



Post-Abortion Syndrome and nursing approaches

Post-Abortus Sendromu ve hemşirelik yaklaşımları

Yıldı Arzu Aba¹
Gül Ergün²

Abstract

The relation between the life outputs, are associated especially with the mental health outputs at Abortus and the period that follows it. Post-Abortus Syndrome (PAS) is the concept of abortus trauma management that show up with the chronic or delayed symptoms as a result of the hidden emotional reactions that are experienced because of the post-abortus physical and psychological trauma. The individual, the systemic and the social factors that are existing at post-Abortus women affect PAS development. The interventions, in general, that are oriented towards mental problems of the individual at the PAS period, focused on the individual's sufficiency and efficiency for coping with all the problems that are faced in her life. There is no any program that is developed for post-Abortus women or their family in our country. It is important for the individual who is diagnosed with PAS to receive consultancy from a health professional for her recovery from the period.

Keywords: Post-abortion, Syndrome, mental health, nursing approach.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

Özet

Abortus ve bunu izleyen süreçte yaşam sonuçları arasındaki ilişki özellikle mental sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Post-Abortus Sendromu (PAS), abortus sonrası fiziksel ve psikolojik travma nedeniyle deneyimlenen gizlenmiş duygusal tepkiler sonucu, kronik ya da gecikmiş belirtilerle ortaya çıkan abortus travmasını yönetebilme kavramıdır. Abortus sonrası kadınlarda var olan bireysel, sistemik ve sosyal faktörler PAS gelişimini etkilemektedir. PAS dönemindeki bireyin ruhsal sorunlarına yönelik yapılan müdahaleler genel olarak, bireyin yaşamında karşılaştığı tüm sorunlarla başetmesinde yeterli ve etkili hale gelmesine odaklanır. Ülkemizde abortus sonrası kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. PAS tanısı alan bireyin süreci atlatabilmesi için sağlık profesyoneli tarafından danışmanlık alması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Postabortus, sendrom, ruh sağlığı, hemşirelik yaklaşımları.

¹ Assistant Professor, Ph.D., Istanbul Aydın University, Faculty of Health Science, Nursing Department, Istanbul, Turkey, yildaarzum@hotmail.com

² Assistant Professor, Ph.D., Mehmet Akif Ersoy University, School of Health, Department of Emergency Aid and Disaster Management, Burdur, Turkey, ilkem79@hotmail.com

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “abortus”, fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan, herhangi bir nedenle gebeliğin sonlanması olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 2012). Gebelik, bazı durumlarda kadının kendi isteğiyle bazı durumlarda da tıbbi zorunluluk nedeniyle yazılı onay alınarak çeşitli yöntemlerle hekim tarafından sona erdirilebilmektedir (Terzioğlu ve ark., 2010). Yaşamı boyunca her beş kadından birinin en az bir kez abortus deneyimini yaşadığı belirtilmektedir (Steinberg, 2008; Henshaw, 1998). Alan Guttmacher Enstitüsü'ne göre her yıl dünyada 42 milyon gebeliğin sonlandırılmaktadır (Casey, 2010). Amerika'da ise abortus oranı istenmeyen gebeliklerde %47'dir (Hepburn, 2014). Bu yönüyle istemli abortus batı dünyasının en yaygın cerrahi işlemidir (Casey, 2010). Ülkemizde, istemli abortus uygulamasının yasal olmadığı 1953-54 yıllarında yapılan ilk araştırmada, kadınların geçmişteki gebeliklerinin %30'unun abortus ile sonlandığı belirtilmiştir (Tezcan & Ergöçmen, 2012). 1983 tarihinde 2827 sayılı Nüfus Planlaması hakkında kanunun kabul edilmesi ile yeni düzenlemeye gidilmiştir. Kanun ile anne sağlığını tehdit edecek bir durum olmasa da gebeliğin onuncu haftasının sonuna kadar kürtajın isteğe bağlı olarak yapılabileceği belirtilmiştir. Günümüzde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre istemli abortus oranı 0,002 iken her beş kadından birinin istemsiz abortus deneyimi yaşadığı saptanmıştır (TNSA, 2013).

Abortus ve bunu izleyen süreçte kadınlar çeşitli fiziksel ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir. Birey özellikle ağrı, enfeksiyon, cinsel yaşamın etkilenmesi gibi fiziksel problemleri deneyimleyebilir (Efe, 2006). Abortus sonrası bebeğin kaybı ve başarısız hamilelik algısı gibi nedenlerle farklı psikolojik problemleri de sıklıkla yaşayabilmektedir (Terzioğlu ve ark 2010). Bu problemler, depresyon, anksiyete, madde kullanımı, suicidal davranışlar ve kendine zarar verme şeklindedir. Bu alana ilişkin çeşitli çalışmalar yapılmıştır ve post abortus sürecinde bireyin gebeliği doğumla sonuçlanan bireylere göre daha fazla psikolojik sorun yaşadığı belirtilmiştir. İlk gebelikleri abortus ile sonlanan kadınlarda, ilk gebelikleri doğum ile gerçekleşen kadınlara göre depresyon riskinin %50-65 daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Özellikle son yirmi yıldır post-abortusla ilişkili ruhsal problemlerin insidansının artmasıyla birlikte bu durum önemli bir tartışma konusu haline gelmiştir ve post-abortus sendromu kavramı literatüre girmiştir (Ditzhuijzen, 2013; Nomura, 2011; Casey, 2010; Fergusson, 2008).

