



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

**FETAL ANOMALİ VEYA İNTRAUTERİN ÖLÜ FETÜS
NEDENİYLE TIBBİ TAHLİYE YAPILAN HASTALARDA
POSTTRAVMATİK STRES DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. SAADET YAPICI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. HAMİT ALPER TANRIVERDİ

AYDIN – 2010

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM ANABİLİM DALI

**FETAL ANOMALİ VEYA İNTRAUTERİN ÖLÜ FETÜS
NEDENİYLE TIBBİ TAHLİYE YAPILAN HASTALARDA
POSTTRAVMATİK STRES DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. SAADET YAPICI

DANIŞMAN

DOÇ. DR. HAMİT ALPER TANRIVERDİ

AYDIN - 2010

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk yıllarında bilgi, davranış ve deneyimlerinden kısa süre de olsa yararlanma olanağı bulduğum değerli hocam Sayın Prof. Dr. Ergün ONUR' a saygılarımı sunar, çok teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince bilgi birikimi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren, eğitimim için gereken özveri ve fedakârlığı fazlasıyla gösteren, birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım değerli hocalarım Doç. Dr. Ali Rıza ODABAŞI, Doç. Dr. Hasan YÜKSEL, Yrd. Doç. Dr. Samet KAFKAS ve Yrd. Doç. Dr. Selda DEMİRCAN SEZER' e teşekkür ederim.

Ayrıca çok fazla çalışma fırsatı bulamadığım ve bundan dolayı üzgün olduğum değerli hocalarım Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mehmet Mutlu MEYDANLI ve tez danışmanlığı konusunda bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen Doç. Dr. Hamit Alper TANRIVERDİ' ye teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Çiğdem DEREBOY ve Asist. Dr. Sevinç İNAL'a yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

Beş yıl boyunca iyi ve kötü günler paylaştığım değerli asistan ve hemşire arkadaşlarıma, ayrıca hastane personeline teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve benden desteğini eksik etmeyen sevgili aileme teşekkür eder, sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Saadet YAPICI

İÇİNDEKİLER

sayfa

<i>Önsöz ve Teşekkür</i>	<i>i</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>ii</i>
<i>Tablo Dizini</i>	<i>iv</i>
<i>Ölçek Dizini</i>	<i>iv</i>
<i>Kısaltmalar Dizini</i>	<i>v</i>
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	5
2.1. Fetal Anomaliler	5
2.1.1. Tanım ve İnsidans	5
2.1.2. Etiyoloji	5
2.1.3. İnceleme Metodları	6
2.1.3.A) Ultrasonografi	6
2.1.3.B) Maternal Serum Alfafetoprotein ve Üçlü Tarama Testi	7
2.1.3.C) Amniosentez	7
2.1.4. Konjenital Anomaliler	7
2.1.4.A) Baş- boyun ve Merkezi Sinir Sistemi Anomalileri	7
2.1.4.B) Fetal Torasik Malformasyonlar	8
2.1.4.C) Kardiyovasküler Sistem Anomalileri	8
2.1.4.D) Gastrointestinal Sistem Anomalileri	8
2.1.4.E) Üriner Sistem Anomalileri	9
2.1.4.F) Fetal İskelet Anomalileri	9
2.2. İntrauterin Fetal Ölüm	10
2.2.1. Tanım ve İnsidans	10
2.2.2. Etiyoloji	10
2.2.3. Fetal Ölüm Tanısı	11
2.2.4. Fetal Ölümün İncelenmesi	12
2.2.5. Maternal İnceleme	12
2.2.6. Fetüsün İncelenmesi	13

2.3. Gebelik Terminasyonu	14
2.3.1. Tanım	14
2.3.2. Endikasyon	14
2.3.3. Yasal Gebelik Terminasyon Hizmetleri	14
2.3.4. Yöntem Seçimi	15
2.3.4. A) Medikal Yöntemler	16
2.3.4. B) Cerrahi Yöntemler	16
2.4. Posttravmatik Stres Bozukluğu	17
2.4.1. Hekim Tarafından Uygulanan Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS)	18
2.4.2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	22
2.4.3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)	27
3. Gereç ve Yöntem	31
4. Bulgular	33
5. Tartışma	39
6. Sonuç ve Öneriler	44
7. Özet	46
8. İngilizce Özet	48
9. Kaynaklar	50

TABLO DİZİNİ	sayfa
Tablo I. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-IV Tanı Ölçütleri	19
Tablo II. Fetal Anomali Nedeniyle Tahliyesi Yapılmış Hastaların Özellikleri	33
Tablo III. İntrauterin Ölü Fetüs Nedeniyle Tahliyesi Yapılmış Hastaların Özellikleri	35
Tablo IV. Fetal Anomali Nedeniyle Gebeliği Sonlandırılmış Hastaların Özellikleri	
Bakımından Dağılımı	37
Tablo V. İntrauterin Ölü Fetüs Nedeniyle Gebeliği Sonlandırılmış Hastaların Özellikleri	
Bakımından Dağılımı	37
Tablo VI. Gebeliği Sonlandırılmış Hasta Gruplarının Özellikleri Bakımından	
Dağılımı	38
Tablo VII. Grupların İstatistikî Sonuçlarının Karşılaştırılması	38

ÖLÇEK DİZİNİ

Ölçek 1. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğindeki	
Soru İçerikleri (CAPS)	21
Ölçek 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	22
Ölçek 3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II)	28

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFP: Alfafetoprotein

BDE: Beck Depresyon Envanteri

BMI: Body – mass index (vücut-kitle indeksi)

CAPS: Hekim Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği

CDH: Congenital Diaphragmatic Hernia (Konjenital Diyafragmatik Herni)

CEMACH: Confidential Enquiry into Maternal and Child Death (Anne ve Çocuk Ölümlerinde Gizli Araştırma)

DM: Diyabetes Mellitus

DNA: Deoksiribonükleik Asit

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EMR: Erken membran rüptürü

HT: Hipertansiyon

STAI: Sürekli Kaygı Ölçeği

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NTD: Nöral Tüp Defekti

GIS: Gastrointestinal Sistem

NCHS: National Center for Health Statistics

Örn: Örnek

PGE1: Prostaglandin E1

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

GİRİŞ:

Prenatal tanının en önemli faydalarından biri doğumsal anatomik anomalilerin tanısıdır. Doğumsal anomalisi olan bir fetüsün tanısı ve yönetimi için görüntüleme yöntemleri, doğum, genetik, çocuk cerrahisi, anatomi, embriyoloji, teratoloji gibi çok farklı disiplinleri kapsayan bir bilgi birikimi gerekmektedir (1).

Hekimin asıl görevi, hastasına zarar vermeden ona en iyi şekilde yardım etmek ve onu sağlığına kavuşturmadır (2).

Antenatal takip için oldukça düşük maliyetli bir yöntem olan ultrasonografik görüntüleme, çoğu ülkede antenatal bakım için merkezi bir pozisyona sahiptir. Ultrasonografi ile çoğu kadın gebeliği boyunca çocuğunun olmasını istediği şekilden farklı olabileceği konusunda bilgilendirilmiş olmaktadır (3).

Doğumsal sakatlıklar ve genetik bozukluklar neonatal mortalite ve morbidite oluşumunda önemli rol oynar. Tüm canlı doğumların %2'sinde kozmetik ya da cerrahi açıdan önemi olan bir doğumsal sakatlık görülür. Doğumsal sakatlıklar ya da genetik bozukluklar; çevresel ajanlar, kromozomal bozukluklar, tek gen defektleri ve multifaktöriyel bozukluklar gibi birçok durum tarafından oluşturulabildiği halde birçok bozukluğun nedeni halen bilinmemektedir (4).

Önemli yapısal ve kromozomal bozukluklar tüm doğumların yaklaşık %1-5'inde görülmektedir. Prenatal tanıdaki gelişmelerle bu sakatlıkların gebelikte saptanması nedeniyle günümüzde daha fazla sayıda kadın gebelik sonlandırma kararı ile yüz yüze kalmaktadır. Birçok antenatal tarama ve tanısal testin (biyokimyasal, ultrasonografi, koryon villüs örnekleme veya amniosentez gibi) ikinci trimestere kadar yapılamaması nedeniyle, sosyal

endikasyonlar ile yapılan gebelik sonlandırmalarına göre fetal anomaliler nedeniyle yapılan sonlandırmalar daha geç haftalarda gerçekleştirilmektedir (5).

Ülkemizde yasal sonlandırma sınırı 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'na göre isteğe bağlı olarak 10 haftadır. Bu kanunun 5. maddesinde, gebeliğin 10 haftanın üzerinde olduğu durumlarda ancak şu nedenlerle gebeliğin sonlandırılabilceğı belirtilmektedir:

1. Annenin hayatını tehdit eden veya edecek durumlar,
2. Doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olabilecek haller

Bu durumlarda Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile gebelik tahliye edilir. Rahim tahliyesi ile ilgili tüzükte (Resmi gazete 18.12.1983/18255) hangi doğumsal nedenlerle gebeliğin sonlandırılabilceğı belirtilmekteyse de uygulamada yetersiz olduğu görölmektedir.

Gebeliğin sonlandırılması, üzerinde uzlaşılamayacak konulardan biridir. Tıbbi açıdan gebelik sonlandırma endikasyonlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Anne istemi (10. haftaya kadar)
2. Medikal nedenler (anne ve bebeğe ait)
3. Fetal doku elde edilmesi
4. Fetüste yaşamla bağdaşan ve bağdaşmayan genetik bozukluklar (6).

