



## Causes of abortion in pregnant women applying with vaginal bleeding and pain: Fetal- maternal causes

## Vajinal kanama ve ağrı yakınması ile başvuran gebelerin düşük yapma nedenleri: Fetal-maternal nedenler

Semra Akküz Çevik<sup>1</sup>  
Mürüvvet Başer<sup>2</sup>

### Abstract

**Objective:** Aim of this study was to investigate causes of abortion in pregnant woman applying with vaginal bleeding and pain and diagnosed abortion to Gaziantep 75. Year Maternatiy Hospital.

**Material and method:** This study was conducted on pregnant woman applying with vaginal bleeding and pain and diagnosed abortion to Gaziantep 75. Year Maternatiy Hospital between 13 September- 29 December 2009 and total 53 pregnant woman were used as a materials( in the first and second trimester). The data for the study was obtained through a questionnaire that determine gynecologic history and fertility information with demographic characteristics of pregnantomen. The questionnaire form were filled by researcher applying face to face. Statistical analyzes were conducted using Chi-Square. The level of significance was determined at  $p < 0.05$ .

**Results:** To examine rate of women's abortion they have experienced 62.3 % first, 18.9 % second abortion respectively. To examine causes

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine vajinal kanama ve ağrı yakınmasıyla başvuran ve abortus tanısı konan gebelerin düşük yapma nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve metod:** Çalışmaya 13 Eylül- 29 Aralık 2009 tarihleri arasında Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine vajinal kanama ve ağrı yakınmasıyla başvuran ve abortus tanısı konan, hastanede yatırılarak tedavi gören birinci ve ikinci trimesterdeki 53 gebe katılmıştır. Araştırmanın verileri gebelerin demografik özellikleri ile jinekolojik öykü ve doğurganlık bilgilerini belirleyen bir anket formu aracılığı ile elde edilmiştir. Anket formu araştırmacı tarafından kadınlarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Verilerin analizinde ki-kare testi kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların %62.3'ünün ilk, % 18.9'unun ikinci düşük deneyimi olduğu belirlenmiştir. Kadınların %28' inde düşüklerin herhangi bir neden olmadan

<sup>1</sup> Instructor, Gaziantep University, Faculty of Health Sciences, Department of Gynecology and Obstetric, [akkuz@gantep.edu.tr](mailto:akkuz@gantep.edu.tr)/s. [akkuz@hotmail.com](mailto:akkuz@hotmail.com)

<sup>2</sup> Associate Professor, Erciyes University, Faculty of Health Sciences, Department of Gynecology and Obstetric, [mbaser@erciyes.edu.tr](mailto:mbaser@erciyes.edu.tr)

of abortions; 28 % was performed without any reason. It was found that there were significant association between abortion and education level ( $p<0.05$ ). It was found that rate of abortion was higher in illiterate group.

**Conclusion:** The most frequent fetal causes were IUGR (11%) and fetal chromosomopathies (9 %) respectively. Maternal diseases (10%), placenta previa (6%) and as a result of trauma (6%) were the most common maternal causes.

**Keywords:** Habitual abortion, spontaneous abortion, congenital anomalies, intrauterin growth retardation(IUGR)

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

gerçekleştiği saptanmıştır. Okuryazar olmayan grupta düşük sayısı daha fazla bulunmuş olup düşük ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Abortuslara sebep olan fetal nedenler içinde IUGR (%11) ve konjenital anomali (%9) ile maternal nedenler içinde ise anneye ait hastalıklar (%10), plasenta previa (% 6) ve travmanın (%6) daha çok görüldüğü belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan düşük, kendiliğinden düşük, kromozomal anomali, intrauterin gelişme geriliği(IUGR)

## Giriş

Fetüsün ve eklerinin gebeliğin 20. haftasından önce ve fetüs 500 gr. ağırlığına ulaşmadan uterus dışına atılmasına düşük denir ( Şirin, 2008). Gebeliklerin yaklaşık %10'u ilk 12 hafta içinde spontan düşük ile sonuçlanır ( Şirin, 2008; Sapmaz ve ark, 2006). Epidemiyolojik çalışmalar, bir düşüğü takip eden gebeliğin kaybedilmesi olasılığının, ardışık iki gebelik kaybından sonra %24, üç gebelik kaybından sonra %30, dört gebelik kaybından sonra ise %40'a çıktığını göstermektedir ( Gökosmanoğlu ve ark, 2008).