Post-Abortus Sendromu

Post-Abortus Sendromu (PAS), abortus sonrası fiziksel ve psikolojik travma nedeniyle deneyimlenen gizlenmiş duygusal tepkiler sonucu, kronik ya da gecikmiş belirtilerle ortaya çıkan post-travmatik stres bozukluğunun (PTSB) bir şekli olarak tanımlanmıştır (Rue, 2014; American Psychological Association, 2008). PAS için özellikle ayrı bir terim kullanılmasının nedeni; (1) Toplumda bu konuda sağlanacak iletişim ve desteğin kolaylaştırılması, (2) Travmatik abortus deneyimi yaşayan kadın ve erkeklerin bu belirtileri tanımlamalarına yardım etme ve izole ya da yabancılaşmış hissetmelerine engel olma, (3) Kadın ve erkeğin çevreleri tarafından, yaşadıkları bu deneyim için suçlanmalarına engel olarak kendilerini ifade etmeleri ve savunmaları için cesaretlendirmelerine yarar sağlamaktır (Rue, 2014).

PAS, abortusa bağlı belirtilerin rastgele bir araya toplanmasından ziyade, abortus travmasını yönetebilme anlamını içerir.

PAS'ın dört temel bileşeni bulunmaktadır:

1. Abortus deneyimi yaşama veya şahit olma (fetüsün istemli terminasyonu)
2. Abortusa bağlı bu ölüm deneyiminin olumsuz etkilerinin istemsiz biçimde yeniden yaşanması (Örn.; flashback, kabuslar, üzüntü ve yıldönümünde olumsuz duyguların yeniden deneyimlenmesi)
3. Kişinin, abortus anılarını ve duygusal acısını önlemeye veya baskılamaya yönelik başarısız girişimleri nedeniyle yakınları ve bulunduğu çevre ile iletişiminin azalması,
4. Abortus öncesi deneyimlenmemiş, hayatta kalma ile ilgili suçluluk duyma, kaygı gibi duyguların aşırı biçimde yaşanması (Rue, 2014).

Post-Abortus Sendromu'nun Prevalansı ve Risk Faktörleri

Abortusun ruhsal sağlığa etkileri ile ilişkili ilk çalışmalar 1980'li yıllarda başlamıştır. Literatürde PAS'ın prevalans çalışmaları farklılık göstermekle birlikte %10-%30 arasında değiştiği görülmektedir (Hepburn, 2014). Post-abortus sürecinde depresyon prevalansı %27.3 olarak bildirilmiştir (Reardon & Cogle, 2002). Birden fazla abortus deneyimi yaşayan kadınlarda anksiyete görülme oranının ise %21.6 olduğu belirtilmiştir (Steinberg, 2008). Coleman (2011) yaptığı meta-analitik çalışma sonucunda ise abortus deneyimi yaşayan kadınların %81'inin ruhsal sağlık sorunları açısından risk altında olduğunu ve ruhsal sağlık sorunu yaşayan kadınların sıklığının yaklaşık %10'unun abortusa bağlı olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde Yılmaz ve arkadaşlarının (2010) post-abortus döneme ilişkin ruhsal sağlık problemlerini değerlendirdikleri çalışmada, post-abortus depresyon oranı %27.1 olarak bulunmuştur (Yılmaz, 2010).

Abortus sonrası ruhsal sağlık sorunlarına yönelik risk faktörleri; bireysel, sistemik ve sosyal faktörler olarak üç başlık altında incelenmektedir.

Bireysel Faktörler: Abortusun istemli ya da kendiliğinden gelişmesi, birden fazla abortus deneyimi kadınları ruhsal sağlık sorunlarına yatkın hale getirebilmektedir. Yaş (15-24 yaş), medeni durum, düşük eğitim seviyesi, düşük benlik saygısı, ayrıca çekingen ve pesimistik (kötümser) yapıya sahip kadınlar, sağlık öyküsünde psikiyatrik hastalığı bulunan kadınlar riskli grup içinde yer almaktadır. Özellikle davranış problemleri olan bireylere yönelik kanıt temelli çalışmalar mevcuttur. İstenmeyen gebelikleri olan ve abortus deneyimi yaşayan kadınlarda alkol, sigara ve yasadışı madde kullanım oranlarının, ilk cinsel ilişki yaşının düşük ve korunmasız cinsel ilişkide bulunma durumlarının ve ruhsal problem görülme olasılığının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 12. gebelik haftasından sonra gerçekleşen abortus ve geçmişteki abortus öyküsü de risk faktörü olarak görülmektedir (Hepburn, 2014; Rue, 2014; Steinberg, 2011; Cameron, 2010; Yılmaz, 2010; American Psychological Association, 2008; Wierzbicka et al, 2004).

