

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN  
DOĞUM KLİNİĞİ' NE İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN  
BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan  
Hayriye DEMİRCİ**

**Danışman  
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Haziran 2015  
KAYSERİ**

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN  
DOĞUM KLİNİĞİ' NE İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN  
BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Hazırlayan  
Hayriye DEMİRCİ**

**Danışman  
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**Haziran 2015  
KAYSERİ**

**BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı:

Hayriye Demirci

İmza:

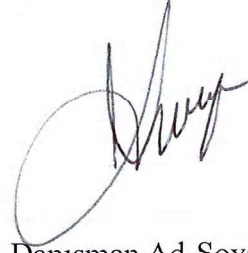
## YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM KLİNİĞİ’ NE İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ” adlı Yüksek Lisans, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan Ad-Soyad

Hayriye Demirci

İmza



Danışman Ad-Soyad

**Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

İmza

HALK SAĞLIĞI AD BAŞKANI

Ad Soyad

Prof.Dr.Osman GÜNAY



İmza

**KABUL ONAY SAYFASI**

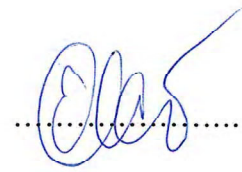
Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya danışmanlığında “KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM KLİNİĞİ’ NE İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

29./06 / 2015

JÜRİ: Danışman : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA  
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)



Üye:Doç. Dr. Elçin BALCI  
(Halk Sağlığı Anabilim Dalı)



Üye:Yrd. Doç. Dr. Zeliha KAYA ERTEN  
(Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi Hemşirelik Bölümü )

**ONAY:**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu’nun ..... tarih ve .....  
sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

## **TEŞEKKÜR**

Bu araştırmanın planlanması, yürütülmesi, öncesi ve sonrasında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Fevziye etinkaya'ya; tecrübelerini aktarıp, yoğun çalışma temposuna rağmen değerli vakitlerini ayırdığı için şahsına ve Yüksek Lisans ders döneminde bilgi ve birikimlerini bizlerle paylaşan Anabilim Dalı'ndaki ğretim üyelerine ve bu çalışmamda maddi ve manevi desteğiyle her zaman yanımda olan eşim Prof. Dr. Süleyman Demirci'ye teőekkürlerimi sunarım.

**KAYSERİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM KLİNİĞİ’  
NE İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**HAYRİYE DEMİRCİ**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2015**

**Danışman: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**ÖZET**

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği’ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların sosyodemografik durumlarını değerlendirmek, en son gebeliklerinden önceki aile planlaması yöntemi kullanma durumlarını saptamak ve isteyerek düşükle ilgili bilgi ve bakış açılarını değerlendirmektir.

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, 15 Kasım 2012- 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında aile planlaması polikliniğinde isteğe bağlı düşük yaptıran 250 kadınla görüşülerek yapılmıştır. Kadınlara tanımlayıcı, doğurganlık özellikleri, istemli düşüğe bakış açıları ile ilgili soruları içeren anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında değerlendirilerek analiz edilmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların yarısı 30-39 yaş grubundadır. Kadınların %31.2’sinin daha önce en az bir isteyerek düşüğü olmuştur. Kadınların %96.8’i en son gebeliğini istemeden gebe kaldığını belirtmiş, buna karşın kadınların %17.6’sı hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmamıştır. İsteyerek düşük öncesinde en fazla kullanılan yöntemler geri çekme (%38.4) ve kondom (%32.0) olmuştur. İsteğe bağlı düşük sonrasında modern yöntemi düşünme oranı artmış, en fazla rahim içi araç (RİA) (%39.6) ve tüp ligasyonu (%17.2) yöntemlerini tercih edeceklerini belirtmişlerdir. İstemli düşük nedenlerinde ilk üç sırada başka çocuk istememe, ekonomik nedenler ve küçük çocuğun olması yer almaktadır. İsteyerek düşük öncesi kadınların %62.0’ı işleminden dolayı korku, %27.2’si suçluluk, %21.6’sı günah işleme duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %75.2’si isteyerek düşüğün kadın sağlığına zararları konusunda hiçbir fikri olmadığını söylemiştir. Çalışmamızda isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmeli diye düşünen kadın oranı %59.2’dir. Kadınların %22.4’ü kadınların isteyerek düşüğe tek başına karar vermesi gerektiğini

düşünmekte, %49.2'si bir kadın hamile kaldı ise bebeği doğurmalıdır diye düşünmektedir. Kadınların bu önermelerde düşünce durumları ile yaş, öğrenim durumu, meslek, en uzun yaşadığı yer ve ekonomik durum gibi tanımlayıcı özelliklerine göre aralarında önemli bir ilişki yoktur.

Kadınların isteyerek düşük öncesinde gebeliği önleyici yöntem olarak en fazla oranda geri çekme yöntemi kullandıkları, kullanılan modern yöntemleri doğru şekilde kullanmadıkları, bunun sonucunda istenmeyen gebelikleri önleme konusunda sorun yaşadıkları görülmektedir. Kadınların çoğunluğu manevi, ahlaki ve sosyal açıdan gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının uygun olmadığını düşünmekte, istenmeyen gebelik durumunda son çare olarak gördükleri isteğe bağlı düşüğe başvurmaktadırlar.

**Anahtar Kelimeler:** İstemli düşük, kürtaj, aile planlaması, istenmeyen gebelik, kadın sağlığı



**THE EVALUATION OF THE WOMEN APPLYING FOR INDUCED  
ABORTION TO THE KAYSERİ MATERNITY CLINIC**

**HAYRİYE DEMİRÇİ**

**Erciyes University, Graduate School Of Health Sciences Public Health Department**

**M. Sc. Thesis, June 2015**

**Supervisor: Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA**

**ABSTRACT**

It is to evaluate the socio-demographical situations of the women who applied to Maternity Clinics of Kayseri Educational and Research Hospital for induced abortion, to identify whether they used family planning methods before pregnancy and to evaluate their perspective and knowledge on induced abortion.

This descriptive study was conducted from 15th November 2012 to 15th May 2015 through interviewing 250 women applying for induced abortions to family planning polyclinics. A questionnaire which covered descriptive questions concerning their fertility characteristics and perspectives towards induced abortions was applied through face-to-face interview. The obtained data was recorded and analyzed on a computer.

Half of the women in the sample are between 30-39 years old. Among these women, 31.2% had at least one abortion before and 96.8 % stated that they conceived unwillingly for the last time while 17.6 % used none of the contraceptive methods. The most commonly used methods were withdrawal (38.4 %) and condoms (32.0%). After abortion, there was an increase in considering a modern method and they stated they would prefer intrauterine devices and tube ligation (17.2%) most. The first three reasons for induced abortion were not wanting any more children, economical conditions, and having another young baby. Before curretage, 62.0% stated to experience fear from the process, 27.2% guilty feelings, and 21.6 % committing a sinful act. Of the women, 75.2% stated that they had no idea about the damages of curretage to woman health. In our study, the rate of the women who think that every woman should be allowed to have abortion was 59.2%. 22.4% of the women believed that women should alone decide on the abortion. Of the women, 49.2% thought that if a woman is once pregnant, she should give birth to that baby. There was no significant difference among the women

with regard to their descriptive characteristics such as their age, educational status, occupation, residence and economical status when deciding on these propositions.

It is observed that before induced abortion women mostly used withdrawal method as contraceptive method, that they did not use modern methods properly, that thus they had problems to avoid unwanted pregnancies. Most of the women believed that induced abortion is not spiritually, morally and socially convenient and in cases of unwanted pregnancies they apply for induced abortion which they regard as the measure of the last resort.

**Key Words:** induced abortion, curretage, family planning, unwanted pregnancy, women health.

## İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
KABUL ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vii
İÇİNDEKİLER.....	ix
KISALTMALAR.....	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. İSTEYEREK DÜŞÜĞÜN TANIMI.....	4
2.2. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN NEDENLERİ .....	6
2.3. İSTENMEYEN GEBELİKLER.....	8
2.4. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN ANA SAĞLIĞI YÖNÜNDEN ÖNEMİ.....	10
2.4.1. GÜVENLİ OLMAYAN DÜŞÜKLER.....	12
2.4.2. GÜVENLİ DÜŞÜKLER .....	13
2.5. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN SIKLIĞI VE NEDENLERİ .....	14
2.5.1. Dünyada İsteyerek Düşüklerin Sıklığı ve Nedenleri .....	14
2.5.2. Türkiye’de İsteyerek Düşüklerin Sıklığı ve Nedenleri.....	15
2.6. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN YASAL BOYUTU.....	17
2.6.1. Dünyada Düşük ile İlgili Yasalar .....	19
2.6.2. Türkiye’de Düşük ile İlgili Yasalar .....	22
2.7. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN ETİK, SOSYAL ve DİNİ BOYUTU .....	24
2.7.1 İsteyerek Düşüklerin Etik Boyutu .....	24
2.7.2. İsteyerek Düşüklerin Sosyal ve Dini Boyutu.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	31
4. BULGULAR .....	34
5. TARTIŞMA ve SONUÇ .....	56
6.KAYNAKLAR .....	73
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