Tekrarlayan düşüklere nedenleri arasında; genetik, endokrinolojik, anatomik, immünolojik, mikrobiyolojik, kişisel sebepler ve kromozomal anomaliler yer almaktadır ( Gökosmanoğlu ve ark, 2008, Boztosun ve ark, 2004, Aksu ve ark, 1998). Servikal yetmezlik, embrioya ait kromozomal defektler, annede yüksek ateş, akut viral enfeksiyonlar, kronik nefrit, kalp yetmezliği gibi hastalıklar fetal anoksiye yol açarak düşüklere neden olabilmektedir. İlaçlar, sitotoksik ajanlar ve prostoglandinler düşüklere hazırlayıcı faktörlerdir. Uterusa olan direk travmalar, progesteron yetmezliği, stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar hipotalamik-pituiter sistem aracılığı ile gebeliği etkiler ve düşük ortaya çıkabilir ( Taşkın, 2005).

Ebeveynler abortus sonrası keder ve yas dönemi yaşarlar. Bu süreçte ebeveynlerin yaşadığı yas şiddetli, karmaşık, uzun süreli olabilir ve bu uzun dönemde yaşanan emosyonel değişiklikler bireyden bireye farklılıklar gösterebilir ( Cordell and Thomas, 1997). Ebeveynlerin kayba verdikleri yanıtlar bir sonraki gebeliğe kadar sürebilir ve bu sonraki gebeliği de etkileyebilir ( Nansel et. al., 2005).

Kayıp döneminde sağlanacak bakım ve anlayışlı yaklaşım ebeveynlerin ızdırıp sürecini etkileyebilir (Dimarco et. al., 2002). Sağlık çalışanları perinatal kaybın sonraki gebelik üzerindeki etkisini anlamak ve böylece yeterli sağlık bakımını sağlamak zorundadırlar (TNSA, 2008). Hemşire ve diğer sağlık personelinin gerekli bakımı sağlamaları için obstetrik öykünün ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi önemlidir (Cote-Arsenault and Dombeck, 2001). Annenin obstetrik öyküsünün geçmişte yaşadığı kayıp açısından ayrıntılı şekilde incelenmesi ve perinatal bakım ile ilgili kişisel tercihlerinin öğrenilmesi hem sağlık çalışanlarını olası komplikasyonlar konusunda uyararak tıbbi sürecin kolaylaştırılmasına yardımcı olacak, hem de sağlık çalışanlarının annenin şu anki gebeliği ve geçmişte yaşadığı kayıp ile nasıl başa çıktığını anlayabileceği bir pencere açacaktır (Cote-Arsenault et. al., 2001). Uygun hizmetlere başvurulması (sevk edilmesi) önemlidir ve bu tür bir öyküye rastlandığı anda gebeler destekleyici bakım ve tedaviyi almaları konusunda yönlendirilmelidir. Bu çalışmada vajinal kanama ve ağrı yakınmasıyla başvuran ve düşük tanısı konan gebelerin düşük yapma nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