Sistemik Faktörler: Bireysel faktörlere ek olarak yoksulluk, düşük sosyo-ekonomik düzey ve planlı olmayan gebelik, istemli abortus için bir sistemik risk faktörüdür. Bu yönüyle özellikle genç ve yoksul olan kadınlar yüksek risk altındadır. Diğer sistemik risk faktörü ise kadınların içinde bulunduğu olumsuz yaşam koşulları olarak görülmektedir (istismar, şiddet vb.). Ruhsal sağlıkları açısından diğer bir risk faktörü kadınların partnerleri tarafından şiddete maruz kalmasıdır (Steinberg, 2011; Cameron, 2010; American Psychological Association, 2008).

Sosyal Faktörler: Abortus kararı alan kadınlarda çok çeşitli nedenlerle anksiyete ve depresyon riski artmaktadır. Bu nedenler; stigmatizasyon (damgalama) sebebiyle aile ve arkadaşlarından abortusu gizlemek, yeterli sosyal desteğin olmaması, kadının ekonomik koşullarının yetersiz olması, partner ve çevre baskısı şeklindedir (Rue, 2014).



Şekil 1. Post-Abortus Sendrom'un Risk Faktörleri (Steinberg, 2011)

Post-Abortus Sendromu'nda Klinik Bulgular

Abortus deneyimi yaşayan kadın, kabuslar, tekrarlayan hatırlamalar ve olayın yeniden göz önüne gelmesi ile bu durumu kendi içinde yeniden yaşamaktadır. Bu durum tekrarlayan abortus ya da bu deneyimi hatırlatan bir neden olduğunda ortaya çıkabildiği gibi kendiliğinden de oluşabilmektedir. PAS sürecindeki bir kadın bu deneyimi hatırlatan durumlardan kaçır, duyguları ve aktivitelerini sınırlayarak bu sıkıntısından uzaklaşmaya çalışır. Uyku düzensizliği, tedirginlik, sürekli acı hissi, üzüntü, gürültüye ani ve aşırı cevap, tetikte olma durumu gibi fizyolojik aktiviteleri artmıştır. Bu bulgulara ek olarak majör depresyon, intihar riski, alkol ve madde kötüye kullanımı, somatizasyon, panik, post travmatik stres bozukluğu ve diğer anksiyete bozuklukları görülebilmektedir (Rue, 2014; Casey 2010; American Psychological Association, 2008). PAS Sürecindeki kadın çevresi tarafından damgalanmak korkusuyla yaşadığı durumu gizleme eğilimi gösterebilir (Steinberg 2011). Bu durumda yeterli sosyal destek alamayan bireyin sorunlarının artması kaçınılmaz olur.

Post-Abortus Sendromu'nda Hemşirelik Yaklaşımları

PAS'a yönelik tedavi sürecinde, bilişsel yapılandırma ve davranışsal yönetimin tamamen ya da bir yönü ile başarılması gibi yaşam biçimi değişimleri hedeflenir (Rue, 2014). PAS dönemindeki bireye ruhsal sorunlarına yönelik yapılan müdahaleler genel olarak, bireyin yaşamındaki karşılaştığı tüm sorunlarla başetmesinde yeterli ve etkili hale gelmesine odaklanır (Casey 2010). PAS dönemindeki bireyin süreci atlama için sağlık profesyoneli tarafından danışmanlık alması önemlidir (Charles et al 2008). Anksiyete seviyesini belirlemek ve uygun hemşirelik müdahalelerinde bulunabilmek için hemşirenin iyi bir gözlemci ve dinleyici olması gerekir. Hemşire hastayla terapötik ilişki sağlayarak bireyin yaşadığı dönemin yüklerini anlama çabası içerisinde olmalıdır. Avrupa'da abortus üzerine kapsamlı hizmet veren klinikler mevcuttur. Bu kliniklerde kadının olası psikolojik sorunları yaşamaması için danışmanlık hizmetleri verilmektedir (Ditzhuijzen, 2013; Steinberg, 2011; Steinberg 2012). Ülkemizde sadece istemli veya istek dışı abortusa müdahale veya bireye danışmanlık hizmetlerinin verildiği klinikler mevcut değildir. Hemşire PAS'daki kadını psikolojik sorunlar yaşamaya başladı ise psikiyatri ünitelerinde görebildiği gibi farklı nedenlerle tedavi gördüğü ya da muayene olduğu polikliniklerde de karşılaşılabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin psikiyatrik sorunları olan bireyleri tüm çalışma alanlarında tanımlayabilmesi önemlidir. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) adını verdiğimiz psikiyatri alanı biyopsikososyal anlayışı hayata geçirmeye, fiziksel bakım ve tedavi ile ruhsal tedavi ve bakımı bütünleştirmeye dönük olup, genel hastane uygulamasında bireylere psikiyatrik tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulmasını sağlar. Temel amacı, psikiyatri dışı kliniklerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığını önlemek, mevcut psikopatolojileri tanımlamak ve tedavi etmektir (Özkan, 1997). Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireleri (KLPH), KLP biriminin önemli elemanlarıdır. KLPH hastaya biyopsikososyal yaklaşımda bulunarak bütüncül bakım uygular. KLPH hastaya psikolojik bakım düzeylerine uygun olarak hizmet verir (Kocaman, 2005). Psikolojik bakım düzeyleri;

Düzyey 1: Temel iletişim ve tanılama becerileri: Bilgi verme, görüşme yapma, dinleme, empati becerisi, bireyin psikolojik gereksinimlerini tanımlayabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma.

