



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TERMİNASYON ÖNCESİ GEBELERİN KAYGI
DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

MERVE YARDİBİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi SİBEL DOĞAN

İSTANBUL-2018

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi çalışmam süresince konumun belirlenmesi ve yürütülmesi sırasında benden bilimsel katkı ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Sibel Doğan'a,

Tez çalışmam sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. ebeleri, hemşireleri ve doktorlarına,

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, hayatımın her anında olduğu gibi eğitim ve tez dönemimde de yanımda olan ve beni her zaman destekleyen kıymetli annem ve babama,

Her zaman yüzümü güldüren ve motive eden çok kıymetli kardeşim İsmail Enes Yardibi' ye,

Tez yazım döneminde yaşadığım sıkıntılarda yanımda olan beni motive eden ve büyük desteğini gördüğüm sevgili eşim Fırat GEYLANI' ye,

Çalışmayı kabul eden tüm gebelere sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ	3
4.GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Gebelik	5
4.2. Gebeliğe Bağlı Gelişen Değişiklikler.....	5
4.2.1. Birinci Trimester.....	6
4.2.2. İkinci Trimester.....	7
4.2.3. Üçüncü Trimester	7
4.3. Fetal Anomaliler.....	7
4.3.1. Fetal Anomali Tanımı:.....	7
4.3.2. Major ve Minor Anomaliler:.....	9
4.4. Prenatal Tanı:	9
4.4.1. Prenatal Tanı Yöntemleri.....	10
4.4.1.1. İnvaziv Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri	11
4.4.1.1.1. Ultrasonografi:.....	11
4.4.1.1.2. Biyokimyasal Testler.....	12
4.4.1.2. İnvaziv Olan Tanı Yöntemleri	12
4.4.1.2.1. Amniyosentez.....	13
4.4.1.2.2. Koryonil Villus Örneklemesi (CVS).....	13
4.4.1.2.3. Perkütan Umblikal Kan Örneklemesi.....	13

4.4.2. Prenatal Teşhis Sonrası	13
4.5. Terminasyon (Gebelik Sonlandırılması) Nedir?	14
4.5.1. Endikasyonlar	14
4.5.2. Tıbbi Düşük (Medikal abortus)'ün cerrahiye göre avantajları ve dezavantajları:	17
4.5.3. Gebelik Tahliyesi ve Terminasyonun Ülkemizdeki Yasal Durumu:	19
4.6. Dinler Açısından Gebeliğin Sonlandırılması	20
4.6.1. İslam:	20
4.6.2. Hristiyanlık:	20
4.6.3. Musevilik	21
4.6.4. Budizm	21
4.7. Fetal Anomaliye ve Genetik Sonlandırmaya Karşı Tepkiler	21
4.8. Terminasyon Kararı Sonrası Kaygı	22
4.8.1. Kaygı:	22
4.8.1.1. Kaygının Özellikleri	23
4.8.2. Kaygı Çeşitleri	23
4.8.3. Kaygının Belirtileri	23
4.8.3.1. Bilişsel Belirtiler	24
4.8.3.2. Fizyolojik Belirtiler	24
4.8.4. Kaygı Düzeyleri	25
4.8.5. Kaygının Nedenleri	25
4.9. Terminasyonda Kaygı Nedenleri	26
4.10. Terminasyon Sürecinde Hemşirenin Rollerini	27
5. MATERYAL VE METOT	29
5.1. Araştırmanın Tipi	29
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	29
5.4. Araştırmanın Uygulanması.....	29
5.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
5.6. Veri Toplama Araçları.....	30
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	31
6.BULGULAR.....	32
7.TARTIŞMA	43
8. SONUÇ.....	51
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER.....	61
11. ETİK KURUL ONAYI.....	66
12. ÖZGEÇMİŞ.....	69

KISALTMALAR

AFP	: Alfa Feto Protein
B-HCG	: Beta Human Chorionic Hormon
CVS	: Koryonil Villus Örneklemesi
D&C	: Dilatasyon ve Küretaj
D&E	: Servikal dilatasyon ve Evaküasyon
D&X	: Dilatasyon ve ekstraksiyon
GİS	: Gastro İntestinal Sistem
KCL	: Potasyum Klorür
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KYG	: Kayıp Yaşayan Grup
KYOG	: Kayıp Riski Olan Grup
MR	: Menstrüel Regülasyon
MSAFP	: Maternal Serum Alfa Feta Protein
MTX	: Metotraksat
PAPP-A	: Pregnancy Associated Plasma ProteinA
PGE	: Prostaglandin E
RCOG	:Royal College of Obstetricians and Gynaecologist
TDK	: Türk Dil Kurumu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USG	: Ultrasonografi

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Medikal ve Cerrahi Düşüklerin Özellikleri.....	17
Tablo 6.1. Gebelerin Tanıtı Özellikleri.....	31
Tablo 6.2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri.....	32
Tablo 6.3. Terminasyon Öncesi Gebelerin Hisleri ve Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumları.....	33
Tablo 6.4. Terminasyon Öncesi Gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği Puanları.....	33
Tablo 6.5. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Terminasyon Öncesi Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	34
Tablo 6.6. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Terminasyon Öncesi Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	35
Tablo 6.7. Gebelerin Terminasyon Öncesi Hisleri ve Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumlarına Göre Durumluluk Kaygı Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karşılaştırılması.....	36

1.ÖZET

TERMİNASYON ÖNCESİ GEBELERİN KAYGI DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma terminasyon öncesi gebelerin kaygı düzeyinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmış bir çalışmadır. Çalışma İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Ağustos 2017- Şubat 2018 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin prenatal tanı ve tedavi ünitesine terminasyon kararı verilen ve bu kararı kabul edip, Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatırılan gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu gebelerden, iletişim ve mental problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak, gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikleri ile gebeliğe ilişkin duygu düşüncelerini içeren bir anket formu ve Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde; verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Çalışmada gebelerin; %53'ünün 26-34 yaşları arasında, %30.1'inin ilköğretim mezunu, %92'sinin eşiyle akraba olmadığı, %31.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %80.7'sinin isteyerek gebe kaldığı, %95.2'sinin daha önce infertilite tedavisi görmediği, %59'unun terminasyon öncesi üzüntü yaşadığı ve %49.4'ünün psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. Gebelerde terminasyon nedeni incelendiğinde, ilk sırada genetik anomalilerin (%31.4), ikinci sırada ise beyin ve sinir sistemi anomalilerinin (%25.3) yer aldığı görülmüştür. Çalışmada gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puan ortalamalarının 60.71±11.56 olduğu ve yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, terminasyon öncesi gebelerin psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve desteklenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Fetal Anomali, Kaygı, Terminasyon

2.ABSTRACT

EVALUATION ANXIETY LEVEL OF PREGNANT WOMEN IN PRE- TERMINATION

This research is a study aimed at examining the anxiety level of pre-termination pregnancies. Study was conducted in an obstetrics and gynecology service of a university hospital in Istanbul. The research foundations were made between August 2017 and February 2018, within six months period. In this research we have analyzed pregnant women who accepted this decision and stayed in Gynecology and Obstetric Services. Whereas the sample of the researcher are the ones who do not have communication and mental problems and accept to participate in the study. A survey form and state anxiety scale were used as data gathering means in this study, including descriptive and obstetric characteristics of pregnancies and thoughts about pregnancy. In the evaluation of research data; descriptive statistics of the data are given as percentage values, arithmetic mean, standard deviation, median, minimum and maximum values. Shapiro- wilk normality test was used to determine whether the data showed normal distribution. During comparison of two independent groups Mann-Whitney U test was used since the values do not exhibit normal distribution and Kruskal Whitney test was used for nominal data. In this study; 53% between 26-34 years of age, 30.1% primary school graduate, 92% not related to her husband, 31.3% first pregnancy, 80.7% willingly pregnant, 95.2% no previous infertility treatment, 59.0% sad pre-termination, 49.4% they need psychological support. The genetic abnormalities are the first order with 31.4% of the women who accepted termination, brain and nervous system anomalies are the second with 25.3%. The study concluded a high level of anxiety and the average score of the state anxiety scale was 60.71 ± 11.56 . Recommendations were made in line with the results received in the study. According to the results of the study the pregnant women should be evaluated and supported psychologically while pre- termination.

Keywords: , Anxiety, Fetal Anomaly, Pregnancy, Termination,

3.GİRİŞ

Gebelik her birey için özel bir dönemdir. Gebelik süreci yaklaşık olarak 40 haftadan oluşur ve ortalama olarak üçer ayı içeren üç trimestera ayrılır (1,2). Gebelik olağan koşullarda bile her bir trimesterde kadında biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı, buna bağlı kaygı ve stres faktörlerinin de arttığı bir süreçtir. Kimi durumlarda ise bu süreç daha sıkıntılı bir hal alabilmekte. Gebelik sağlıklı bir şekilde devam edememektedir. Gebelik sürecinde tıbben istenmeyen durumlarda gelişebilmektedir. Bu durumlardan önemli bir grubu anomaliler oluşturmaktadır. Anomali; tıpta normalden farklı gelişim gösterme demektir. Fetal anomali, fetüsün yapısı, şekli ve fonksiyonunun normal olmaması beklenen standart tipten ve normalden farklı olmasıdır (3).

Günümüzde prenatal tanı testleriyle pek çok anomali gebeliğin erken döneminde tespit edilebilmektedir (4). Her bir gebelik trimesterında, o trimestera özgü yapılan rutin testler ve gerekli durumlarda yapılan diğer testler ile fetüste gelişen veya gelişmekte olan sorunları saptamak mümkündür. Prenatal tarama ve fetal anomali teşhisi çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde prenatal bakımın bir parçasıdır. Fetal anomali saptanan gebeliklerde gebeliğin erken ya da geç aşamasında da olsa tıbben gebeliğin sonlandırılması kararı alınmaktadır. Gebelik terminasyonu adı verilen bu durum; annenin sağlığına ve hayatına zarar vermeden, fetal viabilite kazanılmasından önce gebeliğin medikal veya cerrahi biçimde sonlandırılmasıdır (5).

Terminasyon kadınların hayatında önemli bir olaydır. Terminasyon sonrasında erken veya geç dönemde kadınlarda psikolojik sorunların oluştuğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda buna bir çok etkenin olduğu saptanmıştır. Gebeliğin ileriki haftalarında terminasyon kararını almak çok daha fazla zorlaşmakta ve bu kararı veren gebelere etkisi de daha fazla olmaktadır (6,7). Fetal anomali nedeniyle geç gebelik sonlandırılması malformasyonun tipine, gebelik haftasına, kanunlara göre farklılıklar göstermektedir. Bazı ülkeler her ne olursa olsun gebelik sonlandırmayı yasaklamışken bazı ülkeler bunu 24 haftayla sınırlandırmıştır. Bazı ülkelerde ise doğuma kadar uygulanmaktadır. Ülkemizde nüfus planlaması hakkındaki kanunlara

göre gebelik eğer 10 haftayı geçmiş ise ve gebeliğin devamı annenin yaşamına zarar veriyorsa veya anomali yaşam ile bağdaşmıyorsa kadın doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgularına dayanan gerekçeli bir rapor ile gebelik sonlandırılır. Hafta sınırlaması yoktur (8).

Terminasyon kararı iletildikten sonra aileleri zor bir karar süreci beklemektedir. Bazı aileler gebeliğin her koşulda devamına karar verirken bazıları terminasyon kararını kabul ederler. Terminasyon kararı verirken, ailelerin özellikle anne adayının psikolojik, dini, kültürel ve maddi özellikleri bu karara etki eder. Fakat her ne olursa olsun bu kararı vermek aile için çok üzücü ve zordur (9). Fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırma kararı veren çiftler yalnızca gebeliğin kaybı ile değil bilinçli olarak verdikleri sonlandırma kararı ile de yüzleşirler (10). Gebelik sonlandırma kararı sonrasında çiftlerin suçluluk, kayıp ve pişmanlık duygusunu yaşaması kaygıya ve travmalara neden olur (9). Prenatal tanılama ile anomalili bebeğin erken tespitinin yapılıp özellikle gebelik belirtileri ortaya çıkmadan gebelik sonlandırıldığında ailenin ve anne adayının yaşadığı zorlu psikolojik süreçler azalabilmektedir. İlerleyen gebelik haftalarında fetüsün tahliyesi çok daha zor hale gelir, bu sebeple en erken dönemde güvenilir prenatal tanı ve danışmanlık hizmetlerine ihtiyaç vardır (11). Özellikle terminasyon kararıyla birlikte anne adayına yönelik psikolojik değerlendirme ve destekleyici psikolojik yaklaşımların rutin bakım hizmetlerinin içine entegre edilmesi oldukça önemlidir (9).

Bu kapsamda bu çalışma; terminasyon önerilen ve terminasyonu kabul eden gebelerin kaygı durumunun incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu konuda literatürün oldukça sınırlı olması nedeniyle çalışmamızın sonuçlarını terminasyon sürecindeki gebe ve ailelere yönelik planlanacak uygulamalara katkı vereceği düşünülmektedir.

4.GENEL BİLGİLER

4.1. Gebelik

Hayatta verilebilecek en büyük kararlardan bir tanesi de bebek sahibi olmaktır. Neslin devamını sağlama düşüncesinin yanında anne olma duygusu kadınların yaşamında ayrıcalıklı bir öneme sahiptir. Gebe ve ailesi gebelik dönemi boyunca farklı deneyimler yaşar. Bu deneyim, kadının fizyolojik ve psikososyal dengesinin bozulmasına, rollerinin değişmesine, ebeveynlik rolüne uyum sağlamaya çalışmasına neden olan bir dizi yaşam krizlerine sebep olabilir (12). Gebeliğe uyum süreci her kadında farklılık gösterir. Anne adayları bilinmeyen bir doğum olayından dolayı kaygı ile beklerken, yeni bir canlı dünyaya getirecek olmanın gururunu da yaşar (13).

4.2. Gebeliğe Bağlı Gelişen Değişiklikler

Gebelik uterusun ağırlık artışı, serviks, vulva ve vajinada kanlanmanın artışı memelerde büyüme, kilo alımında artış, kan hacmi ve eritrosit sayısındaki artış gibi başta genital sistem olmakla birlikte tüm sistemlerde değişikliklere neden olmaktadır (14).

Gebelikte en sık yaşanan fizyolojik yakınmalar: Sık idrara çıkma, bulantı-kusma, iştah artması-azalması, mide yanması, koku hassasiyeti, konstipasyon, diyare, hemoroid, ödem, bel ağrısı, yorgunluk, sıkıntı hissi ve uykusuzluktur (15).