Doğumsal fetal anomali tanısı konulduğunda, aşağıdaki sorunlarla ilgili hasta ile görüşölmelidir:

- -Hastaya anomalinin türü ve şiddeti açıklanmalıdır.
- -Anomalinin yönetimi için ulaşılabilir tedavi seçenekleri tartışılmalıdır.
- -Anomalinin çocuk ve aile için etkileri açıklanmalıdır.

- -Hekim eğer anomalinin etkileri ve tedavisi ile ilgili bilgili değilse, hastayı konunun uzmanına yönlendirmelidir (5).

Ultrasonografi ile fetal anomali tanısı konması ve bunun aileye bildirilmesi aile açısından travmatik bir deneyim ve ailenin normalite beklentilerinin sonudur (7).

Danışmanlıkta amaç hastanın gebeliği ile ilgili kararı vermesine yardımcı olmaktır. Şiddetli anomalisi olanlarda, çocuğun doğması önemli derecede riskli ise, fiziksel veya mental anormallikler ciddi engel yaratacak ise gebelik terminasyonu seçeneği teklif edilir. Klinisyen kendi tecrübesi ile sunduğu teklife karşın, hasta ikinci seçeneği seçebilir. Hasta en azından tanı, uygulamanın amacı, riskler ve olası komplikasyonlar, alternatif tedaviler ve başarılı tedavi oranları hakkında bilgilendirilmelidir.

Bu yüzden, hekimin böylesi anomalili bir bebek veya gebelik sonlandırması konusundaki kişisel görüşü ne olursa olsun, kadına gebelik sonlandırması ile gebeliğine viabilite kanıtlanana dek devam etmek arasında seçim yapabilmesine yetecek uygun bilgi verilmelidir. Ancak, hekimlerin tam ve doğru bilgi verme zorunluluğu olsa da, etik nedenlerle karşılaşırsa, işleme katılma mecburiyetleri yoktur (5).

Ultrasonografi ile tanı koyup aileleri bilgilendiren klinisyenler için bir eğitim programı geliştirilmeli ve ulusal düzeye ulaşması için yararı test edilmelidir (7).

Son 30 yılda fetal ölüm oranı azalmış ve fetal ölüm nedenleri değişmiştir. Fetüsün ölümü trajik bir kayıptır (8).

Ultrasonografi ile fetal ölüm tespit edildiğinde bunun aileye söylenmesi birçok doktor için en zor görevlerden biridir. Aileye söylendiğinde sık karşılaşılan tepkiler; inanmama, kızgınlık, şok, suçluluk, reddetme, umut, çaresizlik, depresyon, korku ve kaygı, ağlama, hesaplaşma, çarpık sorular, rahatlama, tehditler ve alaydır (8).

AMAÇ:

Bu araştırmada Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğı'nde, 2008 Ocak ve 2010 Temmuz tarihleri arasında 20. gestasyonel haftadan daha büyük gebeliğı olup, fetal anomali veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliğı sonlandırılmış hastalarda, tahliye sonrası posttravmatik stres ve depresyon belirtilerinin varlığı ve bunların oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Bu amaçla kullanılan ölçekler; birebir görüşme yöntemi ile uygulandı. Bunlar:

- 1-** Hekim Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğı (CAPS)
- 2-** Sürekli Kaygı Ölçeğı (STAI-II)
- 3-** BECK Depresyon Envanteri (BDE)

2. GENEL BİLGİLER:

2.1. FETAL ANOMALİLER:

2.1.1. TANIM VE İNSİDANS:

Çoğu bebeğin sağlıklı doğmasına rağmen, prenatal tarama yokluğunda % 2 bebek yapısal anomalili doğacak ve 1/700 bebek Down Sendromu gibi ciddi bir genetik bozukluk ile doğacaktır (7).

Fetal anomalilerin çoğu, gebeliğin 2. veya 3. trimesterında saptanır. Avrupa ve Güney Amerika'daki çalışmalar göstermiştir ki, fetal malformasyonların antenatal tanısı sonrası tahliye oranları ülkeler arası ve fetal durumlar arasında geniş bir farklılığa sahiptir (3).

Konjenital anomaliler antepartum ölü doğum ile sonuçlanabilmekte veya perinatal, yenidoğan ve çocukluk döneminde önemli mortalite ve morbiditeye yol açabilmektedir (9).

Prenatal tanı, gelişen fetüsteki yapısal ve fonksiyonel anormallikleri tanımlama sanatı ve bilimidir. Konjenital anomalilerin pediatrik popülasyonun sağlığına büyük etkileri vardır ve bunlar neonatal ölümün majör bir nedeni olarak ortaya çıkmaktadır. Aslında tüm pediatrik hastane başvurularının dörtte birinden fazlasının nedeni genetik bozukluklardır (10).

2.1.2. ETİYOLOJİ:

Konjenital malformasyonlar ve genetik bozukluklar neonatal mortalite ve morbidite oluşumunda önemli rol oynar. Doğumsal defektler ya da genetik bozukluklar çevresel ajanlar, kromozomal bozukluklar, tek gen defektleri ve multifaktöriyel bozukluklar gibi birçok durum tarafından oluşturulur. Klinisyeni uyarabilecek faktörler arasında böyle bir bozukluk açısından pozitif aile öyküsü, ileri anne yaşı, gebelik sırasında teratojenlere maruz kalma, anormal

maternal serum marker düzeyleri, fetal gelişim kısıtlılığı ve anormal amniotik sıvı hacmi sayılabilir (4).

2.1.3. İNCELEME METODLARI:

2.1.3.A)- ULTRASONOGRAFİ:

Ultrasonografi, 1978'den beri obstetride klinik kullanıma girmiştir. Teknolojideki gelişmelerle rezolüsyonda, fetüsün daha iyi görüntülenmesini sağlayan ilerlemeler sağlanmıştır (11).

Çoğu anomalilerin sağlıklı ve herhangi bir risk faktörü bulunmayan kadınlarda meydana gelmesinden dolayı İngiltere'de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 1997) seçilmiş vakalardansa, fetal anomali taramasının rutin olarak tüm hastalara teklif edilmesini öngörmektedir (7). Ultrasonografik incelemede değerlendirilecek yapılar; baş, spinal kord, kalp, abdomen ve iskelet sistemidir (4).

Sonraki gebelik haftalarında daha net görüntülenebilen hipoplastik sol kalp sendromu, serebral ventrikülomegali gibi fetal anomaliler 20. gebelik haftası civarı yapılan anomali taramasında görülemeyebilirler (12). Hasta ve yakınları bu tarz konularda mutlaka bilgilendirilmeli, en iyi ultrasonografi cihazlarıyla bile görülemeyebileceği anlatılmalıdır.

2.1.3.B)- MATERNAL SERUM ALFA-FETOPROTEİN DÜZEYLERİ (AFP) VE ÜÇLÜ

TARAMA:

Nöral tüp defektleri, abdominal duvar defektleri ve kromozomal anomalileri taramak amacıyla kullanılmaktadır. Yüksek AFP düzeyleri nöral tüp defekti ya da abdominal duvar defekti düşündürürken, düşük AFP ve estriol ile birlikte yüksek human koryonik gonadotropin seviyeleri trizomi 21 düşündürmektedir. Tüm değerler düşük ise fetüs trizomi 18 açısından risk altındadır (4).

2.1.3.C)- AMNİOSENTEZ:

Karyotipleme ve amnion sıvısının analizi açısından konjenital anomalilerin antenatal tanısında kritik bir öneme sahiptir (4).

2.1.4. KONJENİTAL ANOMALİLER:

2.1.4.A)- BAŞ, BOYUN VE MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ (MSS) ANOMALİLERİ:

En sık görülenleri nöral tüp defektleri (NTD) ve hidrosefalidir (4).

Nöral tüp defektlerinin etiyolojisi multifaktöriyeldir. AFP tayini ve ultrasonografi, nöral tüp defektlerinin prenatal tanısı için rutin antenatal bakımın parçalarıdır. Anensefali fataldir. Spina bifidalı hastada prognoz lezyonun yeri ve yaygınlığına bağlıdır. Mortalite oranı %20'lara varmakta ve yaşayanların çoğunda paralizi, seksüel disfonksiyon ve inkontinans görülebilmektedir (4).

Hidrosefali fetal serebral ventriküllerin dilatasyonu ve fetal kafanın genişlemesi ile karakterizedir. Yapısal veya kromozomal anomalilerin birlikte görülme sıklığı yaklaşık %30 oranındadır. Fetal karyotipleme, fetal ekokardiografi ve fetal anatomisinin detaylı incelenmesi mutlaka önerilmelidir (4).

2.1.4.B)- FETAL TORASİK MALFORMASYONLAR:

En sık görülenleri konjenital diafragmatik herni (CDH) ve kistik adenomatoid malformasyonlardır. Postnatal tedavi optimum olsa bile CDH'li bebeklerin çoğu, gelişmekte olan akciğerlerin intrauterin dönemde herniye olan abdominal organların basısı altında olması sonucunda gelişen pulmoner hipoplazi nedeni ile ölürlür (4).

2.1.4.C)- KARDİYOVASKÜLER ANOMALİLER:

Sıklık %0.5-1 arasında hesaplanmaktadır. Konjenital kalp defektleri çeşitli nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kromozomal anomaliler vakaların %4-5'inde görülürken ekstrakardiyak anomaliler bu fetüslerin %24-45'inde izlenmektedir. Tanısı konulan tüm kalp defektlerine karyotipleme yapılmalıdır (4).