**KISALTMALAR**

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
AP	: Aile Planlaması
RIA	: Rahim İçi Araç
MR	: Menstrüal Regülasyon
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
CEDAW	: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özellikleri.....	34
<b>Tablo 4.2.</b>	Araştırma grubundaki kadınların eşlerinin tanımlayıcı özellikleri .....	35
<b>Tablo 4.3.</b>	Araştırma grubundaki kadınların ailelerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri .....	36
<b>Tablo 4.4.</b>	Araştırma grubundaki kadınların evlilik durumları ile ilgili özellikleri .....	37
<b>Tablo 4.5.</b>	Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı .....	38
<b>Tablo 4.6.</b>	Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık ölçütleri .....	39
<b>Tablo 4.7.</b>	Araştırma grubundaki kadınların çocukları ile ilgili tanımlayıcı özellikler .....	39
<b>Tablo 4.8.</b>	Araştırma grubundaki kadınların en son çocuklarının yaşı ile ilgili durumları.....	40
<b>Tablo4.9.</b>	Araştırma grubundaki kadınların önceki istenmeyen gebelik durumları ve kadınlara göre ideal çocuk sayısı durumuna göre dağılımları.....	40
<b>Tablo 4.10.</b>	Araştırma grubundaki kadınların gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumları .....	41
<b>Tablo 4.11.</b>	Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanmama nedenlerine göre dağılımları .....	41
<b>Tablo 4.12.</b>	Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullandıkları halde neden gebe kaldıkları konusundaki düşünceleri.....	42
<b>Tablo 4.13.</b>	Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullandıkları halde gebe kalma nedenlerinin en son kullandıkları AP yöntemlerine göre dağılımları.....	43
<b>Tablo 4.14.</b>	Araştırma grubundaki kadınların gebe olduklarını anladıklarında gösterdikleri ilk tepkilere göre dağılımları .....	43
<b>Tablo 4.15.</b>	Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük öncesi yaşadıklarını ifade ettikleri duyguların dağılımı.....	44
<b>Tablo 4.16.</b>	Araştırma grubundaki kadınların bu gebelikleri ile ilgili özellikler....	44

<b>Tablo 4.17.</b>	Araştırma grubundaki kadınların gebeliklerini sonlandırmak isteme nedenleri .....	46
<b>Tablo 4.18.</b>	Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük ile ilgili bilgi durumu.....	46
<b>Tablo 4.19.</b>	Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük öncesi kullandıkları ve isteyerek düşük sonrası kullanmayı düşündükleri AP yöntemi .....	47
<b>Tablo: 4.20.</b>	Araştırma grubundaki kadınların daha önceki isteyerek düşükleri ile ilgili özellikler .....	48
<b>Tablo 4.21.</b>	Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşüklerle ilgili verilen önermelere katılma durumları .....	50
<b>Tablo 4.22.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmesi gerekir diyenlerin karşılaştırılması.....	51
<b>Tablo 4.23.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre isteyerek düşüğe kadının tek başına karar verebilmesi gerekir diyenlerin karşılaştırılması.....	52
<b>Tablo 4.24.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre bir kadın hamile kaldıysa bebeği doğurması gerekir diyenlerin karşılaştırılması .....	53
<b>Tablo 4.25.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre çocuk yetiştirmek zor olduğu için devletin isteyerek düşüğe karışmaması gerekir diyenlerin karşılaştırılması .....	54
<b>Tablo 4.26.</b>	Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre AP hizmetlerinin daha iyi sunulması gerekir diyenlerin karşılaştırılması..	55

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Çiftlerin etkili bir yöntemle gebelikten korunmak için yeterli bilgiye sahip olmaması, Aile Planlaması (AP) hizmetlerinin yaygın ve nitelikli olmayışı, kişisel ve dini inanışlar, kadının karar verme hakkının oldukça sınırlı olması, kontraseptif yöntemin kullanıcıya ya da yönteme ait başarısızlığı dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de istenmeyen gebeliklerin başlıca nedenlerini oluşturur (1). İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması doğurganlığı etkilediği gibi, annenin mortalite ve morbiditesini artırmaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tahminlerine göre dünyada her yıl 46 milyon isteyerek düşük uygulanmaktadır. Bu düşüklerin de 20 milyonunun güvenli olmayan koşullarda yapılması sonucunda yaklaşık 80.000 kadın yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin neredeyse tamamı gelişmekte olan, düşüğün yasalar tarafından engellendiği veya AP hizmetleri sunumunun yetersiz olduğu ülkelerde gerçekleşmektedir (3).

Ülkemizde ise, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, her yüz gebelikten 22'sinin isteğe bağlı düşükle sonuçlandığı saptanmıştır (4). En son yapılan 2013 TNSA sonuçlarına göre Türkiye'de araştırma tarihinden önceki beş yıllık dönemde gebeliklerin yüzde 20'si canlı doğum olmadan sonlanmıştır. 100 gebelikten 19'u düşükle sonuçlanmıştır ve bu 100 gebeliğin 5'i isteyerek düşüktür (5). İsteyerek ve kendiliğinden düşükler canlı doğum olmadan sonlanan gebelikler arasında en büyük paya sahiptir. TNSA-2013 öncesindeki beş yıla ilişkin toplam düşük hızı kadın başına 0.14 düşük olduğunu göstermektedir. Evli kadınların %14.0'nın yaşamları

boyunca en az bir kez isteyerek düşük yaptıkları görülmüştür. Bu da Türkiye’de isteyerek düşüklerin kadın sağlığı açısından önemini ortaya koymaktadır (5).

İsteyerek düşükler konusunda dünyadaki sorun düşüklerin hem sağlıksız koşullarda yapılıyor olması hem de AP yöntemlerinden yeterli ve etkili şekilde yararlanamama sonucu isteyerek düşüklerin bir AP yöntemi olarak kullanılmasıdır (6). İsteyerek düşüğün bir AP yöntemi olarak kullanılmasının kadın sağlığı açısından önemli sakıncaları bulunmaktadır. İsteyerek yapılan ve ana sağlığını tehlikeye sokan düşükler AP hizmetlerinin yaygınlığı, ulaşılabilirliği hizmetlerin sağlanmasındaki sıkıntılar nedeniyle artış gösterebilir. AP hizmetlerinin iyileştirilmesi yöntemlerinin öğretilmesi ve kullanımlarının sağlanması ile bu artışın önlenebileceği öngörülmektedir (7).

Türkiye’de AP hizmetlerinin temelleri 1965 yılında çıkarılan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” ile atılmıştır (8). 1983 yılında ise Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yeniden düzenlenmiş, sterilizasyon hizmetleri ile gebelik sonlandırması işlemleri, personelin görev, yetki ve sorumlulukları ayrıntılı esaslara bağlanmıştır (9). Bu yasa ile kadınlara sağlıklı bir ortamda onuncu haftası doluncaya kadar gebeliklerini sonlandırma hakkı tanınmıştır. Bu yasa sonrasında kadınların devlet hastanelerinde ve özel sektörde isteyerek düşük hizmeti almaları mümkün kılınmıştır. Yine kontraseptif yöntemler ve acil kontrasepsiyon Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz olarak sunulan hizmetler kapsamına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı AP merkezlerinde eğitilmiş sağlık personeli tarafından AP hizmetleri yürütülmektedir. Bu hizmetlerin sonuçlarının değerlendirilmesinde isteyerek düşük düzeyleri önemli bir göstergedir ve politika üreticileri ve sağlık çalışanlarına yol göstermesi bakımından önemlidir. Bağışıklama gibi, istenmeyen gebelikler de toplum sağlığı ile ilgili bir sorundur ve kamusal önlemler alınması gereken bir durumdur (10).

Türkiye’de 1993 yılında başlayan araştırmaların kapsadığı 20 yıllık zaman diliminde isteyerek düşükler düzeyinde belirgin bir azalma görülmektedir. 1993 TNSA’da %18.0 olan isteyerek düşük oranı en son yapılan 2013 TNSA’da %5.0’a düşmüştür. Yasal düşük oranlarında belirgin bir azalma olması AP hizmetleri sunumunun etkinliğinin sonucunu göstermektedir (5).

Dünyada ve ülkemizde isteyerek düşük, yasal ve etik yönden bir tartışma ortamının nesnelere olmaya devam etmekte, önemli bir kadın ve kamu sağlığı sorunu olarak dikkati çekmektedir (11).



**Bu çalışmanın amacı;** Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların sosyodemografik durumlarını değerlendirmek, en son gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumlarını saptamak ve istemli düşükle ilgili bilgi ve bakış açılarını değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İSTEYEREK DÜŞÜĞÜN TANIMI

Kürtaj/ düşük/ gebeliğin sonlandırılması/ rahmin tahliyesi, genel anlamıyla rahim içinde gebeliğin tahliye edilmesi anlamına gelir. DSÖ tarafından kullanıldığı biçimde “Düşük” (abortion), fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan, herhangi bir nedenle gebeliğin sonlanmasıdır (11,12). Genellikle kabul edilen tanım, gebeliğin 20 haftanın altında olması, gebelik süresi bilinmediğinde ise fetusun ağırlığının 500 gramın altında olmasıdır. Düşük, 12 haftadan önce ise erken düşük, 13-20 hafta arasında ise geç düşük olarak tanımlanmaktadır (11,13, 14).

DSÖ'nün sınıflandırdığı biçimiyle düşük iki türlü olabilir:

**1. Kendiliğinden düşüklere (spontaneous abortion):** Bir müdahale olmaksızın sonlanan gebelikler “kendiliğinden düşük” olarak tanımlanır ve tüm gebeliklerin % 10-20’inde görülür (12). Gebelik ürünündeki defekte ya da anneyle ilgili bir patolojiye bağlıdır (11). 12. gebelik haftasından önce oluşan erken düşüklere %50-60’ı kromozomal anomali sonucu olmaktadır. Ayrıca yüksek doz radyasyon, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, alkol, sigara içme, orta ve aşırı düzeyde kafein tüketimi, yüksek ateş gibi teratojenik ajanlar, sistemik enfeksiyonlar ve ovulasyon sonrası yaşlanmış gamet de spontan düşüğe yol açmaktadır (15,16).