Düzyey 2: Koruyucu psikolojik bakım: Hasta ve ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik iletişim kurabilme, bireyin duygularını ifade edebilmesi için destekleme ve aktratılan problem hakkında bilgili olma.

Düzyey 3: Özelleşmiş psikolojik girişimler: Bazı kuramsal modellere ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler ve danışman denetimi altında kısa süreli çalışmalar yapılması.

Düzyey 4: Terapi: Bilişsel terapi, davranış terapileri gibi psikoterapi uygulamaları şeklindedir (Kocaman 2005).

Birinci düzey psikolojik bakım çerçevesinde hemşire, bireyin yaşadığı durumla ilgili duygularını anlatması için ortam sağlamalıdır. Bireyle terapötik (tedavi edici) görüşme planlayabilir (Engin 2014). Empati tekniğini kullanarak bireyi daha iyi anlamaya çalışmalıdır. Birey anlaşıldığını hissederse anksiyetesi azalabilir (Özcan 2006). Bireyin anksiyetesini arttıran faktörlerden uzaklaşması gerekir.

Post abortus sürecindeki bireyin kayıp duygusuyla başedebilmesi için kendisine yöneltilen deşici, merak giderici sorulardan uzak durması gerekir. Hemşire bu noktada 2. düzey psikolojik bakım gereksinimleri sağlamalıdır. Özellikle ailenin sosyal desteğinin harekete geçirilmesi, ailenin kriz anını algılama ve tanımalarının kolaylaştırılması önemlidir. Hemşire, düşük yapan birey ve eşinin duygularını ifade etmesini desteklemelidir ve yaşanan stresli süreçte başetmelerini güçlendirmelerini sağlamalıdır. Mevcut stresle başetme tekniklerindeki yetersizlikler belirlenerek uygun müdahalelerle değıştirilmesi sağlanmalıdır. Bireyin günlük yaşamında yapmaktan keyif aldığı aktivitelere, uğraşılara yönlendirilmesi uygun bir müdahale olabilir. Psikolojik bakım müdahalelerinden üçüncüsünde özellikle sosyal beceri eğitimleri, problem çözme becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimler önemli yer tutar. Problem çözme becerisi geliştirilirse bireyin yaşadığı sürece ilişkin olumsuz algıları azalacaktır ve problem çözme de kendisine güveni artacaktır.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) anksiyete bozuklukları için en yaygın kullanılan tedavi yöntemidir. Psikolojik bakım dördüncü düzey düzeyde ele alabileceğimiz bilişsel davranışçı terapi, dünyayı ve kendimizi değerlendirmede kullandığımız negatif kalıplar ve çarpıtmalar üzerine odaklanır. Bilişsel terapiler anksiyete yaratan olumsuz düşünceler ve bilişleri inceler. Davranış terapisi ise anksiyete durumlarında bireylerin nasıl davrandıklarını ve tepki verme biçimlerini inceler. Tedavide bu uyumsuz davranış biçimleri kaldırılırken, aynı zamanda daha uyumlu davranış biçimleri öğretilmeye çalışılır. Bu şekilde bireye mevcut sorunla ve yaşamının geri kalanında karşılaştığı sorunlarla başa çıkma becerisi kazandırmak hedeflenir (Sungur 1997). BDT hastanın günlük yaşamında kendisini iyi hissetmesini sağlamayı ve kullanabileceği beceriler geliştirmeyi hedeflemektedir. Tedavi terapistin olmadığı bir ortamda hastanın kendi kendine yeterliliğini sağlamayı, terapistte duyulan gereksinimi azaltmayı hedeflemektedir. Terapist hastayı kullandığı olumlu başa çıkma becerileri ve iyileşme çabalarını sürdürmesi yönünde desteklemelidir.