Sık görülen kardiyak defektler; Fallot tetralojisi, büyük arter transpozisyonu, hipoplastik sol kalp sendromu, fetal aritmidir (4).

2.1.4.D)- GASTROİNTESTİNAL SİSTEM (GIS) ANOMALİLERİ:

İzole GIS anomalili bebekler postnatal cerrahi sonrası iyi bir yaşam kalitesine kavuşabileceklerinden prenatal tanıdan çok yarar görürler. Anomaliler intestinal obstrüksiyonlar (özefageal atrezi, duodenal atrezi, ince ve kalın barsak obstrüksiyonları) ve ventral duvar defektleri (omfalosel ve gastroşizis) olmak üzere iki ana gruba ayrılırlar.

2.1.4.E)- ÜRİNER SİSTEM ANOMALİLERİ:

Genitoüriner sistem anomalileri primer renal disgenenezis ve obstrüktif bozukluklar olmak üzere sınıflandırılır.

2.1.4.F)- FETAL İSKELET ANOMALİLERİ:

İskelet displazileri değişik morfometrik özellikler ve değişik prognozlar gösteren kompleks bir anomaliler grubudur. Tanatoforik displazi, kamptomelik displazi, osteogenezis imperfekta ve akondroplazi şeklinde gruplandırılabilir.

2.2-İNTRAUTERİN FETAL ÖLÜM:

2.2.1-TANIM VE İNSİDANS:

İntrauterin fetal ölüm için birçok tanımlama yapılmıştır. Kısaca fetal ölüm; gebelik süresinden bağımsız olarak konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce meydana gelen ölüm şeklidir (13). Geleneksel olarak abortus 20. gebelik haftasından önceki gebelik kayıplarına denk gelmektedir; fetal ölüm veya ölü doğum 20. gebelik haftasından sonraki kayıpları tanımlamada kullanılır. Diğer bir yaklaşımda, 20. gebelik haftasından önceki kayıplar erken kayıp 20. gebelik haftasından sonraki kayıplar geç kayıplar olarak tanımlanmaktadır (14).

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık İstatistikleri Merkezi'ne (National Center for Health Statistics, NCHS) göre ABD' de ortalama ulusal fetal mortalite insidansı 1000 doğum başına 6.5' tur (13).

2.2.2- ETİYOLOJİ:

Fetal ölümlerin yarısına yakın kısmında kesin bir etiyolojik faktör gösterilememektedir (13). Saptanabilen sebepler şunlardır (15):

1- Kromozomal Anomaliler: Erken fetal ölümlerin %30-60'ından sorumludur. Maternal yaşın artmasıyla insidans artar. Yaklaşık olarak kromozomal anomalili fetüslerin %7'si terme kadar ulaşmaktadır. En sık görülen kromozomal anomali, otozomal trizomilerdir.

2- Fetal Yapısal Anomaliler: Fetal anomalilerin % 35'inden sorumludur. Daha çok kardiyak ve renal anomalilerden kaynaklanmaktadır.

3- Enfeksiyon: Bakteriyel enfeksiyonlar başta olmak üzere viral ve parazitik enfeksiyonlar fetal ölüme neden olabilir.

4- Maternal Diyabet: Diyabetik gebelerde spontan düşükler %17 oranında görülürken, diyabetik olmayan popülasyona göre konjenital malformasyon 4-10 kat daha fazla görülür.

Ölü doğum ve perinatal mortalite oranları 5 kat daha fazla iken, neonatal ve infant mortalite oranları sırasıyla 15 ve 3 kat daha fazladır.

5- Maternal Yaş: Anne yaşının perinatal ölümler üzerindeki etkisine bakılacak olursa, çok genç annelerde ve yaşlı annelerde perinatal ölüm oranlarının arttığı görülmektedir.

6- Maternal BMI: Anne ve Çocuk Ölümünde Gizli Araştırma (CEMACH)'nın 2006 yılında yayınladığı bir rapora göre, ölü doğum yapan kadınların %26'sının obez (BMI> 30) olduğu saptanmış. Bunun sebebinin anormal glisemik kontrol ve hipertansiyon insidansının bu gebelerde yüksek olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

7- Kord Komplikasyonları: Nukal kord ve Wharton jeli azlığının fetal ölüm için risk oluşturduğu düşünülmektedir.

8- Plasental Komplikasyonlar: Umbilikal kord insersiyon bozuklukları ve ablasyo plasenta fetal ölüm için risk teşkil eder.

9- Trombofililer: Ablasyo plasenta ile ilişkili trombofililer; faktör V Leiden mutasyonu, protrombin gen mutasyonu, hiperhomosisteinemi, aktive protein C rezistansı, antitrombin III eksikliği ve antikardiyolipin antikorlarıdır. Bu trombofililer aynı zamanda intrauterin gelişme geriliği ve preeklampsiyle de ilişkilidir. Antifosfolipid sendromu da fetal ölüme yol açabilir.

10- Obstetrik Kolestaz: Bu hastalarda fetal ölüm sebebinin safra tuzlarının plasental geçişine bağlı oluşan anoksi olduğu düşünülmektedir.

2.2.3- FETAL ÖLÜM TANISI:

Günümüzde bu amaç için kullanılan en basit ve güvenilir tanı yöntemi ultrasonografidir. Deneyimli ellerde ultrasonografinin fetal ölüm tanısındaki sensitivitesi ve spesifitesi %100'dür. Fetal kalp atımının gösterilememesi fetal ölüm için tanısaldır. Fetal hareketin olmaması, kranial kemiklerin birbiri üzerine geçmesi, cilt ve skalp ödemi ve nadiren intrafetal gaz görülmesi fetal ölüme ait diğer sonografik bulgulardır (13).

Doğum hekimi için fetüsün ölü olduğunu aileye söylemesi oldukça zor ve dramatik bir andır. Sonografi sırasında fetal kalp bölgesinin ekranda görüntülenip “Kalp atımı bu bölgede görülebilmelidir” şeklinde bir ifade sonrası bir müddet aynı görüntüde beklenilmesi ailenin de tanıya ortak edilmesini sağlar ki bu da ailenin tanı konusundaki kuşkularının ve inkâr içgüdülerinin azalmasını sağlar. Sonografi sırasında veya fetal ölüm konusunda aileye bilgi verilirken eşlerin ani tepkilerine (bayılma, hipotansif atak gibi) önlem almak da gerekli olabilir (13).

Çoğu intrapartum ilişkili perinatal ölüm, hipoksi/asideminin erken saptanması ve uygun doğum şekline -ki bu da özellikle değil ama genellikle sezaryen ile olur- erken karar verilmesiyle önlenebilmektedir (16).

2.2.4- FETAL ÖLÜMÜN İNCELENMESİ:

Ölü doğan her infantın ölüm nedeninin saptanması önemlidir. Annenin fetüsün ölüm nedenini öğrenmesi, psikolojik olarak rahatlama ve kendisini suçlamasını önlemek için faydalıdır. Ayrıca anneye sonraki gebeliklerinde gerekli danışmanlığın verilmesi ve gebelik takibinin uygun şekilde yapılması açısından da önem arz etmektedir (17).

Fetal ölüm nedeninin ortaya konulmasında yardımcı olabilecek ilk tanı aracı ultrasonografidir ve fetüsün ölüm zamanı hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Doğumsal sakatlıkların tanınması, plasentanın ve amniotik sıvının değerlendirilmesi ultrasonografi ile mümkündür. Diğer bir basamak da genetik amniosentezdir. Fetal karyotip tespit etmenin yanısıra amnion sıvısından kültür yapılma olanağı da sağlar (13).

2.2.5- MATERNAL İNCELEME:

Fetal ölüm sebebinin ortaya konulmasında yararlanılacak testlerden önce annenin özgeçmişi, soygeçmişi ve de obstetrik öyküsü dikkatli bir şekilde alınmalıdır. Özellikle bir haftadan daha eski fetal ölüm olgularında veya ölüm zamanının tahmin edilemediği

olgularda trombosit sayısı ile birlikte tam kan sayımı, protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, serum fibrinojen seviyeleri istenmelidir. HbA1C, kan şekeri bakılarak maternal diyabet ekarte edilmelidir (13).

2.2.6- FETÜSÜN İNCELENMESİ:

Doğumdan hemen sonra fetüs, plasenta ve membranlar dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Fetal epidermiste büller görülmesi (fetal ciltte soyulma) ilk 24 saatte, iç organların hemoglobinle boyanarak normal renklerini kaybetmesi 24-48 saat içerisinde meydana gelen değişikliklerdir (13).

Fetal dismorfik özellikler belirlenmeli ve belgelenmelidir. Fetüs doğduktan sonra kordondan veya intrakardiyak kan alınarak serolojik ve genetik çalışmalar yapılabilir. Fetüsün fotoğraflarının çekilmesi, tüm vücudun posteroanterior ve lateral röntgen filmlerinin alınması önemlidir.

Koryoamnionite yönelik kültürler doğumdan hemen sonra alınmalıdır. Plasentaya yönelik genetik çalışma için steril olarak 0.5cm²'lik doku almak yeterlidir. Fetal cilt biyopsileri uyluktan, inguinal bölgeden veya aşil tendonundan steril olarak alınmalıdır.

Fetal değerlendirmenin son aşaması fetal otopsidir. Fetal doku incelemelerinde olduğu gibi bu aşamada da mutlaka aileden yazılı izin almak gereklidir (13).