Fizyolojik açıdan yaşanan değişimler gebeleri çoğu zaman psikolojik açıdan da etkiler. Örnek vermek gerekirse; mide bulantıları fazla olan bir gebenin gebeliği kabullenmesini, gebelik sürecinde alınan kilolarda beden imajını olumsuz şekilde etkileyebilir (14). Gebelik her birey için özel bir dönemdir. Bu döneme uyum süreci de her kadının geçmiş deneyimlerine göre farklılıklar göstermektedir. Sosyo-ekonomik koşullar da çoğu zaman gebeliğin kabulünde önemli bir faktör olmaktadır (2).

Gebelik süreci 40 haftayı kapsar ve ortalama olarak üçer aydan oluşan üç bölüme ayrılır. Bu bölümlere trimester adı verilir. Her bir trimester kadın için farklı bir dönüm noktasıdır (16).

4.2.1. Birinci Trimester

Genel olarak yeni duruma uyum sürecidir (17). Bu sürecin sonunda kadının başarması gereken şey gebeliği kabul etmek ve trimester sonunda gebe olduğunu ifade edebilmektir. Gebeliği isteyen ve normal görenlerin adaptasyonu daha hızlı gerçekleşmektedir (18).

Birinci trimesterde yaşanan değişimler kadında ambivalan duygulara neden olur. Örneğin; menstruasyonun kesilmesi, mide bulantıları, çabuk yorulma, memelerde hassasiyet gibi fiziksel değişimler gebeyi psikolojik anlamda yormaktadır. Gebenin bir yandan umut bir yandan korku hissetmesine sebep olmaktadır (19).

Bu dönemde çok sık duygusal dalgalanmalar meydana gelir. Çok iyi hissediyor gibi görünürken ağlama krizleri başlayabilir. Bu değişim kadının yakın çevresi tarafından şaşkınlık yaratabilir (18).

Birinci trimesterin sonunda gebeliğin kabullenildiğini gösteren belirtiler ise (1) ;

- Gebe olmaktan hoşlanmak,
- Gebelikle gelen fiziksel rahatsızlıkları tolere etmek,
- Özgüven, umut, gebe ve ailesinin gebelik ve doğumla baş edebileceği duygusuna sahip olduğunu göstermektedir.

Gebeliğin kabullenilmediği ya da sıkıntının olduğunu gösteren belirtiler (1);

- Üzüntü ve mutsuzluk,
- Fiziksel değişikliklerden dolayı bunalma,
- Gebeliğinden dolayı yaşamın kötüleşeceği duygusu,
- Sürekli kendisini hasta hissetme duygusu,
- Gebeliğinden dolayı sürekli pişmanlık yaşanmasıdır.

4.2.2. İkinci Trimester

Bu süreçte ruhsal problem riski en düşüktür ve gebeler fizyolojik olarak da en çok bu dönemde rahattırlar (19). Kadınların çoğu bu döneme geçtiğinde gebeliği kabullenmiştir. Anne adayları bu dönemde fetüsle daha sıkı bağ kurmakta ve bebekle ilgili bilgiler öğrenme konusunda da isteklidir (17). Annenin soyut olarak kabullendiği fetüsün hissedilir hal alması, ultrasonografi (USG) ile görüntülenmesi kalp sesini duyabilmesi anne tarafından fetüsü somut kavram haline getirir. Fetüs ile bağ kuran anne adayları doğacak bebek için endişelenir, buna bağlı olarak yediği besinleri, yaşadığı çevreyi, çevresel olayları-faktörleri, çalıştığı işini daha fazla irdeler. Olumsuz gördüğü yaşantılara karşı ilgisi azalır (18).

4.2.3. Üçüncü Trimester

Bu süreçte gebe durumu kabullenmiş fetüs ile bir önceki dönemde bağ kurmuş olmasına rağmen yine de doğum korkusu yaşar (18). Bu korku ve kaygı günler geçtikçe artabilir. Bebeğin sağlıklı doğup doğmayacağına ilişkin kaygılar ön plana çıkar ve anne adayları yakın çevresinden destek bekler (17). Gebe, doğumun bir an evvel gerçekleşmesini ve haftalardır beklediği bebeğine sağlıklı kavuşmak, kucağına almak ister (20).

4.3. Fetal Anomaliler

4.3.1. Fetal Anomali Tanımı:

Anomali; tıpta normalden farklı gelişim gösterme demektir (anormallik). Normalin dışında kalan her türlü durumu belirtmek için kullanılır. İnsan vücudunun çoğu parçası gelişimsel sürecin 2-8. haftaları arasında oluşur. Bu aralık aynı zamanda gelişimin olumsuz faktörlerden negatif olarak etkileneceği önemli bir zaman dilimidir (21). Bu süreçte yaşanan olumsuzluklar fetal anomalilere neden olabilmektedir.

Fetal anomali, fetüsün yapısı, şekli ve fonksiyonunun normal olmaması beklenen standart tipten ve normalden farklı olmasıdır (3). Fetal anomaliler embriyonik dönemde ki patolojik gelişimden kaynaklanmaktadır. Patolojik gelişim doğuştan, sonradan veya her ikisinin kombinasyonu şeklinde olabilmektedir. (21).

Anomalili embriyolar veya konseptuslar genellikle implante olamaz, ya da implantasyon sonrasında ölürlür. Ancak az bir kısmı da olsa gelişmeye devam edebilir ve anomalili bebekler olarak doğarlar (21). Yaşayan yenidoğanların %2- 3'ünde doğumda veya yaşamın ilk aylarında tespit edilebilen major anomaliler vardır. Bazı anomaliler erken tespit edilemez, genellikle yaşamın ilk beş yılı içerisinde tespit edilir. Bazı iç anomaliler fizyolojik rahatsızlık yaratmaz ve tesadüfen cerrahi, radyografik tetkikler veya otopsi sırasında tespit edilir (21).

Konjenital anomaliler gelişmiş ülkelerde yenidoğan ölümlerinin ana sebebidir (22). Konjenital anomaliler doğuştan var olan, yapısal, fonksiyonel ve biyokimyasal bozukluklardır (11). Konjenital anomalilerin rehabilitasyonu zor, tedavisi masraflıdır. Aileye ve topluma maddi manevi yükler getiren önemli sağlık problemlerindendir (23). Henüz nedeni bilinmeyen bir çok anomali vardır. Bu oran yaklaşık olarak anomalilerin %40'ına tekabül eder (21). İnsan anomalilerinin etiolojisinde genellikle kalıtsal faktörler, çevresel faktörler veya her ikisinin kombinasyonu görülmektedir (21). Pediatrik polikliniğe yapılan başvuruların %30' unu doğumsal defekte sahip çocuklar oluşturmaktadır. Ayrıca bu problemler hayatın en başında başlar ve çoğu kişi yıllarca bakıma muhtaç kalır. Bu insanların, ailelerinin ve toplum üzerinde çok büyük bir yük vardır (24).

Fetal anomaliler oluş dönemlerine ve etiyolojik etmenlere göre 4 gruba ayrılır:

- a)Malformasyonlar
- b)Deformasyonlar
- c)Disrupsiyonlar
- d)Displaziler

a) Malformasyonlar: Malformasyon yapının oluşmaya başladığı başlangıç aşamasında ortaya çıkar. Birincil olarak organın veya dokunun normal gelişim hatası veya morfogenezinin hatasıdır. Organogenez defektidir. Organogenez gebeliğin 8-10. haftasında tamamlanmaktadır (25). Malformasyonlar tek başına görülebildikleri gibi diğer anomalilerle beraberde görülebilirler (3). Yarı damak dudak, ensafolesel, gelişimsel kalça displazisi malformasyonlara örnektir.

b) Deformasyonlar: Vücutun bir bölgesinin fetüsün hareketini azaltan bir faktör sebebi ile anormal bir şekil almasıdır (26). Başlangıçta normal gelişmekte olan organ ve vücudun dışarıdan veya içeriden baskıya uğraması ile ortaya çıkan sekonder değişiklikler meydana gelir (3). Deformasyonlar genellikle doğum sonrası dönemde düzelir. Pes ekinovarus ve yüzde yassılaşıma deformasyonlara örnektir.

c) Disrupsiyonlar: Vücutun veya organın gelişiminin büyük bir kısmı başlangıçta normal seyretmektedir. Fakat gelişim sürmekteyken herhangi bir dış sebeple gelişimin sekteye uğraması veya bozulması sonrasında ortaya çıkan morfolojik defektlerdir (27). Disrupsiyonlar genellikle çevreseldir. Amniyotik band disrupsiyonlara örnektir.

d) Displaziler: Bir diğer adıyla gelişim bozukluğudur. Doku içindeki hücrelerin anormal organizasyonunun neden olduğu morfolojik defektlerdir (26). Hemen hemen tüm displaziler majör mutant gen sonucu oluşmaktadır. Displazi hayat boyu dismorfik değişiklikler üretmeye devam edebilirler (25).

4.3.2. Major ve Minor Anomaliler:

Majör anomaliler hayatı tehdit ederler veya hayatın ilerleyen zamanlarında yaşam kalitesini sınırlandırır. Down Sendromu ve XXY sendromları hariç, majör anomalilere 3000 canlı doğumda bir rastlanmaktadır (3). Örnek olarak merkezi sinir sistemi malformasyonları, genitouriner sistem malformasyonları ve gastrointestinal sistem malformasyonları verilir. Minör anomaliler ya tedaviye gerek görülmeden ya da küçük müdahalelerle düzeltilebilen ve az rastlanılan değişikliklerdir (11). İki veya daha fazla minör anomalinin varlığı bize majör bir defektin ya da sendromun olabileceğini gösterir.

4.4. Prenatal Tanı:

Gelişmekte olan fetusun fonksiyonel anormalliklerini tanımlamada kullanılır. Doğum öncesi prenatal tanı yöntemi ile tespit edilen hastalıklar sayesinde aileye fetüsün durumu hakkında danışmanlık yapılabilmekte, doğum veya terminasyon

planlanabilmektedir (4). Tüm yenidoğanların yaklaşık %2 - 3'ünde doğumda fark edilen majör bir anormallik vardır.

Konjenital anormalliklerin pediatrik popülasyonun sağlığına büyük etkileri vardır ve bunlar neonatal ölümün major bir nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla prenatal tanı obstetri ve pediatri arasında önemli bir köprüdür, aynı zamanda spesifik olarak hem tıbbi hem sosyal hem de psikiyatrik ihtiyaçları olan bir hasta grubuyla ilgilidir. Birçok fetal anomali prenatal olarak tanımlanabilir ve teknoloji sürekli artan sayıda prenatal tedavi seçeneği sunmaktadır (22). Bu teknolojik avantajlar testle ilgili endişe duyma, sonuçları bekleme ve gebeliği sonlandırma kararını seçme şeklinde psikolojik stresleri de beraberinde getirir. Diğer olgularda prenatal tanı, doğumun optimum şartlarda yapılmasına ya da gebeliğin sonlandırılmasının değerlendirilebilmesine olanak sağlamaktadır (28).

Prenatal tanı testleri ile anomalili bebeğin en erken dönemde tespit edilip, gebeliğin tahliyesinin sağlanması özellikle gebelik belirtileri ortaya çıkmadan önce tamamlandığında ailenin psikolojik olarak rahatlamasını sağlar. Kromozom anomalisi tespit edilen fetüsün tahliyesi ilerleyen gebelik dönemlerinde çok daha zor hale gelir, bu sebeple en erken dönemde güvenilir sonuçlar veren tarama testlerine ihtiyaç vardır (29).

Prenatal tanı tipik olarak 3 major hasta kategorisinin değerlendirilmesini içerir (28):

- Genetik ya da konjenital bozukluk açısından yüksek risk taşıyan fetuslar
- Sık görülen konjenital anormallikler için riski bilinmeyenler.
- Ultrasonografik olarak yapısal ya da gelişimsel anormallikleri olduğu tespit edilen fetuslar.

4.4.1. Prenatal Tanı Yöntemleri

Prenatal tanı invaziv olan (girişimsel) ve invaziv olmayan testler olarak ikiye ayrılır (30).

İnvaziv Olmayan: USG ile yapılan, anneden alınan kanın biyokimya incelemesiyle ve diğer testlerde yapılan çalışmalardır (31).

İnvaziv Olan: Fetüsün bulunduğu ortamdan doku, hücre alınarak yapılan çalışma yöntemidir (31).

4.4.1.1. İnvaziv Olmayan Prenatal Tanı Yöntemleri

4.4.1.1.1. Ultrasonografi:

Kullanımı 1950'lerden itibaren olsa dahi anomalileri tarama amaçlı 1970-1980 arası yaygınlaşmıştır. Anne ve fetüse herhangi bir yan etkisi olmaması sebebiyle nerdeyse tüm gebeliklerde kullanılmaktadır. Fetus sayısı, amniyotik sıvı miktarı, plasenta yerleşimi, fetal kardiyak aktivite, gebelik haftası, uterin veya pelvik anomaliler ve bunların yanında konjenital anomalilerin tespitinde de faydalıdır. Ayrıca diğer prenatal tanımlar içinde kılavuz olmaktadır (21).

Günümüzde ultrasonografi konjenital anomalilerin prenatal teşhisinde en önemli araçtır. Çoğu gelişmiş ülkede rutin ultrasonografi, prenatal bakımın bir parçası haline gelmiştir. Rutin ultrasonografik inceleme gebeliğin ilk 3 ayında ve fetal anomali tarama amaçlı gebeliğin 18 - 20. haftalarında yapılmaktadır. Rutin ultrasonografik inceleme yapan ülkelerde, konjenital majör anomalilerinin %74'ü, minor anomalilerin %46'sı tespit edilebilmektedir (22). Çoğu anomalilerin sağlıklı ve herhangi bir risk faktörü bulunmayan kadınlarda meydana gelmesinden dolayı İngiltere'de Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG,1997) seçilmiş vakalardansa, fetal anomali taramasının rutin olarak tüm hastalara teklif edilmesini öngörmektedir (32).

Ultrasonografik incelemede değerlendirilecek yapılar; baş, spinal kord, kalp, abdomen ve iskelet sistemidir (33). Sonraki gebelik haftalarında daha net görüntülenebilen hipoplastik kalp sendromu, serebral ventrikülomegali gibi fetal anomaliler 20. Gebelik haftası civarı yapılan anomali taramasında görüntülenemeyebilmektedir. Aile bu konuda bilgilendirilmeli, en iyi ultrasonografi cihazı ile bile görülemeyeceği anlatılmalıdır. Ancak ultrasonografi yapan kişinin deneyimi, aletin rezolüsyon özelliği ve gebelik haftası çok önemlidir (34).