### **Materyal ve metod**

Tanımlayıcı olarak tasarlanan bu çalışma 13 Eylül- 29 Aralık 2009 tarihleri arasında Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine vajinal kanama ve ağrı yakınmasıyla başvuran, düşük tanısı konan ve düşük yapan hastanede yatırılarak tedavi gören birinci ve ikinci trimesterdeki 53 kadın üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri kadınların demografik özelliklerini tanıtan, jinekolojik öykü ve doğurganlık bilgilerini kapsayan bir anket aracılığı ile elde edilmiştir. Demografik veri olarak kadınların yaşı, eğitimi, gravida, parite, küretaj, abortus sayıları, eşi ile akrabalık durumları ele alınmıştır. Düşük ile ilgili olarak anket formunda düşüğün gerçekleştiği hafta, düşüğün nedeni, düşük tipi gibi bilgiler yer almaktadır. Anket araştırmacı tarafından kadınlarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin, araştırmayı katılmayı kabul eden kadınlardan ise bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Araştırmanın verileri Gaziantep 75. Yıl Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi septik servisinde yatan düşük yapmış kadınlardan ( 4. ile 20. gebelik haftaları arasında) elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma ve yüzde olarak ifade edilmiş olup istatistiksel analiz için SPSS 13.0 programı kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Araştırmaya katılan yeni düşük yapmış 53 kadının demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $26.9 \pm 5.8$  yıl olup %67.9’u ilköğretim mezunu iken %20.8’inin hiç okula gitmediği öğrenilmiştir. Kadınların gebelik sayısı ortalaması  $3.6 \pm 2.3$  olup %62.3’ünün ilk, %18.9’unun ikinci düşüğünü yaptığı belirlenmiştir. Kadınların %83’ünün hiç kürtaj olmadığı, %11’inin bir kez ve %2’sinin ise dört kez kürtaj olduğu öğrenilmiştir. Gebeliklerin %60’ı planlı, %40’ı plansız gebeliklerdi. Plansız gebeliği olan kadınların %6’sı RIA kullanımını sırasında, %6’sı da laktasyon döneminde gebe kalmıştır. Düşüğün gerçekleştiği gebelik haftası değerlendirildiğinde kadınların %38’i 4 ile 10. gebelik haftasında, %47’si 11 ile 17. gebelik haftasında ve %15’i 18 ile 20. gebelik haftaları arasında düşük yapmışlardır.

**Tablo- 1: Araştırmaya katılan kadınların demografik ve obstetrik özellikleri**

	<i>n</i>	%	$\bar{X} \pm SS$ (Min-max)
Yaş ortalaması	-	-	$26.9 \pm 5.8$ (17-40)
<b>Yaş grupları</b>			
17-22	15	28.3	
23-28	16	30.2	
29-34	13	24.5	
35-40+	9	17.0	
<b>Eğitim durumu</b>			
Okuryazar değil	11	20.8	
İlkokul	36	67.9	
Ortaokul	2	3.8	
Lise	4	7.5	
<b>Eşi ile akrabalık durumu</b>			
Var	17	32.1	
Yok	36	67.9	
<b>Gebelik sayısı ortalaması</b>			$3.6 \pm 2.3$ (1-11)
<b>Düşük sayısı ortalaması</b>			$1.7 \pm 1.0$ (1-6)
<b>Kürtaj sayısı ortalaması</b>			$0.3 \pm 1.0$ (0-4)

Tablo 2’ de araştırmaya katılan kadınların düşük tipleri verilmektedir. Gerçekleşen düşüklerin %45’ inin abortus imminens olduğu, %25’ ine tanı konulmadığı ve %2’ sinin de habitual abortus olduğu görülmektedir.

**Tablo- 2: Araştırmaya katılan kadınların düşük tipleri**

Düşük Tipi	n	%
Abortus İmmünens	24	45.3
Missed Abortus	9	17
İnkompleyt Düşük	4	7.5
Kompleyt Düşük	2	3.8
Habitual Abortus	1	1.9
Tanı konulmamış	13	24.5

Araştırmaya katılan kadınların düşük nedenlerini incelediğimizde; düşüklerin %28’i herhangi bir neden olmadan gerçekleşmiştir. %11’i IUGR, % 9’u konjenital anomali, %6’sı Rh uyumsuzluğu, %6’sı plasenta previa ve %6’sı travma sonucu oluşan düşüklere aittir. Düşük nedenlerine ait veriler Tablo 3’te sunulmuştur.

**Tablo- 3: Araştırmaya katılan kadınların düşük yapma nedenleri**

Düşük Nedeni	n	%
Nedensiz	15	28.3
IUGR	6	11.3
Konjenital Anomali	5	9.4
Ölü Fetus	4	7.5
Rh Uyuşmazlığı	3	5.7
Plasenta Previa	3	5.7
Travma	3	5.7
Mol Hidatiform	2	3.8
Hipertansiyon + ölü Fetus	2	3.8
Nefrit	2	3.8
Emezis Gravidarum	1	1.9
Kimyasal Maddeye maruz kalma	1	1.9
İlaç kullanımı + ölü fetus	1	1.9
Seyahat	1	1.9
RIA + Gebelik	1	1.9
Viral Enfeksiyon (Rubella)	1	1.9
Ablasyo Plasenta	1	1.9
Alışılmış Düşük	1	1.9