Bu incelemelerin 2-3 ay kadar süreceği, tüm araştırmalara rağmen herhangi bir neden bulunamayabileceği konusunda aileye bilgi verilmelidir. Ailenin psikolojik yapısı gözardı edilmemeli, gerekli görüldüğü halde ilgili konsültasyonlara başvurulmalıdır (13).

2.3- GEBELİK TERMİNASYONU:

2.3.1- TANIM:

Gebelik terminasyonu, annenin sağılığını veya hayatını koruyarak, fetal viabilite kazanılmasından önce gebeliğin medikal veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasıdır. Büyük çoğunluğu 24. gebelik haftası veya daha öncesinde gerçekleştirilmektedir.

2.3.2- ENDİKASYONLAR:

1- Doğumda veya çocukluk çağında ortaya çıkacak, yaşam ile bağdaşmayacak anomalilerin varlığı veya önemli fiziksel veya mental morbidite ile ilişkili anomalisi olan gebelikler

2- Fetal ölüm

3- Annenin yaşamının ve sağılığının korunması amacıyla.

Kronik medikal hastalık, şiddetli hipertansif vasküler hastalıklar ve belli maligniteler gebelik terminasyon endikasyonlarındandır (5).

Geç gebelik sonlandırılma insidansları ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Geç gebelik sonlandırma endikasyonlarını 4 grupta toplayabiliriz: 1- gebeliği geç farketme, 2- tahliye istemede gecikme, 3- fetal anomali tanısı, 4- hastanın durumunda beklenmedik değişikliklere bağlı tahliye istenmesi (örn: erkek arkadaşından ayrılma). Endikasyonların büyük çoğunluğu fetal anomali tanısıdır (18).

2.3.3- YASAL GEBELİK TERMİNASYON HİZMETLERİ:

Anomalili bir fetüsün sonlandırılması kararı; ülkenin yasaları ve sağılık sistemi, ailenin eğitim seviyesi, sosyoekonomik durumu, dini ve kültürel inançları gibi birçok faktörden etkilenmektedir (19).

Birleşik Devletlerde sadece birkaç eyalette gebelik terminasyonları için devlet fon ayırmaktadır ve üçte birinde kişisel sağlık sigortaları terminasyonu sınırlı miktarda karşılamakta veya karşılamamaktadır.

2.3.4- YÖNTEM SEÇİMİ:

Gebelik terminasyonu cerrahi, farmakolojik ajanların tek veya kombinasyon halinde veya farmakolojik ajanların cerrahi yöntemlere ek olarak kullanımı ile gerçekleştirilir (5). Yöntem seçiminde karar aşağıdaki faktörlere göre verilir:

- ✓ Gestasyonel yaş
- ✓ Medikal ekibin deneyimi
- ✓ Hastanın seçimi
- ✓ İntakt fetüs elde etmenin klinik önemi
- ✓ Diğer komplike klinik durumların varlığı

Özellikle 16. hafta ve sonrasındaki gebelikler gibi zor vakalarda hekim, hasta ile beraber hastanın koşullarına en uygun yöntemi seçmelidir.

Geç gebelik terminasyonu sadece aile için değil, girişim esnasında orada bulunan ve olaya katılan doktor, hemşire ve diğer sağlık personeli için de oldukça travmatik bir olaydır (20). 22 haftalık ve üzeri sonlandırmalarda seçilecek yöntem fetüsün ölü olarak doğurtulmasını sağlamalıdır. Bunun için intrakardiyak potasyum klorürle yapılan fetosit tavsiye edilmektedir ve işlem sonrası mutlaka sonografik görüntüleme ile 5 dakika boyunca izlenerek fetal kalp atışının durduğu teyit edilmelidir (21,22). Diğer fetosit yöntemleri; intraumbilikal potasyum klorür, intraumbilikal lidokain ve perikardiyal serum fizyolojik verilmesidir.

2.3.4.A) MEDİKAL YÖNTEMLER:

Oksitosik ajanlar, prostaglandin analogları (PGE1 analogu: misoprostol), mifepriston (RU-486), Foley kateter, laminaria ile servikal dilatasyon sağlanarak gebelik sonlandırılabilir.

2.3.4.B) CERRAHİ YÖNTEMLER:

Dilatasyon ve evakuasyon, dilatasyon ve intakt ekstraksiyonu, histerotomi ve histerektomi gebelik sonlandırılması için başvurulabilecek cerrahi yöntemlerdir.

2.4. POSTTRAVMATİK STRES BOZUKLUĞU:

Hayati tehlike taşıyan ya da ölümle sonuçlanan, kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olaylar, ağır yaralanmalar ya da bu tür olaylara tanık olmak travma olarak tanımlanmaktadır. Yine aynı tanıma göre, kişinin bu olaylar karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duyguları yaşaması da gerekmektedir (23). Hastalık, belirli bir sıkıntıya veya toplumsal, mesleki ya da diğer yaşam alanlarında uyumsuzluğa neden olur ve bir aydan daha uzun sürer. Belirtiler üç aydan daha kısa sürerse akut, üç aydan uzun sürerse kronik, travmadan en az altı ay sonra başlamışsa geç başlangıçlı olarak adlandırılır (23).

Gebelikteki fetal anomalileri tarama ve bu anomalilere tanı koymadaki teknolojinin ilerlemesiyle, daha fazla sayıda gebe kadın ve eşi sıklıkla gebeliğin 2. veya 3.trimesterında tanı aldıktan sonra gebelik sonlandırılması kararıyla karşı karşıya kalmaktadır (24).

Fetal ölüm anne ve aile için ciddi bir psikolojik travmadır. Ölü doğum yapan kadınların postpartum depresyona girme ihtimali yüksektir. Hastaya ölü doğumdan sonra anksiyetesini unutacak bir süre sonra gebe kalması önerilmelidir (17).

Bu çalışmamızda hastalarımıza tahliye sonrası duygu durumlarının değerlendirilebilmesi için üç adet ölçek uyguladık.

1. Hekim Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS):

Gebelik tahliyesi sonrası stres bozukluğu belirtilerinin değerlendirilmesi, hasta gruplarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) semptomlarının varlığının araştırılması amacıyla uygulanan 17 soruluk bir ölçek.

2. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II): Gebelik tahliyesi yapılan hastalarda sürekli kaygı

düzeyleri ölçümü için hastanın kendisinin cevaplayacağı 20 soruluk bir ölçek.

Hastanın içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler.

3. **Beck Depresyon Envanteri (BDE):** Gebelik tahliyesi yapılan hastalarda depresyon yönünden riski belirlemek ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek için yapılan bir test.

2.4.1.HEKİM-TARAFINDAN-UYGULANAN TSSB ÖLÇEĞİ (CAPS):

CAPS, DSM-III-R TSSB tanısının içe vuruk hale getirilmesi amacıyla 1990'da getirilmiştir ve DSM-IV ölçütlerine göre tanı sağlamak için kolayca düzenlenebilir. Görüşme tüm dört ölçütü de kapsayarak, tanı koymak için gerekli 17 madde içerir: 1)olayın kendisi, 2)olayın yeniden yaşanması, 3)kaçınma ve 4)artmış uyarılma. 17 maddenin her biri için, görüşmeci, 0 ile 4 arasında değişen beş-puanlı ölçüm cetvelinde hem şiddeti hem yoğunluğu ölçer. Tanı travmatik bir olayın ortaya çıkmasını, yeniden yaşamaya dair bir madde, kaçınma için üç madde ve uyarılma için iki madde gerektirir (tipik olarak, bir madde eğer sıklığı en az 1 ve yoğunluğu en az 2 ise var sayılır). Maddeler, her bir maddenin sıklık ve yoğunluk ölçümlerinin toplanması ile elde edilen toplam bir TSSB şiddet puanı oluşturmak için de kullanılabilir. CAPS, genel şiddet açısından, son değişiklikler açısından ve hastanın ifadelerinin geçerliliği açısından sosyal ve mesleki işlevsellikte TSSB belirti örüntüsünün etkisi yönünden birçok genel değerlendirme ölçümü de içerir. CAPS eğitilmiş bir hekim tarafından uygulanmalıdır ve kısmen daha kısa izleme incelemeleri ile birlikte tamamlanması 45 ile 60 dakika sürer. Cinsel ve cinsel saldırılarda sınırlı sayıda sınanmış olsa bile, birçok ortamda ve birçok dilde güvenilirliği ve geçerliliği gösterilmiştir. Araştırma ortamında tanı ve şiddet değerlendirmesi için iyi performans gösterir ama klinik uygulamada kullanımı için çok uzundur (25).

DSM-III-R (1987) ve DSM-IV'te (1994), TSSB travmatik bir olayı takip eden, yeniden yaşantılama, kaçınma ve küntleşme (donuklaşma) ve aşırı uyarılmışlık belirtileri ile ortaya çıkan bir sendrom olarak tanımlanır. Bu belirtilerin en az bir ay süreyle devam etmesi ve

önemli yaşam alanlarından en az birinde, kişinin işlevselliğinde klinik anlamda ciddi bir bozulmanın bulunması gerekmektedir (26) (Tablo I).

