

# Gebelik Kaybının Kadınların Depresif Belirti Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

## The Impact of Pregnancy Loss on Women's Depression Symptom Level and Quality of Life

Ayden ÇOBAN,<sup>a</sup>  
Ayten TAŞPINAR,<sup>a</sup>  
Nazlı SAVAŞ,<sup>b</sup>  
Artuner DEVECİ,<sup>b</sup>  
Yıldız UYAR,<sup>c</sup>  
Yeşim BAYTUR<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Ebelik Bölümü,  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Aydın Sağlık Yüksekokulu,  
Aydın

<sup>b</sup>Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD,  
<sup>c</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Manisa

Geliş Tarihi/Received: 10.02.2015  
Kabul Tarihi/Accepted: 19.05.2015

Bu çalışma, 22. Avrupa Perinatal Tıp Kongresi  
(26-29 Mayıs 2010, Granada, İspanya)'nda  
poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresil/Correspondence:  
Ayden ÇOBAN  
Adnan Menderes Üniversitesi  
Aydın Sağlık Yüksekokulu,  
Ebelik Bölümü, Aydın,  
TÜRKİYE/TURKEY  
ayden.coban@adu.edu.tr

**ÖZET Amaç:** Gebelik kaybının kadınların depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Bu çalışma, Manisa'da ki bir eğitim ve araştırma hastanesinde, 01 Eylül 2008-30 Eylül 2009 tarihleri arasında, vaka-kontrol çalışması olarak yürütülmüştür. Çalışmanın verileri bölgesel etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmıştır. Araştırmada bebekle ilişkili sağlık sorunu ya da bilinmeyen nedenlerden dolayı gebeliği sonlanan kadınlarla (n=44), sağlıklı doğum yapan kadınlar (n=30) depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmıştır. Tüm kadınlarla gebelik sonlandıktan bir ay sonra görüşme yapmak üzere körleme yöntemiyle bir hemşire ve bir psikiyatrist belirlenmiştir. Kadınların yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere belirlenen hemşire tarafından Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu-kısa form kullanılmıştır. Kadınların depresif belirti düzeyleri ise Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) kullanılarak psikiyatrist araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmada yaşam kalitesi alanları (fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre) bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Ancak, toplam HAM-D puanları bakımından gebelik kaybı yaşayan grupla kontrol grubu arasında ki fark anlamlı olarak belirlenmiştir (p=0,000). Gebelik kaybı yaşayan grubun ortalama HAM-D puanı 11.13±6,03 iken, kontrol grubunda bu puan 2,33±2,73 olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Gebelik kaybı yaşayan kadınların sağlıklı doğum yapmış kadınlara göre gebelik sonlandıktan bir ay sonra yaşam kalitesi skorları benzerdir. Ancak gebelik kaybı yaşayan kadınların depresif belirti şiddeti daha yüksektir. Sağlık profesyonelleri, gebelik kaybı yaşayan kadınlara bakım verirken depresif belirtiler yönünden dikkat etmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; depresyon; yaşam kalitesi

**ABSTRACT Objective:** This research investigates the influence of pregnancy loss on women's depression symptom level and quality of life. **Material and Methods:** In this study, a teaching and research hospital located in Manisa, between 01 September 2008-30 September 2009, case-control study was conducted. The study data was collected after the local ethical committee approval. In the research, women whose pregnancy terminated due to health problems associated with the baby or unknown reasons (n=44) and women who gave birth in a healthy manner (n=30) were compared in terms of depression symptom level and quality of life. To conduct interviews with all the women one month after the termination of their pregnancy, a nurse and a psychiatrist were selected in a blinded manner. World Health Organization Quality of Life Instrument- short form was used by the nurse employed to evaluate the women's quality of life. As for the depression symptom level of the women, they were evaluated by the psychiatrist using Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). **Results:** In the research, a statistically significant difference was not found (p>0.05) between the groups in terms of quality of life domains (physical health, psychological health, social relationships and environment). However, a significant difference was determined between the group who experienced pregnancy loss and control group in terms of the total HAM-D scores (p=0.000). While the mean HAM-D score of the pregnancy loss group was 11.13±6.03, the score of the control group was found to be 2.33±2.73. **Conclusion:** The quality of life scores of women measured one month after their pregnancy loss are similar to those who have given birth in a healthy manner. However, depression symptom level of the women who have experienced pregnancy loss is more severe. Health professionals should be attentive regarding depression symptoms while giving care to women who have experienced pregnancy loss.