Düşükler gerçekleştiği haftaya göre 4 -10. gebelik haftası, 11- 17. gebelik haftası ve 18-20. gebelik haftası olarak üç gruba ayrılmıştır. Düşük haftası ile düşük tipi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaş ile düşük haftası arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ( $p<0.05$ ) olup

17-22 yaş grubundaki kadınların 4-10. gebelik haftasında daha fazla düşük yaptığı, 23-28 yaş grubundakilerin ise 4-10. ile 11-17. gebelik haftalarında düşük yaptıkları gözlenmiştir. 29 ve üzeri yaş grubunda ise 11-17. gebelik haftaları arasında diğer haftalara oranla daha fazla düşük gerçekleşmiştir. Bununla beraber düşük en fazla 23-28 yaş grubunda, en az ise 35 ve üzeri yaş grubunda gerçekleşmiştir. Yaş ile düşük haftası arasındaki ilişki Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo-4: Yaş İle gebelik haftası arasındaki ilişki**

Yaş grubu	Gebelik Haftası			Toplam
	4-10	11-17	18-20	
17- 22	10 (% 66.6)	5 (% 33.3)	-	15
23- 28	6 (% 37.5)	6 (% 37.5)	4 (% 25)	16
29- 34	3 (% 23.07)	7 (% 53.8)	3 (% 23.07)	13
35 ve Üzeri	1 (%11.1)	7 (% 77.8)	1(%11.1)	9
Toplam	20 (%37.7)	25 (% 47.2)	8 (% 15.1)	53 (% 100)

\*p<0.05

Düşük ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Okuryazar olmayan grupta düşük sayısı daha fazla bulunmuştur (p<0,05). Düşük ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo- 5: Abortus sayısı ile eğitim arasındaki ilişki**

Abortus sayısı	Eğitim				Toplam
	Okuryazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	
1	23 (% 69.7)	2 (% 6.06)	1(% 3.03)	7(% 21.2)	33
2	6(% 60)	-	2(% 20)	2(% 20)	10
3	4(% 80)	-	1(% 20)	-	5
4 ve üzeri	3 (%60)	-	-	2 (% 40)	5
Toplam	36	2	4	11	53

\*p= 0.000

## Tartışma

Araştırmamızda abortus uygulanan kadınların %60'ı isteyerek gebe kaldıklarını, %40'ı ise gebeliği planlamadıklarını belirtmişlerdir. Ribera ve arkadaşlarının abortus kararını verme aşamasında sosyo-ekonomik yetersizliklerinin etkisini inceledikleri çalışmada da kadınların %41.5'inin planlanmamış gebelik nedeniyle abortusa karar verdikleri belirlenmiştir ( Ribera et al., 2007). Benzer şekilde Maral

ve arkadaşlarının abortus sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da kadınların %90.7'sinin planlanmamış gebelik nedeniyle abortusa karar verdikleri saptanmıştır (Maral ve ark., 2007).

Akdeniz ve arkadaşlarının( 2005) yapmış oldukları çalışmalarında gebelerin %66'sında (n:84) tahliye endikasyonu fetal, %33'ünde (n:42) ise maternal nedenlerden kaynaklanmaktaydı. Fetal nedenler içinde merkezi sinir sistemi (%41) ve kromozom anomalileri (%14) önde gelirken, anneye ait nedenler içinde anne hastalıkları (%61) ve teratojen ilaç kullanımı (%33) önde gelmektedir. Bizim çalışmamızda ise düşüklerin %38'inde tahliye endikasyonu fetal, %34'ünde ise maternal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Fetal nedenler içinde IUGR (%11) ve konjenital anomali (%9) önde gelirken, anneye ait nedenler içinde anne hastalıkları (%10), plasenta previa (%6) ve travma (%6) sonucu oluşan düşükler önde gelmektedir. Şener ve ark. ( 2006) ise çalıştıkları 894 gebede en sık tahliye endikasyonlarını; üçlü testte yüksek risk (%38.4), maternal yaşın 35'in üzerinde olması (%32) ve ultrasonografide fetal anomali (%7.3) görülmesi olarak saptamışlardır. Aksoy ( 2001)'un çalışmasında ise konjenital anomali %28 olarak saptanmış olup konjenital anomalinin fetal ölümlerin üçte birinden sorumlu olduğu tespit edilmiştir.