Tablo I. Travma sonrası stres bozukluğu DSM-IV tanı ölçütleri

- A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır:
- 1) Kişi, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin veya başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir
 - 2) kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır. Not: Çocuklar bunların yerine dağınık (dezorganize) ya da ajite davranışla tepkilerini dışa vurabilirler
- B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır:
- 1) olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşlemler, düşünceler ya da algılar vardır. Not: küçük çocuklar, travmanın kendisini ya da değişik yönlerini konu alan oyunları tekrar tekrar oynayabilirler.
 - 2) olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme. Not: çocuklar, içeriğini tam anlamaksızın korkunç rüyalar görebilirler.
 - 3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illüzyonları, halüsinasyonları ve disosiyatif geriye dönüş epizotlarını kapsar).
 - 4) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma
 - 5) travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma

üzerine fizyolojik tepki gösterme

C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan) :

- 1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
- 2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
- 3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama
- 4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması
- 5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
- 6) duygulanımda kısıtlılık (örn: sevmeye duygusunu yaşayamama)
- 7) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn: bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık belirtilerinin sürekli olması:

- 1) uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük
- 2) tahammülsüzlük (irritabilite) ya da öfke patlamaları
- 3) düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme
- 4) tetiklik hali (hipervijilans)
- 5) aşırı irkilme tepkisi gösterme

E. Bu bozukluk (B,C ve D Tanı Ölçütlerindeki belirtiler) bir aydan daha uzun sürer.

F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

Ölçek 1. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeğindeki Soru İçerikleri (27):

- 1- Tekrarlayan anımsamalar
- 2- Travmayı hatırlatan olaylar karşısında sıkıntı
- 3- Travma tekrarlanıyormuş gibi hissetme
- 4- Travma ile ilgili tekrarlayan rüyalar görme
- 5- Travmayı hatırlatan duygu ve düşüncelerden kaçınma çabası
- 6- Travmayı hatırlatan etkinlik ve ortamlardan kaçınma çabası
- 7- Travmanın belirli anılarını hatırlayamama/psikojenik amnezi
- 8- Etkinliklere yönelik ilgi azalması
- 9- İnsanlardan yabancılaşma, uzaklaşma duyguları
- 10- Duygulanımda kısıtlılık
- 11- Geleceğe ilişkin beklentisizlik
- 12- Uykuya dalma sürdürme güçlüğü
- 13- Sinirlilik ve öfke patlamaları
- 14- Yoğunlaşma güçlükleri
- 15- Sürekli tetikte olma hissi
- 16- Aşırı irkilme yanıtı
- 17- Travmayı hatırlatan uyaranlar karşısında gösterilen bedensel tepkiler

2.4.2. BECK DEPRESYON ENVANTERİ (BDE):

BDE depresyonun şiddetini depresyonun davranışsal ve bilişsel boyutlarına odak yaparak ölçmek amacıyla 1960'ların başlarında geliştirilmiştir. BDE artan şiddet düzeyli dört ifadesi bulunan 21 özbildirim maddesini içerir. Toplam puan 0 ile 84 arasında değişir. 0 ile 9 puan arasındaki puanlar minimal, 10 ile 16 arasındakiler hafif, 17 ile 29 arasındakiler orta ve 30 ile 63 puan arasındakiler şiddetli olarak kabul edilir. Ölçek 5 ile 10 dakikada doldurulur. Sayısız çalışmada iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur. BDE'nin temel kullanımı, psikoterapötik girişimler de dahil majör depresyonda klinik girişim çalışmalarında bir sonuç değerlendirmesi olarak kullanımıdır. Ölçeğin gücü, depresyonun bilişsel boyutunu kapsamlı biçimde kapsamasında ve depresyonun derinliğinin ölçümünde yatmaktadır (25).

Ölçek 2. Beck Depresyon Envanteri (BDE) (27):

A- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

B- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

C- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

D- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

E- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

F- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.

1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.

G- 0. Kendimden memnunum.

1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
2. Kendime çok kızıyorum.
3. Kendimden nefret ediyorum.

H- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1. Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.

I- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.

1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2. Kendimi öldürmek isterdim.
3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.

J- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
2. Çoğu zaman ağlıyorum.
3. Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

K- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2. Şimdi hep sinirliyim.
3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor

L- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybettim.
3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.

M- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.

1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3. Artık hiç karar veremiyorum.

N- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.

1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3. Kendimi çok çirkin buluyorum.

O- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3. Hiçbir şey yapamıyorum.

P- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

R- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

S- 0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.

T- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

Evet

Hayır

U- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

V- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

2.4.3. SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ (STAI-II):

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen her biri 20 maddelik iki ayrı ölçeği olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI)'nin ikinci ölçeğidir.

1. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I): Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler.

2. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II): Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini belirler (27).

Ölçek 3. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) (27):

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ PUANLANMASI:

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklinde;

Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla. Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu

değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35'dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI:

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM:

Bu araştırma, Ocak 2008 ve Temmuz 2010 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda fetal anomali veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle 20. gestasyonel haftadan daha büyük gebeliği sonlandırılmış olan hastalarda, tahliye sonrası posttravmatik stres ve depresyon belirtilerinin varlığı ve bunların oranlarının değerlendirilmesi amacıyla birebir görüşme yöntemiyle üç adet ölçeğin uygulanmasıyla gerçekleştirildi. Bu ölçeklerin nasıl uygulanması gerektiği Psikiyatri Kliniği'nde yatan hastalardan birkaçına önce Psikiyatri Anabilim Dalı'nda görevli olan branş hekimi tarafından uygulandığında gözlemlenerek, daha sonra da tezi hazırlayan Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı araştırma görevlisi tarafından Psikiyatri hekimi gözetmenliğinde uygulanarak öğrenilmiştir.

Araştırma gruplarının biri anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış 18 – 43 yaş arası 36 hastadan, diğeri intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış 19 – 42 yaş arası 46 hastadan oluşmaktadır. Araştırma gruplarına alınan hastalara ölçekler, tahliyeden sonra en erken 45 gün, en geç 2,5 yıl sonra uygulandı.

Tüm olguların yaşları, dosya numaraları, adresleri, gebelik sonlandırılma endikasyonları ve tarihleri, telefon numaraları kaydedildi. Hastalara hastane kayıtlarındaki telefon numaralarından ulaşılmaya çalışıldı. Anomali nedeniyle tahliye edilen ancak bebeği çeşitli operasyonlar geçirip yaşayan 4 hasta çalışma dışı bırakıldı. Her iki gruptan telefon numaralarından ulaşılamayan veya görüşmeye gelmeyen toplam 10 hasta çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta; fetal anomali nedeniyle tahliye edilmiş 28 hasta ve intrauterin ölü fetüs nedeniyle tahliye edilmiş 40 hasta çalışmaya alındı.

Çalışmaya alınan her iki gruptaki hastalar çağrılarak Beck Depresyon Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği birebir görüşme yöntemiyle uygulandı. Hastalara bu ölçekler uygulanmadan önce ne amaçla uygulandığı uygun bir şekilde açıklandı. Ölçekler uygulandıktan sonra her bir hasta için yöntemine uygun olarak puanlama yapıldı.

İstatistiksel analizlerin hesaplanmasında “SPSS 14.0 for Windows” programı kullanıldı. Sonuçlar ortalama±standart sapma olarak verildi. Sayısal değerlerin analizinde Student-t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4.BULGULAR:

Fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış 28 hasta ve intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış 40 hasta olmak üzere değerlendirmeye toplam 68 hasta dahil edildi. Çalışma kapsamına alınan ve fetal anomali nedeniyle gebelik tahliyesi yapılan olguların gebelik sonlandırıldığı andaki demografik ve obstetrik verileri (gebelik haftası, maternal yaş, tahliye tarihi) ve fetal anomalinin tipi Tablo II’de, çalışmaya alınan intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış hastaların gebelik sonlandırıldığı andaki demografik ve obstetrik verileri ve gebelikteki ek bulguları Tablo III’ de gösterilmiştir.

Tablo II. Fetal anomali nedeniyle tahliyesi yapılmış hastaların özellikleri ve yapılan posttravmatik stres testlerinde (BDE, STAI ve CAPS) aldıkları puanlar:

Anne yaşı	Tahliye tarihi	Gebelik hf	Fetal anomalinin tipi	BDE	STAI	CAPS
32	27.02.2008	20	Anensefali	24	47	10
19	04.04.2008	24	Spina bifida+servikal vertebra yokluğu+diafragmatik herni+pes ekinovarus	22	47	11
33	12.05.2008	36	Anensefali+spina bifida+polihidramnion	8	45	4
30	06.06.2008	23	Multipl fetal anomali	27	48	7
21	11.07.2008	37	Anensefali	3	42	0
43	23.07.2008	22	Turner sendromu	17	47	5
22	25.07.2008	26	Anensefali	8	42	6
22	24.08.2008	20	Anensefali+pes ekinovarus+bilateral yarı damak-dudak+anosmi+anoftalmi	47	52	13
30	17.10.2008	22	Hidrocefali	19	47	8
29	21.12.2008	30	Hidrops fetalis+pes ekinovarus+tortikolis	3	51	4

38	05.04.2009	21	Down sendromu	17	48	6
28	12.04.2009	22	Fetal amelia	5	42	4
32	19.12.2009	32	Holoprosensefali	8	42	6
25	17.08.2009	32	Gastroşizis+ambigius genitale+alt ekstremit yokluğu	13	45	9
32	04.09.2009	25	Bilateral ventrikülomegali+spina bifida+meningomyelosel	42	52	13
32	12.11.2009	41	Anensefali	3	40	1
24	29.08.2009	27	Hidrops fetalis	8	42	6
34	22.11.2009	30	Anensefali	17	48	6
36	18.12.2009	31	Bilateral renal agenezi+mesane yokluğu	27	48	7
33	22.01.2010	36	Polihidramnios+IUGG+tek umbilikal arter+auricular epidermolizis bülloza	4	46	6
31	09.01.2010	25	Meningomyelosel	12	45	8
25	04.03.2009	28	Gastroşizis	4	46	6
20	09.02.2010	31	Hidrocefali+spina bifida	19	41	8
26	12.04.2010	23	Multipl fetal anomali	17	41	8
29	21.04.2010	24	Ventrikülomegali+meningomyelosel	15	52	4
22	11.06.2010	31	Tanatorik displazi	18	50	7
24	20.06.2010	23	Anensefali	12	54	5
36	22.06.2010	21	Hipoplastik sol kalp sendromu	3	40	2