**2. İsteyerek düşüklere (induced abortion):** Gebeliğin bir müdahale ile sonlandırılmasıdır. Gebelik kadının kendi isteğiyle yazılı onay alınarak çeşitli yöntemlerle hekim tarafından sona erdirilir. Bir kadının kendiliğinden düşük yada ölü

doğum nedeniyle bebeğini kaybetmesi kendi isteği dışında gerçekleşen bir olgudur. İsteyerek düşük çoğu kez kadınların dünyaya bir bebek getirmemek konusunda verdikleri karar sonucu gerçekleşir. Bu bağlamda isteyerek düşük planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin bir sonucu olarak değerlendirilir (17). Çocuk sahibi olmak istemediği halde etkili bir yöntem kullanmama, yöntemi etkili kullanamama, yöntem başarısızlığı gibi AP yöntemleri ile ilgili veya farklı nedenlerle gebe kalan kadınlar isteyerek düşüğe başvurmaktadır. Her cinsel yönden aktif kadın evlilik durumu, yaş, gelir düzeyi, dinsel inancı ne olursa olsun üreme çağındaki yaşamının herhangi bir döneminde isteyerek düşük sorunuyla karşılaşabilir (12, 17). İsteyerek düşüklere, sık görülmesi, kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin olması, kadınların ileride çocuk sahibi olma ihtimallerini düşürmesi, anne ve perinatal ölümlülüğünü arttırması gibi nedenlerden dolayı önemlidir (5). İsteyerek düşüklere, uygulamanın sağlık kurallarına uygunluğu yönünden “güvenli düşüklere” (safe abortion) ve “güvenli olmayan düşüklere” (unsafe abortion) ayrımı yapılarak değerlendirilmektedir.

Düşüklere, farklı görüş açılarına ve amaçlara göre sınıflandırılmaktadır. Kendiliğinden ya da bir müdahale ile başlamış olan bir düşük nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran olgular “tamamlanmamış düşük” (incomplete abortion) olarak sınıflandırılırlar. Fetus yada bağlantılı dokular rahim dışına çıkmaya başladığında gebeliğin sürdürülemez ve böyle bir durumda gebelik ürününün bir kısmı rahim içinde kalabilir. Bu dokuların enfeksiyon yada ciddi komplikasyonlara yol açmaması için rahim dışına çıkarılması gerekir (11). Tamamlanmamış düşük nedeniyle yapılan uygulama “terapötik abortion” olarak adlandırılır. Düşük sırasında rahim içi enfeksiyon oluşursa “septik abortion”, ikiden fazla gebeliğin düşükle sonlandırılması durumunda “habitüel abortion” tanımları kullanılır. Bu klinik tanımlamalardan başka teşhis kriterlerine göre de düşük sınıflaması yapılmaktadır. Düşük belirtilerinin varlığında “düşük tehdidi” yaklaşan kesin bir düşük olgusunda “abortus imminens”, yoluna girmiş düşük olgularında “abortus insipiens”, fetüs ve eklerinin tümünün düşürüldüğü durumlarda “abortus kompletus”, gebelik ürününün rahim kavitesinden ayrılıp servikal kanalı doldurmuş olduğu durumlarda “abortus servikalis”, fetüs ve eklerinin bir kısmının düşürülüp bir kısmının rahim içinde kaldığı durumlarda “abortus inkompletus” tanımları kullanılır. Rahim içinde bulunan fetüsün ölmesi üzerinden sekiz haftadan fazla zaman geçmesine rağmen düşükle sonlanmadığı vakalar “missed abortion” (olmayan düşük) olarak tanımlanır (18). Olmayan düşüklere, kendiliğinden düşüklere içerisinde sınıflandırılırlar. Dış

gebelik ve mol hidatiform ayrı olgular olarak değerlendirilir. Düşük kapsamına alınmazlar (14).

Çocuğun anneden ayrı olarak bir süre yaşayıp yaşamadığı ya da düşüğün zorla (provoke) veya kendiliğinden (spontan) oluşup oluşmadığı ceza hukuku yönünden önemli olduğu durumlarda düşük farklı biçimde sınıflandırılır. Türk Ceza Kanunu'nda "çocuk düşür(t)me" ifadesi kullanılırken, Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'da "gebeliğin sonlandırılması", Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'te ise "rahim tahliyesi" terimleri tercih edilmiştir (19,9).

Türk Tıp Literatüründe düşük, abortus ve kürtaj terimlerinin farklı kullanıldıkları görülmektedir. "Abortus" uterus içindeki embriyo ya da fetüsün yaşamının sonlandırılması amacıyla vaktinden önce dışarı çıkarılması ya da imha edilmesi olarak tanımlanmaktadır (20). Sıklıkla "abortus" yerine kullanılan "kürtaj" ise, bir vücut boşluğunda yer alan sağlıklı ya da fazla dokuların teşhis ya da tedavi amacıyla kazınmasıdır (21). Tanımdan da anlaşılacağı üzere bir tıbbi işlem olarak kürtaj, gebeliğin söz konusu olmadığı bazı hastalık durumlarında da uygulanmaktadır. Tıbbi bir deyim olan "kürtaj" günlük dilde bu konuyu ifade etmek için en çok kullanılan terimdir. Abortus terimiyle sıkça karıştırılan bir başka kavram düşük (miscarriage) kavramıdır. "Embriyo ya da fetüsün gebeliğin ilk yarısında uterus dışına çıkması" olarak bilinen düşükte primer olarak embriyo veya fetüsün yaşamını sonlandırmayı amaçlamayan dış etkenlerle anne ve/veya embriyo veya fetüsü ilgilendiren hastalıklar söz konusudur. Bir başka deyişle düşükte embriyo ya da fetüsün yaşamının kasten sonlandırılmasından söz edilemez (20).

## **2.2. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN NEDENLERİ**

Evlilik durumu, yaşı, gelir düzeyi, eğitimi ve dinsel inancı ne olursa olsun üreme çağındaki cinsel yönden aktif her kadın, yaşamının her hangi bir döneminde isteyerek ya da kendiliğinden düşük sorunuyla karşılaşabilir. Başka bir deyişle isteyerek düşüğe başvuran kadınlar, cinsel yönden aktif, gebe kaldıklarını anladıkları anda kesin olarak başka bir çocuk istemediklerinin farkında olan ve istenmeyen bir gebelikle karşı karşıya kalmış olan kadınlardır. Dünyada her yıl yaklaşık 210 milyon gebelik saptanmakta ancak bu gebeliklerin 133 milyonu doğumla sonuçlanmaktadır. Geri kalan gebeliklerin

yaklaşık %15.0'ı kendiliğinden düşük ve yaklaşık %22.0'ı isteyerek düşük ile sonlanmaktadır (17).

İstenmeyen gebeliklerin olması durumunda kadınlar isteğe bağlı düşüğe başvurabilmektedir. Gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılmasının nedenleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (11):

1. Gebeliği önleyici yöntemlere ulaşımında zorluk: Bütün dünyada istenmeyen gebeliklerin en önemli etkenidir. İstenmeyen gebelik riski altında olan üç kadından ikisi etkili bir kontraseptif yöntemden yararlanamamaktadır.
2. Gebeliği önleyici yöntemlerde başarısızlık: Hiçbir gebeliği önleyici yöntem %100 etkili değildir. Yöntemin etkisiz olması sonucunda istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, AP hizmetlerini desteklemek amacı ile uygulanır.
3. Gebeliği önleyici yöntem kullanımında sürekliliğin sağlanamaması: Bilgi eksikliği ve deneyimsizlik nedeniyle yöntemi bırakanların ya da ara verenlerin sayısı oldukça yüksektir.
4. Fetal defektlerin erken tanısı: Gelişen teknoloji ile fetal defektlere gebeliğin erken dönemlerinde tanı konabilmekte ve gebelikler sonlandırılabilir. (11).
5. Bireysel değişiklikler: Terk edilme, dul kalma boşanma, ekonomik güçlük, cinsel şiddete maruz kalma gibi nedenlerden dolayı kadınlar isteyerek düşüğe başvurabilirler.
6. Toplumsal değişiklikler: Kadınların çalışma hayatına daha etkin katılımı, toplumda küçük aile yapısının benimsenmesi, evlilik öncesi ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlama gibi nedenler isteyerek düşüğün sıklığını arttırmaktadır (11).

Yukarıda sıralanan ilk üç neden AP ile ilgilidir. Ve bu konuda gerek bireylerin eksiklikleri gerekse AP hizmetlerinin programları ve hizmet sunumundan kaynaklanan yönetsel yetersizlikler etkin olmaktadır. İsteyerek düşükler AP hizmetlerinin yaygınlığından ve ulaşılabilirliğinden etkilenerek bu hizmetlerin sağlanmasında yaşanan problemlerden dolayı artış gösterebilir. İsteyerek düşükler gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanamayan AP hizmetlerine olan gereksinimin bir göstergesidir (12). Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması doğurganlığı etkilediği gibi, annenin

mortalite ve morbiditesini artırmaktadır (2). Modern kontraseptif kullanımının yaygınlaştırılması, istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin önlenmesinde önemli bir araç olmakla birlikte, birçok faktöre bağlı olarak yöntem kullanan kadınlar arasında da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Gebelikten korunsa bile 30-35 yıllık üreme çağı boyunca her cinsel yönden aktif kadın en az bir kez istenmeyen gebelikle karşılaşabileceği varsayılabilir (17). Bunlara ek olarak ekonomik problemler, genç anne yaşı, ciddi hastalıkların varlığı, eşin ölümü ya da boşanma ve öğrenim düzeyinin düşük olması gibi faktörlerin isteyerek düşüklerin uygulanma sıklığını arttırdığı belirlenmiştir (22,23).

TNSA 2013'e göre kadınların %5.0'ı isteyerek düşük yapmıştır (5). Gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmama, etkisiz yöntem kullanımı ya da yöntem kullanım hataları nedeniyle olabilmektedir. Bu durum isteyerek düşük öncesinde gebeliği önleyici yöntem kullanma örüntüsünü incelemenin önemini ortaya çıkarmaktadır (4). İsteyerek düşük sonrası izlenmesi gereken standart prosedüre göre kadınlar etkili gebeliği önleyici yöntemlere yönlendirilmektedir. Buna rağmen, bulgular kadınların neredeyse yarısının (%48.0) isteyerek düşük sonrası yöntem kullanmadığını göstermektedir (5).