**Key Words:** Pregnancy; depression; quality of life

doi: 10.5336/healthsci.2015-44146

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Health Sci 2016;1(3):149-156

Tüm dünyada gebeliklerin %20-25'i istemsiz düşük, dış gebelik, ölü doğum gibi nedenlerle sonlanmaktadır.<sup>1</sup> Ülkemizde istemsiz düşük oranı %4,7 olup, perinatal ölüm hızı ise %0,11 olarak bildirilmiştir.<sup>2</sup>

Gebelik haftası ve kayıp sayısı ne olursa olsun, kadınlar gebelik kaybına tıpkı bir bebek öldüğünde ve onunla ilgili hayallerini, umutlarını kaybettiklerinde olduğu gibi tepki vermektedir.<sup>1,3</sup> Kadınlar sadece bebeklerini değil, annelik rollerini, gebelik durumunu, genlerine ve bedenlerine olan güvenlerini de kaybetmektedirler. Bu kayıplara tepki olarak depresif belirtiler gösterebilmektedir.<sup>1,4,5</sup>

Kayıpla baş edebilmede ailelerin yeterliliği ve gereksinimlerinin karşılanması etkili olmaktadır. Ayrıca, bu sürecin krize dönüşüp dönüşmemesinin ebeveynlerin sorunu veya olayı kavramasına, yaşama ilişkin kişisel görüşlerine, sorunla baş etme mekanizmalarına ve var olan destek sistemlerine bağlı olduğu saptanmıştır.<sup>4,6</sup> Kayıp yaşayan kadınların her şeye yeniden başlaması ve yeniden yapılması uzun zaman almakta ve yaşam kalitelerini etkileyebilmektedir.<sup>7-10</sup>

Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. Oysa kayıp yaşayan aileler ve yakınları dikkatli, duyarlı, onları anlamaya çalışan hemşire/ebelere gereksinim duymaktadırlar. Bu dönemde gereksinimlerinin belirlenmesi ve profesyonel destek alma ihtiyacının saptanması kadın üzerinde yaşam boyu süren bir etki bırakacaktır.<sup>4,5,11-14</sup> Bu nedenle gebelik kaybı yaşayan kadınların depresif belirtilerinin belirlenmesi ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, gebelik kaybının kadınların depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma, Manisa'da ki bir eğitim ve araştırma hastanesinde, bölgesel etik kurul onayı alındıktan sonra yürütülmüştür. Vaka-kontrol çalışması niteliğindeki araştırmanın verileri 01 Eylül 2008-30 Eylül 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü doğum ve kadın hastalıkları

kliniğinde ayda ortalama dört gebelik kaybı vakası görülmekte idi.

Araştırmaya, anomali ve riskli gebelik düşünlere 18 yaş üstünde ve 40 yaş altında, belirgin fiziksel ve ruhsal hastalığı olmayan ve tedavi ile gebe kalmamış kadınlar dâhil edilmiştir. Araştırmanın çalışma grubunu; anomali tanısı konmuş ve gebeliği sonlandırılmış, tanılanmamış nedenlerle bebeğini kaybetmiş ya da ölü doğum yapmış 59 kadın oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise daha önce gebelik kaybı yaşamayan, üreme çağında olan, sağlıklı çocuk doğuran ve doğumundan en az dört hafta sonra rutin kontrole gelen 30 kadın oluşturmuştur. Çalışma grubundaki kadınlar'dan 15'i, kontrol grubundaki kadınların ise 10'u ikinci kez çağrılmalarına rağmen randevularına gelmemeleri nedeni ile araştırmaya alınmamıştır. Bu durumda araştırmanın çalışma grubu 44, kontrol grubu ise 30 kadından oluşmuştur. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Kadınlara gebelik kaybindan en az dört hafta sonra randevu verilmiştir. Gebelik kaybı sonrası dört-yedinci. haftalar arasında görüşmeye gelen kadınlar klinik sekreterine müracaat etmişlerdir. Klinik sekreteri ise araştırmayı yürüten akademisyen hemşireye ulaşmıştır. Araştırmayı yürüten akademisyen hemşire tarafından önce kadınların sosyodemografik özelliklerini içeren anket formu ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form (WHOQOL-BREF) doldurulmuştur. Daha sonra Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) belirlenen psikiyatrist araştırmacı tarafından kadınların hangi grupta olduğunu bilmeden doldurulmuştur.