Tablo III. İntrauterin ölü fetüs nedeniyle tahliyesi yapılmış hastaların özellikleri ve yapılan posttravmatik stres testlerinde (BDE, STAI ve CAPS) aldıkları puanlar:

Anne yaş	Tahliye tarihi	Gebelik haftası	Ek bulgu	BDE	STAI	CAPS
32	09.01.2008	24	İkiz	22	53	15
22	16.04.2008	39		20	47	10
36	29.04.2008	25	oligohidramnios+DM	9	47	8
42	06.04.2008	24	HT	11	50	3
28	15.05.2008	25	preterm	19	53	12
19	25.01.2008	20	İkiz	13	49	12
22	23.05.2008	36		18	49	6
24	30.05.2008	28	eski sezaryen	6	53	0
28	01.07.2008	33	eski sezaryen	13	56	14
42	29.08.2008	27		23	51	17
22	04.09.2008	22		20	48	13
24	19.09.2008	27		13	50	16
26	25.09.2008	34		6	53	0
25	17.10.2008	39		32	49	13
38	17.11.2008	34	preeklampsi	16	56	0
23	10.12.2008	27	anhidramnios	8	46	0
21	10.12.2008	24		2	40	1
22	20.01.2009	24		14	46	2
21	01.03.2009	26		5	47	0
28	30.10.2009	36		13	47	0
39	05.08.2009	38	ilerlemeyen eylem	25	52	10
28	13.05.2009	31	IUGG+oligohidramnios	6	47	0
31	09.07.2009	30		6	47	0
24	17.06.2009	26		6	49	0

30	25.09.2009	26	EMR	17	54	1
26	17.10.2009	21	preterm	12	45	4
37	28.10.2009	25	anhidramnios	9	52	7
18	13.11.2009	23		18	53	10
26	23.12.2009	27		16	49	10
27	23.12.2009	22	EMR+anhidramnios	9	47	8
21	02.01.2010	39		11	43	6
20	07.01.2010	23	anhidramnios	8	45	4
36	09.02.2010	36	hidrops fetalis	18	49	6
28	02.04.2010	34		15	45	5
25	08.05.2010	40		22	53	15
17	12.05.2010	24		13	49	12
38	26.05.2010	38	preeklampsi	20	47	10
22	10.07.2010	28	IUGG	19	53	12
18	13.06.2010	30	omfalosel	8	47	4
36	10.04.2009	41		11	45	8

Fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış hastaların özellikleri bakımından dağılımı Tablo IV'te gösterilmiştir.

İntrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış hastaların özellikleri bakımından dağılımı Tablo V'te gösterilmiştir.

Tablo IV. Fetal Anomali Nedeniyle Gebeliği Sonlandırılmış Hastaların Özellikleri Bakımından

Dağılımı:

	Hasta sayısı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Deviasyon
Gebelik haftası	28	20	41	27,25	5,752
Anne yaşı	28	19	43	28,86	5,955
BDE	28	3	47	15,07	11,162
STAI	28	40	54	46,07	4,027
CAPS	28	0	13	6,43	3,084

Tablo V. İntrauterin Ölü Fetüs Nedeniyle Gebeliği Sonlandırılmış Hastaların Özellikleri

Bakımından Dağılımı:

	Hasta sayısı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Deviasyon
Gebelik haftası	40	20	41	29,40	6,197
Anne yaşı	40	17	42	27,68	7,237
BDE	40	2	32	13,80	6,485
STAI	40	40	56	49,03	3,563
CAPS	40	0	17	6,85	5,466

Çalışma kapsamına alınan her iki gruptaki hastaların özellikleri ve BDE, STAI II ve CAPS ölçeklerinden aldıkları puanlamaların dağılımı Tablo VI’de gösterilmiştir.

TabloVI. Gebeliği Sonlandırılmış Hasta Gruplarının Özellikleri Bakımından Dağılımı:

	Hasta sayısı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Deviasyon
Gebelik haftası	68	20	41	28,51	6,068
Anne yaşı	68	17	43	28,16	6,717
BDE	68	2	47	14,32	8,665
STAI	68	40	56	47,81	4,008
CAPS	68	0	17	6,68	4,612

Tablo VII’de her iki gruptaki istatistiki sonuçların karşılaştırılması görülmektedir.

Tablo VII. Grupların obstetrik demografik verileri istatistiki sonuçlarının karşılaştırılması:

	Fetal anomali grubu	İntrauterin ölü fetüs grubu	P değerleri
Gebelik haftası	27.25 ± 5.752	29.40 ± 6.197	0.129
Anne yaşı	28.86 ± 5.955	27.68 ± 7.237	0.321
BDE	15.07 ± 11.162	13.80 ± 6.485	0.591
STAI	46.07 ± 4.027	49.03 ± 3.563	0.004
CAPS	6.43 ± 3.084	6.85 ± 5.466	0.687

Çalışmaya katılan her iki gruptaki hastaların gebelik sonlandırıldığı andaki gebelik haftaları, yaşları, BDE, STAI II ve CAPS ölçeklerinden aldıkları puanların analizi yapıldığında sadece Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI II)’de istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0.004$). İntrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması yapılan hastaların Sürekli Kaygı Ölçeği’nden daha yüksek puan aldıkları ve dolayısıyla kaygı seviyelerinin az da olsa istatistiksel analize göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü.

5. TARTIŞMA:

Gebelik terminasyonu; annenin sağlığını veya hayatını koruyarak, fetal viabilite kazanılmasından önce gebeliğin medikal veya cerrahi yöntemlerle sonlandırılmasıdır. Fetal değerlendirmelerin (biyokimyasal, ultrasonografi, koryon villüs örneklemesi veya amniosentez gibi) ikinci trimestere kadar yapılamaması nedeniyle, sosyal endikasyonlar nedeniyle yapılan terminasyonlara göre anomali nedeniyle yapılan terminasyonlar daha geç haftalarda gerçekleşmektedir (5). Özellikle 22. gebelik haftası veya sonrasında fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması yapılacak durumlarda öncelikle fetosit yapılması gerekmektedir.

Prenatal tanı teknolojisinin gelişmesi nedeniyle, gebelik sırasında tanımlanabilen fetal bozukluklar giderek artmaktadır. Fetal bozukluklar ve anomalilerin tanısında artış olması, birçok başka sorunu da beraberinde getirmektedir. Yaşamla bağdaşan veya bağdaşmayan anomalilerin değerlendirilmesi de apayrı tartışma konuları olarak özellikle gebeliklerle uğraşan branş hekimlerini sıkıntıya sokmaktadır. Hekimlerin de kendi aralarında çok ciddi görüş, etik ve ahlaki değer farklılıkları göz önüne alındığında doğru yaklaşımın ne olduğu konusunda fikir birliğine ulaşmak mümkün görünmemektedir. Olayın hekim dışındaki kısmını daha duygu dolu yaşayan anne ve babanın ciddi bir fetal bozukluk veya anomalide karar vermesinde de çok zorluklar bulunmaktadır.

Bir anomali tanısının kadın ve eşi üzerinde derin duygusal etkileri vardır. Bu ailelerin aşğıdaki olaylarla karşı karşıya kalmaları olasıdır:

- Beklenen normal gebelik seyri sürecinin ve bebeğin kaybı
- İstenen bir gebeliğin sonlandırılma olasılığı
- Gebeliğin sürdürülmesi ya da sonlandırılması ile ilgili kararın sorumluluğu

- Kararın herhangi biri ile ilgili suçluluk duygusu (31).

Anne olacak olmanın gururu, hazzı beklenirken hastaların bebeğin yaşamına veya gebeliğin sonlandırılmasına karar vermelerinin istenmesi hastaların ruh hali üzerinde ciddi sorunlara sebep olmaktadır. Bu hastaların sağlıklı doğum yapacak anne adayları ile aynı odada doğum yapmaları da çok yıpratıcıdır ve imkanlar ölçüsünde izole bir oda sağlanması konusunda yardımcı olunmalıdır.

Çoğu kadın ve eşi için gebeliğe devam edip etmeme kararı yaşamları boyunca yüz yüze geldikleri en zor karardır. Tam ve doğru bilgi, tartışma için fırsat ve zaman verildiğinde, kadınların çoğu bir karara varabilir (31).

İntrauterin fetal ölümden ise durum daha farklıdır. Burada aileye düşen bir karar verme olayı yoktur ancak, beklenmedik bir zamanda beklenmedik bir şekilde fetüsün kaybı söz konusudur.

Özellikle gebeliğin ileri haftalarında gebelik takibi yapan bir doğum hekimi için fetüsün ölü olduğunu aileye söylemesi oldukça zor ve dramatik bir andır. Sonografi sırasında fetal kalp bölgesinin ekranda görüntülenip "Kalp atımı bu bölgede görülebilmelidir" şeklinde bir ifade sonrası bir müddet aynı görüntüde beklenilmesi ailenin de tanıya ortak edilmesini sağlar ki bu da ailenin tanı konusundaki kuşkularının ve inkâr içgüdülerinin azalmasını sağlar (13).

