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı **n=60**

Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları		
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Puan Ortalamaları	Ortalama ± SS	(Min-max)
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek (ÇBASDÖ) Puan Ortalaması	52.6 ± 15.0	23-84
ÇBASDÖ- Aile Desteği Puan Ortalaması	19.06± 6.9	5-28
ÇBASDÖ- Arkadaş Desteği Puan Ortalaması	16.56±6.04	4-28
ÇBASDÖ- Eş Desteği Puan Ortalaması	16.98±6.45	5-28
HAD Ölçeği- Anksiyete Puan Ortalaması	10.8± 3.7	2-19
HAD Ölçeği- Depresyon Puan Ortalaması	10.4 ± 3.9	2-20

Tablo 4.5'de terapötik abortus uygulanan kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Terapötik abortus uygulanan kadınların sosyal destek puan ortalaması 52.6 ± 15.0 olarak saptanmıştır. Terapötik abortus uygulanan kadınların aile desteği puan ortalamaları 19.06± 6.9, arkadaş desteği puan ortalamaları 16.56±6.04 ve eş desteği puan ortalamaları ise 16.98±6.45 olarak belirlenmiştir. Terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete puan ortalamaları 10.8±3.7, depresyon puan ortalamaları ise 10.4± 3.9 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Hastane Anksiyete ve Depresyon Altölçekleri Puan Ortalamaları Dağılımı **n=60**

Hastane Anksiyete Depresyon Puanları		n	%	Ort± SS
HAD- Anksiyete	Eşik Altı (0-10 puan)	23	38.3	10.8±3.7
	Eşik Üstü (11-21 puan)	37	61.7	
HAD- Depresyon	Eşik Altı (0-7 puan)	9	15.0	10.4± 3.9
	Eşik Üstü (8-21 puan)	51	85.0	

Tablo 4.6’da kadınların Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinin altölçekleri olan anksiyete ve depresyon ortalamaları dağılımı yer almaktadır. Kadınların %61.7’sinin anksiyete yaşadığı, anksiyete puan ortalamalarının 10.8±3.7 olduğu ve kadınların %85.0’i depresyonda olduğu, depresyon puan ortalamalarının 10.4±3.9 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ile Hastane Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki **n=60**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Altölçekleri	Depresyon		Anksiyete	
	r	p	r	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	-0.385	0.002	-0.460	0.001
Aile desteği	-0.370	0.003	-0.382	0.003
Arkadaş Desteği	-0.340	0.008	-0.427	0.001
Eş Desteği	-0.172	0.188	-0.262	0.043

Tablo 4.7’de terapötik abortus uygulanan kadınların çok boyutlu algılanan sosyal destek ile hastane anksiyete depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile depresyon puanı

arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0.385$, $p<0.005$). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ile anksiyete puanı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=-0.460$, $p<0.005$). Kadınların aile desteğiyle depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.370$, $p<0.05$). Aynı şekilde kadınların aile desteğiyle anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.382$, $p<0.05$). Kadınların aile desteği arttıkça depresyon ve anksiyeteleri azalmaktadır. Kadınların arkadaş desteği ile depresyon ve anksiyeteleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.340$, $r=-0.427$, $p<0.05$). Kadınların arkadaş desteği arttıkça depresyon ve anksiyeteleri azalmaktadır. Kadınların eş desteği ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunurken ($r=0.262$, $p<0.043$), depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($r=-0.172$, $p>0.05$)

Tablo 4.8. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Abortus Sayısı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ve Hastane Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki **n=60**

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	Abortus Sayısı	
	r	p
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	0.081	0.537
HAD Ölçeği- Anksiyete	0.123	0.351
HAD Ölçeği - Depresyon	0.041	0.755

Tablo 4.8’ de terapötik abortus sonrası kadınların abortus sayısı ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ve hastane anksiyete depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki yer almaktadır. Terapötik abortus yapan kadınların abortus sayıları artmasıyla anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Anksiyete ve Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımı n=60

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	n	Anksiyete Puan Ortalamaları X±SD	Depresyon Puan Ortalamaları X±SD
Yaş			
24 yaş altı	12	10.91±3.62	10.00±4.65
25-35 yaş arası	42	11.23±3.65	10.69±3.82
35 yaş ve üstü	6	7.50±3.50	9.33±3.32
İstatistiksel Analiz		2.78, p: 0.07	0.392, p: 0.677
Eğitim Durumu			
İlkokul/ortaokul altı	32	11.59±3.49	10.65±3.46
Lise	18	9.77±3.43	9.94±4.03
Önlisans ve lisans	10	10.10±4.74	10.50±5.27
İstatistiksel analiz		1.59, p: 0.212	0.188, p: 0.829
Kadının Eşinin Eğitim Durumu			
İlkokul/ortaokul altı	45	10.95±3.73	10.40±3.68
Lise	9	10.11±2.20	10.55±3.28
Önlisans ve lisans	6	10.66±5.81	10.33±6.62
İstatistiksel analiz		0.190, p: 0.828	0.007, p: 0.993
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	18	10.16±4.03	9.88±3.98
Çalışmıyor	42	11.07±3.63	10.64±3.91
İstatistiksel analiz		-0.856, p: 0.396	-0.680, p: 0.499
Çocuk sahibi olma			
Evet	37	11.18 ±3.58	10.17 ±3.98
Hayır	23	10.89 ±3.74	9.65 ±4.14
İstatistiksel analiz		-1.021, p: 0.311	-1.197, p: 0.236

Tablo 4.9’da terapötik abortus sonrası kadınların bazı sosyo-demografik özelliklere göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Yaşa göre kadınların terapötik abortus sonrası anksiyete ve depresyon puanlarına bakıldığında, 24 yaş altı kadınların anksiyete puan ortalamasının 10.91 ± 3.62 , depresyon puan ortalamasının 10.00 ± 4.65 olduğu belirlenmiştir. 25-35 yaş arasındaki kadınların terapötik abortus sonrası anksiyete puan ortalamalarının 11.23 ± 3.65 , depresyon puan ortalamalarının ise 10.69 ± 3.82 olduğu saptanmıştır. 35 yaş üstü kadınların anksiyete puan ortalamalarının 7.50 ± 3.50 ve depresyon puan ortalamalarının 9.33 ± 3.32 olduğu belirlenmiştir. Kadınların anksiyete puan ortalamaları yaş ilerledikçe azalma göstermektedir, fakat bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kadınların depresyon puan ortalamaları da yaşları ilerledikçe azalma göstermektedir fakat bu azalma anksiyeteye göre daha düşük bir azalmadır ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Kadınların eğitim durumlarına göre anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında ilkokul/ortaokul mezunu kadınların anksiyete puan ortalamalarının 11.59 ± 3.49 , depresyon puan ortalamalarının 10.65 ± 3.46 olduğu belirlenmiştir. Lise mezunu kadınların anksiyete puan ortalamalarının 9.77 ± 3.43 , depresyon puan ortalamalarının 9.94 ± 4.03 olduğu saptanmıştır. Önlisans ve lisans mezunu kadınların anksiyete puan ortalamalarının 10.10 ± 4.74 , depresyon puan ortalamalarının 10.50 ± 5.27 olduğu belirlenmiştir. Kadının eğitim durumu ile anksiyete depresyon puan ortalamasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kadının eşinin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında ilkokul ve ortaokul mezunu eşlerin eğitim durumları ile kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kadının çalışma durumuna göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kadının çocuk sahibi olma durumuna göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.10. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Sosyal Destek ve Sosyal Desteğin Altölçekleri Olan Aile Desteği, Arkadaş Desteği ve Eş Desteği Puan Ortalamalarının Dağılımı