Araştırmanın veri toplama araçları üç formdan oluşmaktadır;

1) Sosyodemografik bilgi formu; araştırmacılar tarafından oluşturulmuş yaş, eğitim durumu, gelir durumu, evlilik süresi, obstetrik öyküsü ve gebelik kaybına yönelik soruları (kayıp nedeni, eşyle akrabalık durumu, kalıtsal hastalık öyküsü vb.) içeren form

2) (WHOQOL-BREF)

3) HAM-D

WHOQOL-BREF'in Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçmede kullanılan 26 soru ve dört alandan oluşmaktadır. Bu dört alan; fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevreden oluşmaktadır. Fiziksel sağlık alanı gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü ile ilgili sorular yer almaktadır. Psikolojik sağlık alanı, olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkat; sosyal ilişkiler alanı ise diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçeğin çevre boyutunda ev ortamı, fiziksel güvenlik ve emniyet, maddi kaynaklar, sağlık hizmeti alabilme, boş zamanları değerlendirme, fiziki çevre ve ulaşım ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ölçekte fiziksel sağlık alanında yedi soru (3,4,10,15,16,17, 18), psikolojik sağlık alanında altı soru (5,6,7,11,19, 26), sosyal ilişkiler alanında üç soru (20,21,22), çevre alanında sekiz soru ve biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumu olmak üzere iki soru yer almaktadır. Katılımcılardan, soruların son iki hafta dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. WHOQOL-BREF 'te 0-20 puan üzerinden hesaplanan fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir. Araştırmada her alanın Cronbach alfa değeri fiziksel sağlık 0,83; psikolojik sağlık 0,66; sosyal ilişkiler 0,53 ve çevre 0,73 olarak bulunmuştur.<sup>15</sup> Araştırmada bu değer fiziksel sağlık 0,62, psikolojik sağlık 0,62, sosyal ilişkiler 0,62 ve çevre 0,73 bulunmuştur.

Akdemir ve ark. tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan HAM-D, depresyon belirti düzeyi ve şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan 17 maddelik bir ölçektir. Depresif belirtileri olan kişilere klinisyen tarafından uygulanmaktadır.<sup>16</sup> HAM-D depresyon düzeyi ve şiddet değişimini ölçmede yaygın olarak kullanılmaktadır. HAM-D'ye göre 0-7 puan "depresyon yok", 8-12 puan "hafif depresyon", 13-17 puan "orta şiddette depresyon", 18-29 puan "majör

depresyon", 30-52 puan "majör depresyondan daha ağır" olarak derecelendirilmiştir.<sup>17,18</sup>

## İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Gebelik kaybı yaşayan grup ile kontrol grubundaki kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri Independent-Sample s-T-test, Fisher's exact test ve kıkare analizleri ile karşılaştırılmıştır. Kadınların WHOQOL-BREF ve HAM-D puanları Independent Sample s-T-test, ve aralarındaki ilişki ise korelasyon analizi ile karşılaştırılmıştır. Ayrıca, gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp nedenlerine göre ve kontrol grubundaki kadınlarla WHOQOL-BREF ve HAM-D puanları bakımından farklılıkları belirlemek için Kruskal-Wallis ile Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

## BULGULAR

Çalışma 74 kadınla tamamlanmıştır. Bu kadınların 44'ü gebelik kaybı yaşayan grubu, 30'u ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Gebelik kaybı yaşayan gruptaki kadınların 15'i (%34) anomali nedeni ile, 13 (%30)'ü ölü doğum, 16 (%36)'sı kendiliğinden düşük nedeni ile bebeğini kaybetmiştir. Anomali nedeni ile gebeliği sonlandırılan kadınların ortalama 21,20±6,41 hafta, ölü doğum kadınların ortalama 29,07±8,95, kendiliğinden düşük yapanların ise ortalama 10,56±3,91 gebelik haftasında oldukları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki sağlıklı kadınlar ise doğumlarını ortalama 38,83±1,46 haftada gerçekleştirmişlerdir.