İster fetal anomali tanısının aileye söylenmesi ve de gebelik sonlandırılması için ailenin karar vermesi, ister intrauterin ölü fetüs tanısının aileye söylenmesi olsun her iki durumda da özellikle gebe başta olmak üzere aile bir travma yaşamaktadır ve gebelik sonlandırılma süreci de bu travmayı artırmaktadır. Travmanın etkilerini uzun süre sonra bile fark etmek olasıdır. Tahliye olayından kısa bir süre sonra çocuk sahibi olanlarda olayı atlatma daha hızlıdır.

DSM – IV’ de travmanın bazı tanımlamaları yapılmıştır. Buna göre hayati tehlike taşıyan ya da ölümlle sonuçlanan, kendisinin veya başkalarının fiziksel bütünlüğünü tehdit eden olaylar, ağır yaralanmalar ya da bu tür olaylara tanık olmak travma olarak tanımlanmaktadır. Yine aynı tanıma göre, kişinin bu olaylar karşısında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşet duyguları yaşaması da gerekmektedir (23).

Literatürde anomali nedeniyle veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması sonrası posttravmatik stres bozukluğu semptomlarını araştıran çok az çalışma mevcuttur. Ayrıca bu çalışmaları birbirleriyle karşılaştırmak zordur. Çünkü preterm doğum, ölü doğum, anomalili fetüs doğuranlar ve sağlıklı doğum yapanlar gibi alınan hasta gruplarında farklılıklar mevcuttur.

Bizim yaptığımız çalışmada fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış grup ile intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış ikinci bir grup hasta, posttravmatik stres bozukluğu semptomları, anksiyete ve depresyon bulguları açısından karşılaştırıldı. Bu çalışmada hastalara depresyon, anksiyete bozukluğu veya posttravmatik stres bozukluğu tanılarının konması amaçlanmamıştır. İki grup arasında bulguların karşılaştırılması ve dolayısıyla hangi gruptaki hastaların daha çok travmatize olduğunun saptanması amaçlanmıştır.

Korenromp ve arkadaşlarının yaptığı 147 hastayı içeren bir çalışmada fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması uygulanan hastalara terminasyon sonrası 4, 8 ve 16. aylarda posttravmatik stres ve depresyonu saptayan anket uygulanmış. 4. ayda % 46 posttravmatik stres belirtileri, %28 depresyon varken, 16. ayda bu oran sırasıyla % 20.5’a ve %13’e düşmüştür. Bu çalışmanın sonucu olarak, fetal anomali nedeniyle yapılan gebelik terminasyonu, % 20 hastada 1 yıla kadar uzayan önemli psikolojik sonuçlara yol açmaktadır (28).

Gruplar arasında psikiyatrik morbidite, posttravmatik stres, depresyon ve anksiyetenin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada fetal anomali nedeniyle geç terminasyon yapılmış 62 hastadan oluşan bir grup ve preterm doğum yapmış 43 kişiden oluşan bir grup alınmış. Kontrol grubu olarak da doğum sonrası sağlıklı çocuğu olan 65 kişilik bir grup alınmış. Doğumdan 14 gün, 6 ay ve 14 ay sonraki sonuçlar karşılaştırıldığında anomali grubunda 14. günde %22.4, preterm grupta % 18.5 kontrol grubunda % 6.2 psikiyatrik bozukluk saptanmış. 14 ay sonraki sonuçlar ise sırasıyla % 16.7, % 7.1 ve % 0 olarak bulunmuş (29).

Çalışmamızda her iki gruptaki hastalara Beck Depresyon Envanteri, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Klinisyen Tarafından Uygulanan Posttravmatik Stres Bozukluğu Ölçeği birebir görüşme yöntemiyle uygulandı. Hastaların yaşları ve gebelik haftaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Her üç ölçek için de karşılaştırılma yapıldığında sadece Sürekli Kaygı Ölçeği'nde intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması yapılmış hastalarda daha yüksek kaygı düzeyi tespit edildi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Yine de bu durum beklenilenin tersinedir ve fetal anomali nedeniyle gebelik sonlandırılması kararı vermiş olmanın diğer gruba göre kaygı düzeyini yükselteceği beklenmektedir. Fakat diğer taraftan hasta, anomalili bir bebeği doğurup ona gerekli tedavi ve eğitimi sağlayamamanın yanında ailenin ömür boyu yaşayacağı manevi sıkıntıyı da düşününce zaman geçtikçe doğru karar verdiğini daha iyi anlamış olabilir.

Sonuç olarak, fetal anomali nedeniyle veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması yapılmış hastalarda posttravmatik stres bozukluğu bulgularının saptanması amacıyla yapılmış çalışma sayısı sınırlıdır. Çalışmaya alınan hastaların sayılarının azlığı da çalışmaların zayıf yanlarından biri olarak değerlendirilmiştir.

Bizim çalışmamızda da hasta sayılarının az olması, tüm hastalara gebelik sonlandırılmasından eşit zaman dilimi sonrası ölçeklerin uygulanamamış olması ve de

preterm doğum veya sağlıklı miad doğum yapmış üçüncü bir kontrol grubunun olmaması çalışmanın zayıf yanları olarak değerlendirildi. Daha fazla sayıda olguların olduğu daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

Fetal anomali nedeniyle veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması travmatik bir olaydır.

Bu konunun Psikiyatri'yi ilgilendiren bir konu gibi algılanması ya da doğum hekimlerinin olayın daha çok doğum kısmı ile ilgilendiklerinden dolayı hastaların doğum sonrası süreçteki psikolojik durumları göz ardı edilmektedir. Bu da hastaların posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu ve belki de kişilik bozuklukları yaşamasına sebep olabilmektedir.

Bu hastalar için, genetik danışmanlar, uzmanlar (örn. yenidoğan uzmanları, cerrahlar), destek grupları, güvenilen profesyoneller (örn. aile hekimi) ve dini görevliler gibi başka danışmanlık ve destek kaynakları düşünülmelidir (31).

Prenatal sonografik görüntülemelerde herhangi bir anomali saptandığında hasta ve eşine uygun bir ortamda, uygun bir şekilde, empati yaparak, bulgular tam ve doğru olarak söylenmeli, izlenebilecek yollar anlatılmalı, soru sormalarına ve hatta ağlamalarına izin verilmelidir.

Anneler suçluluk duygusu/ kuşkulu/ kararsız durumdan çıkmak istemektedirler. Bu doğrultuda;

- Annelerin bu anomalide bir hatalarının olmadığı vurgulanmalı,

- İlerideki gebeliklerinde durumun tekrarlama olasılığı konusunda bilgi verilmelidir.

Gebelik sonlandırılması sonrası, hastalara Psikiyatri konsültasyonu teklif edilmelidir. Bazı duygudurum bozuklukları fark edildiğinde derhal istenmelidir.

Anne kanından elde edilen fetal DNA kullanılarak noninvaziv bir şekilde 1. trimesterde genetik bozuklukların teşhisi yolundaki çalışmalar tüm hızıyla sürmektedir (30). Teknolojideki

ilerlemelerle yakın gelecekte gebeliklerin ilk trimesterinde anomalilerin ve genetik bozuklukların tanısının erken konma ihtimali bulunmakta ve hastaların daha erken gebelik haftalarında sonlandırma kararı verebilmeleri mümkün görünmektedir. Dolayısıyla hastaların bu olumsuz durumu daha küçük bir psişik travma ile atlatmalarının sağlanması amaçlanmalıdır.

Klinisyenlere yardımcı olmak amacıyla klinik etik ve yasal çerçevenin de tartışılarak oluşturulacak kılavuzlara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu kılavuzlar klinisyenlerin otonomisini ortadan kaldırarak kurula sorumluluğı verecektir.

7. ÖZET:

Fetal Anomali veya İntrauterin Ölü Fetüs Nedeniyle Tıbbi Tahliye Yapılan

Hastalarda Posttravmatik Durumun Değerlendirilmesi

Amaç: Gebelikteki tanı ve görüntüleme teknolojisinin ilerlemesiyle daha fazla sayıda gebe ve eşi, 2. veya 3. trimesterden sonra gebelik sonlandırılması kararıyla karşı karşıya kalmaktadır. Gebelik sonlandırılması sonrası hastaların deneyimlerini ve posttravmatik stres bulgularını araştıran çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada fetal anomali veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebelik sonlandırılması yapılan hastalarda posttravmatik stres bulgularının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2008 ve Temmuz 2010 tarihleri arasında, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda fetal anomali veya intrauterin ölü fetüs nedeniyle 20. gestasyonel haftadan daha büyük gebeliği sonlandırılmış hastaların verilerine Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kayıtlarından ulaşıldı. Bu hastalarla Mart 2010 ve Ağustos 2010 tarihleri arasında görüşülerek, hastalara Beck Depresyon Envanteri (BDE), Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) uygulandı. 28'i fetal anomali, 40'ı intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış toplam 68 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Fetal anomali nedeniyle gebeliği sonlandırılmış hastalarla intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılmış hastaların posttravmatik stres bulguları benzerdi. Her iki gruptan da, benzer ölçek puanları elde edildi. Fetal anomali ve intrauterin ölü fetüs gruplarında posttravmatik stres bozukluk ölçek puanları sırasıyla; Beck Depresyon Envanteri

(BDE): 15.07 ± 11.16 ve 13.80 ± 6.48 , Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS): 6.43 ± 3.08 ve 6.85 ± 5.46 , Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II): 46.07 ± 4.02 ve 49.03 ± 3.56 şeklindedir. Sadece STAI-II grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Gebelik sonlandırılması için karar verme zorunluluğu olan gebelerin çoğu ciddi posttravmatik stres belirtileri yaşamaktadır. Fetal anomali ve intrauterin ölü fetüs nedeniyle gebeliği sonlandırılan hastalar benzer deneyimler yaşamaktadır. Hekimler de hastaların bu sıkıntılı anlarında onları, tanı ve yaşayacakları süreç konusunda bilgilendirirken zor anlar yaşamaktadır. Obstetrisyenler, fetal anomali ve intrauterin ölü fetüs tanısı alan hastalara ve ailelerine bu süreçte yardımcı olmalı ve gereken desteği sağlamalıdır. Hastalardaki gebelik sonlandırılmasının uzun dönem psikolojik etkilerini araştırmak için daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Posttravmatik stres bulguları, gebelik sonlandırılması, fetal anomali, intrauterin ölü fetüs.