Hemşirelerin sıklıkla kullandığı **anksiyeteyi azaltan bilişsel ve davranışsal terapi stratejileri incelendiğinde;**

Gevşeme eğitimi: Gevşeme eğitimi bireyin kasları üzerine etkisini arttırarak psikolojik faktörlerin yol açtığı kas gerginliğini azaltmak hedeflenir. Tek başına kullanabildiği gibi, diğer bilişsel-davranışsal tekniklerle birlikte kullanılabilir. Kasların gevşemesi ile anksiyete de azalır. Gevşeme deneyimleri bireyden bireye farklılık gösterir. Ancak bireysel farklılık olmakla beraber insanların genelinde gevşeme eğitimi amacına ulaşır. Gevşeme eğitiminde; amaç kişinin bedenindeki kasları kontrol edebildiğini farkedebilmesi ve bu şekilde kas anksiyetenin arttırdığı kas gerginliğini bu egzersizlerle kontrol edebilmeyi sağlamaktır. Bu şekilde kasları üzerinde kontrolünü gören birey, anksiyete üzerinde de kontrol sağlayabileceğini fark eder. Gevşeme egzersizi uygularken; kişinin kendisini rahat hissedebileceği, sakin bir odada rahat bir koltukta olması gerekir. Kişi, rahat bir koltukta oturur, karşısında sabit bir noktaya bakması sağlanır. Bu sırada kişiye hoşnut gelebilecek hafif bir müzik olabilir. Gevşeme eğitimine ilişkin işlemler açıklanır, böylece bireyin eğitime katkısı kolaylaşır. Öncelikle baştan aşağı (baştaki kas grupları, alın, yüz, boyun, kollar, omuz, göğüs, bacaklar, ayaklar) sıra izlenerek istemli, düzenli ve birbirini izleyen bir şekilde germe ve gevşeme hareketleri yapılır. Hasta burnundan yavaşça derin nefes alarak yavaşça ağzından verir. Bu şekilde eğitime başlanır. Birey her kas grubunu 8-10 saniye gergin tutar ve gevşetir. İşlemler sırasında hemşire bireye germe ve gevşeme sırasında bedenindeki değışimleri fark etmesi için açıklamalarda bulunur. “Şimdi gerginliği fark edin”, “Germe sonrası gevşeme sırasında kaslarınızdaki yanmayı hissedin” “Gerginliğinizin giderek azaldığını hissedin” şeklinde ifadeler bireyin gevşeme eğitimini daha çok anlamasını sağlar. Egzersizlerin bitiminde bireye ne hissettiğine dair sorular sorulabilir. Eğitim sonunda temel amaç; bireyin kas grupları üzerindeki anksiyeteden kaynaklı gerginliği azaltabildiğini, dolayısıyla anksiyeteyi kontrol edebileceğinin farkına varmasıdır (Atkinson et al 2006; Varcarolis and Holter 2010; . Bilişsel gevşeme, sözcükler yardımıyla zihinsel görüntüler oluşturarak yapılan bir gevşeme biçimidir. Huzur ve sakinlik veren manzaralardan oluşan zihinsel görüntülerle, kişinin gevşeme tepkileri artırılır. Hastaların her yerde ve her zaman bu egzersizleri kendilerinin yapabilmesi, onların kendi kapasitelerini kullanabilme becerisini geliştirmelerini sağlamaktadır (Esra 2014).

Biofeedback: Bu teknikte biofeedback adı verilen bir araç vasıtasıyla bireyin, kaygısını azaltmak ve kaygıya verdiği davranışsal yanıtları değiştirmeye çalışılır. Bunun için öncelikle; biofeedback aracına takılı elektrotlar hastanın alınına yapıştırılır. Bu elektrotlar aracılığıyla bireyin beyin dalgaları, deri sıcaklığı, kas gerginliği, kalp hızı ve kan basıncı gibi fizyolojik değişimleri monitörde izlenebilir. Bu değişimler bazı görsel ve işitsel anlamlarla ilişkilendirilir. Mesela; birey ne kadar gevşerse monitörde o kadar hoşnutluk veren ses veya görüntü oluşur. Bu görüntü veya ses gevşeme durduğunda durur. Birey ne zaman gevşeme durumunu başarırsa ses veya görüntü tekrar başlar. Birey bu şekilde gevşeme becerisi geliştirebilir ve yaşamındaki her türlü stres verici olayda tekniği kullanabilir (Ratanasiripong et al 2015 (a); Ratanasiripong et al 2015 (b); Shives and Isaacs 2002).

Tepki önleme: Anksiyete yaratan uyaranlar, yineleyici tarzda hastaya verilir, ortamdaki anksiyeteyi azaltan durumlar ise engellenir. Bu teknikte hastalar korkuları ile yüzleşmek için cesaretlendirilir. Klinik uzman hemşiresi PAS'da diğer anksiyete azaltıcı teknikleri de kullanabilir. Bunlar; alıştıurma, sistematik duyarsızlaştırma, vestibular duyarsızlaştırma, göz hareketleri duyarsızlaştırma ve yeniden işleme ve benzeridir (Shives and Isaacs 2002; Varcarolis and Halter 2010). Yine BDT tekniklerinden birisi olan alternatif düşünce oluşturmayı anksiyete azaltıcı teknikler arasında kullanabilirler (Akkoyunlu ve Türkçapar 2013).