n=60

Bazı Sosyo-Demografik Özellikler	n	Sosyal Destek Puan Ortalamaları X±SD	Sosyal Destek- Aile Puan Ortalamaları X±SD	Sosyal Destek- Arkadaş Puan Ortalamaları X±SD	Sosyal Destek Eş Puan Ortalamaları X±SD
Yaş					
24 yaş altı	12	56.41±15.12	19.75±6.12	17.25±4.45	19.41± 5.97
25-35 yaş arası	42	50.61±15.13	18.69±7.32	15.92±6.42	16.00±6.50
35 yaş ve üstü	6	59.00±12.74	20.33±6.12	19.67±5.75	19.00±6.16
İstatiksel Analiz		1.31, p: 0.27	0.216, p: 0.80	1.10, p: 0.33	1.67, p: 0.19
Eğitim Durumu					
İlkokul/ortaokul altı	32	48.87±13.69	17.93±6.53	14.90±6.04	16.03±6.26
Lise	18	55.77±15.79	9.88±7.72	18.38±5.91	17.50±6.62
Önlisans ve lisans	10	58.90±15.72	21.20±6.52	18.60±5.18	19.10±6.77
İstatistiksel analiz		2.73, p: 0.102	1.031, p: 0.363	2.740, p: 0.073	0.943, p: 0.396
Kadının Eşinin Eğitim Durumu					
İlkokul/ortaokul altı	45	50.06±14.24	18.13±6.68	15.80±6.35	16.13±6.15
Lise	9	60.22±16.87	21.33±6.94	19.55±4.44	19.33±7.76
Önlisans ve lisans	6	60.33±13.58	22.66±7.76	17.83±4.57	19.83±5.91
İstatiksel analiz		2.75, p: 0.072	1.751, p: 0.183	1.625, p: 0.206	1.606, p: 0.210
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	18	52.94±15.71	18.11±7.69	18.61±6.33	16.22±6.51
Çalışmıyor	42	52.47±14.90	19.47±6.60	15.69±5.77	17.30±6.47
İstatiksel analiz		0.110, p: 0.913	-0.698, p: 0.488	1.743, p: 0.087	-0.595, p: 0.554
Çocuk sahibi olma					
Evet	37	54.18±15.26	19.43±7.00	16.97±5.92	17.78±6.58
Hayır	23	50.08±14.57	18.47±6.88	15.91±6.32	15.69±6.14
İstatistiksel analiz		-1.024, p: 0.308	0.074, p: 0.607	0.034, p: 0.514	0.224, p: 0.226

Tablo 4.10'da terapötik abortus sonrası kadınların bazı sosyo-demografik özelliklere göre sosyal destek ve sosyal desteğin altölçekleri olan aile desteği, arkadaş desteği ve eş desteği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Yaşa göre terapötik abortus sonrası kadınların sosyal destek puanlarına bakıldığında, 24 yaş altı kadınların toplam sosyal destek puanının 56.41 ± 15.12 olduğu, aile desteğinin 19.75 ± 6.12 , arkadaş desteğinin 17.25 ± 4.45 ve eş desteği puanının ise 19.41 ± 5.97 olduğu belirlenmiştir. 25-35 yaş arasında terapötik abortus uygulanan kadınların sosyal destek puanlarının 50.61 ± 15.13 , aile desteğinin 18.69 ± 7.32 , arkadaş desteğinin 15.92 ± 6.42 ve eş desteğinin 16.00 ± 6.50 puan olduğu saptanmıştır. 35 yaş üstü kadınların sosyal destek puanı 59.00 ± 12.74 , aile desteği puanı 20.33 ± 6.12 , arkadaş desteği puanı 19.67 ± 5.75 ve eş desteği puanının 19.00 ± 6.16 olduğu belirlenmiştir. Kadının eğitim düzeyi ile sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Terapötik abortus uygulanan kadınlardan eşleri ilkökul/ortaokul mezunu olanların sosyal destek puan ortalamaları 50.06 ± 14.24 olarak belirlenmiş olup, lise ve önlisans/lisans mezunu eşe sahip kadınlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Terapötik abortus uygulanan kadınların eşlerinin eğitim düzeyleri ile kadınların sosyal destek puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p > 0.05$). Terapötik abortus sonrası kadınların çocuk sahibi olma durumları ile sosyal destek puan ortalamaları arasındaki farka bakılmış olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Terapötik abortus kadınların yaşamında fiziksel sorunlara, çiftlerin yaşamında ise ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Terapötik abortus uygulamasının anneye ve fetüse ait sağlık problemleri nedeniyle yapıyor olması, kadınların bu dönemde psikolojik problemler yaşamasına neden olmaktadır. Hemşirelerin bu dönemde kadınları psikolojik olarak değerlendirmesi ve riskli olan kadınları psikolojik olarak desteklemesi oldukça önem taşımaktadır.

Literatürde abortus sonrası kadınların psikolojik sorunlar yaşadıkları (110-113) ve bu psikolojik semptomlar içerisinde en sık olarak anksiyete (23-27) ve depresyonun (23,25,26,28-30,114) yer aldığı vurgulanmaktadır.

Çalışmamızda terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu (10.8 ± 3.7) ve %61.7'sinin anksiyete yaşadığı, aynı şekilde depresyon puan ortalamalarının da yüksek olduğu (10.4 ± 3.9) ve %85'inin depresyon semptomları gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Gould ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada abortus sonrası depresyon/anksiyete oranlarına bakıldığında kadınların %63'ü depresyon/anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Literatürde abortus ve anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda, genç yaşta kadınların abortusa ilişkin daha fazla anksiyete yaşadıkları vurgulanmaktadır (24,80,115). Çalışmamızda terapötik abortus sonrası kadınların yaş grupları ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına karşın (Tablo 4.9) 24 yaş altı kadınların anksiyete düzeyleri (10.91 ± 3.62), 35 yaş üstü kadınların anksiyete düzeylerinden (7.50 ± 3.50) yüksektir. Bu sonuç istenen bir bebeğin kaybindan kaynaklanan üzüntünün bir sonucu olabileceğini düşündürmektedir.

Terzioğlu ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada, isteğe bağlı ve terapötik abortus yapan kadınların yaşadıkları sorunlara ve anksiyete düzeylerine bakılmıştır. Terapötik abortus yapılan kadınların çoğunluğu (%85.3) korku yaşadıklarını, %51.9'u işlem sırasında ağrı yaşadıklarını, %64'ü işlem sonrasında ağrı, bebeğin kaybindan dolayı üzüntü, kendi sağlığına ilişkin endişe, pişmanlık, suçluluk gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Broen ve arkadaşlarının (2006) makalesinde Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanılmış ve ikinci trimester abortus yapan kadınların abortus sonrası 10 gün

sonra, 6 ay sonra, 2 yıl sonra ve 5 yıl sonra anksiyete ve depresyon düzeylerine bakılmıştır. Çalışmaya göre abortus sonrası 10. günde anksiyete ortalamalarının yüksek olduğu, anksiyete eşik değerinin üstündeki kadınların oranının %37.5 olduğu belirlenmiştir. Abortus sonrası depresyon düzeylerine bakıldığında zamanla kadınların depresyon düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Terapötik abortus yapılan kadınların anksiyete düzeylerinin, spontan abortus yapan ve genel popülasyondaki kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Broen ve arkadaşlarının (2006) makalesine göre abortustan 6 ay sonra kadınların anksiyete düzeyleri değerlendirildiğinde terapötik abortus sonrası anksiyete düzeyi yüksek olan kadınların oranı %47, spontan abortus yapan anksiyete düzeyi yüksek olan kadınların oranı ise %15 olarak belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda abortus sonrası kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri işlemden 10-14 gün sonra (24,116), 1 ay sonra (24) , 6 ay sonra (24, 82,116,117) ve 2 yıl sonra (82,116) değerlendirilmiştir. Çalışmamızda kadınların depresyon ve anksiyete düzeyleri işlemden bir gün sonra değerlendirilmiştir. Kadınlar uygulama öncesinde kendilerine verilen psikolojik desteğin çok az olduğunu ve çoğunluğu hemşirelerden psikolojik destek almak istediklerini ifade etmiştir (Tablo 4.1). Çalışmamızda kadınların depresyon ve anksiyete düzeylerinin literatüre oranla yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç kadınların abortus sonrası erken dönemde psikolojik açıdan değerlendirilmesinin önemini ve bu dönemde kadınların ihtiyaç duyduğu psikolojik desteğin hemşireler tarafından kadınlara sağlanması gerektiğini göstermektedir.

Kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen en önemli unsurlardan birisi de sahip oldukları sosyal destek sistemleridir. Literatürde, sosyal destek eksikliğinin ruhsal sorunlara ve ağrı, baş dönmesi, kramp gibi fiziksel sağlık problemlerine yol açabileceği vurgulanmaktadır (118-122). Bireylerin sosyal desteklerinin yeterli olması ruhsal ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (123-125).