Güler ve arkadaşlarının ( 1996) 35 yaş üzeri gebelerin kontraseptif kullanımı ve sosyodemografik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında özellikle ileri yaştaki gebelerin yansının korunurken gebe kaldığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda ise gebelerin dörtte biri RİA, enjeksiyon ve mini hap (%10) ile korunurken ya da lohusayken (%6) gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Kurt ve arkadaşlarının ( 2002) çalışmalarında gebelerin hepsinde hastaneye başvurma şikayeti vajinal kanamadır. Gebelerin %45'inde alt karın ağrısı ve abdominal kramplar mevcuttur. İncelenen gebelerin; %22.5' i inkompley abortus, %11.8'i missed abortustur. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde araştırmaya katılan gebelerin hepsinde devam eden vajinal kanama, alt karın ağrısı ve abdominal kramplar hastaneye başvurma nedeni idi. Kurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasından farklı olarak bizim çalışmamızda gerçekleşen düşüklerin büyük çoğunluğu abortus imminens (%45) olup %25'ine ise tanı konulamamıştır.

Bu çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlara göre anne yaşı ilerledikçe düşük oranı anlamlı derecede düşmekte ve gebelik haftası ilerledikçe anlamlı derecede azalmaktadır. Bulgularımıza göre 23-28 yaş grubundaki gebelerin abortus sayısı 16 iken 35 ve üzeri yaş grubundaki gebelerin abortus sayısı 9'dur. Yine bulgularımıza göre 4. ile 10. gebelik haftalarında gerçekleşen abortus sayısı 20 iken 18. ile 20. gebelik haftalarında gerçekleşen abortus sayısı 8'dir (p<0.05). Anne yaşının yükselmesiyle gebelik kaybının azalması literatür bilgisiyle uyumlu değildir. Beş ve 11. haftalar arasında olan 324 gebede yapılan bir çalışmada anne yaşı <20 iken düşük riski yaklaşık %14 iken 35 yaşın üzerinde bu risk %25 olarak bulunmuştur ( Bulut ve ark., 2007). Araştırmamızda düşük ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış (p<0.05) olup, okuryazar olmayan grupta düşük sayısı daha fazladır.

Benzer şekilde Polat ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında daha az eğitilmiş ve yaşlı kadınların daha fazla sayıda düşük yaptığı tespit edilmiştir. Bu bulgular bizim çalışmamızla uyumludur.

## Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak çalışmamızda düşüklerin %38'inde tahliye endikasyonunun fetal, %34'ünde ise maternal nedenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Fetal nedenler içinde IUGR (%11) ve konjenital anomali (%9) önde gelirken, anneye ait nedenler içinde anne hastalıkları (%10), plasenta previa (%6) ve travma (%6) sonucu oluşan düşükler önde gelmektedir. Bu sonuçlar göstermektedir ki abortusların büyük çoğunluğu özellikle kadın sağlığı- üreme sağlığı- aile planlaması ve prenatal kliniklerde çalışan hemşire/ebelerin vereceği genetik danışmanlık, prenatal izlem ve bakım hizmeti ile önlenebilecek niteliktedir. Hemşire olarak aile planlaması, aşılamaya, prenatal bakım, folik asit desteği, teratojenler vb. riskler ile ilgili sağlık eğitimi konularına ve prekonsepsiyonel danışmanlığı içeren koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve önem verilmelidir.

## Kaynaklar

- Akdeniz, N., Kale, A., Erdemoğlu, M., Yalçınkaya, A., Yayla, M. (2005). Etik kurul kararıyla gebelikte tahliye edilen 126 olgunun geriye yönelik değerlendirmesi. *Perinatal Journal* 13(2): 80-85.
- Aksoy, F. (2001). Geç abortus, ölü doğum ve erken neonatal dönem otopsi materyelinde konjenital anomalilerin irdelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 9(1):15- 24.
- Aksu, F., Oral, E., Yedigöz, V., Atasü, T., Kazancıgil, A. (1998). Terapötik abortus. *Cerrahpaşa j med* 29(4): 175-179.
- Boztosun, A., Kumru, S., Gödekmerdan, A. (2004). Rekürren spontan abortuslarda lenfosit subgrupları ve sitokinlerin rolünün araştırılması. *Fırat üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi( Tıp)* 18(3): 147-155.
- Bulut, H., Güngördük, K., Büyükkınacı, M., Ark, H.C. (2007). Abortusun öngörüsünde ultrasonografik ve demografik belirteçler. *TJOD* 4(1): 20-27.
- Cordell, AS., Thomas, N. (1997). Perinatal loss: Intensity and duration of emotional recovery. *Omega: J Death Dying* 35:297-308.
- Cote-Arsenault, D., Dombeck, MB. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care Women Int* 22:649-65.
- Cote-Arsenault, D., Bidlack, D., Humm, A. (2001). Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *Maternal Child Nurs* 26:128-34.
- DiMarco, M., Renker, P., Medas, J., Bertosa, H., Goranitis, JL. (2002). Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *J Contin Educ Nurs* 33:180-6.
- Erol, N., Ergin, I., Döner, B., Durusoy, R., Şakru, N., Kırca, Ü. (2003). İzmir Konak Doğumevi'ne istemli düşük için başvuran kadınların doğurganlık öyküleri ve aile planlaması davranışları. *Ege Tıp Dergisi* 42(3): 155-160.
- Gökosmanoğlu, F., Cinemre, H., Bilir, C. (2008). Habituel abortus nedeniyle takip edilen iki olguda mthfr defekti: olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 16(1): 31-35.



- Güler, S., Gürel, H., Şimşek, Y. (1996). İleri yaş gebeliklerinde sosyodemografik özellikler ve kontraseptif kullanımı. *Perinatoloji Dergisi* 4(2): 123- 125.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008\\_ana\\_Rapor-tr.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf).
- Kurt, S., Şahin, E., İmren, A., Güler, A., Akın, İ., Tınar, Ş. (2002). Abortus imminensli olgularda ilk trimester ultrasonografi bulguları. *MN-Klinik Bilimler&Doktor* 8(4): 498-500.
- Maral I, Durukan E, Albayrak S, Öztimur N, Biri A, Bumin A. (2007). Induced abortion frequency in Ankara, Turkey, before and after the legal regulation of induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*; 12(3):279 -88.
- Nansel, TR., Doyle, F., Frederick, MM., Zhang, J. (2005). Quality of life in women undergoing medical treatment for early pregnancy failure. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 34:473-81.
- Polat, A., Açık, Y., Gürateş, B. (2000). Elazığ devlet hastanesi aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların doğurganlık özellikleri ve kullandıkları aile planlaması yöntemleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 7(3):260- 265.
- Ribera LF, Perez G, Salvador J. (2007). Socioeconomic inequalities in unintended pregnancy and abortion decision. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*; 85(1):125-35.
- Sapmaz, E., Çelik, A., Bulut, V., İlhan, F., Hanay, F. (2006). Missed abortus vakalarında il-6 ve Crp düzeylerinin incelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 3(2): 99-104.
- Şener, K.T., Durak, B., Tanır, H.M., Tepeli, E., Kaya, M., Artan, S. (2006). Kliniğimizde 7 yıllık amniosentez sonuçları. *Perinatoloji Dergisi* 14(4): 170- 175.
- Şirin, A. (2008). Gebelik Komplikasyonları. Editör: Şirin A. Kadın Sağlığı. Birinci baskı. İstanbul:Bedray basın yayıncılık. s. 523-525.
- Taşkın, L. (2005). Düşükler. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 7. baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık. s.202-204.