İsteyerek düşük kararını etkileyen faktörlere bakıldığında tıbbi nedenler, din, sosyal ve ekonomik durum ve toplumda düşüğün algılanışı çok önemlidir. Yönetime ilişkin faktörler ve hükümetlerin nüfus politikaları, düşük yasalarının durumu AP hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliği de isteyerek düşüğün boyutlarını direkt ya da dolaylı olarak etkileyen diğer faktörlerdendir (24).

### **2.3. İSTENMEYEN GEBELİKLER**

Kadınların doğurganlık tercihlerinin değişmesi, doğumlarının arasını açma istemi, çiftlerin gebelikten korunmak için yeterli bilgiye sahip olmaması, AP hizmetlerinin yaygın ve nitelikli olmayışı, kontraseptif yöntemin kullanıcıya ya da yönteme ait başarısızlığı, kişisel ve dini inanışlar, kadının karar verme hakkının sınırlı olması, toplumsal etkenler, dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de istenmeyen gebeliklerin oluşmasında en önemli nedenlerdir.

İstenmeyen gebeliklerin oluşmasındaki önemli etkenlerden biri dünyanın birçok ülkesinde kadınların doğurganlık tercihlerinin değişmesidir. Bazı Sahra-altı Afrika, Asya ve Latin Amerika ülkeleri hariç, dünyanın neredeyse tüm ülkelerinde aileler iki ya

da üç çocuğa sahip olmak istemektedir. Üretim ilişkilerinin değişimi, ekonomik zorluklar, kentleşme sonucunda küçük aile yapısı bir toplumsal norm haline gelmiştir. Bununla birlikte, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ailelerin sahip olduğu çocuk sayısı, genellikle istedikleri çocuk sayısının üstündedir ve bu doğumlar istenmeyen gebeliklerin sonucu olmuştur (25).

Bazen de evli çiftler başka çocuk istemelerine karşın, ekonomik koşullar nedeniyle ya da doğumların arasını açmak için bir süre çocuk sahibi olmak istemezler (26). Gebelik zamanının planlanması için gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Ancak dünyada yaklaşık 105 milyon kadın gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullanmamakta diğer bir deyişle her beş kadından birisinin aile planlaması gereksinimi karşılanmamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde en sık kullanılan yöntemler tüp ligasyonu, oral kontraseptifler, enjekte edilen kontraseptifler ve Rahim İçi Araç (RİA)'dır (26). TNSA 2003 sonuçlarına göre evli kadınların %71.0'ı gebelikten korunmak için her hangi bir yöntemi kullanmaktadır. Kadınların %42.5'i gebelikten korunmak için etkin bir yöntem kullanmakta ve RİA %20.2'lik bir oran ile en sık kullanılan yöntem olarak göze çarpmaktadır (27). Ülkemizde %28.5 oranında evli kadın geleneksel yöntemleri kullanmakta olup, geri çekme yöntemi % 26.4'lük bir oranla önemli bir yer tutmaktadır. Bu oran 2013 TNSA sonuçlarına göre de değişmemiştir. Geri çekme yönteminde ilk yıl için olağan kullanımda başarısızlık yüzdesi yaklaşık %18-28 arasında değişmektedir (17,28). Geri çekme yöntemi kullanma oranının yüksek olması nedeniyle ülkemizde istenmeyen gebeliklerin oluşma olasılığı yüksektir (29).

Gebelikten korunma konusunda diğer önemli bir nokta, kullanılan yöntemin etkinliğidir. Dünyada pek çok kadın çeşitli nedenlerle etkin yöntem kullanmamakta ya da kullandığı yöntemi etkin olarak kullanamamaktadır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımında sürekliliğin sağlanamaması bilgi eksikliği ve deneyimsizlik nedeniyle yöntemi bırakma ya da ara verme de istenmeyen gebeliklerin oluşmasında oldukça etkilidir. Ancak gebelikten korunma yöntemlerinin hiçbirinin %100 koruma etkisi bulunmamaktadır. En etkin korunma yöntemi olarak bilinen cerrahi yöntemlerin ve deri altı implantlarının bile başarısızlık yüzdeleri sırasıyla %0.5 ve %0.1 arasında değişmektedir (17).

Evlilik dışı ilişkiler sonucu oluşan gebelikler de genellikle istenmeyen gebeliklerdir. Toplumların çoğunda cinsel birleşmeye ve çocuk dünyaya getirmeye sadece aile içinde izin verilir. Bununla birlikte tüm gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde evlilik öncesi ya

da evlilik dışında cinsel ilişkide bulunan kadınlar ve erkekler mevcuttur (25). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) 18 yaşından önce cinsel ilişkide bulunanların oranı %63, İngiltere'de %64 Danimarka'da %71, Portekiz'de %26, Fransa'da %53, Almanya'da %58 olarak saptanmıştır (26). Evlilik dışı cinsel ilişki hakkında bilgiler yakın zamana kadar çok sınırlı olmasına karşın HIV epidemisi nedeniyle bu konuda araştırmalar yapılamaya başlanmış ve bu araştırmalar sonucunda özellikle kentsel bölgelerde evlilik dışı ilişkilerin daha yaygın olduğu saptanmıştır (17).

Dünya genelinde özellikle genç, yoksul ve eğitimsiz kadınlar, istemedikleri halde cinsel ilişkiye zorlanmakta ve bu ilişkiler sonucu istenmeyen gebelikler oluşmaktadır. Enstest ve tecavüz her toplumda yaygın olarak yaşanmakta ancak bu olguların çoğunluğu gizli kalmaktadır. Ayrıca savaşlar ve bölgesel çatışmalar nedeniyle kadınlara toplu olarak cinsel şiddet uygulanabilmekte, bu şiddetin sonucu istenmeyen gebelikler ve düşükler olmaktadır.

İsteyerek düşük çoğu kez kadınların dünyaya bir bebek getirmemek konusunda verdikleri karar sonucu gerçekleşir. Bu bağlamda isteyerek düşük planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin bir sonucu olarak değerlendirilir (17).

#### **2.4. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN ANA SAĞLIĞI YÖNÜNDEN ÖNEMİ**

Dünyada her yıl 210 milyon gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık olarak 46 milyonu (%22) istemli düşük ile sonlandığı tahmin edilmektedir. Bu sayının da 26 milyonu isteyerek düşüğün yasal olduğu ülkelerde gerçekleşmektedir (3). Her yıl gebeliğe bağlı nedenlerle yaşamını yitiren 600.000 kadının sekizde biri düşüğe bağlı bir komplikasyon nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Latin Amerika ve Afrika ülkelerindeki düşüğe bağlı ölüm, gelişmiş ülkelere yüzlerce kat fazladır. DSÖ'ye göre 19 milyonu gelişmekte olan ülkelere olmak üzere her yıl 20 milyon güvenli olmayan isteyerek düşük gerçekleştirilmektedir (31).

Geleneksel ve gelişmekte olan toplumlarda gebelik ve gebelik sonlandırılması, kadınların üreme yıllarında karşılaştıkları en önemli sağlık sorunlarıdır (32).

Düşükleri kadın sağlığı açısından önemli yapan, düşük işlemi sonrası görülebilecek komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar enfeksiyon, gebelik dokusu artığı ve kanamadır.



Düşükler yasadışı veya ehil olmayan kişiler tarafından yapıldığında, düşük işlemine rağmen gebeliğin devam etmesi, uterus veya serviksin zedelenmesi, düşüğü provoke etmek için kullanılan ilaç veya kimyasal maddelere karşı toksik reaksiyonların oluşması gibi komplikasyonlar da sık görülür (33). Kendiliğinden veya isteyerek düşükten sonra uterusu gebelik dokusu artığı kalırsa abdominal veya pelvik ağrı, bel ağrısı veya kramplar, şoka neden olabilecek kadar şiddetli veya sürekli kanama görülebilir. Gebelik dokusu artıkları bakterilerin çoğalması için uygun bir ortam oluşturduğundan, enfeksiyon gelişir. Gebelik dokusu artıklarının uterusu kalması veya serviks, vajina veya uterusun kullanılan alet veya kimyasal maddelerle zedelenmesi sonucu şiddetli kanamalar görülebilir. Özellikle kendi kendine yapılan düşük girişimlerinde ve yasadışı düşüklere sonra vajen, serviks veya uterus zedelenmeleri çok ciddi sorunlara neden olabilir (33). Düşüğü yaptıran kişi serviksin yerini doğru saptayamazsa veya sabun veya potasyum permanganate gibi kostik kimyasal maddeler kullanılırsa vajinal yaralanmalar görülebilir. Düşüğü provoke etmek için kullanılan ilaç veya kimyasal maddelere karşı toksik reaksiyonlara oluşabilir. Santral sinir sistemini etkileyecek kadar yüksek dozlarda alınır baş ağrısı, ateş, konfüzyon, delirium, baygınlık, solunum depresyonu, koma ve ölüme yol açabilir (34).

Düşük sonrası oluşan komplikasyonlar daha sonra ektopik gebelik ve infertiliteye yol açabilecek kronik pelvik enfeksiyon gibi bir dizi uzun süreli tıbbi soruna neden olabilirler. Komplikasyonsuz düşükleri uzun süre izleyen araştırmalar olmadığı için yeterli tıbbi koşullarda gerçekleştirilen, erken komplikasyon görülmeyen düşüklerin, uzun vadede herhangi bir soruna neden olup olmadığı bilinmemektedir (33).