Çalışmamızda terapötik abortus sonrası kadınların sosyal destek düzeyleri incelenmiş ve kadınların sosyal desteğinin orta derecede (52.6 ± 15.0) olduğu belirlenmiştir. Terapötik abortus sonrası kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyal desteğin alt ölçeklerinden aile ve arkadaş desteği arasındaki ilişki istatistiksel

olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).Terapötik abortus sonrası kadınların sosyal desteğin alt ölçeklerinden eş desteği ile kadınların yaşadıkları anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken, depresyon düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4.7).

Abortus öncesi gebelik döneminde sosyal desteği yeterli olan kadınların da abortus sonrası depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir (123,127). Bazı çalışmalar sosyal desteği düşük olan kadınların, abortus sonrası dönemde anksiyete, depresyon görülme olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir (83,126). Duygusal sosyal destek ile sağlıklı ve iyi olma hali arasında ilişki olduğu bilinmektedir (128). Yapılan bir çalışmada abortus sonrası duygusal sıkıntı yaşayan kadınlar incelenmiş ve sosyal destek yetersizliğinin nedeni olarak kadınların negatif duygularının olduğu belirlenmiştir (129). Abortus sonrası negatif duygusal sorunların oranı ile duygusal sosyal destek arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir (130). Çalışmalar abortus sonrası dönemde kadınların sosyal olarak desteklenmesinin bu dönemde önemli olduğunu vurgulamaktadır (132,132). Harris (2014)'in çalışmasına göre terapötik abortus yapan kadınların yaşadıkları stres, ilk trimester düşük yapan kadınlara göre daha yüksek olduğu ve abortusu reddeden kadınlarda ise bu stresin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda terapötik abortus öncesinde kadınların çoğunluğu (%76.7) karar verme aşamasında hemşirelerin yanlarında olmalarını istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.1).

Lauzon ve arkadaşları (2000) kadınların abortusa karar verme aşamasında %56.9'unun anksiyete yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Mukkavaara ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmada abortusa karar vermenin sürecin en zor aşaması olduğunu ve abortus için ilk tableti almanın en zor kısım olduğunu bulmuşlardır. Bunun aksine Holmgren ve Uddenberg (1994) ve Kero (2002) makalelerinde karar verme aşamasının çok zor olmadığını, abortusun kadınlar tarafından ağırlı bir yaşam olayı olarak görüldüğünü belirtmişlerdir. Abortusa karar verme aşamasında diğer önemli unsurlar ise ekonomik problemler ve dini değerlerdir (137-139). Goss (2002) sağlık profesyonellerinin abortusa karar verme aşamasında önemli bir rolü olduğunu ve bu dönemde desteklenmeyen kadınların psikiyatrik problemlerle karşılaşabileceğini belirtmektedir. Murphy ve arkadaşları (2000) karar verme sürecinde sağlık

profyonellerinin olduğu kadar kadının partnerinin, ailesinin ve arkadaşlarının da önemini vurgulamaktadır. Abortus öncesinde hemşirenin özellikle kadının sosyal desteğinin yetersiz olduğunu tanılaması önem kazanmaktadır. Helström ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada; kadının abortus kararı vermesine neden olan faktörler içinde en çok partneriyle kötü ilişkisinin olması (%42.3), ilişkilerinin kısa olması ve partnerinin çocuğu istememesi yer almaktadır. Mukkavaara ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada bütün abortus sürecinde partneri tarafından duygularının anlaşılması ve partner desteğinin sürecin sağlıklı geçirilmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır. Hallden ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada da aynı şekilde partner aile ve sağlık personeli tarafından abortus kararının kabul edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır.

Rizzardo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da kadınların %84.6'sının abortusa partnerleriyle karar verdikleri saptanmıştır. Kadınların abortusa partnerleriyle birlikte karar vermeleri ise sosyal desteklerinin artmasına ve yaşadıkları psikolojik sorunları azalttığı düşünülmektedir. Canario (2011) ve arkadaşlarının terapötik abortus sonrası kadınların partneri tarafından sağlanan sosyal desteğe bakılmış ve 6.aydaki sosyal destekleri 1.aydaki sosyal desteklerine göre daha yüksek çıkmıştır.

Wierzbicka ve Sokoloeska (2004) abortus sonrası psikolojik sorunların ortadan kalkmasında anahtar rol olarak partner desteğini vurgulamaktadır. Cozzarelli ve arkadaşları (2006) abortus sonrası psikolojik sorunlara başa çıkmak için en önemli kişinin partnerleri olduğunu belirtmektedir. Canario ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada, kadınların yalnız yaşaması, duygusal olarak yetersiz destek alması ve partnerleriyle abortus sonrası kötü ilişkileri olması gibi durumlar psikolojik sorunlar için risk faktör oluşturmaktadır.

Çalışmamızın sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda eş desteği ile anksiyete puanları ile anlamlı bulunmuş olup, depresyon puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar literatürle benzerlik göstermemektedir. Özellikle yapılan çalışmalar abortus sonrası dönemde kadınların en büyük desteği olarak kadınların eşlerini olduğunu vurgularken, bizim çalışmamızda daha çok aile desteğini ve arkadaş desteğini öne çıkarmaktadır. Bu sonuçlar bakımından çalışmamızda kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin literatüre oranla yüksek olmasının bir nedeni olarak da eş desteklerinin yetersiz olması görülebilmektedir.

Bundan dolayı terapötik abortus sonrası hemşirelerin kadınların sosyal destek sistemlerini belirleyerek, kadınlarda eksik olarak belirledikleri sosyal destek sistemlerinin de harekete geçirilmesi bakımından oldukça önemli rolleri bulunmaktadır.

Güvenli terapötik abortus uygulamasının yapılması, dikkatli abortus öncesi ön değerlendirme ve ön hazırlık sayesinde olmaktadır. Detaylı hikayenin alınması ve dikkatli fiziksel değerlendirmenin yapılması ile olası tıbbi hataları, abortus için komplikasyon olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi ve gebelik ayının değerlendirilmesiyle önlenmektedir (93). Abortus öncesi danışmanlığın uygun eğitim almış personel tarafından sağlanması, kadının abortus sonrası pişmanlık duymaması ve psikolojik yüklerini azaltmak için hayati önem taşımaktadır. Kadına kontrasepsiyon danışmanlığı verilerek kadının bu yöntemlerden kendine en uygun yöntemi seçmesiyle birlikte gelecekte istenmeyen gebeliklerin de önlenmesi sağlanmış olur (74). Çalışmamızda terapötik abortus uygulanan kadınların yarısından fazlası yatış sonrası ön değerlendirmesinin yapıldığını ifade etmişlerdir. Yatışları yapıldıktan sonra kadınların tamamına işlem hakkında bilgi verilmiştir. Terapötik abortus için yatışı yapılan kadınların yarısı işlem için ön hazırlık yapıldığını belirtmişlerdir. Kadınların çoğunluğu detaylı hikâyelerinin alındığını ve yarısından fazlası yatış sonrası fiziksel değerlendirmelerinin yapıldığını ifade etmişlerdir. Terapötik abortus yapılan kadınların tamamına yakını son adet tarihlerinin sorulduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.1). Terapötik abortus öncesi kadına verildiği ifade edilen hemşirelik girişimlerinin daha çok kadının medikal tedavisini tamamlayıcı girişimler olması nedeniyle, abortus sonrası kadınlarda tıbbi bir komplikasyon görülmemiştir. Fakat terapötik abortus öncesi kadınların hemşirelerden beklentilerine baktığımızda kadınlar psikolojik danışmanlık almak istediklerini, aile planlaması konusunda eğitim almak istediklerini, klinikle ilgili bilgilendirme yapılmasını istediklerini, uygulanan yöntemin riskleri ve işlem sonrası olası rahatsızlıklar hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.1).