4.4.1.1.2. Biyokimyasal Testler

a) Erken Tarama Testi

Pregnancy Associated Plasma Protein-A (PAPP-A) down sendromu tanısı için ilk trimester belirteçidir. Beta human Koryonik Gonadotropin (B-hCG) ile birlikte kullanılıp yaş faktörü de göz önüne alınıp yapılan hesaplamalarda 8-13. Haftalar arasında %50-60 oranında duyarlılık elde edilir (31).

b) Maternal Serum Taraması

Maternal serumda alfa feta protein (AFP) düzeyinin artmış olmasının nöral tüp defekti ve bazı anomalilerin belirlenmesinde güvenilir bir belirteç olduğu tespit edilmiştir. ‘hcG, serbest (bağlanmamış, unkonjuge) estriol (UE3), PAPP-A fetal defektleri tespit etmede yararlılığını arttırmak için maternal serum taramaya eklenmiştir (21). Ultrasonografi yerini alıncaya dek nöral tüp defektinin tespitinde maternal serum AFP taraması primer tetkik olmuştur (21). Serum taraması annede endişe yaratabilir. Maternal serum alfa feta protein (MSAFP) düzeyi yüksekliği nedeniyle oluşan kaygı amniyosentez yapılarak farklı bir tetkikle normal kabul edilen sonuçlar elde edildiğinde azalmaktadır (35).

4.4.1.2. İnvaziv Olan Tanı Yöntemleri

İnvaziv olan tüm girişimler fetüs için risk yaratabilir. Fetal yaralanma veya ölüm ile sonuçlanabilir. Bu sebeple girişim ve komplikasyonları hakkında aileye bilgi verilmeli ve mutlaka onamı alınmalıdır (4).

İnvaziv testler için prenatal tanı endikasyonları:

- İleri anne yaşı,
- USG’de anomali saptanması,
- Ailede genetik hastalıkların olması,
- Biyokimyasal taramalarda risk saptanmış olması,
- Ebeveynlerin gen hastalığı veya taşıyıcı olması,
- Önceki çocuklarda kromozom bozukluğu, doğum anomalisi görülmüş olmasıdır.

4.4.1.2.1. Amniyosentez

Prenatal tanı amacıyla kullanılan en eski ve günümüzde hala en sık kullanılmakta olan yöntemdir. Ayrıca fetal tedavi yöntemi olarak da kullanılmaktadır (36). Bu yöntem gebeliğin 10. haftası ve doğum arasında ki tüm gebelik haftalarında uygulanabilmektedir. Standart genetik amniyosentez ise sık olarak gebeliğin 16-18. haftalarında yapılır (36).

4.4.1.2.2. Koryonil Villus Örnekleme (CVS)

Koryon villusundan alınan küçük bir örnekle kromozom yapısı incelenebilir, DNA veya biyokimya analizleri yapılabilir. Elde edilen en küçük koryon villus materyalinin sağladığı hücre sayısı, 50 ml amniyon sıvısının hücre sayısından çok daha fazladır ki bu da prenatal tanıyı oldukça kolaylaştırır (36). Bu yöntemle elde edilen hücre kültürleri sitogenetik, biyokimyasal temeli olan malformasyonlar amniyosentez ile prenatal olarak tespit edilebilir (21).

4.4.1.2.3. Perkütan Umbilikal Kan Örnekleme

Fetal kan, ilerleyen gebelik haftasında umbilikal kordondan elde edilir. Geç dönemde uygulanması bir dezavantaj olmasına rağmen kısa sürede sonuç alınması nedeniyle geç kalınmış olgularda sıkça uygulanır (31). Elde edilen örnek bir takım hematolojik, immünolojik, mikrobiyolojik ve diğer yönlerden taranabilir (21).

4.4.2. Prenatal Teşhis Sonrası

Prenatal tanı teknikleri geliştikçe beraberinde başka sorumluluk ve sıkıntıları getirmiştir (37). Konjenital anomali riski taşıyan hastalara genetik danışmanları hastalığın sonuçları, gelişim ve aktarım ihtimalleri ile aktarımı önleme yolları hakkında bilgilendirirler. İdeal olan ise bu bilgilerin gebelik öncesi verilmesi ve çiftin bilinçli olarak çocuk doğurmaya karar vermesi sağlanmalıdır. Prenatal teşhisin ardından ise fetüsün tahliye edilebileceği aileye söylenmelidir (38). Bu oldukça zor bir süreçtir çünkü kişisel nedenler, dini inançlar ve kültürel özellikler gereği bazı çiftler prenatal olarak anomali varlığını ve tahliyeyi reddederler. Fetal anomali sebebiyle terminasyon uygulanan bir çok ülkede prenatal teşhis multidisipliner merkezlerde

konulur. Terminasyon kararını obstetrisyenler, pediatristler, genetikçiler, çocuk cerrahları, patologlar ve psikiyatristler verir. Gerekli görülen durumlarda terminasyon çiftlere önerilir, asla diretilmez. Fetal anomali ürkütücüdür, derecesi ne olursa olsun çiftlerde kaygıya yol açar ve psikolojik destek ihtiyacı doğurur (37).

4.5. Terminasyon (Gebelik Sonlandırılması) Nedir?

Gebelik terminasyonu, annenin sağlığına ve hayatına zarar vermeden, fetal canlılığın başlamasından önce gebeliğin medikal veya cerrahi biçimde sonlandırılmasıdır.

4.5.1. Endikasyonlar

1. Doğumda veya çocukluk döneminde ortaya çıkacak, yaşam ile bağdaşmayan anomalilerin varlığı veya önemli fiziksel ve zihinsel hastalıklar ile ilişkili anomalisi olan gebelikler,
2. Fetal ölümler,
3. Annenin yaşamını tehdit eden durumlar (Kronik hastalıklar, gebelik psikozu, hipertansif vasküler hastalıklar) (5).

Geç dönem gebelik sonlandırma insidansları ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Geç gebelik sonlandırma endikasyonları genellikle şunlardır:

- Geç fark edilen gebelik,
- Sonlandırma istemekte gecikme,
- Fetal anomali tanısı,
- Hastanın durumunun beklenmedik şekilde değişmesi ve buna bağlı tahliye kararı alması (eşlerin ayrılması gibi).

Ancak endikasyonlar arasında genel bir gözlem yapıldığında büyük çoğunluğu fetal anomali tanısını almış olmalarıdır (39).

Gebeliğin sonlandırılmasında tıbbi düşük amaçlı çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları;

- Antiprogestin: Mifepristone
- Antimetabolit: Methotrexate ve
- Prostaglandin analogu: Misoprostoldur.

Kanada’da gebelik terminasyonu için tek başına Misoprostol veya Misoprostolü takiben metotraksat (MTX) dışında başka hiçbir ilaç endike değildir. Creinin ve Darney 1993’te MTX ektopik gebelik tedavisinde başarılı olunca erken gebelik terminasyonlarında da kullanma fikri doğmuştur. Cerrahi abortuslara kıyasla daha az efektiftir ancak gerçekleşen sayısız tıbbi düşük yöntemin etkin ve güvenilirliğini ortaya çıkarır.

Misoprostol: Oral ve vaginal kullanılabilir. Oral uygulama bulantı ve ishal gibi GİS sorunlarını ortaya çıkarır. Prostaglandin E (PGE) analogudur. Etki olarak uterus kontraksiyonlara ve serviksin olgunlaşarak gevşemesine neden olmaktadır. Misoprostol ucuz olması, kolay ulaşılabilirliği gibi nedenlerden dolayı sıkça kullanılmaktadır. Ancak Prostaglandin E’nin servikal olgunlaştırma amacıyla ruhsatlandırılmamış olması ilacın kullanımını kısıtlamaktadır (40).

Fetüse gebeliğin 23. Haftasından sonra terminasyon işlemi öncesi fetosit işlemi uygulanmalıdır (Fetal kalp aktivitesinin sonlandırılması). Fetosit USG eşliğinde fetüsün kalbine Potasyum Klorür (KCI) enjekte edilerek kalp aktivitesi durdurulur. Doğum eyleminin başlatılmasında ise öncelikle gebeliğin haftasına göre ayarlanmış olan misoprostol dozu ile serviks olgunlaştırılır ve sonrasında oksitosin ile uterus kontraksiyonları başlatılır. Gebeliğin sonlandırılmasının ardından gerekli durumlarda küretaj yapılarak uterusu kalan dokular boşaltılarak işlem bitirilir (41).

Tıbbi ya da sosyal nedenlerle devamı istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için uygulanan yöntemlerden biri indükte abortus yöntemidir. Bunlar gebelik haftalarına göre değişik yöntemleri kapsamaktadır. Gebeliğin ilk 4-6 haftalık olduğu

durumlarda Menstrüel Regülasyon (MR) denen ve aspirasyon enjektörü kullanılarak yapılan uygulama kişiye en az zarar veren uygulamadır. Bu dönemden sonra vakum aspirasyon uygulanarak yapılan yine benzer bir enjektör (Karmen) ile yapılan abortus işlemi için son sınır 10-11 hafta olmaktadır. Bu haftayı aşmış gebeliklerde özel aspiratörler ile servikal dilatasyon ve evaküasyon (D&E) işlemi yapılabilir. 13 haftayı aşmış gebeliklerde uygun olan doğum şeklinde servikal olgunlaştırma sonrası indüksiyon metotlarının uygulanmasıdır. Bunun için prostoglandin preparatlarının, antiprogesteron preparatlarının kullanımı ya da intraservikal özel balon kullanımı en yaygın uygulamalardır. Servikte oluşan olgunlaşmadan sonra uterin kontraksiyon sağlayan oksitosin ya da prostaglandinlerin kullanımı en fazla seçilen yöntemlerdir (42).

Birinci trimester gebelikleri gibi ikinci trimester gebeliklerinin sonlandırılmasında da cerrahi yöntemler kullanılabilir. Fakat 2. Trimester gebeliklerde fetal-plesental ünitelerin geniş olması, artmış uterin kan akımı gibi sebepler işlemi komplike hale getirmektedirler. Bu sebeple günümüzde gebeliği sonlandırmak için prostoglandinler tercih edilmektedir. Ülkemizde ve birçok gelişmiş ülkede en sık kullanılan prostoglandin misoprostoldür. Misoprostol intravaginal, intraservikal, oral, sublingual ve rektal yollar ile kullanılabilirler (43). Tıbbi düşüklüklerin olası yan etkileri (44):

- Ağrı,
- Kanama,
- Bulantı, kusma, diyare,
- Ateş ve baş ağrısıdır.

4.5.2.Tıbbi Düşük (Medikal abortus)'ün cerrahiye göre avantajları ve dezavantajları:

Avantajları:

1. Non-invaziv
2. Hasta otonomisinde ve kontrol edilebilir, daha az ürkütücü.
3. Özel
4. Ucuz
5. Tekniği basit
6. Acil uygulanabilir
7. Anomali veya miyom sebepleriyle cerrahi yöntemin başarısız olabileceği durumlarda alternatif bir yöntem (45).

Dezavantajları:

1. Hasta ve hekim tarafından takip edilir.
2. Baştan sona uzun aralık.
3. GİS sıkıntıları
4. %10'unda birkaç günden bir haftaya kadar sürebilir.
5. Ağır kramplar ve kanama olabilir.
6. %5 hastada başarısız olup cerrahi gerekebilir.

Hasta iyi bilgilendirilmiş ise tıbbi sonlandırma başarısı artar ve gecikmiş reaksiyon durumlarında cerrahi müdahale için daha yüksek bir eşişe sahip olacaktır (46).

Tablo 4.1. Medikal ve Cerrahi Düşüklerin Özellikleri

MEDİKAL DÜŞÜK	CERRAHİ DÜŞÜK
<ul style="list-style-type: none">•Yüksek başarı hızı (%95-98)•Genellikle cerrahi işlem yok•En az iki ziyaret gerekir•Düşük genellikle 24 saat içerisinde meydana gelir•Erken gebelikte uygulanabilir•Oral ağrı kesiciler kullanılabilir•Bazı işlemler evden yapılabilenlerde•Spontan düşüğe benzer olaylara neden olur.	<ul style="list-style-type: none">•Yüksek başarı hızı(%99)•Uterusa aletle müdahale vardır•Tek ziyarette yapılır•İşlem yaklaşık 5-10 dakikada tamamlanır•Erken gebelikte uygulanabilir•Anestezi ve sedasyon gerekebilir•İşlem klinik veya muayenehanede yapılır•İşlemi sağlık personeli uygular•Cerrahi işlemin risklerini taşır

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı (44).

Abortusların önemli bir nedeni olan konjenital anomalilerin önlenmesi için;

- Temel üreme sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması
- İleri yaş gebeliklerinin önlenmesi
- Folik asit desteği
- Tuzun iyodizasyonu
- Rubella immunizasyonu
- Gebelikte alkol kullanımının sınırlandırılması
- Reçetesiz ve gereksiz ilaç kullanımı önlenmesi
- Çevresel teratojenlere maruziyetin önlenmesi
- Konjenital anomalilerin erken tanı-tedavisi
- Genetik tarama programları
- Epidemiyolojik verilerin toplanması

- Ulusal sağlık politikası ve stratejiler
- Toplum sağlığı hizmetlerinin izlenmesi, denetlenmesi ve geliştirilmesi önemlidir (47).

4.5.3. Gebelik Tahliyesi ve Terminasyonun Ülkemizdeki Yasal Durumu:

Gebelik tahliyesi canlı bir fetüsün yaşamını sonlandırma anlamına gelmektedir. Gebelik sonlandırılması bir yaşamı sonlandırmak olduğundan, ahlaki, dini ve sosyal tartışmaları da beraberinde getirir (48). Bireylerin dilediği zaman ve sayıda çocuk yapabilmeleri en doğal haklarıdır. Ancak fazla çocuk sahibi olma, ekonomik zorluklar, doğum için uygunsuz zaman gibi nedenlerle bazen gebelik istenmemektedir (49).

Gebeliğin istenmemesinin birçok farklı nedeni olabilir fakat her ne olursa olsun kadınların birçoğu istemedikleri gebelikleri sonlandırmaya çalışmaktadır. Ancak birçok ülkede kadınların fertilitelerini kontrol etmeleri sınırlandırılmıştır. Üreme sağlığı konusunda insan haklarının en çok tartışıldığı alan gebeliğin sonlandırılmasıdır (50). Gebeliğin sonlandırılması pek çok ülkede bazı koşullar ve gebeliğin belli bir dönemine kadar gerçekleştirilmesi şartıyla yasallık kazanmıştır (51). Birinci ve ikinci trimester gebelik sonlandırılmasına çoğunlukla aşağıda belirtilen hususlar nezdinde izin verilmektedir.