Düşüğün yasal olarak uygulandığı ülkelerde genellikle düşük hizmetlerine ulaşım kolaydır ve uygulama eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Bu koşullarda uygulanan isteyerek düşükler sonucunda ölüm vakalarına çok seyrek rastlanır. İsteyerek düşüğün yasaklandığı ülkelerde ise sınırlı sayıda kadın sağlıklı düşük yapabilme olanağını yasal olmayan yollardan elde etmekte, kırsal kesimlerde yaşayan ya da yoksul kadınlar ise kendi başlarına gebeliklerini sonlandırmaya çalışmaktadır. Yasallık ve güvenlik çoğu zaman birbirlerini tamamlayan öğeler olsa da, düşüğün yasal olduğu ülkelerin bazılarında düşüklerin tamamı güvenli değildir. Benzer biçimde düşüğün yasal olmadığı pek çok ülkede kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilme olanakları bulunmamaktadır (17).

Düşükler kadınların fiziksel sağlıklarının yanında psikolojik sağlıklarını da etkilemektedir. Düşüğe bağlı yaşanan sorunlar ve anksiyete kadında travmaya ve ciddi psikolojik rahatsızlıklara neden olmaktadır (35,36). İsteyerek düşük kararı veren kadın; kızgınlık, öfke, korku, günah işlediğini düşünme, suçluluk, pişmanlık, kayıp ve utanma duyguları yaşayabilmektedir. İsteyerek düşük sonrası kadında, çeşitli psikolojik sorunların yaşanabileceği öngörülmektedir. Kadınlarda isteyerek düşük sonrasında yaşanabilecek en önemli sorun olarak travma sonrası stres bozukluğunun bir türevi olarak kürtaj sonrası stres bozukluğu (Post Abortion Stress Disorder, PASS) ortaya çıkabilmektedir (37).

Tüm bu bulgular isteyerek düşüğün hem yasal olarak uygulanabildiği ülkelerde hem de yasal olmayan ülkelerde ana sağlığı açısından önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle isteyerek düşükler tüm dünyada önemli bir ana, kadın ve halk sağlığı sorunudur.

#### **2.4.1. Güvenli Olmayan Düşükler**

DSÖ güvenli olmayan düşüğü istenmeyen gebeliğin gerekli eğitim ve beceriden yoksun kişilerce ya da minimum tıbbi standartlara uymayan koşullarda sonlandırılması olarak tanımlamaktadır (38).

Güvenli olmayan isteyerek düşükler, kadınların kendi başlarına ya da sağlık personeli olmayan kişilerin yardımıyla aseptik koşullarda ve tıbbi bir yonteme başvurmaksızın yapılan ya da bir sağlık kuruluşunda sağlık personeli tarafından uygulanıyor olsa bile, olumsuz sağlık koşullarında yapılan düşüklere dir. Bu tarz düşükler genellikle rahime katı bir cismin sokulması, rahim ağzının usulüne uygun olmayan biçimde genişletilmesi ve kazınması, zararlı maddelerin içilmesi ya da dıştan fiziksel güç uygulanması yoluyla gerçekleştirilir (31).

Güvensiz düşükler dünyada binlerce kadının yaşamını yitirmesine sebep olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünyada anne ölümlerinin en büyük nedenlerinden birini oluşturur (39). Bu kayıpların nedeni, güvenli düşük hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir ve gereksinimi karşılayıcı nitelikte olmayışıdır (40).

Güvenli düşük hizmetlerine ulaşma açısından, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında büyük bir fark bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde kadınlar, en az yarım yüzyıldır sağlıklı ve güvenli gebelik sonlandırma hizmetlerine ulaşabilirken, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, güvenli düşüğü yasaklayan yasalar nedeniyle,

eğitimsiz kişilere başvurmak zorunda bırakılmakta ya da kendi kendilerine gebeliklerini sonlandırmaya çalışmaktadırlar (41). Düşüğün yasal olarak uygulandığı ülkelerde genellikle düşük hizmetlerine ulaşım kolaydır ve uygulama eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilir. Bu koşullarda uygulanan isteyerek düşükler sonucunda ölüm vakalarına çok seyrek rastlanır.

İsteyerek düşük, hem yasal olarak uygulanan ülkelerde hem de yasal olmayan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. İsteyerek düşüğe yasal olarak izin verilmesi anne ölümlerinin engellenmesinde ilk adımdır, ancak düşük hizmetlerinin yaygın olarak sunulması ve ulaşılabilir olması bu halk sağlığı sorununun çözümü için çok önemlidir.

#### **2.4.2. Güvenli Düşükler**

İsteyerek düşükler, uygulamanın sağlık kurallarına uygunluğu yönünden “güvenli düşükler” (safe abortion) ve “güvenli olmayan düşükler” (unsafe abortion) ayrımı yapılarak değerlendirilmektedir. Güvenli düşükler isteyerek düşüklerin yasalara ve sağlık kurallarına uygun, güvenli tıbbi ortamlarda yapılmasıdır (44).

İstenmeyen gebeliğini sonlandırmak isteyen her kadının güvenli düşük hizmetlerine ulaşımı için yasalarda gerekli düzenlemeler yapılmalı ve bu yönde sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Politikalar, kadınların insan haklarını korumaya ve onların sağlıklarını geliştirmeye yönelik olmalıdır. Liberal düşük yasaları vazgeçilmez hak olarak kazanılmalı ama daha sonra kadınların bu haklarını kullanabilmeleri sağlanmalıdır (42). Kadın istemeden ve planlamadan gebe kaldıysa veya gebeliğin başında gebeliğin devamına razı değilse gebeliğinin güvenli olarak sonlandırılmasını talep edebilmeli ve bu hizmeti alabilmelidir (43).

DSÖ güvensiz düşükler nedeniyle olan yaşam kayıplarının önlenmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumuna destek olma amaçları ile güncel veriler ve bilimsel araştırma sonuçlarına dayanarak “Güvenli Düşük: sağlık sistemleri için uygulama rehberi” ni ikinci kez yayınlamıştır (44). Rehber, son bilgiler ışığında, kanıta dayalı sağlık politikaları oluşturulması ve klinik hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik bir dizi tavsiye ve öneri içermektedir. İşlemler ve yöntemler ile ilgili ayrıntılı teknik bilgi ve önerinin yer aldığı rehber, tüm ülkelerde kürtaj ve düşük hizmet planlayıcıları, uygulayıcıları ve hizmet sunucularının kullanımı için hazırlanmıştır. Bu tavsiyelerin uygulanması ve kaliteli hizmete ulaşımın yasaların öngördüğü ölçüde

yaygınlaştırılması, güvensiz düşüklerin neden olduğu anne ölümlerinin ve diğer komplikasyonların önüne geçilmesini kolaylaştıracaktır (44).

Güvenli düşük hizmetlerinde, düşük için başvuran kadının karar vermesini kolaylaştırma ve gönüllü onayının alınması, uygulanacak işlem hakkında ve uygulama sonrası görülebilecek durumlarla ilgili tam, doğru ve kolay anlaşılabilir bilgi verilmesi önemlidir. Güvenli düşük hizmeti alan kadınlar klinikten ayrılmadan önce kendilerine nasıl bakmaları gerektiğini belirten sözlü ve yazılı bilgi almalı, bu bilgiler, ne kadar kanama olabileceği, olası komplikasyonların neler olduğu ve gerekli olan durumlarda nereye ve nasıl başvurulacağını kapsamalıdır. Yine düşük sonrası gebelik önleme yöntemleri ile ilgili bilgi de verilen bilgiler arasında olmalıdır (44).

## **2.5. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN SIKLIĞI VE NEDENLERİ**

### **2.5.1. Dünyada İsteyerek Düşüklerin Sıklığı ve Nedenleri**

İsteyerek düşük tahminleri global düzeyde 1995 yılından itibaren hesaplanmakta ve dünyada her yıl yaklaşık 46 milyon isteyerek düşüğün uygulandığı tahmin edilmekte ve bu sayının 26 milyonu isteyerek düşüğün yasal olduğu ülkelerde gerçekleşmektedir (3). Üreme çağındaki bin kadından 35'i her yıl isteyerek düşük yaptırmaktadır ve bu sayının 20'si yasal düşükler ve 15'i yasal olmayan düşüklerden oluşmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında isteyerek düşüğün yasal yönü bakımından farklar bulunmasına karşın her bin kadın için gerçekleşen düşük hızları sırasıyla 39 ve 34 olarak tahmin edilmektedir ve bu rakamlar birbirine oldukça yakındır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki niteliksel fark, gelişmiş ülkelerdeki isteyerek düşüklerin tamamına yakınının yasal ve güvenli düşük olmasından kaynaklanmaktadır (17). İsteyerek düşük yaptıran kadınların 36 milyonu (%78.0) gelişmekte olan ülkelerde, 10 milyonu (%22) ise gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. Düşüklerin yaklaşık olarak %11'i Afrika'da, %58.0'ı Asya'da, %9.0'ı Latin Amerika ve Karayipler'de, %17.0'ı ise Avrupa'da olmaktadır (17,45).

İsteyerek düşük hızlarına bazen ülkedeki yasal durumun etkisi sınırlı olabilmektedir. Batı ve Doğu Avrupa ülkelerinde yasal konum açısından fark yoktur ama yıllık düşük hızları çok farklıdır. Batı Avrupa binde 11 ile düşük hızının en düşük olduğu bölge iken Doğu Avrupa bin de 90 ile en yüksek düşük hızına sahip bölgedir ve bu durumun gebeliği önleyici yöntemlere ulaşmadaki yetersizliklerden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (17,45). Doğu Avrupa'da yaşayan kadınlar dünya kadın nüfusunun sadece

%5.0'ı oluşturmaktadır ancak tüm düşüklerin yaklaşık %14.0'ı bu ülkelerde gerçekleşmektedir (17).

Aynı biçimde Latin Amerika ülkelerinde düşük kesin olarak yasaklanmış olmasına karşın Batı Avrupa rakamlarıyla karşılaştırıldığında bu ülkelerdeki düşük hızları çok daha fazladır (46).

Güvenli düşük hizmetlerine ulaşım, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile tutarlı bir durum sergilemektedir. Gelişmiş ülkelerin %80.0'ından fazlasında ekonomik, sosyal nedenlere, kadının mental ya da fiziksel sağlık koşullarına, fetal gelişim sorunlarına, cinsel saldırıya, enseste karşı ya da kadının yaşamını korumak amacıyla yasal olarak gebeliklerin sonlandırılması sağlanırken, hiçbir neden göstermeye gerek kalmadan isteğe bağlı olarak düşük hizmetine, bu ülkelerin %69.0'ında ulaşılabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelere bu oranlar sırasıyla, %62.0 ve %41.0'dır (47).

Düşük hızlarına etkili olan önemli etkenlerden birisi gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılma oranlarıdır. AP hizmetlerinin yaygın uygulandığı ve kadınların bu hizmetlere kolay ulaşabildiği ülkelerin düşük hızları bu hizmetlerde yetersizliklerin yaşandığı ülkelere düşüktür (17,48).

### **2.5.2. Türkiye'de İsteyerek Düşüklerin Sıklığı ve Nedenleri**

İsteyerek düşük konusu ile ilgili ilk ulusal çalışma 1975 yılında Tezcan tarafından yapılmıştır (50). Bu çalışmada doğurganlık çağındaki kadınların %14.0'ının geçmişte en az bir kez isteyerek düşük yaptıkları ve düşük yapma yüzdesinin kentlerde yaşayan, eğitim düzeyi yüksek olan, çocuk sayısı 3 ve daha fazla olan kadınlar arasında diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (50).

Düşükler konusunda ulusal düzeyde bilgi veren en önemli kaynak Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından 1968 yılından beri her 5 yılda yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarıdır (51).

Araştırma yıllarına göre elde edilen isteyerek düşük düzeylerine bakıldığında yaşam boyu isteyerek düşük yapan kadınlar 1968'de %10.0 iken, 2008'de %22.0'dır, ancak 100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayısı 1968'de %17.0 iken, 1988 ve 1993 yılları dışında sürekli azalmaktadır ve 2008 yılı için 10 olarak tahmin edilmiştir. 2013'te bu sayı %5.0'a kadar düşmüştür. Bu yıllar önemlidir çünkü 1983 yılında Nüfus Planlaması Kanunu'nda yapılan değişiklikle sağlık dışındaki sosyal ve ekonomik nedenlerle 10.

haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılmasına ve devlet hastanelerinde ücretsiz olarak yapılmalarına izin verilmiştir. Bu değişikliği izleyen ilk 10 yılda (1983-1993) bir artış meydana gelmişse de sonra tekrar azalmıştır. Genel olarak bakıldığında, 1993'ten itibaren yapılan araştırmaların kapsadığı 20 yıllık dönemde isteyerek düşük düzeyinde önemli bir azalma görülmektedir.

2013 TNSA sonuçlarına göre gebeliklerin %20.0'ı canlı doğum olmadan sonlanmıştır. Bu gebeliklerin %5.0'ı isteyerek düşük olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılı öncesindeki beş yıla ilişkin toplam düşük hızı kadın başına 0.14 düşük olduğu saptanmış, evli kadınların %14.0'ının yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük yaptığı görülmüştür (5).

Kentsel ve kırsal alanlarda kadınların isteyerek düşük yapma oranları farklılaşmamaktadır. Buna karşın, bölgeler arasında farklılıklar gözlenmektedir. TNSA-2013'te kentsel ve kırsal yerleşim yerlerinde isteyerek düşük düzeyleri sırasıyla %5.0 ve %3.0'dır (5).

Eğitim durumuna göre kadınlar arasında isteyerek düşük yapmış olma oranı farklı olsa da belirgin bir örüntü bulunmamıştır. İsteyerek düşük oranları en düşük refah düzeyinde gözlenen %12.0 ile en yüksek refah düzeyinde gözlenen %17.0 arasında değerler almaktadır (5).

TNSA 2013'te isteyerek düşüklerin nedenleri konusunda çeşitli sorular sorulmuştur. Türkiye'de isteyerek düşük yaptıran her on kadından dördü başka çocuk istemediği için düşük yapmıştır. Bunu yeni doğum yaptığı için düşük yapmayı tercih eden kadınlar (% 17.0) izlemektedir. Kadınların yarıdan fazlası doğurganlıklarını sonlandırmak ya da doğurganlıklarına ara vermek amacıyla isteyerek düşük yapmıştır. Sağlık nedenleriyle düşüğe başvurma düşük nedenleri arasında % 12.0'lık bir düzeyle üçüncü sırayı almaktadır (5).

Türkiye genelinde AP'de karşılanmamış gereksinim azaldıkça istenmeyen gebeliklerin azalmasına bağlı olarak isteyerek düşük yapma ihtiyacı da azalmıştır. Ancak isteyerek yapılan düşüklerin öncesinde kullanılan gebeliği önleyici yöntemin çoğunlukla geri çekme yöntemi olması ve düşükten sonra da hemen hemen aynı oranda kullanılmaya devam edilmesi istenmeyen gebeliklerin oluşmasında oldukça etkilidir (5).

## 2.6. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN YASAL BOYUTU

Sağlık hakkı bağlamında tanımlanmaya başlanan ve hukuk disiplininin terminolojisiyle oluşturulan üreme ve cinsel hak kavramları etik-hukuk etkileşiminin liberal modeline uygun olarak tıp etiği alanında da kullanılmaya başlanmıştır. İsteyerek düşük konusundaki etik tartışmalarda ise güvenli olmayan düşüklere nedeniyle anne ölümlerinin engellenmesi, üreme ve cinsel sağlık konularında insanların kendi bedenleri üzerinde söz sahibi olma hakları ve çocuk sahibi olup olmamaya kendi istekleriyle karar verme, fetusun haklarından daha geçerli gerekçeler olmuştur. Üreme ve cinsel haklar bağlamında hukuk disiplininden ödünç alınan kavramlarla oluşturulan ve isteyerek düşüğü haklı olarak tanımlayan etik görüşler aynı zamanda hukuk disiplinini de etkilemiş ve 60'lı yıllara kadar yasal olarak sadece annenin hayatı tehlikede iken düşüğe izin veren yasalar sosyoekonomik gerekçelerle, cinsel şiddet sonucu, konjenital bir sakatlığın olduğu durumlar ya da sadece annenin isteği söz konusu olduğunda düşüğe izin verir hale gelmeye başlamıştır (52).

İsteyerek düşük gibi konularda geliştirilen ahlaki düşünceler çoğu zaman yasaların hazırlanmasında ve adli yargıların oluşturulmasında etkili olmuştur.

İsteyerek düşük konusunda etik ve hukuk disiplinleri arasındaki liberal işbirliği konu olan üreme hakları ve cinsel haklar, temel insan hakları gibi ilkelere kaynaklanan haklardır. Geniş olarak ele alındığında üreme hakları, üreme sağlığı hizmetlerine ulaşım ve üreme konusunda karar verme haklarını içerir (53,54). Üreme sağlığı özellikle kadınların iyilik halinin önemli bir ögesidir. Güvenli ve nitelikli hizmetlerin yokluğunda kadınlar doğuma bağlı sakatlıklar ve ölümler, istenmeyen gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır. İnsan hakları alanında pozitif hakların yaygınlık kazanması, güvenli annelik, düşük, HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) hizmetlerinin sunumu, infertilite tedavisi ve gebeliği önleyici yöntemlerin sağlanması gibi üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ve yaygınlaştırılmasında devletlerin sorumluluğunu arttırmıştır (55, 56).

Üreme sağlığı hizmetlerine ulaşım hakkı, yaşamı ve sağlığı koruyan uluslararası insan hakları anlaşmaları ve bildirileri ile güvence altına alınmıştır. Yaşama hakkı, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948) ve Uluslararası Toplumsal ve Siyasal Haklar Anlaşması (1966) olmak üzere en temel insan hakları belgelerinde yer almaktadır. Genellikle yaşama hakkının bireylere uygulanan ölüm cezalarının engellenmesi

amacıyla yorumlanmasına karşın 1982 yılında Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komitesi, yaşama hakkının pozitif bir hak olduğunu belirtmiş ve hükümetlerin bu hakkın gerçekleşmesi için çocuk ölümlerinin azaltılması ve yaşam beklentisinin yükseltilmesi gibi sorumluluklarının olduğu vurgulanmıştır (53).

Sağlık hakkı, Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Anlaşması'nın (1966) 12. Maddesi'nde "Taraflar her bireye, ulaşabilecekleri en yüksek düzeydeki fiziksel ve ruhsal sağlık standardının sağlanmasının gerektiğini kabul eder" biçimiyle tanımlanarak hükümetlere sorumluluklar yüklemiştir. DSÖ tarafından sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; bedensel, ruhsal ve toplumsal tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır. DSÖ'nün sağlık tanımına vurgu yapan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı (1994) üreme sağlığını, "Yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması" olarak tanımlamıştır (54). Üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ile ilgili sorumluluk, uluslararası bildirgelerde ayrımcılık uygulanmaması ilkesi ile uyumlu olarak vurgulanmıştır. Devletlerin yaşam ve sağlık hakkını cinsiyet ayrımcılığına yol açmayacak biçimde gerçekleştirmesi gerekmektedir. Yaşam ve sağlık hakkının eşit olarak geliştirilmesi için devlet, kadınların ve erkeklerin gereksinimlerini eşit biçimde gözetmelidir. Üreme sağlığı hizmetleri kadın sağlığı için vazgeçilmez bir unsur olduğundan devlet, kadınların tamamının üreme sağlığı hizmetlerine ulaşması için gerekli önlemleri almalıdır. Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW - 1979) 12. Maddesi'nde bu gereksinim "Taraflar devletler, aile planlaması dahil sağlık bakım hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık bakımında kadınlara karşı ayrımı ortadan kaldıran bütün önlemleri alacaklardır" biçiminde belirtilmiştir (57). Üreme ve cinsel sağlık haklarının pozitif nitelikli haklar kapsamında tanımlanması, üreme sağlığı haklarının kullanılmasını engelleyen yasal engellerin yasama organları tarafından ortadan kaldırılmasını da gündeme getirmiştir. CEDAW'ın sağlıkla ilgili öneriler bölümünde, kadınların gerekli sağlık hizmeti almasını engelleyen ya da uygulandıkları takdirde kadınları cezalandıran yasaların uygulamadan kaldırılması istenmektedir. Bu yasalar arasında isteyerek düşük uygulamalarını, gebeliği önleyici yöntemlerin tanıtılmasını engelleyen, yöntem uygulanması gerektiren yada gönüllü cerrahi sterilizasyon için eşin iznini gerektiren yasalar sayılabilir (53,56).



Tüm bireylerin sahip olacakları çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve sorumluluğunun bilincinde olarak kararlaştırma haklarının olması ve özellikle kadınların bu haklarını kullanmaktan şiddet yoluyla engellenmelerinin önlenmesi, üreme konusunda karar verme hakkının temelini oluşturur. Bir ilke olarak üreme konusunda karar verme hakkı, son otuz yıl içinde Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen pek çok bildiri, anlaşma ve sözleşmede yer almış ve en son CEDAW tarafından yasal bir kimlik kazanmıştır. Üreme konusunda karar verme ilkesi insanlık onuruna saygı, özgürlük, mahremiyet ve güvenlik haklarını güvence altına alan uluslararası pek çok belge tarafından desteklenmektedir. Bunlar arasında en önemlileri, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (Madde 12), Uluslararası Toplumsal ve Siyasal Haklar Anlaşması (Madde 17), İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi (1950 – Madde 8) sayılabilir. Bu belgelerde yer aldığı biçimde kadının isteyerek düşüğe başvurmasının engellenmesi, üreme konusunda karar verme hakkının sınırlandırılması anlamına gelmektedir (53,56).

### **2.6.1. Dünyada Düşük ile İlgili Yasalar**

Yirminci yüzyılın başlarından itibaren ülkelerin isteyerek düşük konusundaki yasalarının gelişimine bakıldığında, öncelikle yasaların giderek kapsamı genişleyen bir biçimde daha fazla gerekçeyi düşük nedeni olarak kabul ettiği gözlenmektedir.

Son yıllarda her ne kadar uluslararası alanda düşük yasalarının standartlaştırılması konusunda çalışmalar yapılıyor olsa da ülkelerin çoğunda düşük yasaları, farklı ve birbirlerine benzemeyen yasal sistemler tarafından oluşturulmaktadır. Bu sistemler farklı ilkelere hareket ederek sorunları farklı olarak yorumlamakta ve düşük konusunda farklı tanımlamalar yapmaktadır (12). Ayrıca ülkelerin çoğunda yasalar kültürel geleneklerden de etkilenirler. Din pek çok ülkede yasaların belirlenmesinde etkili olmuştur. Özellikle aile ilişkileri, evlilik, çocuk ve miras konularında dinsel düşüncenin etkisi yoğundur (30).

İlk olarak 60'lı yılların sonunda düşüğün yasal konumu tüm dünyayı kapsar biçimde genişlemeye ve düşük, kriminal bir konu olmaktan çıkarak kadın ve aile sağlığı konusu haline gelmeye başlamıştır. 1967 yılı isteyerek düşük yasalarındaki liberal düzenlemeler ABD ve İngiltere'de bu yıl içinde başlamıştır. ABD'de ve İngiltere'de ilk kez 1967 yılında düşüğe izin veren yasalar çıkarılmıştır (58). İngiltere'de 1967 yılında çıkartılan yasa, o zaman kadar görülmedik biçimde Batı ülkelerinde sosyal endikasyonlar

açısından kapsamı en geniş ilk yasa olma konumundadır (59). Ayrıca ilk kez bu ülkelerde yapılan yasal düzenlemeler ile Batı toplumlarında isteyerek düşük bir hak olarak ele alınmaya başlanmıştır.

70'li yılların sonuna kadar her ne kadar sağlıklı koşullarda düşük yapılmasına olanak sağlayacak koşullar çok iyileştirilmemiş olsa da bu dönem boyunca en azından kuramsal olarak güvenli düşük pek çok ülkede yasal düzenlemeler kapsamına alınmıştır. 1967'den 1977'ye kadar geçen on yıllık süre içinde 42 ülke düşük yasasını değiştirmiş, 39 ülkede düşüğe başvuru koşullarının kapsamı genişletilmiştir. Aynı dönem içinde yapılan yasal düzenlemelerde, ilk trimester gebeliklerde düşük uygulanmasına daha ılımlı yaklaşım olmuş olup, daha sonraki dönemlerde gebeliğin sonlandırılmasında ikinci bir onaya gereksinim duyulmuştur (60).

Bu dönem sonunda ülkelerin yasalarındaki düşüğe başvurma gerekçeleri farklılıklar gösterse de düşük için seçim kriterleri aşağıda olduğu gibi gruplanabilir:

1. Kadının yaşamının tehlikede olması,
2. Gebeliğin devamının olağan gebelik risklerinden öte kadının fiziksel ve ruhsal sağlığı için tehlike oluşturması (tedavi endikasyonu),
3. Doğacak bebeğin fiziksel ya da mental sakatlığı bulunması (öjenik endikasyon),
4. Ensest ya da tecavüz sonucu oluşan gebelik,
5. Doğacak bebeğin kadının diğer çocuklarının ve ailesinin sağlığına ve esenliğine etkisi (sosyal, medikososyal ve sosyoekonomik endikasyon),
6. Kadının ve ailesinin sosyal konumunun tehlikede olması,
7. Gebelikten korunma yöntemlerinin başarısızlığı,
8. İstek üzerine (61).

Aynı dönem içinde isteyerek düşüklere önlemenin, isteyerek düşük hizmeti sunmaktan daha etkin olduğunu fark eden ülkeler, isteyerek düşük hizmetlerini gebeliği önleyici yöntem ve sterilizasyon hizmetlerini düzenleyen yasalar içinde düzenleyerek, istenmeyen gebeliklerin sayısının azaltılması yoluna gitmişlerdir. Örneğin İtalya'da yasalar, düşüğe olan talebin azaltılması için, sağlık hizmetlerinin gebeliği önleyici yöntemlerin sunumunu içerecek biçimde sunulması gerekliliğini vurgulamış, Çekoslovakya'da okullarda cinsel eğitimin verilmesi ve gebeliği önleyici yöntemlerin

ücretsiz dağıtılması amaçlanmıştır. Lüksemburg'ta gebeliği önlemek amacıyla hizmetler küçüklere ücretsiz sunulmuş ve Türkiye'de gönüllü cerrahi sterilizasyon ve düşük hizmetleri aile planlaması hizmetlerini düzenleyen yasa içinde ele alınmıştır (60).

Doksanlı yıllardaki düşük yasaları konusundaki farklı bir gelişme, cinsiyete özgü düşük olgularının yasaklanması konusunda gerçekleştirilmiştir. Çin ve Hindistan gibi dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisini barındıran iki ülkede yaygın biçimde uygulanan ve intrauterin incelemeler sonucu cinsiyeti kız olarak belirlenmiş fetusların düşük yoluyla alınması yasaklanmıştır (62).

Günümüzde ülkeler isteyerek düşüğe yasalar bağlamında verdikleri izin düzeylerine göre beş kategoriye ayrılmıştır (63).

1. Gebeliğin sonlandırılmasının tamamen yasak olduğu veya sadece annenin hayatını kurtarmak için yapıldığı ülkeler: Bu gruba giren 68 ülkede tüm dünya nüfusunun %26'sı yaşamaktadır. Endonezya, Kenya, Venezuela, Mısır, Haiti, Filipinler, Şili, El Salvador ve Nikaragua bu ülkelere örnektir.

2. Gebeliğin sonlandırılmasının annenin fiziksel sağlığını korumak için yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 35 ülkede tüm dünya nüfusunun %10'u yaşamaktadır. Pakistan, Peru ve Kamerun bu gruba girmektedir.

3. Gebeliğin sonlandırılmasının annenin fiziksel ve mental sağlığını korumak için yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 23 ülkede tüm dünya nüfusunun %4'ü yaşamaktadır. İsrail, İspanya bu ülkelere örnektir. Tecavüz sonucu gerçekleşen gebelikler ile ağır fetal anomali tanısı ve evlilik dışı ilişki neticesinde meydana gelen gebelikler bu ülkelerde yasal olarak sonlandırılabilir.

4. Gebeliğin sonlandırılmasının yukarıdakilere ek olarak sosyoekonomik nedenlerle de yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 14 ülkede tüm dünya nüfusunun %20'si yaşamaktadır. İngiltere, Hindistan ve Zambiya bu ülkelere örnektir.

5. Gebeliğin istek üzerine sonlandırılabilirdiği ülkeler: Bu gruba giren 56 ülkede tüm dünya nüfusunun %40'ı yaşamaktadır. Çin, Fransa, Rusya Federasyonu, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye bu ülkelere örnektir. Bu ülkelerin bir çoğunda maternal ve fetal nedenlerle yapılan sonlandırmalarda herhangi bir kısıtlama olmazken, isteğe bağlı sonlandırmalarda gebelik süresi (genellikle 12 hafta), eş onayı, reşit olmayan kadınlar için anne-baba onayı gibi bazı sınırlamalar bulunmaktadır. Çin, 1957 yılından

İtibaren dünyanın en liberal düşük yasalarından bir tanesine sahiptir. Düşük hizmetleri ücretsiz ve istek üzerine sunulmaktadır. 1979'dan itibaren ülke nüfusunun çok fazla artmasından dolayı yönetim tek çocuk politikasını gündeme getirmiştir. Çin'in tek çocuk politikası, kadınları düşük yapmaya zorladığı için eleştirilmektedir (64).