Abortus istemli ya da istemsiz birey ve ailesi için bir kayıptır. Kayıpla baş edebilmede ailelerin yeterliliği ve gereksinimlerinin karşılanması etkili olmaktadır. Bu sürecin krize dönüşüp dönüşmemesine etkili başka faktörlerde vardır. Bunlar; anne-babanın sorunu veya durumu kavrama şekli, yaşama ilişkin genel bakış açıları, yaşamsal sorunlarla başetme örüntüleri ve mevcut sosyal desteklerinin etkili olma veya olmama durumudur (Çoban ve ark., 2015). PAS yaşayan bireyin başetmeleri yetersiz olursa depresif duygu durumu yaşayabilir. Bu dönem uzarsa birey depresyona girebilir. Depresyondaki birey profesyonel destek almazsa intihar riskine kadar varabilen ağır bir tablo gelişebilir. Bu bakımdan hemşirenin kişinin içinde bulunduğu durumu iyi tanımlaması, birey için risk faktörlerini belirlenmesi gerekir. Böyle bir dönemdeki birey kendisini değersiz, yetersiz ve işe yaramaz hissedebilir. Bu duyguları benlik saygısının düşük olmasına yol açabilir. Benlik saygısı düşük birey olumsuz benlik algısı nedeniyle bir süre sonra çevresinden yeterli sosyal destek ve profesyonel destek almazsa intihar etme düşüncesine yönelebilir (Shives and Isaacs 2002). Hemşire, post-abortus sendromu yaşayan bireyi iyi gözlemleyerek olası riskleri iyi tanımlamalıdır. Bu riskleri ortadan kaldırmak için uygun hemşirelik müdahalelerinin bireyle birlikte yapması bireyin tedavi sürecine katılımı ve benlik saygısına katkı için önemlidir (Engin ve Ergün 2014). Depresyon tablosu yaşayan birey etkisiz bireysel başetme, uyku örüntüsünde bozulma, özbakım eksikliği, sosyal etkileşimde bozulma ve beslenme dengesizliği (gereksinimden az veya fazla beslenme) gibi sorunlarda yaşayabilir (Carpenito 2012). Bireyin bu sorunları yaşamaması için hemşireden mutlaka etkin danışmanlık alması gerekir (Terzioğlu ve ark., 2010).

Sonuç ve Öneriler

Abortus ve postabortus süreci, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak kadını etkileyen bir durum olması nedeniyle sağlık profesyonelleri tarafından ele alınması gereken önemli bir süreçtir. Abortus ve postabortus döneminde olan kadınlar biyopsikososyal ve kültürel olarak bütünlük içinde değerlendirilmeli, özellikle kadın ruh sağlığı açısından önemli bir yere sahip olan hemşireler/ebeler, ruhsal sorunlar yönünden risk altında olan bireyleri erken dönemde belirlemeli ve ruhsal belirtileri değerlendirmeli, saptanan ruhsal sorunları ve uygulanacak tedavi yöntemlerinin etkinliğini yakından izlemelidir.

Ülkemizde PAS'a yönelik çalışmalar sınırlı olmakla birlikte abortus sonrası kadınlara ya da ailelerine yönelik geliştirilen herhangi bir program bulunmamaktadır. Bu alanda etkili girişimlerin belirlenmesi için daha fazla tanımlayıcı ve analitik çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Çalışan ebe/hemşirelerin, abortus sonrası bireye ve ailesine yaklaşım konusunda bilgilendirilmesi ve gerekli farkındalığın oluşturulması önemlidir. Ülkemizde profesyonel desteği sağlamak amacıyla abortusa yönelik müdahale merkezlerinin kurulması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Akkoyunlu, S., Türkçapar, M.H. (2013). "Bir teknik: Alternatif düşünce oluşturulması." (Elektronik Sürüm), *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2: 53-59.
- American Psychological Association (2008). Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem D.J., Nolen-Hoeksema, S. (2006). Psikolojiye giriş, Çeviri: Yavuz Alogan, Arkadaş Yayınevi, 12. Baskı, Ankara, ss: 510-520.
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24 657–665.
- Carpenito Moyet, L.J. (2012). Hemşirelik Tanıları El Kitabı, (F. Erdemir, Çev) 13. Baskı, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 30-36, 227-232-,274-287- 359-363,400-404.
- Casey, P. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24 491–502.
- Coleman, P.K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009, *Br J Psychiatry*, 3:180-6.
- Çoban, N., Taşpınar, A., Savaş, N., Devci, A., Uyar, Y., Baytur, Y. (2015). Gebelik Kaybının Kadınların Depresif Belirti Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi (Elektronik Sürüm), *Türkiye Klinikleri J.* 1-5.
- Ditzhuijzen, J.V., Have, M.T., Graaf, R.D., Nijntatten, C., Vollebergh, W. (2013). Psychiatric history of women who have had an abortion. *Journal of Psychiatric Research*, 47: 1737-1743.
- Efe, H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri, Danışman: Doç. Dr. Murat APİ, Uzmanlık Tezi, (Erişim: 01.01.2016 [.http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hast/dr_hasan_efe.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/kadin_hast/dr_hasan_efe.pdf)
- Engin, E. (2014). Anksiyete Bozuklukları, Ed: Olcay Çam ve E. Engin (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Bakım Sanatı)1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 293.
- Engin, E., Ergün, G. (2014). Anksiyete Bozuklukları, O. Çam ve E. Engin (Ed.), Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (Bakım Sanatı), 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 349-364.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Boden, J.M. (2008). Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, 193: 444-451.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara. 2013.
- Henshaw, S.K. (1998). Unintended Pregnancy in the United States. *Family Planning Perspectives*, 30(1):24-29.
- Hepburn, C. (2014). Pro-Health: The Effectiveness of Post-Abortion Counseling on Self-Esteem and Post-Traumatic Stress Symptoms. *Brainwaves Spring* (2): 1-5.
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği (Elektronik Sürüm), *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1).
- Nomura, R.M.Y., Benute, G.R.G., Azevedo, G.D., Dutra, E.M.S., Borsari, C.G., Rebouças, M.S.S., Lucia, M.C.S., Zugaib, M. (2011). Depression, emotional and social aspects in the abortion context: a comparison between two Brazilian capitals. *Rev Assoc Med Bras*, 57(6):630-636.
- Özcan, A. (2006). Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim, 2.Baskı, Ankara, Sistem Ofset Baskı, 84-94.
- Özkan, S. (1997). Psikiyatrik tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (Elektronik Sürüm), *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 2(1): 11-18.
- Ratanasiripong, P., Kaewboonchoo, O., Ratanasiripong, N., Hanklang, S., Chumchai, P. (2015 a) Biofeedback Intervention for stress, anxiety and depression among graduate students in public health nursing, *Nursing Research and Practice*, 1-5.
- Ratanasiripong, P., Park, J.F., Ratanasiripong, N., Kathalae, D. (2015 b) Stress and anxiety management in nursing students: Biofeedback and mindfulness mediatiton, *Journal Of Nursing Education*, 54: 520-524.