### Extended English Abstract

Abortion is the expulsion of the conceptus before 20 completed weeks of gestation, or a fetus weighing less than 500g. WHO and FIGO state less than 20-22 weeks. It could be induced or spontaneous. Three consecutive abortions would be termed; habitual abortion. The frequency of spontaneous abortions is 12 to 15%. The frequency of habitual abortion is about 0.4 to 0.8%. Habitual abortion affects 2 to 5% of childless couples 75% of spontaneous abortions occur before the 16th week of gestation and 62% before 12 weeks. The incidence of subclinical abortions is estimated at 8%. A few risk factors have been elucidated: The risk increases with age (after the age of 30), past history: risk after one abortion is 8%, 40% after 3 abortions and 60% after 4 abortions, Ethnic origin and psychological factors, parity, history of voluntary induced abortion, medically assisted conception, contraceptive method, tobacco consumption do not seem to play any significant role in spontaneous abortions. Chromosomal causes (genetic) are most frequent, about 70% within the first 6 weeks, 50% before 10 weeks, 5% after 12 weeks. Infections are the second cause of abortions, representing about 15% of the cases. Immunologic causes, autoimmune abnormalities (circulating lupic anticoagulants), endocrine causes and in 15-20 % of cases of spontaneous abortions, the cause is not known.

Aim of this study was to investigate causes of abortion in pregnant woman applying with vaginal bleeding and pain and diagnosed abortion to Gaziantep 75. Year Maternity Hospital. This study was conducted on pregnant woman applying with vaginal bleeding and pain and diagnosed abortion to Gaziantep 75. Year Maternity Hospital between 13 September- 29 December 2009

and total 53 pregnant woman were used as a materials( in the first and second trimester). The data for the study was obtained through a questionnaire that determine gynecologic history and fertility information with demographic characteristics of pregnant women. As a demographic characteristics of pregnant women were age, education level of women, number of gravidity, number of parity, number of dilatation and curetaj, number of abortion and kinship with her husband. There were information about week of abortion, causes of abortion and kind of abortion in the questionnaire form. The questionnaire form were filled by researcher applying face to face. All subjects volunteered for the study. Written in-formed consent was obtained from all participants. Statistical analyzes were conducted using Chi-Square. Data are reported as mean  $\pm$  standard deviation. The level of significance was determined at  $p < 0.05$ . To examine rate of women's abortion they have experienced 62.3 % first, 18.9 % second abortion respectively. To examine causes of abortions; 28 % was performed without any reason. Abortions were consist of IUGR (11%), congenital anomalies (9%), Rh incompatibility (6%), placenta previa (6%) and as a result of trauma (6%) respectively. Abortions were divided into three group as 4-10. gestational age, 11-17. gestational age and 18-20. gestational age. There were significant association between abortion and maternity age ( $p < 0.05$ ). It was obtained that women with 17-22 age were have more abortion at 4-10. gestational age, women with 23-28 age were have more abortion at 4-10. gestational age and 11-17. gestational age. Abortion were occurred the most at the age of 23-28 and occurred the least at the age of 35 and above.

It was found that there were significant association between abortion and education level ( $p < 0.05$ ). It was found that rate of abortion was higher in illiterate group. The most frequent fetal causes were IUGR (11%) and fetal chromosomopathies (9 %) respectively. Maternal diseases (10%), placenta previa (6%) and as a result of trauma (6%) were the most common maternal causes.

Miscarriage is regarded as a difficult and distressing life event for a woman .It can cause anxiety and depression and can also be experienced as a traumatic life event. After spontaneous abortion or miscarriage, many women experience significant emotional distress, which persists for several months. Guilt and anger are common. Some women are particularly vulnerable to developing psychiatric disorder after spontaneous abortion, for example women with a past psychiatric history, poor social support, previous spontaneous abortion and personality traits such as neuroticism. Termination for fetal abnormality is more likely to induce grief than relief for many women; these pregnancies are usually wanted, second trimester terminations are distressing, and there is often guilt at destroying a life and/or opting out of rearing a handicapped child. Recent research has demonstrated substantial levels of psychiatric morbidity after termination for fetal abnormality, particularly in those with a past psychiatric history, those with poor social support, and those who feel they have opted out of bearing a handicapped child. Women receive little support of follow-up after such terminations, yet many would benefit from it. Such women are in particular need of reassurance and support during a subsequent pregnancy. Recommended, to decrease the prevalence of repeat abortions, are more needs-specific postabortion counseling, education of male partners to assume more responsibility for future pregnancy prevention, and availability of postcoital methods. Unfortunately, in the case of sexual education and knowledge of conscious family planning, medical services, and medical doctors especially, play only the minimal role. It seems to be essential in gynecological and general medicine practice to give information about different methods of family planning and protection against sexual transmitted diseases as well as to control patient's health when using contraceptives.