İletişim adresi: Dr. Saadet Yapıcı

Emirbeyazıt Mah. Bayram Çetinkaya Cad. Furkan Apt.

No: 34 D:13 MUĞLA/TÜRKİYE

Tel: 0 532 202 1346

e.mail: saadetyapici@yahoo.com

8. İNGİLİZCE ÖZET:

The evaluation of posttraumatic stress findings of mothers in which a pregnancy following the diagnosis of a fetal abnormality or an intrauterine fetal demise was terminated

BACKGROUND: With increasing technology for screening and diagnostic testing in pregnancy, many more pregnant women and couples are faced with decisions to terminate their pregnancy after the second or third trimester of pregnancy. There is scarce research on people's experiences and posttraumatic stress findings of decisions they face following their termination.

OBJECTIVES: To compare the experiences and posttraumatic stress findings of decisions that mothers face in the aftermath of ending a pregnancy following diagnosis of a serious fetal abnormality or an intrauterine fetal demise.

SETTINGS: Participants were recruited through the archive of the Adnan Menderes University Hospital birth database (including the years 2008, 2009 and 2010) and interviewed between March 2010 and August 2010.

PARTICIPANTS: Sixtyeight individual mothers who ended a pregnancy following diagnosis of fetal abnormality (28 mothers) or an intrauterine fetal demise (40 mothers).

RESULTS: Mothers who had experienced the ending of a pregnancy following diagnosis of fetal abnormality or an intrauterine fetal demise described similar experiences. Facing painful decisions consequent upon their decision to terminate the pregnancy resulted in similar posttraumatic stress disorder scales. The mean results of the posttraumatic stress disorder scales for the fetal abnormality or an intrauterine fetal demise groups were as

follows: Beck Depression Inventory (BDI) 15.07 ± 11.16 and 13.80 ± 6.48 ; Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale (CAPS) 6.43 ± 3.08 and 6.85 ± 5.46 ; and State-Trait Anxiety Inventory (STAI) 46.07 ± 4.02 and 49.03 ± 3.56 , respectively. When statistically compared, the results of STAI scales were significantly different ($p < 0.05$) between the two groups.

CONCLUSIONS: Most of the mothers experiencing the obligation to decide for the termination of pregnancy show serious posttraumatic stress findings. The decisions that people face in the aftermath of a termination for the diagnosis of a fetal abnormality or an intrauterine fetal demise are paralleling. Health professionals face difficult choices about what issues to raise with patients at this sensitive time, and the optimum time to inform patients of the extra decisions they will face. Obstetricians should be familiar with the management and the clinical acting of the diagnosis of a fetal abnormality and intrauterine fetal death as counselling will aid the couple's grief process. More research is needed on whether these decisions have long term implications for people's mental health.

Keywords: posttraumatic stress findings, termination of pregnancy, fetal abnormality, intrauterine fetal demise

Correspondence: Dr. Saadet Yapıcı

Emirbeyazıt Mah. Bayram Çetinkaya Cad. Furkan Apt.

No: 34 D:13 MUĞLA/TÜRKİYE

Phone: +90 532 202 1346

e.mail: saadetyapici@yahoo.com

9. KAYNAKLAR:

1. Fleischer AC, Manning FA, Jeanty P, Romero R. Konjenital Anomalilerin Prenatal Tanısı. Obstetrik ve Jinekolojide Sonografi Prensipler ve Klinik Uygulamalar, 5. baskı, Ulusal Tıp Kitabevi, 2000; 17: 343 – 375.
2. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Yasal ve Etik Sorunlar. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 2. baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2008; 5: 87 – 91.
3. Gammeltoft T, Hang TM, Hiep NT, Thuy Hanh NT. Late –Term Abortion For Fetal Anomaly: Vietnamese Women’s Experiences. Reproductive Health Matters 2008; 16: 46 – 56.
4. Bankowski BJ, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE. Konjenital Anomaliler. Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, 2. baskı, Ankara, Atlas Kitapçılık, 2005, 12: 153- 162.
5. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonic B. Doğum İndüksiyonu ve Fetal Anomaliler İçin Gebeliğin Sonlandırılması. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, 3. basım, Ankara, 2008; 68: 1392 – 1426.
6. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Doğum Hekimliğinde Etik ve Yasal Sorunlar (Yeni Düzenlemeler). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi İstanbul, 2006; 13: 155 – 164.

7. Lalor J, Begley CM, Galavan E. Recasting Hope: A Process Of Adaptation Following Fetal Anomaly Diagnosis. *Social Science & Medicine*. 2009; 68: 462 – 472.
8. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonic B. Fetal Ölüm. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, 3. basım, Ankara, 2008; 26: 574 – 579.
9. Moore J, Bhide A. Ultrasound Prenatal Diagnosis Of Structural Abnormalities. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*. 2009; 19:12, 333 - 338.
10. Gary Cunningham F, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Prenatal Tanı ve Fetal Tedavi. *Williams Doğum Bilgisi*, 2. cilt, 21. baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005; 37: 973 – 1004.
11. Roberts N, Thilaganathan B. The Role Of Ultrasound İn Obstetrics. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine*. 2007; 17: 3, 79 – 85.
12. Napolitano R, Thilaganathan B. Late Termination of Pregnancy and Foetal Reduction for Foetal Anomaly. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* xxx, 2010; 1-9.
13. Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Fetal Ölüm. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* İstanbul, 2006; 30: 351 – 358.
14. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I. Ölü Doğum ve İntrauterin Fetal Kayıp. *Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji*, 10. baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2010; 23: 417 – 430.

15. Siddiqui F, Kean L. Intrauterin Fetal Death. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* , 2008; 19:1, 1-6.
16. Breeze ACG, Lees CC. Intrapartum Deaths: Missed Opportunities. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* , 2009 ; 19: 6, 164 – 168.
17. Önderoğlu LS. Fetal Ölüm. *Williams Obstetrik El Kitabı – Gebelik Komplikasyonları* 22. baskı, 2010; 473 – 476.
18. Chiang S. Late Abortion: A Comprehensive Review. *Taiwanese J Obstet Gynecol.* 2005; 44(4): 318 - 326.
19. Aslan H, Yıldırım G, Ongut C, Ceylan Y. Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, (2007); 99: 221- 224.
20. Dunn P. Late Abortion Briefing. The Royal College Of Midwives, The British Association Of Perinatal Medicine And The Department Of Health. April 2001; 148 – 157.
21. Graham RH, Robson SC, Rankin JM. Understanding Feticide: An Analytic Review. *Social Science & Medicine* 66 (2008); 289 – 300.
22. Lipp A. A Review of Development in Termination of Pregnancy. *Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists Guidance* 2001; 549 - 554.

23. Aker AT, Özeren M, Başoğlu M, Kaptanoğlu C, Erol A, Buran B. Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği- Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1999; 10(4):286.
24. Hunt K, France E, Ziebland S, Field K, Wyke S. My Brain Couldn't Move From Planning A Birth To Planning A Funeral: A Qualitative Study Of Parents' Experiences Of Decisions After Ending A Pregnancy For Fetal Abnormality. International Journal Of Nursing Studies. 46 (2009); 1111 – 1121.
25. Sadock BJ, Sadock VA. Psikiyatride Uygulanan Testler ve Ölçekler.Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. baskı. 1. cilt, Güneş Kitabevi,2007; 943 – 948.
26. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. 2006; 123-137.
27. Aydemir Ö, Köroğlu E. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. 2009; 153 – 163.
28. Korenromp MJ, Page- Christiaens GC, van den Bout J, Mulder EJ, Visser GH. Adjustment to Termination of Pregnancy for Fetal Anomaly. Am J Obstet Gynecol. 2009; 201(2):161-167.
29. Kersting A, Kroker K, Steinhard J, Hoernig- Franz I, Wesselmann U, Luedorff K, Ohrmann P, Arolt V, Suslow T. Psychological Impact On Women After Second And Third Trimester

Termination Of Pregnancy Due To Fetal Anomalies Versus Women After Preterm Birth. Arch Womens Ment Health. 2009; 4: 193 – 201.

30. Fisher J. Termination Of Pregnancy For Fetal Abnormality: The Perspective Of A Parent Support Organisation. Reproductive Health Matters 2008; 16: 57 – 65.

31. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonic B. Anormal Fetal Tarama veya Tanı Test Sonuçlarında Yönetim ve Danışmanlık. Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri, 3. basım, Ankara, 2008; 9: 191 – 208.