Voetagbe ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin abortusta hemşirelik bakımına yönelik bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %90.5'i abortus öncesi kadınlara son adet tarihi sorulması gerektiğini bildiklerini ifade etmişlerdir. Abortus öncesi dönemde kontrasepsiyon ile

ilgili olarak kısa etkili yöntemleri %91.9'u bildiklerini, RİA uygulamasını %77.0'sinin bildiğini ve tüp ligasyonunu da %48.6'sının bildiğini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin %52.7'si abortusta danışmanlık verilmesi gerektiğini, %59.7'si abortus sonrası danışmanlığı verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda terapötik abortus sonrası dönemde kadınların çoğu taburculuk eğitiminde hemşirelerden danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.3).

Literatürde abortus sonrası danışmanlık içeriğinde; klinik vizitler ve abortus sonrası bakım, abortus prosedürlerinin riskleri, yararları ve alternatifleri hakkında bilgilendirme, abortus kararının gönüllü olduğunun kararlaştırılması ve kadınların ihtiyaç duydukları duygusal desteklerinin sağlanması yer almaktadır (143-149).

Gould ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada abortus sonrası danışmanlıkta; kadınların beklentilerini, ihtiyaçlarını ve deneyimleri ile ilgili bilgi sahibi olmak ve deneyimlerini etkileyen risk faktörlerini belirlemek hedeflemiştir. Çalışmanın sonucuna göre kadınların %68'i abortus danışmanlığı aldığını, kadınların sadece %4'ü danışmanlık hizmetinin yararlı olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir. Abortusa karar aşamasında kadınların %99'u hemşireler tarafından destek gördüklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda terapötik abortus uygulanan kadınların uygulama sırasında yarısına yakınına işlem süreci ile ilgili bilgi verildiği ve işlem sırasında ağrılarının kontrolünün sağlandığı bulunmuştur (Tablo 4.2).

Anderson ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada kadınların abortus sonrası dönemde, hemşirelerin profesyonel kimliğine uygun olarak kadının yanında bulunması, kadını dinlemesi ve iletişim kurmasının kadının ağrısının azaltılmasında tatmin edici bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçları

Çalışmaya katılan kadınların %70'inin çalışmadığı %38.3'ünün gelirlerinin yeterli olduğunu düşündüğü, kadınların yarısından fazlasının eşleri ve çocuklarıyla birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalamaları 28.6 (min-max: 19-43) olduğu, araştırmaya katılan kadınların tamamının evli olduğu ve ortalama evlilik sürelerinin 6.8 ± 4.5 yıl olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda terapötik abortus uygulanan kadınların %78.3'ü gebelikleri boyunca sigara içmedikleri fakat gebelikleri boyunca eşleri tarafından sigaraya maruz bırakılarak pasif içici olanların oranının %41.7 olduğu belirlenmiştir.

6.1.2. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınlara Uygulama Öncesi, Sırası, Sonrası ve Tabureculuk Eğitiminde Verildiği İfade Edilen Hemşirelik Girişimlerinin ve Kadınların Hemşirelerden Beklentilerine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılan kadınlara uygulama öncesi verildiği ifade edilen hemşirelik girişimlerinden uygulanacak yöntem hakkında bilgi verilmesi kadınların tamamına uygulandığı belirlenmiştir. Kadınların %95.0'ine son adet tarihlerinin sorulduğu, %78.3'ünün yatışlarından sonra ön değerlendirmelerinin yapıldığı, %80'inin detaylı hikayeleri alınmış olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %76.7'sinin uygulama öncesi hemşirelerden düşük kararı vermelerinde yanlarında olmalarını istedikleri belirlenmiştir. İkinci olarak kadınların %61.7'sinin aile planlaması konusunda eğitim almak istedikleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınlara uygulama sırasında verildiği ifade edilen hemşirelik bakım uygulamalarından işlem süreci ile ilgili bilgi verilmesi kadınların %48.3'üne uygulandığı belirlenmiştir. İşlem sırasında kadınların %46.7'sine ağrılarının kontrolü için hemşirelik bakımı verildiği, fakat işlem sırasında kadınların %53.3'ünün ağrılarının kontrolü için bakım almak istedikleri belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan kadınların %68.3'ünün işlem süresince psikolojik destek almak istedikleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların işlem sonrasında %60.0'mın vajinal kanamalarının değerlendirildiği, %55.0'mın ağrılarının kontrol altına alındığı belirlenmiştir. Kadınların %3.3'üne işlem sonrası siklusun geri döneceği zaman ile ilgili bilgi verilmiştir. Fakat kadınların %70.0'ı siklusun geri döneceği zaman ile ilgili bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların işlem sonrasında taburculuk eğitiminde kadınların %8.3'üne cinsel ilişkiye ne zaman başlamaları gerektiği, %6.7'sine olası enfeksiyonu nasıl engelleyebileceği ve enfeksiyon belirtileri ile ilgili bilgilendirme, %5.0'ına taburculuk sonrası kontrole ne zaman gelmesi gerektiği ile ilgili bilgi verildiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların işlem sonrası taburculuk eğitiminde kadınların %73.3'ü olası enfeksiyonu nasıl engelleyebileceği ve enfeksiyon belirtileri, %71.7'si cinsel ilişkiye ne zaman başlamaları gerektiği, %60'ı herhangi bir komplikasyon durumunda nereye başvurması gerektiği ile ilgili bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.

6.1.6. Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Puan Ortalamalarının Dağılımı ve Bu Puanların Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisine İlişkin Sonuçlar

Çalışmaya katılan terapötik abortus uygulanan kadınların sosyal destek puan ortalaması 52.6 olarak belirlenmiştir. Kadınların %61.7'sinin anksiyete yaşadığı, anksiyete puan ortalamalarının 10.8 ± 3.7 olduğu ve kadınların %85.0'i depresyon semptomlarını gösterdiği, depresyon ortalamalarının 10.4 ± 3.9 olduğu belirlenmiştir. Kadınların aile desteğiyle depresyon puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Aynı şekilde kadınların aile desteğiyle anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kadınların aile desteği arttıkça depresyon ve anksiyetelerinin azaldığı belirlenmiştir. Kadınların arkadaş desteği ile depresyon ve anksiyeteleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Kadınların arkadaş desteği arttıkça depresyon ve anksiyeteleri azaldığı belirlenmiştir. Kadınların özel insan desteği ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda kadınların düşük sayıları ile anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki

anlamli bulunmamıştır. Kadınların anksiyete puan ortalamaları yaş ilerledikçe azalma göstermektedir, fakat bu azalma istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadınların depresyon puan ortalamaları da yaşları ilerledikçe azalma göstermektedir fakat bu azalma anksiyeteye göre daha düşük bir azalmadır ve istatistiksel olarak anlamli saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kadının eğitim durumu ile anksiyete depresyon puan ortalamasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadının eşinin eğitim durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamalarına bakıldığında ilkokul ve ortaokul mezunu eşlerin eğitim durumları ile kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadının çalışma durumuna göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında ilişki anlamli bulunmamıştır ($p>0.05$). Kadının çocuk sahibi olma durumuna göre anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki anlamli saptanmamıştır ($p>0.05$). Kadının eğitim düzeyi ile sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Terapötik abortus uygulanan servislerde terapötik abortus öncesi, sırası, sonrası ve sonrasında taburculuk eğitiminin içeriğinde yer alması gereken hemşirelik bakım uygulamaları konusunda hemşirelerin farkındalığının artırılması ve temel prensiplerin öğretilmesi,
- Terapötik abortus uygulanan kadınlara; karar aşamasında hemşirelerin psikolojik olarak destek olmaları ve kadınların sosyal destek sistemlerini harekete geçirmeleri ile ilgili hemşirelerin bilinçlendirilmesi,
- Terapötik abortus uygulanan kadınların aile planlaması ile ilgili bilgi düzeyinin belirlenerek kadına uygun olabilecek aile planlaması yöntemi seçmesi konusunda hemşirelerin danışmanlık rollerinin güçlendirilmesi,
- Terapötik abortus uygulanan kadınların işlem sırasındaki ağrı kontrolüne yönelik olarak farmakolojik ve non farmakolojik yöntemleri etkin kullanabilmesi konusunda hemşirelerin bilinçlendirilmesi,