Bunlar:

- Gebeliğin devamı kadında hayati bir tehlike yaratıyorsa, kadının hayatını kurtarmak
- Kadının fiziksel sağlığını korumak
- Kadının akıl sağlığını korumak
- Tecavüz- ensest ilişki sonrası oluşan gebelik
- Fetal anomali
- Ekonomik veya sosyal nedenler
- Kadının isteğidir (52).

Ülkemizde;

- Gebelik tahliyesine izin verilen hususları taşımak,
- Bu hususların prosedüre uygun biçimde raporlanması ve ardından bir hafta içerisinde Sağlık Müdürlüklerine gönderilmesi,
- Tahliye işleminin resmi veya özel yataklı tedavi kurumlarında yapılması gerekmektedir (53).

Ülkemizde 27.05.1983 yılında 18059 No' lu resmi gazetede yayınlanan Türkiye nüfus planlaması hakkındaki kanunlara göre gebelik tahliyesi aşağıdaki hususlara göre düzenlenmiştir;

Madde 5: 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 ile ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgularına dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir (Hafta sınırlaması konulmamıştır.) (8).

Madde 6: 5. Maddede belirtilen müdahale için, gebe kadının izni, evli ise eşinin de rızası gerekmektedir (8).

4.6. Dinler Açısından Gebeliğin Sonlandırılması

4.6.1. İslam: İslamiyet de gebeliğin sonlandırılması ancak annenin yaşamını ve sağlığını tehdit eden bir durum söz konusu olduğunda kabul görmektedir. Çoğu dini lider gebeliğin sonlandırılmasının ruhun beden ile birleşiminden önce gerçekleşebileceğini savunur. Ruhun beden ile buluşması mezheplere göre farklılıklar gösterir (51).

4.6.2. Hristiyanlık: Günümüzde Katolik görüş her türlü gebelik sonlandırılmasına karşıdır. Ancak annenin tedavisi sırasında fetüsün öleceği biliniyorsa annenin tedavisine izin verilir. Protestanlarla bu konuda tutucu bir görüş sergilerler. Tüm gebelik boyunca fetüsün bir ruhu olduğuna inanırlar bu sebeple gebelik sonlandırılmasına her aşamada karşıdırlar (51).

4.6.3. Musevilik: Musevilere göre yaşam doğumdan sonra başladığı için gebelik sonlandırılmasında temel amaç annenin korunmasıdır. Bu nedenle annenin yaşamı tehdit altında olduğunda gebelik sonlandırılmasına izin verilir (51).

4.6.4. Budizm: Gebeliğin sonlandırılmasına yaklaşımda tek bir görüş yoktur. Modern batı ve Japon Budistler gebeliğin sonlandırılmasının olabileceğine inanırken diğer Budistler bunu cinayet olarak kabul ederler (51).

4.7. Fetal Anomaliye ve Genetik Sonlandırmaya Karşı Tepkiler

Tanı amacı ile prenatal test yaptıran herkes stres yaşar. Test öncesi bilgisizlik, işlemin acı vereceği düşüncesi, fetüsün zarar görebileceği hatta ölebileceği düşüncesi kadınları endişelendirir (54). Prenatal test öncesi bilgilendirme yapılan gebeler, yapılmayan gebelere oranla daha az kaygı yaşamışlardır. Amniyosentez veya CVS'e girecek kadınlarda test öncesi çok yüksek olan kaygı düzeyinin testten sonra hemen düştüğü görülmüştür. Genç ve anomali riski düşük kadınlarda kaygı düşüklüğü gözlenmiş ancak yaşlı kadınların test sonucu çıkmadan rahatlamadığı saptanmıştır (55).

Anomalinin tipi de, psikolojik iyileşmede önemli bir faktördür. Doğuştan gelen ciddi bir anomali teşhis edildiğinde, çiftlerin çoğu terminasyon kararı verir. Buna karşın fetal anomali söz konusu olduğunda çiftler bunun gönüllü bir işlem olmasından hoşlanmamakta ve bunun insanlık dışı bir karar olduğunu düşünmektedirler (56). Gebeliğin haftası, anomalinin ciddiyeti, doğum sonrası yaşama olasılığı terminasyon kararı vermede etkili faktörlerdendir (57).

Fetal anomali teşhisi her ebeveyni rahatsız eder. İstenilen, uzun dönemdir beklenen hamilelik bir anda önemini yitirir. Çiftler ilk başta duygularını ifade edemese de soğukkanlı görünseler de ilk tepki şok ve inkardır. Çiftler için bu olayı kabullenmek güçtür. Bazı ebeveynler partnerine, doktoruna karşı tavır alabilirler. Kimi ebeveynler bu süreçte depresyona girebilir bazıları yas tepkisi verir ancak bunların süresi ve şiddeti ebeveynler durumu kabullenene dek dalgalı bir biçimde sürer (58).

Fetal anomali sebebiyle sonlandırmaya karar veren çiftler sadece gebelik kaybı ile değil bilinçli bir şekilde verilen sonlandırma kararı ile de yüzleşmektedirler (10). Bozukluk yaşamla bağdaşmıyorsa karar vermek kolaylaşır. Sonlandırma sonrası akut yas tepkisinin yıllarca sürdüğü gözlemlenmiştir (59).

4.8. Terminasyon Kararı Sonrası Kaygı

4.8.1.Kaygı:

Türk Dil Kurumuna (TDK) göre kaygı, üzüntü, endişe duyulan düşünce olarak tanımlanmaktadır. TDK tıpta kaygıyı; kötü bir şey olacakmış duygusuyla ortaya çıkan sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlar (60). Başka bir deyişle; kişinin yaşadığı stres reaksiyonu sonrasında aşırı enerjiye karşılık gelişen psikolojik bir tepki (61).

Türkçe’de “endişe”, İngilizce’de “anxiety” olarak ifade edilir. Korku ve kaygıyı sıkça karıştırılan terimlerdir. Korku sebebi belli olan durumlardan kaynaklanırken, kaygı sebebi belirsiz korkudan ortaya çıkmaktadır (62). Kaygı kelimesini psikoloji alanında ilk kez kullanan, tanımlayan, sebeplerini araştıran kişi Freud olmuştur. Freud’a göre kaygı, fiziksel ya da toplumsal çevreden gelen tehlikelere karşı bireyi uyarma, gerekli uyumu sağlama ve yaşamı sürdürebilme işlevlerine katkıda bulunmaktadır. Hatta normal seviyedeki kaygı, yaşamın sürdürülebilmesi için gereklidir (63).

Bazı psikologlara göre kaygı ve korku arasında 3 önemli fark bulunmaktadır. Bunlar; kaynak, şiddet ve süredir. Kaygıyı hem olumlu hem de olumsuz bir duygu olarak ifade edebiliriz. Kaygının düşünceleri rahatsız etmesi olumsuz ancak korkulan şeyle karşılaşıldığında kişiyi uyararak tedbir aldırması olumlu olarak değerlendirilebilir (64). Kaygı duygusu bir düzeye kadar gerekli ve sağlıklı olmakta fakat bir süre sonra kişinin sosyal yaşamını, kişilerarası etkileşimini ve aktivitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. (65)

4.8.1.1. Kaygının Özellikleri

- Evrenseldir ve her insan yaşayabilmektedir.
- Bireyin algı ve düşüncesini etkiler.
- Yarattığı iç sıkıntısının tanımlanması güçtür.
- Genellikle tehlike habercisi, tehdide karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Belirsizlikleri ve bilinmeyi bulma çabasıdır. Bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir.
- Benliğin bilinci yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur.
- Otonom sınır sisteminin belirsiz olan bir tehdide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, bireyin kendisini kaygılı ve gergin hissetmesidir (66).

4.8.2. Kaygı Çeşitleri

Kaygı durumluk ve sürekli olmak üzere ikiye ayrılır. Durumluk ve sürekli kaygı farklı yoğunluk ve özelliklerdedir (67). Spielberger de iki farklı kaygı kavramından bahseder. Sürekli kaygı, genel olarak kaygıya yatkınlıkta kalıcı bir kişisel farklılıktır, durumluk kaygı ise stres verici duruma verilen geçici o anki duygusal tepkidir (68).

Bireyin içinde bulunmuş olduğu durum sebebi ile hissetmiş olduğu kaygı 'durumluk' kaygıdır. Stresin daha yoğun olduğu anlarda kaygı düzeyi artarken stres faktörü azaldığında kaygı seviyesi de azalmaktadır. Sürekli kaygı ise bireyin her ortamı stres verici şekilde algılamasıdır. Sürekli kaygı yaşayan kişiler yoğunluğu değişen şekilde genel olarak kaygılı halledirler (69).

4.8.3. Kaygının Belirtileri

Kaygının belirtileri; bilişsel, duygusal, davranışsal, fizyolojik belirtiler olmak üzere 4 gruba ayrılır.

4.8.3.1. Bilişsel Belirtiler

Normal bilişsel işlevlerin abartılı hale gelmesi ya da gerçekleştirilememesidir. Başlıca belirtileri :

1.Duyusal belirtiler: Düşüncelerin bulanıklaşması, görme duyusunda azalma (nesnelere bulanık ya da uzakmış gibi görme) , gerçek dışı hislerdir.

- Düşünce zorlukları: Önemli olan şeyleri hatırlayamama, konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı, düşüncede duraksamalar, kesintiler (blok), objektif düşünememe.
- Kavramsal zorluklar: Kontrolü yitirme, başa çıkamama korkusu, ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, yineleyici kötü düşünceler, bilişsel sapmalar (distorsiyon) (16).

2. Duyusal Belirtiler: Korku, endişe duygusu, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik (16).

3.Davranışsal Belirtiler: Normal davranışların artması ya da azalması şeklinde izlenmektedir. Kaçma, kaçınma, huzursuzluk, koordinasyon bozukluğu, konuşma akışında bozulma (16).

4.8.3.2. Fizyolojik Belirtiler

Kaygı, otonom sinir sistemi hiperaktivitesine bağlı olarak organ ve sistemleri etkileyerek organizmanın kendini korumaya yönelik savunma durumu içerisine sokar (70). Çarpıntı, kan basıncında artma, baş dönmesi nefes darlığı, kaslarda kasılma, ishal, bulantı, ağızda kuruma, uykuya dalmada güçlük, yaygın terleme, sık idrara çıkma, karın ağrısı, iştah kaçması, sıcak ve soğuk basması gibi belirtiler ortaya çıkar (16).

4.8.4. Kaygı Düzeyleri

Kaygı Hay ve Peplau'ya göre dört düzeydedir (16).

1.Hafif Düzey Kaygı: Kaslarda az kasılma olması ile birlikte diğer hayati bulguları normaldir. Kavrama alanı genişlemiştir, birey daha dikkatli ve çevresine katılımcı olur. Konsantrasyon üst seviyededir bu nedenle birey etkin problem çözebilme yetkisine sahiptir (66).

2. Orta Düzey Kaygı: Hayati bulgular normal veya normalin biraz üstünde olabilir. Birey dikkatli ve gergindir hafif düzey kaygıya göre kavrama azalmıştır. Çevreye yoğunlaşır ancak ayrıntıların hepsinin farkına varamaz (66).

3.Şiddetli Düzey Kaygı: Kavrama alanı azalmıştır. Birey ayrıntıya yoğunlaşır ve çevredeki olayları algılaması azalır. Neden- sonuç ilişkisi kuramaz. Birey mantık yürütmekte zorlanır ve sorunlarla baş edemez, bu düzey kaygıda bireye müdahale etmek gerekir (66).

4.Panik Düzey Kaygı: Hayati fonksiyonlarda değişimler en üst seviyededir. Çevrede olanları takip edemez. Anormal davranışlar gösterir ve farkında değildir. Birey kriz aşamasındadır (66).

4.8.5. Kaygının Nedenleri

Kaygıya neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar; başarısızlık veya başarı, başkaları tarafından kabul görmeme, servet kaybı, ölüm, ayrılık, boşanma, kültürel baskılar, göç, taşınma, saldırı, tecavüz, hastalık, hastaneye yatış, işsizlik, cinsel gelişme, gebelik, ebeveyn olma, duygusal kayıplar, ekonomik sorunlar ve motor kayıplardır (66).

Birey için önemli olan beklentilerin gerçekleşmemesi, bireye yeteri kadar saygı gösterilmemesi ve değersiz hissettirilmesi gibi sebeplerle benlik kavramının tehdit edilmesi de kaygı yaratır (69). Alışıl gelmiş çevreden ayrılmakta kaygıya neden olur. Gelecekte neler olacağını bilmemekte kaygı nedenlerindedir (71). Ekonomik sorunlar, iş yaşamında ki değişiklikler, fizyolojik ihtiyaçlar (ait olma, güvenlik, benlik saygısı), gelişimsel krizler, her türlü hastalık ya da sakatlıklar, tıbbi tedavi görme, sağlık durumlarında ki değişiklikler kaygı yaratır (69).

4.9. Terminasyonda Kaygı Nedenleri

Terminasyon gebelerin yaşamındaki en stresli olaylardandır. Var olan gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına ve travmalara sebep olabilmektedir. Dini inanışlar, sosyal çevre, aile yapısı ve kültürel yapı yaşamla bağdaşmayan sebeplerle istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasında kadının tepkilerini etkilemektedir (9). Kadınların terminasyon uygulamadan önce ve sonra kısa bir stres ve üzüntü duydukları, fakat çoğunun işlem sonrasında rahatladıkları bilinmektedir. Kadın aynı anda olumlu ve olumsuz duyguları bir arada yaşayabilmektedir. Sağlıklı bir kadın, uygun destek ve bakımla çelişkili duygularını kısa bir sürede çözümlenebilir. Buna karşın yoğun çelişkiler içinde bulunan ve karar verme güçlüğü olan kadınlar için istenmeyen gebeliğin sonlandırılması psikolojik yönden travmatik bir olaydır. Bu nedenle özel bakım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (9).

Terminasyon sürecinde belirli saatlerde verilen ilaçlarla gebenin normal vaginal doğum yapacak olması da gebeyi kaygılandırmaktadır. Doğum, fizyolojik bir olaydır ancak; kadının kişisel deneyimleri, eğitim düzeyi, yaşam felsefesi, aile tipi ve aile içi ilişkileri, ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları, ailenin sosyo-ekonomik durumu, gebeliğin istenen veya istenmeyen bir gebelik olması gibi faktörler kadın için doğumun stresli bir yaşam olayı olmasına sebep olur (70).