Her iki gruptaki kadınlar arasında ortalama yaş, evlilik süresi, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı ile eğitim durumu, aile tipi, gelir durumu, çalışma durumu ve ailede kalıtsal hastalık öyküsü bulunma durumları bakımından karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 1). Gruplar arasında eşiyile akraba olma ve yaşayan çocuğunun olması durumu bakımından anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 1).

Tablo 2'de gebelik kaybı yaşayan grup ile kontrol grubundaki kadınların depresif belirti düzeylerine göre karşılaştırılması görülmektedir. Gruplar arasında HAM-D puanına göre depresyonun var olma durumu ile depresif belirti düzeyleri

**TABLO 1:** Gebelik kaybı yaşayan grup ile kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo demografik özelliklerle karşılaştırılması.

Özellikler	Gebelik kaybı yaşayan grup (n=44)		Kontrol grubu (n=30)		t	p
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Yaş (yıl)	27,81±6,22	19-40	28,50±4,99	21-40	0,521	0,604
Evlilik süresi (yıl)	5,70±4,88	1-20	5,97±4,31	1-17	-0,237	0,813
İlk gebelik yaşı (yıl)	23,59±4,59	15-36	24,16±3,98	16-34	-0,573	0,568
Gebelik sayısı	2,29±1,97	1-11	2,26±1,22	1-5	0,077	0,939
	n (%)		n (%)			
<b>Eğitim durumu</b>					1,184	0,335
İlkokul ve orta okul mezunu	29 (64,4)		16 (35,6)			
Lise ve üniversite mezunu	15 (51,7)		14 (48,3)			
<b>Aile tipi</b>					1,995	0,218
Çekirdek aile	34 (55,7)		27 (44,3)			
Geniş aile	10 (76,9)		3 (23,1)			
<b>Gelir durumu</b>					0,393	0,566
Geliri giderinden fazla	11 (68,8)		5 (31,3)			
Geliri gidere denk veya daha az	33 (56,9)		25 (43,1)			
<b>Çalışma durumu</b>					0,494	0,590
Çalışıyor	10 (52,6)		9 (47,4)			
Çalışmıyor	33 (61,8)		21 (38,2)			
<b>Akraba evliliği**</b>					6,116	0,013
Evet	8 (100,0)		-			
Hayır	36 (54,5)		30 (45,5)			
<b>Ailede kalıtsal hastalık öyküsü</b>					0,429	0,514
Evet	5 (50,0)		5 (50,0)			
Hayır	39 (60,9)		25 (39,1)			
<b>Yaşayan çocuğu olma durumu**</b>					21,346	0,000
Var	22 (42,3)		30 (57,7)			
Yok	22 (100,0)		-			

\*\* Fisher's Exact Test.

arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). (Tablo 2).

Gebelik kaybı yaşayan kadınların bebeklerinin %45,5 (n=15)'inin hidrosefali, karın ön duvar defekti, nöral tüp defekti, trisomi 21, santral sinir sistemi anomalisi vb. tanısı aldığı, bu tanıların %65 (n=10)'inin yaşamla bağdaşmayan anomaliler olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebeliklerinin %65,9 (n=29)'u doğum indüksiyonu, %25 (n=11)'i küretaj ve %9,1 (n=4)'i de sezaryenle sonlandırılmıştır. Gebelik kaybı yaşandıktan sonra; bebeği

görme oranlarının %15,9 (sadece anne; n=7), %18,2 (sadece baba; n=8) %22,7 (hem anne hem de bab; n=10) olduğu, %43,2 (n=19)'sinin ise bebeğini görmediği belirlenmiştir. Kadınlara bebeğini görmeme nedeni sorulduğunda; %19,2 (n=5)'si doktorun göstermediği, %73,1 (n=19)'i kendisinin görmek istemediği, %7,7 (n=2)'si ailesinin görmesini engellediği şeklinde yanıtlamışlardır. Kadınların %31,8 (n=14)'i otopsiyi kabul etmiştir. Gebeliğin sonlanmasından sonra ise kadınların %90,9 (n=40)'u en büyük desteği eşlerinden aldıklarını belirtmişlerdir.