- Terapötik abortus uygulanan kadınlara taburculuk eğitiminde yer alması gereken konularla ilgili olarak hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Terapötik abortus uygulanan kadınların anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olması nedeniyle hemşirelerin kadınların bakımını bütüncül bir yaklaşım ile planlaması, fiziksel problemlerin çözümünün yanında psikolojik problemlerin önlenmesi için hemşirelerin kadınlara destek olması ve duygularını paylaşmaları için iletişim becerilerinin geliştirilmesi,
- Terapötik abortus sonrası hemşirelerin; kadının ailesi, arkadaşları ve eşini sürecin içine dâhil ederek, kadınların sosyal destek sistemlerini tanımalarına ve güçlendirmelerine ilişkin bilinçlendirilmesi,
- Terapötik abortus uygulanan kadınların yaşları arttıkça anksiyete ve depresyon düzeyleri düşmektedir. Hemşirelerin psikolojik olarak kadınları değerlendirme sürecinde genç yaştaki kadınları depresyon ve anksiyete açısından riskli grup olarak ele almaları konusunda bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Taşkın, L. (2012). Riskli gebelikler. Taşkın, L. (Ed.). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 232-235
2. Önderoğlu, L. S. (2010). Rekürren abortus. Kişnişçi, H. A., Gökşin, E., Durukan, T., Üstay, K., Ayhan, A., Gürgan, T ve diğerleri. (Ed.) *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1, 1312-1318. Güneş Kitabevi
3. Günalp, G. S., Tuncer, Z. S. (2007). *Kadın Hastalıkları ve Doğum, Tanı ve Tedavi*, Ankara: Palme Yayıncılık.
4. Cheng, L. (2008). Surgical versus medical methods for second-trimester induced abortion: RHL commentary. last revised, 1.
5. Özgünen, T. F. (2007). Abortus; düşükler: sınıflandırma, genel bilgiler ve klinik tablo. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 3(5), 1-6.
6. Scotchie, J. G., Fritz, M. A. (2006). Early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics and Gynecology*, 26(9), 1-7.
7. Geis, W., Branch, D., W. (2001). Obstetric implications of antiphospholipid antibodies: pregnancy loss and other complications. *Clinical obstetrics and gynecology*, 44(1), 2-10.
8. Bernstein, P. S., Rosenfield, A. (1998). Abortion and maternal health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63, S115-S122.
9. Cunningham, F. G. Mac Donald, P.C., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hankins, G.D.V., Clark, S.L., (Ed.) *Williams Obstetrics. 20th ed.* Connecticut: Appleton & Lange; 1997. p.579-606.
10. Methods Of Midtrimester Abortion. Acog Technical Bulletin.(1987);109:10.
11. Stubblefield, P. G., Carr-Ellis, S., ve Borgatta, L. (2004). Methods for induced abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 104(1), 174-185.
12. Demir, S.C. (2005). Gebelik Sonlandırmaları, 1.Trimester Yasal Tahliyeleri, İleri gebelik sonlandırmaları. Güner H, ed. *Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi*. Ankara: Güneş Kitabevi; .1463-82.
13. Rayburn, W. F., Laferla, J. J. (1986). Mid-gestational abortion for medical or genetic indications. *Clinics in obstetrics and gynaecology*, 13(1), 71-82.

14. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük dayandığı Kanunun Tarihi: 24.5.1983, No: 2827 Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi 18.12.1983, No: 18255.
15. American College of Obstetricians and Gynecologist: Methods of Midtrimester Abortion. Technical Bulletin no. 109, October 1987.
16. Başer, İ., Güngör, S.(2006). Abortion; Spontan gebelik kaybı. Beksaç, M., S, Demir, N., Tuncer, Z., S., Hassa, H., Tıraş, M., B., Yaralı, H. ve diğerleri. *Jinekoloji; Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite Jinekolojik Onkoloji*, Öncü Basımevi, Ankara, 304-317
17. Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C. Y., Dashe, J. (2014). *Williams Obstetrics 24/E. McGraw Hill Professional*.
18. Lohr, P. A. (2008). Surgical abortion in the second trimester. *Reproductive health matters*, 16(31), 151-161.
19. Costa, L.L.F., Hardy, E., Osis, M.J.D., Faúndes, A. (2005). Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: Women's experiences in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 13(26), 139–146.
20. McCoy, J. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 37–48.
21. "Düşük Sonu Bakım Yönetim Rehberi" T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara,2014
22. Wells, N. (1992). Reducing Distress During Abortion: A Test Of Sensory Information. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1050–1056.
23. Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 929-958.
24. Steinberg, J. R., Russo, N. F. (2008). Abortion and anxiety: what's the relationship?. *Social Science & Medicine*, 67(2), 238-252.
25. Cogle, J. R., Reardon, D. C., Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: a cohort study of the 1995 National Survey of Family Growth. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 137-142.

26. Fergusson, D. M., John Horwood, L., Ridder, E. M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24.
27. Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General hospital psychiatry*, 27(1), 36-43.
28. Pedersen, W. (2008). Abortion and depression: a population-based longitudinal study of young women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 424-428.
29. Rees, D. I., Sabia, J. J. (2007). The relationship between abortion and depression: new evidence from the fragile families and child wellbeing study. *Medical Science Monitor Basic Research*, 13(10), CR430-CR436.
30. Taft, A. J., Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8(1), 75.
31. Schmiede, S., Russo, N. F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *Bmj*, 331(7528), 1303.
32. Gold, K. (2007). Navigating Care After A Baby Dies: A Systematic Review Of Parent Experiences With Health Providers. *J Perinatol*;27:230-7.
33. Hunceld, J., Taselaar-Kloos, A., Agterberg, G., Wladimiro, J., Passchier, J. (1997). Trait Anxiety, Negative Emotions, And The Mother's Adaptation To An Infant Born Subsequent To Late Pregnancy Loss: A Case Controlled Study. *Prenat Diagn*;17:843-51.
34. Iles, S., Gath, D. (1993). Psychiatric Outcome Of Top For Foetal Abnormality. *Psychol Med* 23:407-413
35. Salvesen, K., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U., Eik-Nes, S. (1997). Comparison Of Long-Term Psychological Responses Of Women After Pregnancy Termination Due To Fetal Anomalies And After Perinatal Loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 9:80-5
36. Geerinck-Vercammen, C., Kanhai, H. (2003) Coping With Termination Of Pregnancy For Fetal Abnormality In A Supportive Environment. *Prenat Diagnosis*, 23:543-548

37. Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., Van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M. ve diğerleri. (2005). Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenatal diagnosis*, 25(3), 253-260.
38. Klier, C., Geller, P., Ritsher, J. (2002) Affective Disorders In The Aftermath Of Miscarriage: A Comprehensive Review. *Arch Womens Ment Health*;5:129–149.
39. Lee, C., Slade, P.(1996) Miscarriage As A Traumatic Event: A Review Of The Literature And New Implications For Intervention. *J Psychosom Res* ;40:235–244.
40. Armstrong, D., Hutti, M. (1998) Pregnancy After Perinatal Loss: The Relationship Between Anxiety And Prenatal Attachment. *Jogn Nurs*;27:183–189.
41. Cote-Arsenault, D. (2007) Threat Appraisal, Coping and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss. *Nurs Res*;56:108-16.
42. Mathews, T., Macdorman, M. (2007) Infant Mortality Statistics From The 2004 Period Linked Birth/Infant Death Data Set. *National Vital Statistics Reports*;55:1-32.
43. Armstrong, D. (2002) Emotional Distress And Prenatal Attachment In Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal Nurse Scholarsh*;34:393-405
44. Tsartsara, E., Johnson, M. (2006) The Impact Of Miscarriage On Women's Pregnancy-Specific Anxiety And Feelings Of Prenatal Maternal-Fetal Attachment During The Course of a Subsequent Pregnancy: An Exploratory Follow-Up Study. *J Psychosom Obstet Gynecol*; 27:173-82.
45. Canário, C., Figueiredo, B., Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion: a six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(3), 262-275.
46. Wierzbicka, E., Sokoloeska, J. (2004). Effectiveness of post-abortion syndrome counselling in New York area. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 561–580.
47. Mukkavaara, I., Öhrling, K., Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5), e720-e725.
48. Black, R. B. (1989). A 1 and 6 month follow-up of prenatal diagnosis patients who lost pregnancies. *Prenatal diagnosis*, 9(11), 795-804.