4.10. Terminasyon Sürecinde Hemşirenin Rollerini

Ülke nüfusunun büyük çoğunluğunu oluşturmakta olan üreme çağında ki kadınların karşılaştıkları sağlık sorunlarından biri olan terminasyon işleminde, kadının hemşirelik bakımına duyduğu gereksinim büyüktür. Sağlık ekibinin üyelerinden biri olan hemşireler danışman, uygulayıcı ve araştırmacıdır. Hemşirenin gebelerin güvenini kazanması, planlanan girişimlerin sonuca ulaşmasını sağlar. Gebelerin güvenini kazanmanın yolu ise gebeye yapılan işlemlerle ilgili bilgi vermek, rahatlaması için egzersizler yaptırmak, gebe ile iyi iletişim kurmak ve onu anlamakla mümkündür. Kaygılı gebeye yaklaşımda hemşirenin dikkat etmesi gereken noktalar şunlardır;

- Hemşirenin kaygı ile ilgili bilgisi olmalıdır.
- Hemşire iyi bir gözlemci olmalıdır.
- Hemşire iyi bir dinleyici olmalıdır.
- Hasta ile olumlu kişilerarası ilişkiler geliştirmelidir.
- Sakin olmalıdır (gebe ile birlikte kendisi de kaygı yaşamamalı, kendi duygularının farkında olup tepkilerinde kontrollü olmalıdır).
- Gebe istekli ise duygularını anlatması için ortam hazırlanmalıdır.
- Gebenin anksiyetesi yüksek ise hasta ile basit bir dille anlaşmalı, sakın ve kararlı bir ses tonu ile konuşmalıdır.
- İyi bir empati yapma yeteneği olmalıdır.
- Gebeyi sakın bir ortamda tutmalıdır. Anksiyetesi yüksek ise stres verici durumlardan, kişilerden uzaklaştırmalıdır.
- Kaygının şiddetli ya da panik düzeye çıkmaması için önceden önlem alınmalıdır.
- Gebenin kaygısını artıracak tutum ve davranışlardan sakınmalıdır (ilgisizlik, tıbbi dille konuşma) (72).

Terminasyon uygulanacak gebeleri rahatlatmak için bu süreçte gebelere solunum ve gevşeme egzersizi öğretilir.

Solunum ve Gevşeme Egzersizi; Gevşeme egzersizi teröpatik bir araç olarak gerilimi ve kaygıyı etkili bir biçimde azaltır. Kasların gevşemesi ile kaygı azalacağından, temel dayanak noktası anksiyeteye bağlı kas gerginliğinin giderilmesinden almaktadır. Klinik deneyimler, gevşeme deneyimi ile ilgili bireysel farklılıkların olduğunu ileri sürmektedir. Progresif gevşeme, bedenin tümünde gevşeme oluncaya kadar, kasların istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde gerilme ve gevşemesini içerir. Gebe rahat bir koltukta oturtulur, hafif bir müzik veya rahatlatıcı görsellerin olması önemlidir. Gebeye egzersizler öncesi bilgilendirme yapılır. Gebe derin bir nefes alarak ve yavaşça vererek eğitime başlar sonrasında hasta her kas grubunu yaklaşık 10 sn. gergin tutar, bu arada hemşire sözlü komutlarla hastanın gerginlik ve gevşeme arasındaki farkı anlamasına yardımcı olur : “Şimdi ellerinizde ki sıcaklığı farkedin.” “Şimdi gerginliğin omuzlarınızdan aşağı süzülüp kaybolduğunu hissedin.” Gebe ellerden başlayarak sırasıyla kollarını, omuz, göğüs ve ayağına kadar olan kas gruplarını çalıştırır. Bilişsel gevşeme sözcükler yardımıyla zihinsel görüntüler oluşturarak yapılan bir gevşeme biçimidir (73).

Terminasyonda gebeleri rahatlatmak için uygulanabilecek bir diğer egzersizde solunum egzersizleridir. Solunum egzersizleri 1942 yılında Dick Read, 1959’da Karmel, 1978’de Hassid ve 1985’te Williams ile Booth tarafından geliştirilmiştir. Solunumun frekans ve derinliği insan vücudu tarafından otomatik olarak fiziksel aktiviteye göre ayarlanır. Kaygı anında bilinçsiz solunum sonucu karbondioksit merkezi uyarılır ve kanda yükselmiş olan karbondioksit düzeyi tolere edilemediğinde hiperventilasyona neden olur. Hiperventilasyon belirtileri; baş dönmesi, sersemlik, bilinç kaybı, dudak ve ekstremitelerde uyuşma, morarma, terleme, sıkıntı basması ve paniktir. 1985’te Williams ile Booth tarafından geliştirilen solunum egzersizleri üç aşamalıdır. Solunumun hızı ve frekansı buna göre değişmektedir (74).

1. Yavaş- Göğüs Solunumu; burundan derin bir nefes alınır ve ağızdan boşaltılır. Bu solunumda dakikada 12 kez soluk alıp verme olacak şekilde solunumun hızı ve derinliği dinlenme düzeyinde yapılan solunuma denktir.
2. Solu- Üfle solunumu; burundan alınıp ağızdan verilen bir solunum yapılır ardından ağızdan yüzeysel ve kısa soluk alıp verilir. Bu üç kez tekrarlanır ve sonrasında dördüncü soluk mum üfler gibi verilir (74).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; kadın hastalıkları ve doğum servisine terminasyon kararı verilerek yatırılan gebelerin terminasyon işlemi öncesi kaygılarını incelemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Ağustos 2017/ Şubat 2018 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen 6 aylık süre içerisinde İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin prenatal tanı ve tedavi ünitesine terminasyon kararı verilen ve bu kararı kabul edip, servise yatırılan 98 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu gebelerden, iletişim ve mental problemi olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 83 gebe oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde, terminasyon kararı verilen ve bu kararı kabul edip, servise yatırılan gebelerle yüz yüze görüşülerek, yapılacak çalışmayla ilgili bilgi verilip, katılmak isteyen gönüllülerin onam belgeleri alındıktan sonra, veri toplama araçlarının (Anket formu, Durumluk Kaygı Ölçeği) uygulanması şeklinde yürütülmüştür.

5.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri gebelerin; yaşı, gebelik sayısı, ekonomik durumu gibi anket formunda yer alan tüm değişkenleri kapsamaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanlarıdır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, gebelerin tanıtıcı bilgileri, obstetrik özelliklerini ve gebeliğe ilişkin duygu/düşüncelerini içeren 15 sorudan oluşan bir anket formu (EK-1) ve Durumluk Kaygı Ölçeği (EK-2) kullanılmıştır.

Anket Formu; bu formda ilk 5 soru demografik özellikler, geri kalan 10 soruda gebenin obstetrik özelliklerini içeren bir anket formudur. Gebelerin yaşı, eğitimi, akraba evliliği durumu, daha önce terminasyon yaşama durumu gibi soruları içermektedir (EK-1).

Durumluk Kaygı Ölçeği; Spielberger ve arkadaşları 1970 yılında Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğini geliştirmişler ve 1985 yılında Necla Öner ve Le Compte tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde bireyin belirli bir an ya da durumunda kendisini nasıl hissettiğini ortaya koyar. 20 sorudan oluşur ve her bir soru hiç, biraz, çok ve tamamiyle olmak üzere 4 seçenekten oluşur. Kişi o an kendisini nasıl hissediyorsa kendine uygun olan seçeneği işaretlemesi gerekmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği doğrudan (3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18) ve tersine dönmüş ifadelerden (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) oluşur. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade ederler. Durumluk Kaygı puanının hesaplanmasının yolu, doğrudan ifadelerden elde edilen puandan tersine dönmüş ifadelerden elde edilen puan çıkartılır ve bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde bu sabit değer 50'dir. Yapılan işlemler sonucu elde edilmiş olan puan anlık kaygı puanını verir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin de yüksek olduğunu ve puanın düşük olması kaygı seviyesinin de düşük olduğunu gösterir. Toplam kaygı puanı 60 puandan yüksek ise bireyin profesyonel desteğe ihtiyacı var demektir. Ölçeğin puan aralıkları ; 0-19 puan(yok), 20-39 puan (hafif), 40-59 puan (orta), 60-79 puan (şiddetli), 80 puan ve üzeri ise panik düzey kaygı şeklindedir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 22 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediği için bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurulu onayı (EK-3) ile araştırmanın yapıldığı İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden yazılı izin (EK-3) alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce araştırmaya katılan gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Bilgilendirilmiş Olur Formu" imzalatılıp "Gönüllü Oluru" ilkesi ve "Gönüllülük" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın verileri, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi prenatal tanı ve tedavi ünitesinde terminasyon kararı verilen ve bu kararı kabul edip, servise yatırılan gebelerden elde edildiği için, bu araştırmanın bulguları çalışmayı kabul eden gebelerin verdikleri yanıtlarla sınırlıdır. Çalışmaya başlandıktan kısa bir süre sonra 2. düzey ünitesinin tadilatı olması sebebiyle üç hafta kadar gebe yatışı olmamıştır buda araştırmamızın sınırlılıklarındandır.

6.BULGULAR

Tablo 6.1. Gebelerin tanıtıcı özellikleri (N=83)

Tanıtıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
17-25 yaş	14	16.9
26-34 yaş	44	53.0
35-43 yaş	25	30.1
Eğitim durumu		
İlköğretim	25	30.1
Lise	22	26.5
Lisans	13	15.7
Lisansüstü	23	27.7
Eşin eğitim durumu		
İlköğretim	19	22.9
Lise	27	32.5
Lisans	23	27.7
Lisansüstü	14	16.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	28	33.7
Çalışmıyor	55	66.3
Eşinin çalışma durumu		
Çalışıyor	83	100.0
Ekonomik durum		
Kötü	7	8.4
Orta	43	51.8
İyi	22	26.5
Çok iyi	11	13.3
Akraba evliliği yapma durumu		
Evet	6	7.2
Hayır	77	92.8
Toplam	83	100.0

Gebelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 6.1'de yer almaktadır. Gebelerin %16.9'unun 17-25 yaş arasında, %30.1'inin ilköğretim mezunu, %22.9'unun eşinin ilköğretim mezunu, %33.7'sinin çalıştığı, tamamının eşinin çalıştığı, %51.8'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %7.2'sinin akraba evliliği yaptığı belirlenmiştir.



Tablo 6.2. Gebelerin obstetrik özellikleri (N=83)

Obstetrik özellikler	Sayı	Yüzde
Toplam gebelik sayısı		
1	26	31.3
2	28	33.7
3	13	15.7
4	7	8.4
5 ve üstü	9	10.8
Doğum sayısı		
Daha önce doğum yapmamış	27	32.5
1	36	43.4
2	12	14.5
3	3	3.6
4 ve üstü	5	6.0
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	36	43.4
1	32	38.6
2	8	9.6
3 ve üstü	7	8.4
Gebeliğin istenme durumu		
İsteyen	67	80.7
İstenmeyen	16	19.3
Geçmişte infertilite tedavisi görme durumu		
Evet	4	4.8
Hayır	79	95.2
Terminasyon nedeni		
Çoklu organ anomalisi	9	10.8
Beyin ve sinir sistemi anomalisi	21	25.3
Kalp anomalisi	17	20.5
Genetik anomali	26	31.4
Abortus	10	12.0
Daha önce terminasyon yaşama durumu		
Evet	26	31.3
Hayır	57	68.7
Toplam	83	100.0

Gebelerin obstetrik özellikleri Tablo 6.2’de verilmiştir. Kadınların %31.3’ünün ilk gebeliği ve %32.5’inin ilk doğumu olduğu, %43.4’ünün yaşayan çocuğu olmadığı, %80.7’sinin gebeliği istediği, %4.8’inin geçmişte infertilite tedavisi aldığı, %31.4’ünün terminasyon nedeninin genetik anomaliler olduğu ve %31.3’ünün daha önceki gebeliğinde/gebeliklerinde terminasyon yaşadığı bulunmuştur.



Tablo 6.3. Terminasyon öncesi gebelerin hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları (N=83)

Terminasyon öncesi özellikler	Sayı	Yüzde
Terminasyon öncesi hissedilen durum		
Şaşkınlık	6	7.3
Üzüntü	49	59.0
Korku	7	8.4
Hayal kırıklığı	10	12.0
Sakinlik	11	13.3
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu		
Evet	41	49.4
Hayır	42	50.6
Toplam	83	100.0

Terminasyon öncesi gebelerin hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları Tablo 6.3’de görülmektedir. Terminasyon öncesi gebelerin hissettikleri durumların; üzüntü (%59), sakinlik (%13), hayal kırıklığı (%12), korku (%8.4) ve şaşkınlık (%7.3) olarak sıralandığı bulunmuştur. Gebelerin %49.4’ünün terminasyon öncesi psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.4. Terminasyon Öncesi Gebelerin Durumluluk Kaygı Ölçeği Puanları (N=83)

Durumluluk Kaygı Ölçeği	Mean±SD	Median (Min-Max)
	60.71±11.56	62.00 (26.00-80.00)

Tablo 6.4’de terminasyon öncesi gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının 60.71 ± 11.56 olduğu görülmektedir.



Tablo 6.5. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi Durumluluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (N=83)

Tanıtıcı Özellikler	N	Durumluluk Kaygı Ölçeği		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
Yaş				
17-25 yaş	14	58.64±15.06	62.00 (26.00-76.00)	KW=1.308 p=0.520
26-34 yaş	44	62.13±11.22	65.00 (27.00-80.00)	
35-43 yaş	25	59.36±9.99	62.00 (37.00-72.00)	
Eğitim durumu				
İlköğretim	25	58.64±12.46	59.00 (27.00-76.00)	KW=2.009 p=0.571
Lise	22	61.40±9.36	62.00 (48.00-80.00)	
Lisans	13	60.15±11.73	63.00 (37.00-76.00)	
Lisansüstü	23	62.60±12.67	65.00 (26.00-80.00)	
Eşin eğitim durumu				
İlköğretim	19	57.68±12.32	59.00 (27.00-76.00)	KW=2.682 p=0.443
Lise	27	61.14±9.65	64.00 (44.00-74.00)	
Lisans	23	60.73±13.25	63.00 (26.00-80.00)	
Lisansüstü	14	63.92±11.15	66.50 (37.00-80.00)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	28	61.42±12.74	62.50 (26.00-80.00)	U=720.000 p=0.630
Çalışmıyor	55	60.34±11.01	62.00 (27.00-76.00)	
Ekonomik durum				
Kötü	7	56.85±7.10	55.00 (49.00-70.00)	KW=3.463 p=0.326
Orta	43	62.16±11.22	64.00 (27.00-80.00)	
İyi	22	58.00±13.93	61.00 (26.00-80.00)	
Çok iyi	11	62.90±9.36	64.00 (46.00-76.00)	
Akraba evliliği yapma durumu				
Evet	6	48.83±13.84	49.00 (27.00-67.00)	U=102.000 p=0.021**
Hayır	77	61.63±10.93	64.00 (26.00-80.00)	

*Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Significant exact değerleri kullanılmıştır.