- Reardon, D.C., Cogle, J.R.. (2002). Depression and unintended pregnancy in the National Longitudinal Survey of Youth: a cohort study, *BMJ*;324:151-2.
- Rue, V.M. (2014). Post-abortion Trauma. Pontifical Academy for Life. ISBN 978-88-97830-27-6. Roma, p-65-67, 160-179.
- Shives, L.R. and Isaacs, A.(2002). Psychiatric-Mental Health Nursing. 7th Edition, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 295, 303-306.
- Steinberg, J.R., Finer, L.R. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medicine* 72: 72-82.
- Steinberg, J.R. (2011). Later Abortions and Mental Health: Psychological Experiences of Women Having Later Abortions—A Critical Review of Research. *Women's Health Issues* 21-3S: 44–48.
- Steinberg, J.R., Russo, N.F. (2008). Abortion and Anxiety: What's the relationship? *Social Science & Medicine*, 67 238–252.
- Sungur, M.(1997). Fobik Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası*, 1:5-11.
- Terzioğlu, F., Zeyneloğlu, S., Vefikuluçay Yılmaz, D., Türk, R., Gözükara, F., Taşkın, L. (2010). İsteğe Bağlı ve Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18–29.
- Tezcan, S., Ergöçmen-Akadalı, B. (2012). Türkiye’de İsteyerek Düşükler (Elektronik Sürüm), *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1): 36-42.
- Varcarolis, E.M., Halter, M.J. (2010). Foundations of psychiatric mental health nursing, a clinical approach, 6th Edition, Canada, Saunders Elseiver, 458-465.
- Wierzbička, E., Sokolowska, J., Versailles, N. (2004). Effectiveness Of Post-Abortion Syndrome Counselling in New York Area. Abstracts / *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 561–580.
- World Health Organization (2012). Safe Abortion: Technical And Policy Guidance For Health Systems, Second Edition, Switzerland, WHO, p.17-26.
- Yılmaz, N., Kanat-Pektas, M., Kılıç, S., Gülerman, C. (2010). Medical or surgical abortion and psychiatric outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, Jun; 23(6):541-544.

[Extended English Abstract](#)

The Post-Abortus Syndrome (PAS) has been defined as a type of the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) that appear with chronic or delayed symptoms after abortus, and is experienced due to physical and psychological traumas and as a result of hidden emotional reactions (Rue, 2014; American Psychological Association, 2008). The reasons of using a specific term for PAS are; (1) facilitating the communication and support that will be provided to the society on this topic; (2) helping the men and women who have experienced traumatic abortus to define these symptoms, and preventing them from feeling alienated or isolated; (3) preventing the men and women from being accused because of this experience, and encouraging them to express and defense themselves (Rue, 2014).

PAS includes the management of abortus trauma rather than collecting the symptoms that stem from abortus under one umbrella term.

PAS has for basic components:

1. Experiencing or witnessing abortus (induced abortus of the fetus);
2. Re-experiencing the negative influences of the death stemming from abortus in an unwanted manner (for example flashbacks, nightmares, sadness and re-experiencing the negative feelings in the anniversary of the abortus);

3. The decrease in the communication of the individual with the relatives or the people around because of the unsuccessful struggles to prevent or suppress the emotional agony and the memories of the abortus;

4. Excessive experience of the feelings such as the guilt because of survival, and anxiety, which were not experienced before the abortus (Rue, 2014).