49. Statham, H., Solomou, W., Chitty, L. (2000). Prenatal diagnosis of fetal abnormality: psychological effects on women in low-risk pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(4), 731-747.
50. New Shorter Oxford English Dictionary, 5 th edition. Trumble, W., R., Stevenson, A.(Ed.). New York, *Oxford University Press*, 2002, s.7.
51. Wilcox, A. J., Weinberg, C. R., O'Connor, J. F., Baird, D. D., Schlatterer, J. P., Canfield, R. E. ve diğerleri. (1988). Incidence of early loss of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 319(4), 189-194.
52. Gracia, C. R., Sammel, M. D., Chittams, J., Hummel, A. C., Shaunik, A., & Barnhart, K. T. (2005). Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 993-999.
53. Benirschke, K., Kaufmann, P. (2000). Pathology of the human placenta, 4th edition, New York, Springer- Verlag.
54. Carrell, D. T., Wilcox, A. L., Lowy, L., Peterson, C. M., Jones, K. P., Erickson, L. ve diğerleri. (2003). Elevated sperm chromosome aneuploidy and apoptosis in patients with unexplained recurrent pregnancy loss. *Obstetrics & Gynecology*, 101(6), 1229-1235.
55. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği. (2001). Management of recurrent early pregnancy loss Practice Bulletin. No: 24
56. Dranitsaris, G., Johnston, M., Poirier, S., Schueller, T., Milliken, D., Green, E. ve diğerleri. (2005). Are health care providers who work with cancer drugs at an increased risk for toxic events? A systematic review and meta-analysis of the literature. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 11(2), 69-78.
57. Garmel, S. H. (2003). Early pregnancy risks. DeCherney, A. H., Nathan, L. Current obstetric & gynecologic diagnosis & treatment. 9th Ed. *International edition: McGraw-Hill*, 272-285.
58. Tongsong, T., Srisomboon, J., Wanapirak, C., Sirichotiyakul, S., Pongsatha, S., Polsrisuthikul, T. (1995). Pregnancy outcome of threatened abortion with demonstrable fetal cardiac activity: a cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(4), 331-335.

59. Eddleman, K. A., Malone, F. D., Sullivan, L., Dukes, K., Berkowitz, R. L., Kharbutli, Y., D'Alton, M. E. (2006). Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstetrics & Gynecology*, 108(5), 1067-1072.
60. Johns, J., Jauniaux, E. (2006). Threatened miscarriage as a predictor of obstetric outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 107(4), 845-850.
61. Weiss, J. L., Malone, F. D., Vidaver, J., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H. ve diğeri. (2004). Threatened abortion: a risk factor for poor pregnancy outcome, a population-based screening study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 190(3), 745-750.
62. Wijesiriwardana, A., Bhattacharya, S., Shetty, A., Smith, N., Bhattacharya, S. (2006). Obstetric outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester. *Obstetrics & Gynecology*, 107(3), 557-562.
63. Koltan, S. O. (2007). Habitüel Abortusun Araştırılması ve Tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 3(5), 32-38.
64. Ürünsak, İ. F., Ünal, E. A., Güzel, A. B., Kadayıfçı, O. (2007). Septik Abortus. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Medical Sciences*, 3(5), 25-31.
65. Demir, S. C. (2007). Medikal ve Cerrahi Terapötik Abortus. *Türkiye Klinikleri Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(5), 49-57.
66. Chia, K. V., Ogbo, V. I. (2002). Medical termination of missed abortion. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 184-186.
67. Shelley, J., Bayly, C. (2005). Termination of pregnancy: *A resource for health professionals*.
68. Yayla, M., (2005).Fetus Hakları, *Perinatoloji Dergisi Supplement 1:2(1)*.
69. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük,(1983), T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı.
70. American College of Obstetricians and Gynecologist. (1987).Methods of Midtrimester Abortion. *Technical Bulletin no. 109, October*
71. Gamble, S. B., Strauss, L. T., Parker, W. Y., Cook, D. A., Zane, S. B., Hamdan, S., Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Abortion surveillance—United States, 2005. *MMWR Surveill Summ*, 57(13), 1-32.
72. Aksu, F., Oral, E., Yedigöz, V., Atasü, T., Kazancıgil, A. (1998). Terapötik abortus. *Cerrahpaşa Journal of medicine*, 29(4), 175-179.

73. Rayburn, W. F., Laferla, J. J. (1986). Mid-gestational abortion for medical or genetic indications. *Clinics in obstetrics and gynaecology*, 13(1), 71-82.
74. Lee, V. C., Ng, E. H., Ho, P. C. (2010). Issues in second trimester induced abortion (medical/surgical methods). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(4), 517-527.
75. Department of Health. Abortion statistics, England and Wales: 2008. *Statistical Bulletin 2008/1*. London: Crown, 2008.
76. Henshaw, R., Naji, S., Russell, I., Templeton, A. (1994). Psychological Responses Following Medical Abortion (Using Mifepristone And Gemeprost) And Surgical Vacuum Aspiration: A Patient-Centered, Partially Randomized Prospective Study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 73, 812-818.
77. Russo, N. F., Denious, J. E. (2001). Violence in the lives of women having abortions: Implications for practice and public policy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2), 142.
78. Major, B., Richards, C., Cooper, M. L., Cozzarelli, C., Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: an integrative model of adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 74(3), 735.
79. Ring-Cassidy, E., Gentles, I. J. (2002). Women's health after abortion: the medical and psychological evidence (Vol. 15). *DeVeber Institute for Bioethics and Social Research*.
80. Terzioğlu, F., Zeyneloğlu, S., Vefikuluçay Y., D., Türk, R., Gözükara, F., Taşkin, L. (2010). İsteğe Bağlı ve Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 17(1).
81. Warsop, A., Ismail, K., Iliffe, S. (2004). Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. *Psychology, health & medicine*, 9(3), 306-314.
82. Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. ve diğerleri. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of general psychiatry*, 57(8), 777-784.

83. Coleman, P. K. (2006). Resolution of unwanted pregnancy during adolescence through abortion versus childbirth: Individual and family predictors and psychological consequences. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(6), 903-911.
84. Soderberg, H., Janzon, L., Slosberg, N-O (1998). Emotional distress following induced abortion: A study of its incidence and determinants among adoptees in *Malmö, Sweden. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 79, 173–178.
85. Coleman, P. K., Coyle, C. T., Rue, V. M. (2010). Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *Journal of pregnancy*. 1-10
86. Reich, J.A., Brindis, C.D. (2006). Conceiving risk and responsibility: A qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *International Journal of Men's Health*, 5(2), 133–152.
87. Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: A clinical study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(2), 168–174.
88. Corbet-Owen, C. (2003). Women's perception of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African Journal of Psychology*, 33(1), 19–27.
89. Murphy, F. (1998). The experience of early spontaneous abortion from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325–332.
90. Murphy, F., Jordan, S., Jones, S. (2000). Care of women having termination of first trimester pregnancy. *Clinical British Journal of Nursing* 9(21), 2235–2241.
91. Helström, L., Odling, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., Ekblom, A. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 31(6), 405-410.
92. Ho, P.C., Ng, E. H. Y. (2009). Prevention of unsafe abortion in Asia Oceania region. *Asia & Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology*,
93. Ho, P.C., Ng, E., H., Y. (2009). Prevention of unsafe abortion in Asia Oceania region. *Asia & Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology*,
94. World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP) IP. (2008). Family planning: a global handbook for providers. *Baltimore and Geneva, CCP and WHO*,

95. World Health Organisation. (2012). Depression a Hidden Burden, http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf?ua=1
96. International Planned Parenthood Federation. (2012). Comprehensive abortion care: *Guidelines and tools for clinics*.
97. Goodman, S., Hendlish, S. K., Reeves, M. F., Foster-Rosales, A. (2008). Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion. *Contraception*, 78(2), 143-148.
98. Reeves, M. F., Smith, K. J., Creinin, M. D. (2007). Contraceptive effectiveness of immediate compared with delayed insertion of intrauterine devices after abortion: a decision analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 109(6), 1286-1294.
99. Roberts, H., Silva, M., Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.
100. Stanwood, N. L., Grimes, D. A., Schulz, K. F. (2001). Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(11), 1168-1173.
101. Ngoc, N. T. N., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T. B., Dabash, R., Diop, A., ve diğ erleri. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: mifepristone+ misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83(5), 410-417.
102. Hou, S., Zhang, L., Chen, Q., Fang, A., Cheng, L. (2010). One-and two-day mifepristone–misoprostol intervals for second trimester termination of pregnancy between 13 and 16weeks of gestation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(2), 126-130.
103. Patel, U., Chauhan, K., Singhi, S., Kanani, M. (2013). Second trimester abortion-mifepristone and misoprostol or misoprostol alone?. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 2(3), 315-319.
104. Sitruk-Ware, R., Davey, A., Sakiz, E. (1998). Fetal malformation and failed medical termination of pregnancy. *The Lancet*, 352(9124), 323.

105. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.
106. Aydemir, Ö.(1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4).
107. Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41
108. Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 17-25.
109. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
110. Reardon, D. C., Cogle, J. R. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study. *BMJ*, 324(7330), 151-152.
111. Reardon, D. C., Cogle, J. R., Rue, V. M., Shuping, M. W., Coleman, P. K., Ney, P. G. (2003). Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1253-1256.
112. Gilchrist, A. C., Hannaford, P. C., Frank, P., Kay, C. R. (1995). Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, 167(2), 243-248.
113. Broen, A. N., Moum, T., Bødtker, A. S., Ekeberg, Ö. (2004). Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, 66(2), 265-271.
114. Schmiede, S., Russo, N. F. (2005). Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study. *Bmj*, 331(7528), 1303.
115. Rizzardo, R., Magni, G., Desideri, A., Cosentino, M., Salmaso, P. (1992). Personality and psychological distress before and after legal abortion: a

- prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 13(2), 75-91.
116. Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., ve Suslow, T. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study. *Archives of women's mental health*, 12(4), 193-201.
 117. Davies, V., Gledhill, J., McFadyen, A., Whitlow, B., Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound in obstetrics & gynecology*, 25(4), 389-392
 118. Cohen, S., Janicki- Deverts, D. E. N. I. S. E. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(6), 1320-1334.
 119. Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
 120. Burns, V. E., Drayson, M., Ring, C., Carroll, D. (2002). Perceived stress and psychological well-being are associated with antibody status after meningitis C conjugate vaccination. *Psychosomatic medicine*, 64(6), 963-970.
 121. McDade, T. W., Hawkey, L. C., Cacioppo, J. T. (2006). Psychosocial and behavioral predictors of inflammation in middle-aged and older adults: the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 376-381.
 122. Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
 123. Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., Mueller, P. M. (1990). Perceived social support, self-efficacy, and adjustment to abortion. *Journal of personality and social psychology*, 59(3), 452.
 124. Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, 53(1), 74-99.

125. Kawachi, I., Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban health*, 78(3), 458-467.
126. Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186.
127. Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, 19(9), 637-643.
128. Israel, B. A., Rounds, K. A. (1987). Social networks and social support: A synthesis for health educators. *Advances in Health Education and Promotion*, 2, 311-351.
129. Kimport, K., Foster, K., Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 43(2), 103-109.
130. Rocca, C. H., Kimport, K., Gould, H., Foster, D. G. (2013). Women's Emotions One Week After Receiving or Being Denied an Abortion in the United States. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 45(3), 122-131.
131. Negron, R., Martin, A., Almog, M., Balbierz, A., Howell, E. A. (2013). Social support during the postpartum period: mothers' views on needs, expectations, and mobilization of support. *Maternal and child health journal*, 17(4), 616-623.
132. Green, B. L., Rodgers, A. (2001). Determinants of social support among low-income mothers: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 29(3), 419-441.
133. Harris, L. F., Roberts, S. C., Biggs, M. A., Rocca, C. H., Foster, D. G. (2014). Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC women's health*, 14(1), 76.
134. Lauzon, P., Roger-Achim, D., Achim, A., Boyer, R. (2000). Emotional distress among couples involved in first-trimester induced abortions. *Canadian Family Physician*, 46(10), 2033-2040.
135. Mukkavaara, I., Öhrling, K., Lindberg, I. (2012). Women's experiences after an induced second trimester abortion. *Midwifery*, 28(5), e720-e725.

136. Holmgren, K., Uddenberg, N. (1994). Abortion ethics-women's post abortion assessments. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 73(6), 492-496
137. Kero, A. (2002). *Paradoxes in legal abortion: A longitudinal study of motives, attitudes and experiences in women and men*. Umea University Dissertation, Umea, Sweden.(Doktora Tezi)
138. Harvey, S. M., Beckman, L. J., Branch, M. R. (2002). The relationship of contextual factors to women's perceptions of medical abortion. *Health care for women international*, 23(6-7), 654-665.
139. Calabretto, H. (2005). Emergency contraception: a qualitative study of young women's experiences. *Contemporary nurse*, 18(1-2), 152-163.
140. Goss, G. L. (2002). *Pregnancy Termination*. *Awhonn Lifelines*, 6(1), 46-50.
141. Halldén, B. M., Christensson, K., & Olsson, P. (2009). Early abortion as narrated by young Swedish women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 23(2), 243-250.
142. Voetagbe, G., Yellu, N., Mills, J., Mitchell, E., Adu-Amankwah, A., Jehu-Appiah, K., ve diğ erleri. (2010). Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana. *Human resources for health*, 8(1),
143. Baker, F. M. (1995). Misdiagnosis among older psychiatric patients. *Journal of the National Medical Association*, 87(12), 872.
144. Baker, A., Beresford, T. (2009). Informed consent, patient education, and counseling. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*, 48-62.
145. Breitbart, V. (2000). Counseling for medical abortion. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(2), S26-S33.
146. Ely, G. E. (2007). The Abortion Counseling Experience. *Best Practices in Mental Health*, 3(2), 62-74.
147. Harris, A. A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(2), 105-112.
148. Moore, A. M., Frohwirth, L., Blades, N. (2011). What women want from abortion counseling in the United States: A qualitative study of abortion patients in 2008. *Social work in health care*, 50(6), 424-442.

149. Gould, H., Perrucci, A., Barar, R., Sinkford, D., Foster, D. G. (2012). Patient education and emotional support practices in abortion care facilities in the United States. *Women's Health Issues*, 22(4), 359-364
150. Gould, H., Foster, D. G., Perrucci, A. C., Barar, R. E., Roberts, S. (2013). Predictors of abortion counseling receipt and helpfulness in the United States. *Women's Health Issues*, 23(4), e249-e255.
151. Andersson, I. M., Gemzell-Danielsson, K., Christensson, K. (2014). Caring for women undergoing second-trimester medical termination of pregnancy. *Contraception*, 89(5), 460-465.

EKLER

Ek 1. Anket Formu

‘TERAPÖTİK ABORTUS UYGULANAN KADINLARIN ABORTUS SONRASI ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN VE HEMŞİRELİK BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ’ BAŞLIKLIL ARAŞTIRMA İÇİN

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmacının açıklaması

Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük) uygulanan kadınların düşük sonrası anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin ve bu konuda hemşirelik bakım gereksiniminin belirlenmesi amacı ile bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi; ‘Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük) Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi’dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, terapötik abortus (tıbbi düşük) yapılan kadınların anksiyete, depresyon ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu konudaki hemşirelik bakım gereksinimlerini belirleyerek kadınların bu konudaki sorunlarının en aza indirilmesidir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz araştırmacı Cansu Akdağ tarafından yanıtlanmanız için size form verilecektir. Çalışma sırasında araştırmacı tarafından size verilecek olan formu doldurmanız istenecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde araştırmacı ile ilişkinizde herhangi bir

değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Katılımcının Açıklaması

Sayın Cansu Akdağ tarafından ‘Terapötik abortus (tıbbi düşük) uygulanan kadınların abortus sonrası anksiyete, depresyon, sosyal destek düzeylerinin ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.) Ayrıca eğitimime ve yaşantıma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırma sırasında araştırmayla ilgili bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Cansu Akdağ’ı (312)3051580 (iş) veya (554)5386987 (cep) no’ lu telefonlardan ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Samanpazarı / Ankara adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun araştırmacı ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı, soyadı: Cansu AKDAĞ

Adres: Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Altındağ/ANKARA

Tel:05545386987

İmza:

Prof. Dr. Füsun Terzioğlu

Ar. Gör. Cansu Akdağ

ANKET FORMU

I. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:
2. Medeni durumunuz?
 - Evli
 - Bekar
3. Eğitim düzeyiniz nedir?
 - İlkokul/ ortaokul
 - Lise
 - Önlisans
 - Lisans ve üstü
4. Eşinizin/Partnerinizin eğitim düzeyi nedir?
 - İlkokul/ ortaokul
 - Lise
 - Önlisans
 - Lisans ve üstü
5. Kan grubunuz nedir?