**TABLO 2:** Gebelik kaybı yaşayan grup ile kontrol grubundaki kadınların depresif belirti düzeylerine göre karşılaştırılması.

Depresif Belirti Düzeyi*	Gebelik kaybı yaşayan grup (n=44) n (%)		Kontrol grubu (n=30) n (%)		t	p
HAM-D puanına göre depresyon varlığı						
Var	33 (94,3)		2 (5,7)			
Yok	11 (28,2)		28 (71,8)			
HAM-D puanına göre depresif belirti düzeyleri						
Depresyon yok	11 (28,2)		28 (71,8)		33,863	0,000
Hafif depresyon	16 (88,9)		2 (11,1)			
Orta şiddette depresyon	12 (100,0)		-			
Majör depresyon	5 (100,0)		-			
Majör depresyondan daha ağır	-		-			

\* Fisher's Exact Test.

Tablo 3'te gebelik kaybı yaşayan grup ile kontrol grubu kadınlarda WHOQOL-BREF ve HAM-D ortalama puanları ve standart sapmaları görülmektedir. Her iki grupta WHOQOL-BREF sosyal ilişkiler alan puanı en yüksek, fiziksel sağlık alan puanı ise en düşük bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analiz sonucunda WHOQOL-BREF dört alt alanı bakımından gruplar arasında anlamlı fark yoktur ( $p>0,05$ ). Fakat HAM-D toplam puanları bakımından gebelik kaybı yaşayan grubun puanları kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 3).

Tablo 4'te gebelik kaybı yaşayan gruptaki kadınların kayıp nedenleri ile kontrol grubundaki kadınların WHOQOL-BREF alan puanları ve

HAM-D puanları karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmada gruplar arasında WHOQOL-BREF alan puanları bakımından fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Fakat kontrol grubundaki kadınların HAM-D puanları  $2,33\pm 2,73$  iken (depresyon yok), ölü doğum yapan kadınların HAM-D puanı  $13,58\pm 6,43$  (orta şiddette depresyon), anomali nedeni ile gebeliği sonlandırılan kadınların  $10,45\pm 5,48$  ve kendiliğinden düşük yapan kadınların  $9,41\pm 7,95$  (hafif depresyon) olup kadınların depresyon belirti düzeyleri farklı bulunmuştur ( $p=0,000$ ) (Tablo 4).

Tablo 5'te gebelik kaybı yaşayan grup ve kontrol grubundaki kadınların WHOQOL-BREF alan puanları ile HAM-D puanları arasındaki ilişki verilmiştir. Gebelik kaybı yaşayan gruptaki kadınlarda

**TABLO 3:** Gebelik kaybı yaşayan grupta ve kontrol grubu kadınlarda WHOQOL-BREF ve HAM-D puanlarının karşılaştırılması.

Ölçekler	Gebelik kaybı yaşayan grup (n=44)		Kontrol grubu (n=30)		t-test	p	
	X	SS	X	SS			
WHOQOL-BREF	Fiziksel sağlık	12,83	1,50	13,10	1,65	0,738	0,463
	Psikolojik sağlık	13,74	1,81	14,44	1,68	1,682	0,097
	Sosyal ilişkiler	15,42	3,41	15,55	2,22	0,185	0,842
	Çevre	14,75	1,82	14,58	2,19	0,355	0,723
HAM-D		11,13	6,03	2,33	2,73	7,474	0,000

WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu.

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

**TABLO 4:** Gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp nedenleri ve kontrol grubu kadınların WHOQOL-BREF ve HAM-D puanlarının karşılaştırılması.

Ölçekler		Gebelik kaybı yaşayan kadınların kayıp nedenleri			Kontrol grubu (n=30)	KW	p
		Anomali nedeni ile sonlandırılan (n=15)	Ölü doğum (n=13)	Kendiliğinden düşük (n=16)			
		X (SD)	X (SD)	X (SD)			
WHOQOL-BREF	Fiziksel sağlık	13,14 (1,41)	12,52 (1,34)	12,78 (1,73)	13,10 (1,65)	1,262	0,738
	Psikolojik sağlık	13,95 (1,69)	13,33 (1,56)	13,87 (2,13)	14,44 (1,68)	3,444	0,328
	Sosyal ilişkiler	16,53 (2,88)	14,76 (3,90)	14,91 (3,41)	15,55 (2,22)	2,632	0,452
	Çevre	14,56 (1,86)	14,76 (1,88)	14,90 (1,83)	14,58 (2,19)	0,204	0,977
HAM-D		10,45 (5,48)	13,58 (6,43)	9,41 (7,95)	2,33 (2,73)	39,178	0,000

WHOQOL- BREF: DünyaSağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu.

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

**TABLO 5:** Gebelik kaybı yaşayan grup ve kontrol grubundaki kadınların WHOQOL-BREF alan puanları ile HAM-D puanları arasındaki ilişki.

Ölçekler/gruplar	Fiziksel sağlık	Psikolojik sağlık	Sosyal ilişkiler	Çevre
Psikolojik sağlık				
Gebelik kaybı yaşayan grup	0,414**			
Kontrol grubu	0,550**			
Sosyal ilişkiler				
Gebelik kaybı yaşayan grup	0,522**	0,605**		
Kontrol grubu	0,575**	0,579**		
Çevre				
Gebelik kaybı yaşayan grup	0,266	0,322*	0,337*	
Kontrol grubu	0,349	0,326	0,375*	
HAM-D				
Gebelik kaybı yaşayan grup	-0,383*	-0,201	-0,125	-0,221
Kontrol grubu	0,060	-0,228	-0,125	0,068

\*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01.

WHOQOL- BREF: DünyaSağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Formu.

HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği.

yaşam kalitesi psikolojik sağlık ve çevre alan puanları arasında pozitif bir korelasyon saptanırken, kontrol grubunda bu korelasyon önemli bulunmamıştır. Gebelik kaybı yaşayan gruptaki kadınların yaşam kalitesi fiziksel alan puanları ile HAM-D puanları arasında negatif bir korelasyon belirlenmiştir (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Bu araştırmada, sağlıklı doğum yapmış kadınlar ile gebelik kaybı yaşayan kadınlar arasında depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi farklılıkları ortaya konulmuştur. Gebelik kaybı yaşayan ve kontrol grubundaki kadınların yaşam kalitesi alan puanları

yüksekten düşüğe doğru sırasıyla sosyal ilişkiler, çevre alan, ruhsal sağlık ve fiziksel sağlık olarak saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı bölgede sağlıklı gebelerle yapılan farklı iki çalışmada, sosyal ilişkiler alan puanlarının diğer alan puanlarından yüksek, fiziksel sağlık alan puanlarının ise en düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.<sup>19,20</sup> Çalışmada kadınların sosyal ilişkiler puanlarının yüksek olması, çevreden alınan desteğin artması ile açıklanabilir. Fiziksel alan puanlarının diğer alanlara göre düşük olması ise gebelik veya lohusalığa bağlı fiziksel zorlanmalardan kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada, gebelikte kayıp yaşayan kadınların kayıp nedenine göre yaşam kalitesi alanları arasında önemli bir fark saptanmamıştır. Gebelik kaybının nedeni ne olursa olsun, kadınların yaşam kalitesi alanlarını benzer şekilde etkilediği görülmüştür.

Araştırmamızda olduğu gibi, yapılan diğer araştırmalarda da gebelik kaybı yaşayan grupta depresif belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur.<sup>21-23</sup> Sutan ve ark., gebelik kaybı yaşamış kadınlar ile yaptıkları çalışmada, kayıptan altı hafta ile 12 ay arasında, %53,2'sinin depresif belirtiler gösterdiğini saptamışlardır.<sup>3</sup> Armstrong, daha önce gebelik kaybı yaşayan kadınların takip eden gebeliklerinde %45 oranında depresyon için yüksek risk taşıdıklarını saptamıştır.<sup>8</sup> Giannandrea ve ark. ile Yılmaz ve Beji, postpartum dönemdeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, gebelik kaybı yaşayan kadınların gebelik kaybı yaşamayan kadınlara göre depresif belirti düzeylerini yüksek bulmuşlardır.<sup>24,25</sup> Iles ve Gath, fetal anomali nedeni ile ikinci trimesterde gebeliği sonlandırılmış 71 kadın ve kendiliğinden düşük nedeni ile gebelik kaybı yaşayan 26 kadınla yürüttükleri araştırmada, kayıptan dört hafta sonra kadınların psikiyatrik sorunlarının olduğunu saptamışlardır.<sup>26</sup> Gebelik kaybindan sonraki dördüncü hafta, depresif belirtilerin değerlendirilebileceği önemli bir dönem olabilir.

Araştırmada, kadınların gebelikte kayıp nedeni ile depresif belirti düzeyleri arasında önemli bir fark belirlenmemiştir. Salvesen ve ark.'nın fetal anomali nedeni ile sonlandırılan ve gebeliğin son

döneminde gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yapmış oldukları çalışmada; kadınların psikolojik değerlendirilmeleri arasında fark bulunmamıştır.<sup>27</sup> Davies ve ark.'nın çalışmasında; fetal anomali nedeni ile gebeliği sonlandırılan kadınlar (s=30) ile hiç gebe kalmayan (s=13) kadınların depresif belirti düzeyleri arasında önemli fark bulunmamıştır.<sup>28</sup> Frazer ve Cooper'in yapmış oldukları çalışmada düşük, ölü doğum veya yenidoğan ölümü ile bebeğini kaybeden kadınlar arasında üzüntü tepkileri bakımından fark bulunmamıştır.<sup>29</sup> Araştırma sonuçları çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur. Kadınların gebelikte kayıp nedeni ne olursa olsun psikolojik tepkileri benzer olmaktadır.

Gebelikte kayıp grubunda yaşam kalitesi fiziksel sağlık alan puanları ile depresif belirti düzeyleri arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Bu durumda, gebelikte kayıp yaşayan kadınların depresif belirtilerinin artması yaşam kalitesi fiziksel sağlık alanını oluşturan gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücünde bozulmaya neden olmuş olabilir.<sup>15</sup>

## ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızda, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeni ile araştırma sonuçlarını tüm gebelik kaybı yaşayan kadınlara genellemek mümkün değildir. Ayrıca kadınların randevuya gelmeme nedeni, depresif olanların kontrole gelmeme eğilimi olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca araştırmada eşi gebelik kaybı yaşayan baba adaylarının ele alınmamış olması araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Araştırmada yalnızca depresyon tanısı alan kadınlar n=(35) izlem altına alınmış olup, tüm vakaların takibi yapılmamıştır.

## SONUÇ

Gebelik kaybı yaşayan kadınlarla yaşamayan kadınların, gebelik sonlandıktan sonraki erken dönemde yaşam kalitesi alanları arasında fark bulunmamıştır. Aynı sürede kayıp yaşayanlarla yaşamayan kadınların depresyon düzeyleri ise farklı bulunmuştur. Gebelik kaybı yaşayan kadınların ka-

yıptan dört-yedi hafta sonraki değerlendirme-  
rinde hafif düzeyde depresyon yaşadıkları saptan-  
mıştır. Gebelik kaybı yaşayan kadınların depresif  
belirti düzeyleri, yaşam kalitesi fiziksel sağlık ala-  
nını olumsuz yönde etkilemektedir. Ebe/hemşire-  
ler gebelik kaybı yaşayan kadına bakım verirken  
duyarlı, dikkatli, ihtiyaçlarını anlamaya yönelik ol-

malıdır. Gebelik kaybı sonrası kadınları depresyon  
yönünden izlenmelidir.

Ayrıca bu alanda etkili girişimlerin belirlen-  
mesi için daha fazla çalışmaya gereksinim duyul-  
makta, çalışan ebe/hemşirelerin kayıp yaşayan  
ailelere yaklaşım konusunda desteklenmesi ve bil-  
gilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

- Côté-Arsenault D, Morrison-Beedy D. Women's voices reflecting changed expectations for pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh* 2001;33(3):239-44.
- Hacettepe University Institute of Population Studies. [2013 Turkey Demographic and Health Survey]. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti; 2014. p.18-26.
- Sutan R, Amin RM, Arifin KB, Teng TZ, Kamal MF, Rusli RZ. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. *J Zhejiang Univ Sci B* 2010;11(3):209-17.
- Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(5):630-8.
- Dikencik BK, Akın N, Yavan T, Coşkun A. [Emotional reactions of parents who experiences baby loses in the perinatal period and nursing approach to this problem]. *Perinatoloji Dergisi* 1999;7(1):9-14.
- Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14(2):187-94.
- Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007;21(2):249-59.
- Armstrong DS. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33(6):765-73.
- Kavanaugh K, Trier D, Korzec M. Social support following perinatal loss. *J Fam Nurs* 2004;10(1):70-92.
- Nansel TR, Doyle F, Frederick MM, Zhang J. Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(4):473-81.
- Fenwick J, Jennings B, Downie J, Butt J, Okanaga M. Providing perinatal loss care: satisfi-  
fying and dissatisfying aspects for midwives. *Women Birth* 2007;20(4):153-60.
- Wright PM. Childbirth education for parents experiencing pregnancy after perinatal loss. *J Perinat Educ* 2005;14(4):9-15.
- McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud* 2005;42(4):439-48.
- Pastor Mondero AM, Romeo Sánchez JM, Hueso Montoro C, Lillo Crespo M, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB. Experiences with perinatal loss from the health professionals' perspective. *Rev Lat Am Enfermagem* 2011; 19(6):1405-12.
- Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Eser E. [Psychometric properties of the WHO-QOL-100 and WHOQOL-BREF]. *3P Dergisi* 1999;7(2):23-40.
- Akdemir A, Türkçapar MH, Orsel SD, Demir-  
erçi N, Dağ I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* 2001;42(2):161-5.
- Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, Riley SA, Shaw SP, Snaith RP. A comparison of depression rating scales. *Br J Psychiatry* 1982;141:45-9.
- Endicott J, Cohen J, Nee J, Fleiss J, Sarantakos S. Hamilton Depression Rating Scale: Extracted from regular and change versions of the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(1):98-103.
- Altıparmak S, Yanıkerem E, Karadeniz G. [The relation between the sociodemographic factors and pregnancy of symptoms in the pregnancy women and quality of life]. *Journal of Clinical Sciences & Doctor* 2005;11(5):536-42.
- Altıparmak S. [The relationship between quality of life and self-care agency in pregnancy]. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5(6): 416-23.
- Nelson DB, McMahon K, Joffe M, Brensinger C. The effect of depressive symptoms and optimism on the risk of spontaneous abortion among innercity women. *J Womens Health (Larchmt)* 2003;12(6):569-76.
- Stirtzinger RM, Robinson GE, Stewart DE, Ralevski E. Parameters of grieving in spontaneous abortion. *Int J Psychiatry Med* 1999; 29(2):235-49.
- Swanson KM. Predicting depressive symptoms after miscarriage: a path analysis based on the Lazarus Paradigm. *J Womens Health Gen Based Med* 2000;9(2):191-206.
- Giannandrea SA, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)* 2013;22(9):760-8.
- Yılmaz SD, Beji NK. Effects of perinatal loss on current pregnancy in Turkey. *Midwifery* 2013;29(11):1272-7.
- Iles S, Gath D. Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality. *Psychol Med* 1993;23(2):407-13.
- Salvesen KA, Oyen L, Schmidt N, Malt UF, Eik-Nes SH. Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9(2):80-5.
- Davies V, Gledhill J, McFadyen A, Whittow B, Economides D. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25(4):389-92.
- Frazer DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. 14<sup>th</sup> ed. London: Churchill Livingstone; 2003. p.699.