The first studies on the influences of abortus on psychological health started to be conducted in 1980s. Although the prevalence studies on PAS in the literature are various, it is observed that they change between 10%-30% (Hepburn, 2014). The prevalence of the depression during the post-abortus process has been reported as 27.3% (Reardon & Cogle, 2002). The rate of observing anxiety in women who had more than one abortus has been reported as 21.6% (Steinberg, 2008). Coleman (2011) conducted a meta-analytical study and reported that 81% of the women who had experienced abortus were under the risk of psychological health problems, and that 10% of the prevalence of the women with such problems were based on abortus. Yılmaz et al. (2010) conducted a study and evaluated the psychological health problems during post-abortus period, and found out that the post-abortus depression rate was 27.1% (Yılmaz, 2010).

In the treatment process of PAS, complete or partial life style changes like cognitive structuring and behavioral management are targeted (Rue, 2014). The interventions that are intended for the solution of the psychological problems of the individual who is in the PAS period are generally focused on empowering the individual to cope with all the problems encountered in life in an efficient and sufficient manner (Casey, 2010). It is important for an individual who is in PAS period to receive consultancy from health staff (Charles et al., 2008). In order to determine the anxiety level and to perform the proper nursing interventions, the nurse must be a good observer and a good listener. The nurse must establish a therapeutical relation with the patient, and try to understand the burden of the period the individual is experiencing. There are clinics that provide comprehensive services on abortus in Europe. Consultancy services are provided in such places in order to prevent the women who experience abortus from having psychological problems (Ditzhuijzen, 2013; Steinberg, 2011; Steinberg, 2012). In our country, there are not specific clinics where only the interventions or consultancy services are provided for women who experience deliberate or involuntary abortus. The nurse may only see a woman in PAS period in hospital, polyclinics or in psychiatry units if the woman has experienced psychological problems.

The cognitive and behavioral therapy strategies that are frequently used by nurses to reduce anxiety are the Relaxation Training, Biofeedback, and Prevention of the Reactions.

Relaxation Training: In Relaxation Training, the target is increasing the influence of the individual on the muscles, and thus, decreasing the muscle strain that has been caused by psychological factors. It may be used alone or together with other cognitive-behavioral techniques. With the relaxation of the muscles, the anxiety decreases. The relaxation experiences vary from individual to individual. However, although there are individual differences, generally the relaxation training reaches its aim. In the relaxation training, the aim is ensuring the awareness of the person in controlling the muscles and thus controlling the muscle strain caused by the muscle anxiety with these exercises.

Biofeedback: In this technique, the aim is decreasing the anxiety of the individual by using a tool called biofeedback, and changing the behavioral responses to the anxiety. For this purpose, firstly, the electrodes that are connected to the biofeedback device are placed on the forehead of the patient. The physiological changes like the brain waves, temperature of the skin, muscle strain, heart beat rate and blood pressure may be followed on the monitor via these electrodes. These changes are associated with some visual and audio meanings. For example, when the individual relaxes, the audio and visual images appear in the same rate on the monitor. These images or the audio signals stop when the relaxation stops. When the person succeeds in relaxation status, the audio signals and visual images start again. The person can thus develop the relaxation skills and use this technique in any stressful event in life (Ratanasiripong et al., 2015 (a); Ratanasiripong et al., 2015 (b); Shives and Isaacs, 2002).

Prevention of the Reaction: The stimuli that create anxiety are given to the patient in a repetitive manner, and the conditions that decrease the anxiety in the environment are prevented. The patients are encouraged to face their fears in this technique.

The clinic specialist nurse may use the other techniques that decrease stress in PAS. These are familiarization, systematic desensitization, vestibular desensitization, eye movements desensitization, reprocessing and other similar techniques (Shives and Isaacs, 2002; Varcarolis and Halter, 2010). Again, they may also use the Alternative Thought Formation Technique, which is one of the BDT Techniques among the other anxiety-decreasing techniques (Akkoyunlu and Türkçapar, 2013).

Abortus and post-abortus process is an important process which has to be dealt with by health professionals because it is a situation that influences the women in physiological, psychological and sociological ways. Women who are in abortus and post-abortus period must be evaluated within a bio-psychological and cultural integrity, and nurses/midwives, who are very important in terms of the psychological health of women, must determine the individuals who are under the risk of psychological problems in early periods, evaluate the psychological symptoms and follow the efficiency of the treatment methods to be applied.

The studies on PAS are limited in our country, and there are no programs developed for the women or for their relatives who experience abortus. In order to determine the efficient enterprises in this field, there is the need for more definitive and analytical studies on this field. It is considered important that the midwives/nurses who are on active duty must be supported and informed on this field. It is recommended that intervention centers must be established in our country to provide the necessary professional support.