-
6. Eşinizin kan grubu nedir ?
-

7. Çalışma durumunuz?
 - Çalışıyorum
 - Çalışmıyorum
 - Diğer(Açıklayınız)...
8. Gelir düzeyiniz?
 - Yeterli
 - Yetersiz
 - Kısmen yeterli
9. Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?
 - Eş
 - Çocuk
 - Anne-Baba

- Eşinizin anne-babası
- Diğer (Açıklayınız)...

10. Kaç yıldır evlisiniz/birliktesiniz :

11. Eşinizle/partnerinizle akrabalık durumu var mı ?

- Evet
- Hayır (13. Soruya geçiniz.)

12. Akrabalık derecesi nedir ?

.....

13. Düşük yapma nedeniniz nedir ?

.....

14. Düşük yapma şekli nedir ?

.....

15. Herhangi bir komplikasyon gelişti mi ?

.....

16. GEBELİK ÖYKÜSÜ

Gebelik Tarihi	Gebelik Haftası	Kontrol gitme zamanı ve sayısı	Doğum Şekli	Doğumu Kimin/Nerede Gerçekleştirdiği	Yenidoğanın Cinsiyeti	Yenidoğanın Sağlık Durumu

17. ALIŞKANLIKLARI

Alışkanlıkları	Tüketilen miktar/ gün	Süre
Sigara		
Alkol		
Uyuşturucu madde kullanımı		
Diğer		

18. HEMŞİRELİK BAKIMI ALMA DURUMU

<u>Kadının yaşadığı sorunlar</u>	<u>Verilen Hemşirelik Bakımı</u>	<u>Hemşirelerden beklentileriniz</u>
Düşük öncesi		
<input type="checkbox"/> Öndeğerlendirme <input type="checkbox"/> Ön hazırlık <input type="checkbox"/> Detaylı hikaye <input type="checkbox"/> Fiziksel değerlendirme <input type="checkbox"/> Gebelik ayını değerlendirme <input type="checkbox"/> Son adet tarihin sorgulanması <input type="checkbox"/> Aile planlaması konusunda eğitim <input type="checkbox"/> Klinikle ilgili bilgilendirme <input type="checkbox"/> Psikolojik danışmanlık hizmetinin verilmesi <input type="checkbox"/> Duygularını paylaşması için kadın, eşi ve ailesiyle iletişime geçmesi <input type="checkbox"/> Memelerden süt gelme ihtimaline karşı memelerini uyarmaması söylenir. <input type="checkbox"/> Genel sağlık durumu <input type="checkbox"/> Hangi yöntem uygulanacak <input type="checkbox"/> Riskleri <input type="checkbox"/> Olası rahatsızlıklar		

Düşük sırasında		
<input type="checkbox"/> İşlem sırasında hastaya işlem süreci ile ilgili bilgi verilmesi <input type="checkbox"/> Ağrı kontrolü <input type="checkbox"/> İşlem sırasında hastaya psikolojik destek sağlanması		
Düşük Sonrasında		
<input type="checkbox"/> Vajinal kanama değerlendirilmesi <input type="checkbox"/> Aile planlaması konusunda eğitim <input type="checkbox"/> Ağrının kontrol altına alınması <input type="checkbox"/> Misoprostol yan etkilerini gözleme <input type="checkbox"/> Yoğun ağrı <input type="checkbox"/> İki haftadan uzun süren kanama <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Titreme <input type="checkbox"/> İşlem sonrası için bir sonraki adeti ne zaman görürsünüz.		
Taburculuk Eğitimi		
<input type="checkbox"/> Herhangi bir komplikasyon olursa nereye başvurması gerektiği <input type="checkbox"/> Enfeksiyonu nasıl engellersiniz ve belirtileri nelerdir <input type="checkbox"/> Cinsel ilişkiye ne zaman başlaması gerektiği <input type="checkbox"/> Çalışmaya ne zaman başlaması gerektiği <input type="checkbox"/> Beslenmesi <input type="checkbox"/> Hangi ilaçları, nasıl alması gerektiği(gerekli ise) <input type="checkbox"/> Genel perine hijyeni		

Ek 2. HAD ÖLÇEĞİ (Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman,
- Birçok zaman,
- Zaman zaman, bazen,
- Hiçbir zaman.

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar,
- Pek eskisi kadar değil,
- Yalnızca biraz eskisi kadar,
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil.

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli,
- Evet, ama çok da şiddetli değil,
- Biraz, ama beni endişelendiriyor.
- hayır hiç öyle değil.

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar,
- Şimdi pek o kadar değil,
- Şimdi kesinlikle o kadar değil,
- Artık hiç değil.

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman,
- Birçok zaman,
- Zaman zaman, ama çok sık değil,
- Yalnızca bazen.

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman,
- Sık değil,
- Bazen,
- Çoğu zaman.

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle,
- Genellikle,
- Sık değil,
- Hiçbir zaman.

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

- Hemen hemen her zaman,
- Çok sık,
- Bazen,
- Hiçbir zaman.

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman,
- Bazen,
- Oldukça sık,
- Çok sık.

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle,
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum,
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum,
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla,
- Oldukça fazla,
- Çok fazla değil,
- Hiç değil.

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar,
- Her zamankinden biraz daha az,
- Her zamankinden kesinlikle daha az,
- Hemen hemen hiç.

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık,
- Oldukça sık,
- Çok sık değil,
- Hiçbir zaman.

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla,
- Bazen,
- Pek sık değil,
- Çok seyrek.

Ek 3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Aşağıda 12 cümle ve her cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, eş akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, eş akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, eş, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, eş, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) Kesinlikle evet

Ek 4. Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

06 Mart 2014

Sayı : 16969557 -232

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 12.02.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/03
Proje No : GO 14/73 (Değerlendirme Tarihi 22.01.2014, 12.02.2014)
Karar No : GO 14/73 - 33

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu Cansu AKDAG'ın tezi olan GO 14/73 kayıt numaralı ve "Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Yaşadıkları Sorunların ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 11. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | 12. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sokmensüer (Üye) | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Leyla Dinc (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal (Üye) | 16. Av. Meltem Onurlu (Üye) |

Ek 5. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Birimi İzin Yazısı



HACETTEPEÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ

06100 Sıhhiye-Ankara
Tel: 0 (312) 324 2013-305 1580-1447
Fax: 0 (312) 312 7085
E-posta:hemsirelikfakultesi@hacettepe.edu.tr

Sayı : 51986023 / 161

03.02.2014

Sağlık Hizmetleri Birimleri

Yönetim Kurulu Başkanlığına

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Prof. Dr. Füsün Terzioğlu'nun sorumlu araştırmacısı olduğu yüksek lisans öğrencisi Cansu Akdağ'ın "Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Yaşadıkları Sorunların ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının Şubat 2014-Haziran 2014 tarihleri arasında Hastanenizde yapılabilmesi konusunda izinlerinizi ve bilgilerinizi saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Fatma Öz

Lisansüstü Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Füsün Terzioğlu


Doğum ve Kadın Hast. Hem

Anabilim Dalı Başkanlığı

**Ek 6. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İzin Yazısı**

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :74897384/
Konu :Araştırma İzni
Cansu AKDAĞ

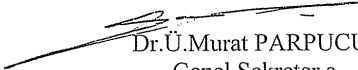
T. C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
11.03.2014 11:11 Giden No: 7449


HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi

İlgi: a) Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin 19.02.2014 tarih ve 51986023/362 sayılı yazısı

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cansu AKDAĞ'ın "Terapötik Abortus Sonrası Kadınların Yaşadıkları Sorunların ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu çalışmasını Birliğimize bağlı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr.Ü.Murat PARPUCU
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

DAĞITIM

- Etlik Zübeyde Hanım EAH
- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi