

Abortuslar; Sonrasında Yaşanan Sorunlar ve Ebelik Bakımı

Müge Demir¹

Özet

Abortus, “20. gebelik haftasından önce, 500 gramın altındaki embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının ya da bir kısmının uterustan atılması” olarak tanımlanır ve kadın sağlığı üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik etkiler yaratabilir. Bu çalışma, abortusun sınıflandırılması, nedenleri, abortus sonrası yaşanan sorunlar ve ebelik bakımının önemini ele almaktadır. Abortus spontan, habitüel, septik ve indüklenen abortus olarak farklı türlere ayrılmaktadır. Abortus sonrası kadınlarda kanama, enfeksiyon, ağrı gibi fiziksel problemlerin yanı sıra yas, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar da gözlemlenmektedir. Ebelik bakımı, abortus sonrası kadın sağlığını korumak ve desteklemek için kritik bir rol oynamaktadır. Bu süreçte ebeler, kadınlara fiziksel ve psikolojik destek sağlayarak iyileşmelerini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, abortus sonrası danışmanlık hizmetleri, kadınların bu süreci daha sağlıklı bir şekilde atlattıklarına yardımcı olmaktadır. Yapılan araştırmalar, abortus sonrası danışmanlık alan kadınların depresyon ve anksiyete seviyelerinde azalma olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, abortus sürecinde ve sonrasında verilen ebelik bakımı, kadın sağlığını korumada ve yaşam kalitesini artırmada temel bir rol oynamaktadır. Ebelerin kadınlara sağladığı destek, abortus sonrası komplikasyonların önlenmesine ve iyileşme sürecinin hızlanmasına katkıda bulunmaktadır.

1. GİRİŞ

Gebelik, kadınların hayatında fizyolojik açıdan normal ilerleyen bir süreçtir. Fakat bazı durumlarda anne ve fetus sağlığının tehlikeye sokan riskler ortaya çıkabilir (1,2). Bu doğrultuda gebeliklerin %15’inde komplikasyon gelişmektedir (2). Gebelikte en sık karşılaşılan komplikasyonlardan arasında

1 Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü Yüksek lisans Öğrencisi

kanama yer almaktadır. Kanama erken ve geç dönemlerde meydana gelebilir. Genellikle kanama belirtisiyle kendini gösteren abortus her iki dönemde

Müge DEMİR Karabük üniversitesi, sağlık bilimleri Fakültesi, Ebelik bölümü Yüksek lisans öğrencisi görülebilmektedir (3). Abortus, yaklaşık kadınların %22'sinde en az bir defa meydana gelmektedir (4). Bu nedenle abortus kadınlar için önemli bir sorundur (3).

2. ABORTUS

Dünya sağlık örgütü (DSÖ), “20. gebelik haftasından önce, 500 gramın altındaki embriyo veya fetus ve eklerinin tamamının ya da bir kısmının uterustan atılması” durumunu abortus olarak tanımlamıştır. Abortus, gebeliğin 12. haftaya kadar olan döneminde görülen komplikasyonlardan en sık olanıdır (5,6). Bilinen gebeliklerin yaklaşık %10'unda abortus görülür (3). Risk faktörleri arasında genetik anomaliler, plasental gelişim bozuklukları, ileri yaş, daha önce abortus öyküsü olması, vücut kitle indeksinin 18 altında ve 25 üstünde olması, yoğun sigara kullanımı gibi birçok etken sayılabilir (3,5,7,8). Abortuslar gebelikte birinci ve ikinci trimester kanamalarının en önemli nedenini oluşturur (9).

Abortusların sınıflandırılması şu şekildedir (3):

1. Spontan Abortus (Kendiliğinden Düşük)

- Abortus Imminens (Durdurulabilir Düşük /Düşük Tehdidi)
- Abortus Inspiciens (Durdurulamayan Düşük)
- Komplet Abortus (Tamamlanmış Düşük)
- İnkomplet Abortus (Tamamlanmamış Düşük)
- Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

2. Habitüel/Reccurent Abortus (Tekrarlayan Düşük)

3. Septik Abortus (Gebelik Ürünleri ve Uterusun Enfekte Olduğu Durumu)

4. İndüklenen Abortus (Zorlanan Düşük)

- Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)
- Elektif Abortus (İstemli Düşük)

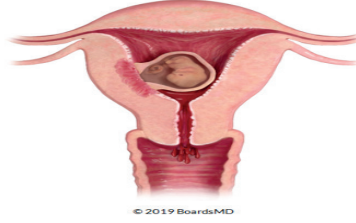
3. ABORTUSLARIN SINIFLANDIRILMASI

3.1. Spontan Abortus (Kendiliğinden Düşük)

20. gebelik haftasından önce dışarıdan müdahale olmaksızın gebeliğin kaybı olarak adlandırılır ve gebeliklerin %20'sini etkiler (10). 12. gebelik haftasına kadar gelişen abortuslar erken, 12 ile 20. gebelik haftaları arasında gelişen abortuslar ise geç abortus olarak tanımlanır (3). Spontan abortus insidansı %15–40 civarındadır ve %62 si 12. gebelik haftasından önce görülür (11).

3.1.1. Abortus Imminens (Durdurulabilir Düşük /Düşük Tehdidi)

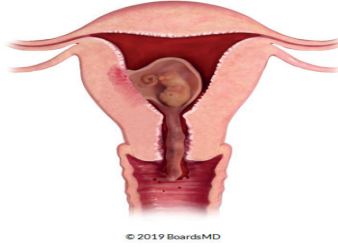
İlk trimester de hafif karın ağrısı ile birlikte vajinal kanama görülmesidir. Serviks kapalıdır ve fetus canlıdır (6,12,13). Bu süreçte ilk olarak gebe bilgilendirilmeli ve sakinleştirilmelidir. Ardından gebe yatak istirahatine alınarak kanama takibi yapılmalıdır (12). Ek olarak, gebeye stresten, fiziksel aktivite ve koitustan uzak durması önerilir (3).



Kaynak: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1#5> (14).

3.1.2. Abortus Insipiens (Durdurulamayan Düşük)

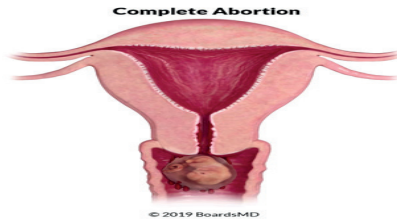
Kramp tarzında karın ağrısıyla beraber vajinal kanama mevcuttur. Serviks açıktır ve fetal kardiyak atım durmak üzeredir. Fetus eklerinin bir kısmı veya tamamı atılmış olabilir (3,15,16).



Kaynak: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1#6> (17).

3.1.3. Kompleyrt Abortus (Tamamlanmış Düşük)

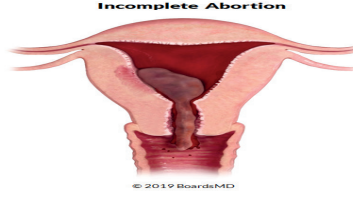
Gebeliğin tüm ürünleri uterustan atılmış ve serviks kapanmıştır. Abortus tamamen gerçekleştiğinde hafif kanama ve kramp tarzı ağrı olabilir (12,15).



Kaynak: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1#8> (18).

3.1.4. Inkomplet Abortus (Tamamlanmamış Düşük)

Gebelik ürünlerinin tamamı atılamadığı durumdur (3,12). Kramp tarzında alt karın ağrısı ve dilate olmuş serviks mevcuttur (15). Bu nedenle enfeksiyon riski vardır (12).



Kaynak: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1#7> (19).

3.1.5. Missed Abortus (Kaçırılmış Düşük)

Ölmüş fetüsün uterin kavitede kalması ile karakterize kaçırılmış düşüktür (3). Gebeliklerin yaklaşık %15'inde görülür. Genetik, anatomik, endokrin ve koagülasyon bozukluğu gibi nedenler missed abotusun etyolojisini oluşturur (20). Genellikle bu tür abortuslar altıncı haftadan önce ve on dördüncü haftadan sonra gözlemlenir (3).



Kaynak: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1#11> (21).

3.2. Habitüel/Reccurent Abortus (Tekrarlayan Düşük)

Habitüel abortus; birbirini takip eden iki ya da daha fazla gebeliğin kendiliğinden sonlanmasıdır (22). Düşük sayısı arttıkça bir sonraki gebeliğin düşükle sonuçlanma olasılığı da artmaktadır (23). Bu doğrultuda epidemiyolojik çalışmalar gösteriyor ki bir abortusu takip eden gebeliğin kaybedilme olasılığının, tekrarlayan iki gebelik kaybından sonra %24, üç gebelik kaybından sonra %30, dört gebelik kaybından sonra ise %40'a yükselmektedir (24). Tekrarlayan abortusların etyolojisinde belli bir neden bulunamamaktadır. Fakat en sık rastlanana nedenler arasında; anatomik ve genetik faktörler, pıhtılaşma sistemi bozuklukları, hormonal bozukluklar,

immünolojik bozukluklar, enfeksiyonlar ve çevresel faktörler gelmektedir (3,25).

3.3. Septik Abortus (Gebelik Ürünleri ve Uterusun Enfekte Olduğu Durumu)

Genellikle güvenli olmayan abortusa bağlı olarak hastanın enfekte olmasıdır. Güvenli olmayan ortamlarda veya gerekli eğitimi olmayan kişiler tarafından yapılan kürtajlarda görülür (26). Aynı zamanda abortuslardan sonra uterin kavitede gebelik materyalinin kalmasına bağlı da gelişebilir. Hastada genellikle ateş, karın ağrısı ve kötü kokulu akıntı gözlemlenebilir (3).

3.4. İndüklenen Abortus (Zorlanan Düşük)

Gebeliğin tıbbi veya cerrahi olarak sonlandırılmasıdır. İndüklenmiş abortus, terapötik ve elektif küretaj olmak üzere iki başlığa ayrılır (3).

3.4.1. Terapötik Abortus (Tıbbi Düşük)

Terapötik abortus, fetüsün yaşama kapasitesine ulaşmadan yani 20. gebelik haftasına kadar annenin sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması adlandırılır (6). Terapötik abortus, kadının sağlığını tehdit eden durumlar, tecavüz veya ensest ilişki sonucu gebelik, fiziksel ve mental gelişim bozukluğu olan bir çocuk doğma riski gibi durumlarda gerçekleştirilir (27). Bu nedenle terapötik abortus kadınlarda ve çiftlerde travma yaratarak psikolojik etkilere neden olabilir (28). Bir çalışmada, terapötik abortus geçiren kadınların orta düzeyde anksiyete yaşadıkları, eğitim düzeyi ve çalışma durumunun, kadının anksiyete düzeyi üzerinde önemli bir etkisi olduğu belirtilmiştir (29).

3.4.2. Elektif Abortus (İstemli Düşük)

Elektif abortus ise gebeliğin istenmemesine bağlı anne ve babadan izin alınarak gerçekleştirilir (30). Ülkemizde yasal sınır 10. gebelik haftasına kadar geçerlidir. Bu doğrultuda yasalar 10. gebelik haftasına kadar 18 yaşından büyük evli olmayan kadınlar kendi onaylarıyla, 18 yaşından büyük evli olan kadınlar kendi ve eş onayıyla, 18 yaşından küçükler ise kendi onayı ve veli onayıyla gebeliği sonlandırabilirler (31).

4. ABORTUS SONRASI YAŞANAN SORUNLAR

Abortus genellikle kadınlarda psikolojik ve fiziksel problemlere neden olabilmektedir (32,33). Abortus sonrası bebeğin kaybı ile kadın kendini suçlayabilmekte, travma, öfke ve üzüntü yaşayabilmektedir (11,33). Bununla

sonucunda kadınlarda en çok görülen psikolojik problemler; yas, depresyon ve anksiyete olarak belirlenmiştir (33).

Yas, abortus sonrası doğal bir süreçtir (34). 204 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, abortus yaşayan kadınların yaklaşık %40'ında yas belirtileri görüldüğü belirtilmiştir (35). Toplumun abortusu kayıp olarak görmemesi kadının yas sürecini zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte yas döneminde kadınlarda depresyon ve anksiyete atakları görülebilmektedir (33). Yapılan bir çalışmada, gebelik kaybının artmasıyla depresyon ve anksiyete görülme sıklığının da arttığı belirtilmiştir (36). Boryri ve ark. yaptığı çalışmada ise, abortus öyküsü olan kadınlara öz bakım eğitimi verilmesinin anksiyete ve depresyon üzerinde etkili olduğu vurgulanmıştır (37). Ayrıca fiziksel olarak da kadında ağrı, aşırı kanama, ateş, kötü kokulu akıntı, enfeksiyon ve cinsel hayatta etkilenme gibi problemler gözlemlenebilir (12,38). Bu gibi problemlerin önüne geçmek için ebelerden alınana danışmanlık ve bakım önemlidir (12).

5. ABORTUS SONRASI DANIŞMANLIK VE EBELİK BAKIMI

Abortus sonrası danışmanlık ve bakım kadının her süreçte yanında olan ebeler tarafından verilir (26).

Danışmanlık konuları şu şekildedir (3,12,26);

- Gebelik belirtilerin zamanla azalarak sonlanacağı,
- Abortus sonrası kullanması gereken ilaçlar,
- Oluşabilecek fiziksel problemler (karın ağrısı, vajinal akıntıda artma, pis koku, vücut ısısında artma, kasık ağrısı gibi),
- Kritik durumlarda başvurması gereken birimler,
- Abortus sonrası fiziksel aktivite (3-4 gün ağır işlerden kaçınmak),
- Abortus sonrası kişisel bakım,
- Abortus sonrası cinsellik (cinsel ilişkiye 2 hafta ara verilmesi),
- Abortus sonrasında normal menstrual döngü (4-6 hafta sonra başlayabilir.),
- Abortus sonrası kontrol (1 hafta sonra),
- Abortus sonrası aile planlaması eğitimini içermektedir.

Abortus sonrası her kadında kanama olmaktadır. Fakat aşırı kanama durumları tehlikelidir. Bunun yanı sıra kötü kokulu akıntı, ateş, kramp şeklinde

ağrı ve halsizlik gözlemlendiğinde enfeksiyon olabileceği düşünülmelidir. Enfeksiyonu önlemek adına sağlıklı beslenme, sık sık iç çamaşırı değiştirme, duşu ayakta alma gibi konularda kadın bilgilendirilmelidir (12).

Abortus sonrası ebeler kadınlara psikolojik destek sağlayarak kadınları rahatlatmalıdır. Çünkü kadınlarda suçluluk duygusu görülmektedir (26). Özellikle kadınları rahatlatmak için derin nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri öğretilmeli, fiziksel egzersiz ve hobilerini yapmasına teşvik edilmelidir (12).

Ebeler bu süreçte kadını ve ailesini objektif bir şekilde dinlemeli ve danışmanlık vermelidir (26). Yapılan bir çalışmada, 5 hafta boyunca abortus yaşayan kadınlara danışmanlık verilmiş ve 4 hafta sonra anksiyete, depresyon ve yas düzeylerinde danışmanlık almayan kadınlara göre azalma olduğu belirlenmiştir (39).

SONUÇ

Abortus, kadınların hem fiziksel hem de psikolojik sağlığını etkileyen önemli bir durumdur. Abortusun farklı türleri ve nedenleri göz önüne alındığında, bu sürecin yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Abortus sonrası kadınlarda fiziksel olarak kanama, enfeksiyon, ağrı gibi sorunlar gözlemlenirken; psikolojik olarak yas, depresyon ve anksiyete gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu süreçte ebelerin sunduğu danışmanlık hizmetleri, kadının yaşadığı kayıpla başa çıkmasına yardımcı olmanın yanı sıra, fiziksel sağlığını koruması açısından da önemlidir.

Abortus sonrası bakım sürecinde ebelerin rolü, hem psikolojik destek sağlamak hem de kadınları bilgilendirmek ve yönlendirmektir. Kadınların abortus sonrası bakım süreçleri hakkında bilinçlendirilmesi, komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Özellikle abortus sonrası yas süreci toplumda yeterince kabul görmediğinden, kadınların duygusal desteğe ihtiyacı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar, abortus sonrası danışmanlık alan kadınların psikolojik iyilik hallerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, abortus sürecinde ve sonrasında verilen ebelik bakımı, kadın sağlığını korumada ve yaşam kalitesini artırmada temel bir rol oynamaktadır. Ebelerin, kadınların abortus sonrası fiziksel ve psikolojik sağlıklarını destekleyici bakım sunmaları, bu süreçte karşılaşılan olumsuz etkilerin azaltılmasına yardımcı olacaktır. Abortus yaşayan kadınlara yönelik ebelik bakım hizmetlerinin artırılması, kadın sağlığına olumlu katkılar sağlayacaktır.

Kaynakça

1. Mirzakhani K, Ebadi A, Faridhosseini F, Khadivzadeh T. Well-being in high-risk pregnancy: an integrative review. BMC Pregnancy Childbirth. 11 Eylül 2020;20(1):526.
2. Duman M, K. Beji N. Riskli Gebelikler; Risk Faktörleri, Yaklaşımlar Ve Acil Obstetrik Bakım. İçinde: Riskli Gebelikler ve Bakım. 1. baskı. Ankara: Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım; 2019.
3. Altuntuğ, K, Koçak V, Ege E. Doğum Öncesi Kanamalar ve Bakım. İçinde: Riskli Gebelikler ve Bakım. 1. Baskı. Ankara: Göktuğ Basın Yayın ve Dağıtım; 2019.
4. TNSA, editör. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2018. 288 s.
5. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 01 Ekim 2000;14(5):839-54.
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hoffman BL. Williams Obstetrics 24/E (EBOOK). S.I.: McGraw Hill LLC; 2014.
7. van den Berg MMJ, van Maarle MC, van Wely M, Goddijn M. Genetics of early miscarriage. Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease. 01 Aralık 2012;1822(12):1951-9.
8. Andersen AMN, Wohlfahrt J, Christens P, Olsen J, Melbye M. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ. 24 Haziran 2000;320(7251):1708-12.
9. Öz İŞ. Birinci Trimesterde Abortus İmminens Tanısı Konulan Gebelerin Perinatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 05 Mart 2021;6(1):129-34.
10. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of Spontaneous Abortion. afp. 01 Ekim 2005;72(7):1243-50.
11. Deniz R, Baykuş Y, Kavak EÇ. Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarına Yaklaşım. Kafkas Tıp Billimleri Dergisi. 2016;
12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi [İnternet]. 2015 [a.yer 10 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://khgm-saglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42840/dusuk-yonetim-rehberi.html>
13. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2010;117(3):245-57.
14. Abortion [İnternet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-1>

15. T.C. Sağlık Bakanlığı. Acil Obstetrik Yönetim Rehberi. 2022.
16. Gezginç K, Dalkılıç EU. Management of Obstetric Emergencies. JAEM. 01 Eylül 2011;10(3):128-32.
17. Abortion [İnternet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-l>
18. Abortion [İnternet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-l>
19. Abortion [İnternet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-l>
20. Bıyık İ, Aslan MM, Keskin F. Association between platelet indices and missed abortion. J Surg Med. 01 Ağustos 2019;3(8):549-52.
21. Abortion [İnternet]. [a.yer 16 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.boardsmd.com/blog/abortion-i-intrauterine-fetal-demise-recurrent-pregnancy-loss-anti-d-immune-globulin-l>
22. Üstün MÖ, ÖzbiLiM G, Üner M. Multipl Konjenital Anomalileri Olan Habitüel Abortus Olgusu. 1998;
23. Albayrak DS, Arıkan DD, Yüksel DA, Bozkurt DS, Abalı R, Uyar K. Habitüel Abortuslu Bir Olguda Acil Serklaj Operasyonu. 2006;
24. Çevik SA, Başer M. Causes of abortion in pregnant women applying with vaginal bleeding and pain: Fetal- maternal causes<p>Vajinal kanama ve ağrı yakınması ile başvuran gebelerin düşük yapma nedenleri: Fetal-maternal nedenler. Journal of Human Sciences. 07 Mayıs 2013;10(1):1332-41.
25. Kuttah WH. Novel strategies for the management of recurrent pregnancy loss. Semin Reprod Med. Mayıs 2015;33(3):161-8.
26. Koyuncu S, Öksüz Z. Abortuslar ve Ebelik Bakımı. İçinde: SAĞLIK & BİLİM 2023: EBELİK-IV. 2024.
27. Akdağ C. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin Ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Ulusal Tez Merkezi; 2014.
28. di Giacomo E, Pessina R, Santorelli M, Rucco D, Placenti V, Aliberti F, vd. Therapeutic termination of pregnancy and women's mental health: Determinants and consequences. World J Psychiatry. 19 Kasım 2021;11(11):937-53.
29. Bucak F, Toker E, Asoğlu M. Women who apply therapeutic abortus' state and trait anxiety levels and related factors. Health Care Acad J. 2018;5(4):256.

30. Janiak E, Goldberg AB. Eliminating the phrase “elective abortion”: why language matters. *Contraception*. 01 Şubat 2016;93(2):89-92.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. 1983.
32. Warsop A, Ismail K, Iliffe S. Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. *Psychology, Health & Medicine*. Ağustos 2004;9(3):306-14.
33. Dağ T, Tepe ÇŞ, Durat G. Abortusun Kadın Ruh Sağlığı Üzerindeki Et-kileri. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*. 2021;13(1):179-83.
34. Bottomley C, Bourne T. Diagnosing miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 01 Ağustos 2009;23(4):463-77.
35. Nikcevic AV, Tunkel SA, Nicolaides KH. Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. 1998;11(2):123-8.
36. Bahriye Arslan AA. Risk Factors For Pregnancy Anxiety And Depression: Assessment In 452 Cases [İnternet]. *Anatolian Journal of General Medical Research*; 2011 [a.yer 15 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.anatolianjmed.org/articles/risk-factors-for-pregnancy-anxiety-and-depression-assessment-in-452-cases/doi/terh.2011.45398>
37. Boryri T, Navidian A, Zehi FH. Assessing the effect of self-care education on anxiety and depression among pregnant women with a history of spontaneous abortion. *J Educ Health Promot*. 2020;9:347.
38. Aba YA, Ergün G. Post-Abortion Syndrome and nursing approaches<p>Post-Abortus Sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. *Journal of Human Sciences*. 13 Şubat 2016;13(1):768-77.
39. Nikčević AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaides KH. The influence of medical and psychological interventions on women’s distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*. 01 Eylül 2007;63(3):283-90.