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 6.5’de yer almaktadır. Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 26-34 yaş arasında, eşi ve kendinin eğitim durumu lisansüstü olan, çalışan, ekonomik durumu orta/çok iyi düzeyde olan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin akraba evliliği yapma durumları ile durumluluk kaygı ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, akraba evliliği olmayanların kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 6.6. Gebelerin obstetrik özelliklerine göre terminasyon öncesi Durumluluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (N=83)

Obstetrik Özellikler	N	Durumluluk Kaygı Ölçeği		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
Toplam gebelik sayısı				
1	26	58.23±14.07	64.00 (26.00-76.00)	KW=0.786 p=0.853
2	28	61.64±10.46	62.00 (41.00-80.00)	
3	13	60.76±11.12	65.00 (44.00-74.00)	
4 ve üstü	16	63.06±9.27	64.50 (42.00-74.00)	
Doğum sayısı				
Daha önce doğum yapmamış	27	62.25±14.01	65.00 (26.00-80.00)	KW=3.337 p=0.189
1	36	58.72±10.76	58.50 (37.00-76.00)	
2 ve üstü	20	62.20±9.01	64.00 (42.00-74.00)	
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	36	61.25±13.96	65.00 (26.00-80.00)	KW=2.953 p=0.228
1	32	59.00±9.56	59.00 (41.00-75.00)	
2 ve üstü	15	63.06±8.92	65.00 (42.00-74.00)	
Gebeliğin istenme durumu				
İsteyen	67	60.25±12.16	62.00 (26.00-80.00)	U=491.500 p=0.607
İstenmeyen	16	62.62±8.65	64.50 (42.00-74.00)	
Geçmişte infertilite tedavisi görme durumu				
Evet	4	59.75±10.21	54.50 (50.00-70.00)	U=146.000 p=0.810**
Hayır	79	60.75±11.68	62.00 (26.00-80.00)	
Terminasyon nedeni				
Çoklu organ anomalisi	9	67.00±8.67	70.00 (49.00-76.00)	KW=4.547 p=0.337
Beyin ve sinir sistemi anomalisi	21	57.85±13.06	61.00 (26.00-76.00)	
Kalp anomalisi	17	60.52±10.64	63.00 (37.00-80.00)	
Genetik anomali	26	60.30±11.57	62.00 (27.00-80.00)	
Abortus	10	62.40±11.65	64.50 (42.00-74.00)	
Daha önce terminasyon yaşama durumu				
Evet	26	62.88±12.32	63.50 (37.00-80.00)	U=615.000 p=0.216
Hayır	57	59.71±11.16	62.00 (26.00-76.00)	

*Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

**Significant exact değerleri kullanılmıştır.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 6.6'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının toplam gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı bir olan, gebeliği isteyen, geçmişte infertilite tedavisi alan, terminasyon nedeni genetik anomaliler olan ve daha önce terminasyon yaşamayan gebelerde daha düşük olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).



Tablo 6.7. Gebelerin terminasyon öncesi hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre Durumluluk Kaygı Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması (N=83)

Özellikler	N	Durumluluk Kaygı Ölçeği		Test*
		Mean±SD	Median (Min-Max)	
Terminasyon öncesi hissedilen durum				
Şaşkınlık	6	60.66±9.77	61.00 (49.00-75.00)	KW=13.760 p=0.008
Üzüntü	49	63.22±11.10	65.00 (27.00-80.00)	
Korku	7	66.42±3.20	67.00 (62.00-70.00)	
Hayal kırıklığı	10	52.20±15.65	52.00 (26.00-74.00)	
Sakinlik	11	53.63±6.94	53.00 (42.00-64.00)	
Psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumu				
Evet	41	64.95±9.57	68.00 (37.00-80.00)	U=495.000 p=0.001
Hayır	42	56.57±11.93	58.50 (26.00-76.00)	

*Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Tablo 6.7’de terminasyon öncesi gebelerin hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir. Terminasyon öncesi korku hissedilen ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; p=0.008, p=0.001).

7.TARTIŞMA

Bu bölümde terminasyon öncesi gebelerin ilgili değişkenler açısından kaygı durumuna ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Gebelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde: Gebelerin %16.9' unun 17-25 yaş arasında, %30.1'inin ilköğretim mezunu, %22.9'unun eşinin ilköğretim mezunu, %33.7'sinin çalıştığı, %100.0'mının eşinin çalıştığı, %51.8'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %7.2'sinin akraba evliliği yaptığı belirlenmiştir. Ekşi (1999)'nin 1. Trimester'de bebeğini kaybeden ve kaybetme riski olan kadınlarla yaptığı çalışmasında; yaş dağılımları incelendiğinde kayıp yaşayan grubun (KYG) %42'si 16-25 yaş grubunda, kayıp riski olan grubun (KYOG) %48'i 16-25 yaş grubunda olduğu, eğitim durumları incelendiğinde; her iki grubun (kayıp yaşan ve kayıp riski olan) çoğunluğunun (%70- %58) ilkokul mezunu olduğu, eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde kayıp yaşayan grubun %60'ı kayıp riski olan grubun ise %44'ü ilkokul mezunudur, çalışma durumunda büyük çoğunluğunun (KYG %92'si, KYOG' unda %88'i) ev hanımı olduğu saptanmıştır (75). Güneştaş (2011)'in çalışmasında; araştırma kapsamına alınan gebelerin %30.8' i 26-30 yaş arasında, %63.9'u ilköğretim mezunu, eşlerinin %51.2'si ilköğretim mezunu ve gebelerin %78.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %55.2'sinin gelir durumu orta olduğu belirlenmiştir (76). Çalışma sonucumuzun literatürle uyumluluğu olduğu görülmektedir. TNSA-2008'den önce yapılmış tüm araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken, ilk kez TNSA-2008 araştırmasında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubuna ilerlemiştir ve TNSA-2013 verilerinde de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir. Genç yetişkinlik döneminde anne olanların sayısı diğer dönemlerden daha fazladır. Araştırmamıza katılan gebelerin yaşlarına baktığımızda sonuçlar Türkiye ortalaması ile uyumlu çıkmaktadır. 17-25 yaş aralığı ülkemizde eğitim yaşantısı açısından lise-üniversite dönemine denk gelmektedir. Çalışmamızda ise bu aralıkta gebe kalmış kadınların eğitim yaşantısını evlilik ve gebelik nedeniyle de sonlandırmış olabileceği ve bu yüzden bu yaş grubundaki gebelerin ilköğretim mezunu olduğu düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan gebelerin küçük bir kısmının çalıştığı diğerlerinin ev hanımı olduğu bulunmuştur, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013) verilerine göre

çalışan kadın oranının (%31) çalışmamızdaki çalışan kadın oranına yakın olduğu görülmektedir. Gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmamasından dolayı veya çalışmamızdaki gebelerin çoğunluğunun ilköğretim mezunu olmasına bağlı çalışmadığı ve ev hanımı olduğu söylenebilir. Çalışmamıza katılan kişilerin gelir durumunun orta düzeyde olması, çalışmanın yapıldığı hastanenin bir üniversite hastanesi olması ve gelir durumu yüksek olan kişilerin özel hastaneleri tercih etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğunun eşi ile akraba olmadığı, %7.2' sinin ise akraba evliliği yaptığı belirlenmiştir. Türkiye'de akraba evliliği ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığının (2014) yapmış olduğu çalışmada; kadınların %18.4'ünün akraba evliliği yaptığı belirtilmiştir. Sağlık bakanlığının çalışma sonuçlarına göre bizim çalışmamıza katılan gebelerin akraba evliliği oranının düşük olması çalışmanın Türkiye'nin modern yaşam anlayışı ve yaşam koşullarına sahip İstanbul şehrinde yapılmasından kaynaklanabilir.

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde ; %31.3' ünün ilk gebeliği ve %32.5'inin daha önce hiç doğum yapmadığı, %43.4'ünün çocuğu olmadığı, %80.7'sinin gebeliği istediği, %4.8'inin geçmişte infertilite tedavisi aldığı, %31.4'ünün terminasyon nedeninin genetik anomaliler olduğu ve %31.3'ünün daha önceki gebeliğinde/gebeliklerinde terminasyon yaşadığı bulunmuştur. Ateş (2017)' nin yaptığı çalışmada abortus imminens yaşayan gebelerin %44.9' unun yaşayan çocuğunun olmadığı, %31.1'inin ilk gebeliği olduğu %25.4'ünün geçmişte 1 tane ve %6.4'ünün 2 ve daha fazla sayıda gebelik kaybı deneyiminin mevcut olduğu bulunmuştur (77). Ekinci (2014)'ün çalışmasında gebelikte tespit edilen anomaliler incelendiğinde, medikal abortus kararı alan ailelerin bebeklerinde %27.3 ile kromozomal anomaliler ilk sırada yer almaktadır (78). Yapılan bir başka çalışma da araştırmaya katılan gebelerin %32.8' inin ilk gebeliği ve %40.3' ünün yaşayan çocuğu olmadığı, %75.1' inin isteyerek hamile kaldığı, %21.6' sının daha önce düşük yaptığı, %23.4' ünün daha önceki gebelikte sorun yaşadığı saptanmıştır (76).Çalışma bulgularımız literatürle paralellik göstermektedir. Çalışma sonuçlarımız ve yapılmış olan diğer çalışmalarda göstermektedir ki terminasyon kararı alınan gebelerin, bir kısmı daha önce de bu durumla karşılaşmıştır. TNSA-2013'de daha önceden gebeliğin herhangi bir sebepten dolayı sonlandırılması deneyimini yaşayan gebelerin, sonraki

gebeliklerinde de bu riskin olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmamızda terminasyon nedeninin %31.4' ünün genetik anomaliler olduğu ve yapılmış diğer benzer çalışmalara göre daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı hastanenin terminasyon kararı için önemli bir tanı aracı olan 2. düzey ultrason değerlendirme ünitesine sahip olmasında ve bu nedenle de dış merkezlerden fetal anomali ön tanısıyla ya da sorunlu gebelik gerekçesiyle bu birime sevk edilen hastaların yüksek oran da olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Terminasyon öncesi gebelerin hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumları incelendiğinde: Terminasyon öncesi gebelerin hissettikleri durumların; üzüntü (%59), sakinlik (%13), hayal kırıklığı (%12), korku (%8.4) ve şaşkınlık (%7.3) olarak sıralandığı bulunmuştur. Gebelerin %49.4'ünün terminasyon öncesi psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir. Şahin, Cevahir ve Sözeri (2006)' nın yaptığı çalışmada olguların kürtaj öncesi duyguları incelendiğinde %77.8' inin koktuğu, %38.1'inin heyecanlandığı, %15.9'unun da kızgın-öfkeli olduğu, %12.7'sinin durumunu ifade edemediği, %7.9'unun hiçbir şey hissetmediği ve %1.6'sının kendisini suçlu hissettiği bulunmuştur (79). Oltuluoğlu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada, abortus nedeniyle başvuran kadınların kaygı durumları incelendiğinde abortus öncesi %61.4'ünün korku, %40.9'unun endişe, %24.1'inin suçluluk, %23.6'sının kızgınlık ve öfke, %11.8'inin heyecan ve %4.5'inin hiçbir duygu hissetmediği belirlenmiştir (80). Bu sonuçlar terminasyon veya medikal abortus öncesi gebelerin karmaşık olumsuz duygular yaşadığını göstermektedir.

Literatürde terminasyon öncesi gebeleri psikososyal açıdan değerlendiren çok az çalışma mevcuttur. Bu çalışmaları birbirleriyle karşılaştırmak çok zordur. Çünkü ölü doğum, anomalili doğum, sağlıklı doğum, küretaj, missed abort gibi çok farklı hasta grupları vardır. Bu çalışmada genellikle bebekte yaşamla bağdaşmayan anomali tespiti sonrası terminasyona karar veren gebelerin terminasyon öncesi değerlendirilmesi yapılmıştır ve diğer çalışmalarda %60-70 ile korku ön plandayken bu çalışmada %59 üzüntü ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada terminasyon kararı alınan gebelerin %80'i isteyerek gebe kalmış olup karşılaşılan anomali sonucu istedikleri gebelikten vazgeçmek zorunda kalmışlardır bu durumun derin bir üzüntü yaratması

beklenen bir sonuçtur. Korenromp ve ark. (2005) yapmış olduğu çalışmanın sonucunda fetal anomali nedeniyle gebelik terminasyonu gerçekleştirilmiş kadınların %20'sinde terminasyon sonrası 1 yıla kadar uzayan önemli psikolojik sonuçların olduğu belirtilmiştir (81). Bu da göstermektedir ki terminasyon uygulanan gebelerin ciddi bir şekilde hem terminasyon öncesi hem de sonrasında psikolojik destek almaları gerekmektedir. Ancak literatürde bu tarz çalışmaların az olması ne yazık ki olguların gözden kaçmasına sebep olmaktadır.

Çalışmada terminasyon öncesi gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının 60.71 ± 11.56 olduğu ve yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları saptanmıştır. Ulufer'in (1992) çalışmasında kürtaj için başvuran kadınların kürtaj öncesi kaygı puan ortalamaları 58.55 bulunmuştur (82).

Yapılan bir başka çalışma da bebeğini kaybeden gebelerin kaygı puan ortalaması 47.97, bebeğini kaybetme riski olanların kaygı puan ortalamalarının ise 50.48 olduğu belirlenmiştir (75). Çalışma sonucumuzun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Terminasyon kararı gebenin hayatında önemli bir olay ve önemli bir karardır. Gebeliğin çeşitli nedenlerle istemli bir şekilde de olsa sonlandırılacak olması, suçluluk, kayıp, pişmanlık gibi duyguların yoğun yaşanmasına, kaygı duygusunun artmasına, hatta travmaya yol açabilmektedir. Bir anne için bebeğini kaybedecek olmak, beden bir parçasını, annelik değerini, annelik rolünü kaybedecek olmak anlamlarına da gelebilir. Kayıplar, yaşam için oldukça zor süreçlerdir. Bir şeyi artık, göremeyecek, duyamayacak veya hissedemeyecek olmak, ruhsal açıdan oldukça sarsıcı olabilmektedir. Çalışma sonucumuzda olduğu gibi terminasyon öncesinde gebelerin yaşadığı yüksek kaygının bu faktörlerin etkisiyle olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 26-34 yaş arasında, eşi ve kendinin eğitim durumu lisansüstü, çalışan, ekonomik durumu orta/çok iyi düzeyde ve akraba evliliği yapmamış olan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Ekşi (1999)'nin çalışmasında bebeğini kaybeden ve bebeğini kaybetme riski olan gebelerin durumluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; 16-25 yaş arasında,

eğitim durumu okuryazar değil/ okuryazar, çalışmayan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (75). Başka bir çalışma da gebelerin tanımlayıcı özelliklerine göre durumluk kaygı leği puan ortalamaları incelendiğinde ; gebelerin yaşı, eşi ve kendinin eğitim durumu, gelir durumu ile durumluk kaygı leği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Gebelerin alışma durumları incelendiğinde çalışmayan gebelerin durumluk kaygı leği puan ortalamalarının çalışan gebelerin puanlarından anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (76). Bir diğer çalışmada kürtaj için başvuran kadınların tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde 20-29 yaş arasında, ortaokul ve üstü okul bitirmiş kadınların durumluk kaygı leğine göre puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (82). Koçak (2014)'ın çalışmasında prenatal tarama testi için başvuran gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre durumluk kaygı leği puan ortalamaları incelendiğinde okuryazar-ilköğretim mezunu olan ($38,17\pm9,70$), çalışmayan ($37,44\pm9,30$), gelir durumunu orta-kötü algılayan ve akraba evliliği yapmış gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (83). Çalışma sonucumuz literatürle birkaç noktada uyumlu değildir. Yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı sonuç olmamakla birlikte yapılan diğer çalışmalara göre sonuçlarımızın farklı olmasının nedeni çalışmanın yapıldığı hastanenin niversite hastanesi olması ve ayrıntılı tarama teşhis için başvuran kadınların hem başka bir hastaneden sevk yolu ile, hem de eğitim ve sosyo-ekonomik açıdan sahip oldukları avantajların etkisiyle bireysel başvuru yaparak hastaneye ulaşmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Eğitim ve sosyo-ekonomik düzey arttıca bireylerin hem bilgiye, hem de ilgili diğer kaynaklara erişiminin daha kolay ve hızlı olduğu bilinen bir gerçektir. Çalışmanın bir diğer sonucu olan akraba evliliği olmayan gebelerin kaygı düzeyinin daha yüksek çıkmasının nedeni ise eşi ile akraba olan gebelerde anomalili bebek riski ihtimalinin daha yüksek olması, eşi ile aralarında herhangi bir akrabalık olmayan kişilerin anomalili bebek ihtimalini daha az düşünmesine ve anomalili bebek durumu ile karşı karşıya kaldıklarında şaşkınlık ve hayal kırıklığı yaşamalarına bununla beraberde kaygı puanının artmasına neden olmuş olabilir.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde; terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının toplam gebelik sayısı 4 ve üstü olan, daha önce hiç doğum yapmamış ve yaşayan çocuk sayısı iki ve üzeri olan, gebeliği istemeyen, geçmişte infertilite tedavisi görmemiş, terminasyon nedeni bebeğinde çoklu organ yetmezliği olan ve daha önce terminasyon yaşayan gebelerde daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Gül (2014)'ün yaptığı çalışmada gebelik sayısı 4 olanların, daha önce 1 düşük ve 1 küretaj yaptırmış olan, 2 çocuğu olan, isteyerek gebe kalan, gebeliği sonlandırma nedeni sağlıkla ilgili problemler olan kadınların daha yüksek kaygıya sahip olduğu görülmüştür (84). Yapılan bir başka çalışmada kürtaja başvuran kadınların durumluk kaygı puanları incelendiğinde, yaşayan çocuk sayısı bir ve iki olanların daha yüksek olduğu, gebelik sayısı arttıkça kaygı puanının düştüğü, daha önce yapılmış kürtaj sayısı arttıkça kaygı puanının düştüğü, kürtaja başvuranların %70'inin yeterli sayıda çocuğu olduğunu düşündüğü bulunmuştur (82). Çalışma sonucu literatürle uyumludur.

Çalışmaya katılan ve gebelik sayısı 4 ve üstü olan gebelerin doğumla sonuçlanmış gebelikleri azdır. Bu sonuç, gebelerin daha önceki gebeliklerinde de bebek kaybı yaşadıklarını gösterir. Bu durum anne adayları için başarısızlık olarak görülür, öz benliği darbe alır. Kadın kendisini suçlar. Daha önce hiç doğum yapmamış gebeler karşılaştıkları durum karşısında şaşkınlık ve derin üzüntü yaşarlar. Başlarına ne geleceğini bilmemek ve ilk doğumunda terminasyonu yaşayacak olmak ve bunun normal vajinal doğum şeklinde olacak olması onları kaygılandırır. Yaşayan çocuk sayısı iki ve üzerinde olan gebeler ise daha önce doğumla sonuçlanmış gebelikleri varken şimdi ki gebeliklerinde karşılaştıkları bu sorun onları derinden etkiler ve kendilerini sorgularlar. Kendilerinde meydana gelen değişikliklerden dolayı terminasyon tanısı aldıklarını düşünebilirler. Bu değişiklikler beslenme, giyinme, yaş artması olabilir. Aynı şekilde daha önce infertilite tedavisi görmeden gebe kalabilmiş kişiler doğal yöntemlerle gebelik sonrası olumsuzluk yaşadıklarında şaşkınlık ve üzüntü yaşayabilirler. İnfertilite tedavisi gören gebeler her zaman gebeliğin devam edemeyeceğini, gebeliğin başarı ile sonuçlanamayacağını bilirler ve kendilerini bu

duruma hazırlarken doğal yöntemlerle gebe kalan kadınlar bu duruma daha az ihtimal verirler. Gebeliği istemeyen gebeler her ne kadar istemeden gebe kalsalar da terminasyon anne adayında acı yaratıp, biyolojik ve psikolojik bir travmaya neden olabilir. Bebeğinde çoklu organ yetmezliği görülen annelerin daha fazla kaygı yaşaması ise kendilerinde sorun aramalarıyla veya çoklu organ yetmezliği tanısı koyulurken geçirdikleri yüksek maliyetli testler, işlemler, uzayan test sonuçları olabilir. Bebeklerinde bir organ yetmezliği olsa ve doğum sonrası bunun tedavi edilebileceğini bilseler belki de terminasyonu tercih etmeyecek aileler yaşama bağdaşmayan çoklu organ yetmezliği sonucunda seçim şansı olmadıklarını bildiklerinden bu durum onları daha derinden etkiliyor olabilir.

Terminasyon öncesi gebelerin hisleri ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyma durumlarına göre durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, terminasyon öncesi korku hisseden ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Terzioğlu ve ark. kadınların abortus öncesi anksiyete puan ortalamalarının abortus sonrası puan ortalamalarından daha yüksek olduğu (85). Şahin, Cevahir ve Sözeri (2006)' nın yaptığı çalışmada olguların kürtaj öncesi duyguları incelendiğinde %77.8' inin korku hissettiği (79). Oltuluoğlu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada abortusa başvuran kadınların kaygı durumları incelendiğinde abortus öncesinde %61.4' ünün korku yaşadığı belirlenmiştir (80). Taşkın ve ark. (1985) yapmış olduğu çalışma da kürtaj öncesi duygulara bakıldığında %35.8'i korku duygusunu yoğun olarak yaşarken, gebelerin hekim ve hemşirelerden beklentileri arasında ilk sırada psikolojik destek yer almaktadır (86). Çalışma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir. Terminasyon kararı hekim tarafından verilir eşlerin yazılı onamları alınmış olsa da, terminasyonun verilecek özel ilaçlarla normal vaginal doğum şeklinde gerçekleşecek olması, ne ile karşılaşacağını bilememek ve belli saat aralıkları ile verilen ve doğumu tetikleyen ilaçlarla beraber ağrı, ateş, titreme gibi bulguların olması gebelere korku ve kaygı hissettirebilmektedir. Üstelik canlı bir fetüsün yaşamına isteyerek veya istemeyerek son verilmesi kadınların olumsuz duygu ve ikilemler yaşamasına neden olmaktadır. Kadın bu durumdayken sağlık çalışanlarından ve yakınların sürekli destek beklemekte

ve bu desteği görmediğinde durum daha da kötü hale gelebilmektedir. Korkuyu bu denli yoğun yaşıyan ve desteğe bu denli ihtiyacı olan gebelerin kaygı puanının yüksek çıkması önemli bir sonuçtur. Terminasyon sürecinde sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin hastanın psikososyal gereksinimlerini belirleme ve yardım etmede özel bir rolü vardır. Bu rol, eğitim ve danışmanlık becerilerini gerektirmektedir.



8. SONUÇ

Terminasyon öncesi gebelerin psikososyal açıdan değerlendirildiği çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin %16.9'unun 17-25 yaş arasında, %30.1'inin ilköğretim mezunu, %22.9'unun eşinin ilköğretim mezunu, %33.7'sinin çalıştığı, %100' ünün eşinin çalıştığı, %51.8'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu ve %7.2'sinin akraba evliliği yaptığı,
- Kadınların %31.3'ünün ilk gebeliği ve %32.5'inin daha önce hiç doğum yapmadığı, %43.4'ünün çocuğunun olmadığı, %80.7'sinin gebeliği istediği, %4.8'inin geçmişte infertilite tedavisi aldığı, %31.4'ünün terminasyon nedeninin genetik anomaliler olduğu ve %31.3'ünün daha önceki gebeliğinde/gebeliklerinde terminasyon yaşadığı,
- Terminasyon öncesi gebelerin hissettikleri durumların; üzüntü (%59), sakinlik (%13), hayal kırıklığı (%12), korku (%8.4) ve şaşkınlık (%7.3) olarak sıralandığı bulunmuştur. Gebelerin %49.4'ünün terminasyon öncesi psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu,
- Terminasyon öncesi gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının 60.71 ± 11.56 olduğu ve yüksek düzey kaygı yaşadığı,
- Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; 26-34 yaş arasında, eşi ve kendinin eğitim durumu lisansüstü, çalışan, ekonomik durumu orta/çok iyi düzeyde olan gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$),
- Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı, akraba evliliği yapmayanların kaygı düzeylerinin daha yüksek bulunduğu ($p < 0.05$),
- Terminasyon öncesi durumluluk kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının toplam gebelik sayısı, doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı bir olan, gebeliği isteyen, geçmişte infertilite tedavisi alan, terminasyon nedeni genetik anomaliler olan ve daha önce terminasyon yaşamayan gebelerde daha düşük olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$),
- Terminasyon öncesi korku hisseden ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyan gebelerin durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir;

- Literatürde terminasyon sürecindeki gebeleri öncesi psikososyal açıdan değerlendiren çalışmaların yok denecek kadar az olduğundan bu alandaki çalışmaların daha büyük örneklem grubunda ve daha geniş kapsamlı olarak ele alınması,
- Terminasyon tanısı alıp kliniğe yatan her gebe ve yakınlarına terminasyon öncesi ve sonrası gerekli bilgilendirmenin yapılması,
- Terminasyon sürecindeki gebe ve yakınlarının psikososyal açıdan değerlendirmesi ve gereksinimlerinin saptanması, saptanan gereksinimlere göre psikososyal destek ve yardım sağlanması,
- Terminasyon sürecinde özel bir rolü olan KLP hemşirelerinin hasta ve yakınlarına etkin psikososyal yardımda bulunabilmesi için eğitim ve danışmanlık becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının uygulanması,
- Terminasyon nedeniyle kliniğe yatan gebe ve eşlerine aynı zamanda genetik danışmanlık yapılması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. s. 85-102,156,158,217-220, Sistem Ofset Matbaacılık, 11. Baskı, Ankara, 2012.
2. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 3 (9), 39-66, 2008.
3. Aksoy F. Konjenital Anomaliler: Tanımlama, Sınıflama, Terminoloji ve Anomalili Fetüsün İncelenmesi. Türk Patoloji Dergisi. 17(1-2); 57-62, 2001.
4. Koç S, Seval M. Fetal Kromozomal Hastalıklar: Fetal Tanısal İnvaziv Girişimler. Türkiye Klinikleri Gyncecol Obst- Special Topics, 4(1); 34-7, 2011.
5. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonic B. Doğum İndüksiyonu ve Fetal Anomaliler İçin Gebeliğin Sonlandırılması. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, s. 68:1392-1426, 3. Basım, Ankara, 2008.
6. Lipp A. Termination of Pregnancy: a Review of Psychological Effects on Women. Nursing Times p. 105: 1, 26-29, 2009.
7. Broen AN. Reasons For İnduced Abortion And Their Relation To Women's Emotional Distress: A Porspective, Two-Yar Follow-Up Study.General Hospital Psychiatry; 27(1); 36-43, 2005.
8. Nüfus Planlama Kanunu. 24 Mayıs 1983. Sayı: 2827-5, Başbakanlık Basımevi, Ankara.
9. Coşkun A, Ülkemizde Ana Çocuk Sağlığı ve Sorunları, I. Ulusal Ana- Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, s. 60-80, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1992.
10. Tabor A, Jonsson MH: Psychological Impact of Amniocentesis on Low Risk Women. Prenat Diagn p. 7: 443-449, 1987.
11. Balcı O, Taviloğlu ZŞ, Yılmaz AF, Coşkun ME, Varan C, Almacioğlu ve ark. Üniversite Hastanemizde Konjenital Anomalilerin Görülme Sıklığı ve Dağılımı. Gaziantep Tıp Dergisi 18(2); 81-84, 2012.
12. Pamuk S, Arslan H. Hastanede Yatan Riskli Gebelerde Hastane Stresörlerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(2); 23-32, 2009.

13. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3); 143-148, 2009.
14. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin Ruhsal Belirti ve Dağılımlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(1); 115-126, 2005.
15. Sunal N, Demiryay A. Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12); 99-110, 2009.
16. Taşkın L. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Genişletilmiş, s. 69-103,176,191,413-434, Sistem Ofset Matbaacılık, VII. Baskı, Ankara, 2005.
17. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23 (1); 61-64, 2001.
18. Ersoy İ. Gebelikte Maternal Fizyoloji. s. 65-69, Orta Doğu ve Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. 4.Basım, Ankara, 2000.
19. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, s.3-17, Sistem Ofset Matbaacılık, 6. Baskı, Ankara, 2003.
20. Özkan S. Psikiyatrik Tıp Konsültasyon- Lizeyon Psikiyatrisi. s. 203-212, Roch Müstahzarları Sanayi A.Ş., 1. Baskı, İstanbul, 2003.
21. Stevenson RE, Hall JG. Human Malformations and Related Anomalies. p. 1: 58-71, Oxford University Press, 2006.
22. Bijama HH, Heide AVD, Wildschut HJJ: Decision-Making After Ultrasound Diagnosis of Fetal Abnormality. Reproductive Health Matters, 16: 82-89, 2008.
23. Örs OP, Çakır Güngör AP, Gencer M, Yücesoy K, Hacivelioglu S, Kızıldağ B. ve ark. Nöral Tüp Defekti Gebeliği Olan Olguda Terminasyon Kararı, Smyrna Tıp Dergisi, 27(30); 52-64, 2012.
24. John M. Aase. Diagnostic Dysmorphology. p. 5-10 Springer ABD, 1990.
25. Sezgin İ. Konjenital Anomaliler. C.Ü. Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik A.B.D. (tipeu.cumhuriyet.edu.tr/Donem3/.../Genetik/KONJENitalanomaliler.ppt), (Erişim: 01.2018).

26. Kurinczuk JJ, Hollowell J, Boyd PA, Oakley L, Brockehurst P, Gray R. The Contribution of Congenital Anomalies to Infant Mortality, p. 2-3. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2010.
27. Robins J. Congenital Anomalies Surveillance 2011-2012. Final Draft. NHS Greater Glasgow and Clyde, p. 5, 2013.
28. F. Gary Cunningham, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III. McGraw-Hill, Williams Obstetrics, p.283, 25th edition, p.ABD, 2016.
29. Diribaş K, Kaya C, Koç A. İlk Trimester Fetal Tarama Testleri. Klin Jinekoloj Obst; 12: 186-193, 2002.
30. Yüreğir ÖÖ, Büyükkurt S, Koç F. Prenatal (Doğum Öncesi) Tanı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; 21(1); 80-94, 2012.
31. Yararbaş K, Ilgın Ruhi H. Prenatal tanı, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26:666-674. 2006.
32. Lalor J, Begley CM, Galavan E, Recasting Hope: A Process Of Adaptation Following Fetal Anomaly Diagnosis. Social Science & Medicine. p. 68: 462-472, 2009.
33. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. Konjenital Anomaliler. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. s. 12:153-162, Atlas kitapçılık, 2. baskı, Ankara, 2005.
34. Tunçbilek E. Türkiye'de ki Nöral Tüp Defekti Sıklığı ve Önlemek İçin Yapılabilecekler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 7: 307-314, 2004.
35. Robinson J, Hibbard BM, Laurence KM. Anxiety During a Crisis: Emotional Effects of Screening for Neural Tube Defects. J Psychosom Res 28:163-169, 1984.
36. Tayyar M, Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Amniyosentez ve Çölosentez. Obstetrik Maternal Fetal Tıp- Perinatoloji 242-268, 2001, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, 2001.
37. FIGO Committee Report. Ethical Aspects Concerning Termination of Pregnancy Following Prenatal Diagnosis. Gynecology and Obstetrics; p. 102:97-98, 2008.
38. Hook EB. Chromosomal Abnormality Rates at Amniocentesis and in Live-Born Infants. JAMA, p. 249: 2034-2038, 1990.

39. Chiang S. Late Abortion: A Comprehensive Review. Taiwanese J Obstet Gynecol; p. 44(4); 318-326, 2005.
40. Kaya H, Söğüt Ö, Gökdemir MT, Dokuzoğlu AM. Medikal Abortus için Oral ve Vaginal Misoprostol Kullanımı. Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi, 2(2); 33-35, 2011.
41. Esmer ÇA, Yüksel A. Prenatal Tanı Sonrası Gebeliklerin Sonlandırılması ve Yasal Durum. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, sf: 1, Düşükler, 2012.
42. <http://notoku.com/dusukler-ve-gebeligi-sonlandirma-yontemleri/#ixzz4DpGpKkvS> . (Erişim: 01.2018)
43. Öztürk Y, Esinler İ. İkinci Trimester Gebelik Sonlandırılmalarında Sublingual, Vaginal ve Oral Misoprostol Kullanımının Karşılaştırılması, 2(3); 172-177, Cumhuriyet Tıp Dergisi , 2005.
44. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, s.339-342, Ankara, 2009.
45. Schaff EA, Wortmsn M, Eisinger S, Franks P. Methotrexate and Misoprostol When Surgical Abortion Fails. Obstet Gynecol; 87:450-2, 1996.
46. Davis VJ, Guidelines For Medical Termination of Pregnancy. J Soc Obstet Gynaecol Can; p. 21(12); 1169-74, 1999.
47. Güngör İ. Konjenital Anomalilerin Önlenmesinde Ebe ve Hemşirenin Rolü, 2011.
48. Birgen N, Madazlı R, Tümerdem ÇB, Sarıca N. ve Şal V. Tıbbi Tahliye İle İlgili Sorunlara Yönelik Hekimlerin Görüşleri- Anket çalışması, Türkiye Klinikleri Gynecol Obst. 19(4), 2009.
49. Tezcan S. Türkiye'de Çocuk Düşürme. sf. 18, Hacettepe Üniversitesi, Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1980.
50. Rebecca J. Cook, Bernard M. Dickens. From reproductive choice to reproductive. p. 106-109, Toronto, 2009.
51. Prof. Dr. Ş. Görkey. Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar, ([http:// www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diger/GebSon.pdf](http://www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diger/GebSon.pdf)) , (Erişim; 02.2018).

52. Marge Berer. A Critical Appraisal of Laws on Second Trimester Abortion. 16(31); 3-13, 2008.
53. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük(18.12.1983), 18255 No'lu Resmi Gazete.
54. Johnson JM, Wilson RD, Winson EJT. The Early Amniocentesis Study: A Randomized Clinical Trial of Early Amniocentesis Versus Midtrimester Amniocentesis. Fetal Diagn; 1: 85-93, 1996.
55. Tabor A, Johnsson MH: Psychological impact of amniocentesis on low risk women. Prenat Diagn 1987; 7: 443-449.
56. Korenromp MJ, Ledarkuiper HR, Van Spijker HG. Termination of Pregnancy on Genetic Grounds; Coping With Grieving. J Psychosom Obstet Gynaecol, p. 13: 93-105, 1992.
57. Zlotogora J. Parental Decisions to Abort Continue a Pregnancy With an Abnormal Finding After an Invasive Prenatal Test. Prenat Diagn 22: 1102-6, 2002.
58. Grenn J Strothom H. Psychosocial Aspect of Prenatal Screening and Diagnosis, in The Troubled Helix; Social and Psychological Implications of The Human Genetics. Edited by Marteau T, Richards M. Combridge, England, C.U. p. 140-163,1999.
59. Marteau TM. Toward Informed Decisions About Prenatal Testing: A review. Prenat Diagn p. 15: 1215-1226, 1995.
60. Türk Dil Kurumu Genel Sözlük.
61. Kum N, Pektekin Ç, Özcan A, Terakye G, Özaltın F, Doğan S, ve ark. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, s.62, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996.
62. Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği, s.60-70, Anadolu Üniversitesi Yayınları, ETAM A.Ş. Eskişehir, 1992.
63. Kağıtçıbaşı Ç. Social Norms and Authoritarianism: A Turkish- American Comparison, Journal of Personality and Social Psychology; 16: 444-451, 1970.
64. Manav F. Kaygı Kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi, 5 (9); 201-211, 2011.
65. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1); 113-121, 2007.

66. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., 2004.
67. Öner N, Le Compte A. Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, s.13-15. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.1998.
68. Kum N, Pektekin Ç. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, s.64-65. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996.
69. Karanisoğlu H. Anksiyete ve Anksiyeteli Hastada Hemşirelik Yaklaşımı, s.37-45. Hemşirelik Bülteni, 1,3 İstanbul, 1983.
70. Cury, F., Menezes, R. (2007) Prevalence of Anxiety And Depression During Pregnancy In A Private Setting Sample, Archives Women's Mental Health;10:25-32.
71. Cüceloğlu D. İnsan Davranışı, s. (2) 30-40. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2011.
72. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği. s. 293, İstanbul Tıp Kitabevi, 1.Baskı. İstanbul, 2014.
73. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması, p. 8:132-139, Anatolian Journal of Psychiatry, 2007.
74. Gentz BA. Alternative Therapies For The Managment of Pain in Labor and Delivery. Clinical Obstetrics and Gynecology, p. 44(4); 704-782, 2001.
75. Ekşi Z, 1. Trimesterde Bebeğini Kaybeden Ve Kaybetme Riski Olan Kadınların Kaygı Düzeyleri. M. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
76. Güneştaş İ, Gebelik Yaşının Kadınların Kaygı Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2011.
77. Çevik Ateş A, Kanama Şikayetiyle Acile Başvuran Abortus İmmineans Tanısı Almış Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2017.
78. Ekinci G, Fetal Anomali Nedeniyle Medikal Abortus Önerilen Gebelerde Ailenin Kararında Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

79. Şahin S, Cevahir R, Sözeri C. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1 (1); 17-32, 2006.
80. Oltuluoğlu H, Budak F, Küçükkelepçe D, Günay U. Abortusa Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi .İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 6 (2); 30-37, 2017.
81. Korenromp MJ, Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Hunfeld JA, Bilardo CM et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: A cross-sectional study. p. 25(3); 253-60, 2005.
82. Ulufer F, Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 1992.
83. Çakır Koçak Y, İlk Kez Anne-Baba Olacaklara Antenatel Dönemde Verilen Eğitimin Kaygı Düzeylerine Etkisi, Ege Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
84. Gül Ö, Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
85. Terzioğlu F, Zeyneloğlu S, Vefikuluçay D. İsteğe bağlı ve terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 3(4);18-29, 2010.
86. Taşkın, L., Kömürcü, N., Güçsavaş, N. Kürtaja Başvuran Kadınların Duygularının İncelenmesi, 1. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-14 Eylül, İzmir, 1985.
87. Prof. Dr. Ş. Görkey. Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar, ([http:// www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diğer/GebSon.pdf](http://www.biyoetik.org.tr/Makaleler/Diğer/GebSon.pdf)) . (Erişim 01.2018).
88. Ngoc NT, Shochet T, Raghavan S, et al: Mifepristone and Misoprostol Compared with Misoprostol Alone For Second-Trimester Abortion. Obstet Gynecol, 118(3); 601, 2011.
89. Owen J, Hauth JC, Winkler CL, et al : Midtrimester Pregnancy Termination: A Randomized Trial of ProstoglandiN E2 Versus Concentrated Oxytocin. Am J Obstet Gynecol p. 167: 1100- 1112, 1992.

90. Ramsey PC, Savage K, Lincoln T, Owen J: Vaginal Misoprostol Versus Concentrated Oxytocin and Vaginal PGE2 for Second-Trimester Labor Induction. *Obstet Gynecol* p. 104:138, 2004.



10. EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben, (denek adı).....katılmam istenen “Terminasyon öncesi gebelerin kaygı düzeyinin değerlendirilmesi” isimli çalışmanın kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı ve bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Deneğin Adı- Soyadı:.....

İmzası:

Adresi(wardsa tel. no/faks no):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının;

Adı-Soyadı:.....

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Ek 1. Anket Formu

1. Yaşınız

2. Eğitim Durumu :

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3. Lise 4. Önlisans
5. Lisans 6. Lisansüstü

3. Eşinin Eğitim Durumu :

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3. Lise 4. Önlisans
5. Lisans 6. Lisansüstü

4. Mesleği :

1. Çalışıyor.....
2. Çalışmıyor

5. Eşinin Mesleği :

1. Çalışıyor.....
2. Çalışmıyor

6. Ekonomik Durum 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi

7. Toplam Gebelik Sayısı:.....

8. Doğum Sayısı:.....

9. Yaşayan Çocuk Sayısı:.....

10. Mevcut Gebeliğe İsteyerek/ İstemeyerek Hamile Kalma Durumu

- 1) İsteyen 2) İstemeyen

11. Akraba Evliliği Durumu:

- 1) Evet (Derecesi.....) 2)Hayır

12. Geçmişte İnfertilite Tedavisi Görme Durumu

- 1) Evet 2) Hayır

13. Terminasyon Nedeni:.....

14. Daha Önce Gebelik Terminasyonu Yaşama Durumu:

- 1) Evet 2) Hayır

15. Şuan Hissettiği Duygular:.....

16. Psikolojik Desteğe İhtiyaç Duyma Durumu

- 1) Evet 2) Hayır

Ek 2. Durumluk Kaygı Ölçeği

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

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

Ek 3. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı

Tarih ve Sayı: 12/07/2017-136038



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı :89969066-044-
Konu :Merve YARDİBİ'nin Araştırma
İzni

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

İlgi :18/04/2017 tarihli, 1002 sayılı yazı

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve YARDİBİ'nin "Terminasyon Öncesi Gebelerin Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına 06.07.2017 tarihinde toplanan Yönetim Kurulu Kararınca karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Mustafa Oral ÖNCÜL
Dekan Yardımcısı

EK :
Yönetim Kurulu Kararı

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEZE8BM05>

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Canan BAYRAMOĞLU Dahili : 31387

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL
Tel : 0 212 414 21 38/414 20 00-31561 Faks : 0 212 414 21 38 / 635 11 93
e-posta : itf-dekanlik@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbultip.istanbul.edu.tr/>

E-İ belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Yönetim Kurulu Kararı



Toplantı Yeri : Dekanlık
Toplantı Tarihi : 06/07/2017
Toplantı No : 14
Karar No : 29

Fakültemiz Kadın Doğum Servisi Jinekoloji – Onkoloji Bölümü hemşiresi ayrıca İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve YARDIBİ' nin "*Terminasyon Öncesi Gebelerin Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi*" başlıklı tez çalışmasını, Fakültemizde uygulamasına oy birliği ile karar verildi.

Aslı Gibidir
e-İmzalı
Ekrem AYDIN
Fakülte Sekreteri

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.9533
Konu : Etik Kurulu Kararı

13/04/2017

Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Terminasyon Öncesi Gebelerin Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 13.04.2017 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 3F6C1E1CX6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	11.04.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	11.04.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 133		Tarih: 12/04/2017	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Terminasyon Öncesi Gebelerin Kaygı Düzeyinin Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psiko-onkoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	Merve	Soyadı	Yardibi
Doğum Yeri	Bakırköy/ İstanbul	Doğum Tarihi	04.09.1993
Uyruğu	TC	Tc Kimlik No	
E-mail	myardibi@st.medipol.edu.tr	Tel	

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzm		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2018
Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015
Lise	Özel Başarılı Okulları	2011

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1.Hemşire	İstanbul Medipol Mega Hastanesi	08.2015 - 11.2015
2.Hemşire	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	01.2016 – Halen devam