2011 yılı itibariyle dünyanın her bölgesindeki 189 ülkenin yalnızca beşi hariç (Dominik Cumhuriyeti, Malta, EIF Salvador, Nikaragua ve Şili) tümünde gebeliğin çeşitli nedenlerle sonlandırılmasına yasal olanak sağlanıyor. Yalnızca bu beş ülkede annenin yaşamını kurtarmak için dahi yasal düşüğe izin verilmemektedir (65).

Bir ülkede isteyerek düşüğün güvenli biçimde uygulanması ve ulaşılabilir olması büyük ölçüde düşük yasalarının ve politikalarının niteliğine bağlıdır. Yasalar hazırlanırken kadınların insan haklarının korunması (kadınların üreme konusundaki özerklik, eşitlik ve sağlık hakları) temel alınmalı ve kadınlar düşük için gerekçelerinin ne olduğuna bakılmaksızın isteyerek düşük hizmetlerine ulaşabilmelidir. Yasaların en geniş biçimde olanak sağladığı ülkelerde bile yasalardan kaynaklanan düzenlemeler ile kadınların önünde isteyerek düşük hizmetlerinden yararlanmalarını sınırlayacak engeller çıkabilir. Zorunlu danışmanlık ve bekleme süreleri, üçüncü kişilerden alınması gereken onay gereksinimi, yaş sınırlamaları, kaynak yoksunluğu, eğitilmiş sağlık personeli eksikliği, sağlık kuruluşlarının yetersizliği ve isteyerek düşük konusunda reklam yapma yasaları isteyerek düşük hizmetlerinden yeterince ve zamanında yararlanmak için kadınların önündeki en belirgin engellerdir. Söz konusu engeller, devletin kadınların yaşam hakkının korunması görevi ile çelişmektedir ve düşük hizmetlerini düzenleyen yasa ve yönetmeliklerde yer almamaları gerekir (3, 53, 56, 66).

### 2.6.2. Türkiye’de Düşük ile İlgili Yasalar

Türkiye’de gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin hukuki düzenlemelerin gelişimi incelendiğinde, gebeliğin sonlandırılmasının yasak olduğu dönemden, içinde bulunduğumuz, gebeliğin ilk on hafta içinde sonlandırılmasının serbest olduğu döneme doğru üç aşamalı bir dönem olduğu görülür. Yapılan yasal düzenlemeler 1926 ile 2002 yılları arasındaki dönemde ele alınabilir. Bu yasal düzenlemeler uygulanan nüfus politikaları ile ilişkilidir.

**(1) Yasak Dönemi (1923-1965)** Bu dönemde düşük, her ne nedenle ve biçimle olursa olsun kesinlikle yasaklanmış, bu yasak 1926 tarihli 765 sayılı Türk Ceza Kanunu (“eski TCK”) ile 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda düzenlenmiştir “kişilere karşı

suçlar” kapsamına alınmıştır. On yıl sonra, İtalyan ceza kanunundan esinlenerek 1936’da yapılan değişikliklerle, isteyerek düşük/kürtaj yaptıran kadına, eşine ve yapılmasına yardım eden hekime ağır ceza hükümleri getirilmiştir (TCK 467,468 maddeleri). Hatta kürtajla ilgili yasaklar, “İrkin tümlüğü ve sağlığı aleyhine cürümler” kapsamında ele alınmıştır. Gebeliği istemli bir şekilde sonlandırmanın ceza yaptırımlarının olması nedeniyle, 1927- 1955 arasında düşükler konusunda hiç veri yoktur.

Gebeliği sonlandırma yasağının yanı sıra gebeliği önleyici tedbirler de bu dönemde yasaklanmıştır. “Çocuk yapmaya mani fiil ve hareketlerin işlenmesi için propaganda yapılması” da, eski TCK’nun getirdiği yasaklardan biridir. Dönemin dikkat çekici bir diğer hukuki düzenlemesi de Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’na göre, en az altı çocuğu hayatta olan kadınlara devlet tarafından para ödülü veya arzu edenlere para yerine madalya verilmesidir. Bu düzenlemelerin çıkış noktası, dönemin doğumların artmasını destekleyen nüfus politikalarıdır.

Ancak 1955’lerden itibaren hastane veya muayenehanelere başvuran kadınların kayıtları incelendiğinde yasak olmasına rağmen kadınların sıklıkla isteyerek düşük yaptırdıkları ya da kendileri ilkel yöntemlerle gebeliklerini sonlandırmaya çalıştıkları ve isteyerek düşüğe bağlı anne ölümlerinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Bu dönemde sağlıksız koşullarda, korku içinde, gizli yapılan düşükler sonucu birçok kadın sağlığını yitirmekte, çocuk yapma yeteneğini kaybetmekte ya da ölmektedir (67).

**(2) Geçiş Dönemi (1965-1983):** İsteyerek düşükler ile ilgili yasal düzenlemelerin gelişimi, Türkiye’de 1960’lı yıllardan itibaren üzerinde önemle durulan bir konu olmuştur. 60’lı yıllarda tüm dünyaya yayılmakta olan gebeliği isteyerek sonlandırma yasalarının liberalleşmesi dalgasının Türkiye’ye de yansması olmuştur. Uygulanan pronatalist politika sonucu hızlı nüfus artışı ülkenin ekonomik gelişmesi için önemli bir engel olarak görülmeye başlanmıştır (68). Ülkenin büyük kalabalık ama eğitimsiz, sağlıksız, işsiz kısacası niteliksiz nüfustan çok nitelikli nüfusa ihtiyacı olduğu uzmanlar tarafından tartışılarak antinatalist nüfus politikası benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” 10 Nisan 1965’te kabul edilmiştir (8). Buna göre, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı, bu konuda eğitim, satış ve ithali ile anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili zorunlu hallerde rahmin tahliyesine izin verilmiştir. İsteyerek düşüklere 1965’e kadar hiçbir koşulda yasal izin verilmezken 1965’den sonra

sadece sağlık nedenleriyle izin verilse dahi doğurgan çağdaki kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırmada sıklıkla başvurdukları bir yöntem olmuştur ve isteyerek düşük yapan kadın yüzdesi oldukça yüksektir.

**(3) (Sınırlı) Serbesti Dönemi (1983-...):** 1980'lerde isteyerek düşük konusu tekrar gündeme gelmiş, kanunda değişiklik yapılması gereği ortaya çıkmıştır. 27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkarılmış, bu kanuna göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilebilmektedir. Rahim tahliyesi için kadının rızasına ek olarak kadının evli olması halinde eşin rızası, reşit olmaması halinde ise velisinin rızası gerekmektedir. Gebelik süresi on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği ya da doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilebilmektedir (9). Bu yasa ile iki ayrı konuda daha yenilik getirilmiştir, bunlar eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin rahim içi araç uygulaması ve kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyona eşlerin onayı ile izin verilmesidir. Bunlar da gebeliği önleyici etkili yöntemlerin yaygın kullanımı ile doğurganlıklarını sınırlamak isteyen evli çiftler için önemli gelişmelerdir ve aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve karşılanmamış gereksinimleri azaltmaya önemli katkıları olmuştur. 2002 yılında Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle kürtaj yaptırabilmek için kadının eşinin rızasını almamış olması da suç olmaktan çıkarılmıştır.

## **2.7. İSTEYEREK DÜŞÜKLERİN ETİK, SOSYAL ve DİNİ BOYUTU**

İstenmeyen gebelik ve sonlandırılması pek çok disiplini ilgilendiren etik, hukuki ve inanç yönleri olan bir konudur.

### **2.7.1 İsteyerek Düşüklerin Etik Boyutu**

Biyomedikal etiğin en eski ve en karmaşık sorunlarından biri olan istemli düşükler, tarihin her döneminde olduğu gibi günümüzde de yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Tarih boyunca farklı toplumlarda ve farklı dinler tarafından suç sayılan düşükler, insan merkezli düşüncenin benimsenmesiyle insan hakları ve özellikle de kadın hakları ile ilişkilendirilmiş, daha sonra da devlet politikalarına yansiyarak bir çok ülkede yasallaştırılmıştır.

İsteyerek düşükle ilgili tartışmalar üç başlık etrafında toplanmaktadır (69).

Bu başlıklardan birincisi; embriyonik ve fetal yaşamın ahlaki konumudur. Fetusun ne zaman “insan” ya da “kişi” olarak tanımlanabileceği ile ilgili görüşler bu başlık üzerinde yapılan tartışmalarda isteyerek düşükle ilgili gerekçelere temel oluşturur. İkinci başlık; anne ile fetus arasındaki hakların çatışmasıdır. Üçüncü başlık ise isteyerek düşük hakkının sınırlandırılması sonucu oluşacak olumsuz sonuçların, fetal yaşamı sonlandırma ile oluşacak olumsuz sonuçları dengeleyip dengeleyemeyeceği ile ilgilidir. İsteyerek düşük konusundaki çağdaş biyoetik görüşler bu başlıklardan birinin ya da birden fazlasının etrafındaki gerekçelere dayandırılarak yapılmaktadır (69).

İsteyerek düşükle ilgili etik tartışmaların odak noktası fetüsün insan olma potansiyeli ile ilgilidir. İnsan olma potansiyeli, insan olmanın temel niteliği konusunda, hem isteyerek düşük taraftarlarına hem de karşıtlarına görüşlerini temellendirmeleri için olanaklar sunar (70). İsteyerek düşüğün, aslında bir canlının yaşamının sonlandırılması ya da yaşama şansının ortadan kaldırılması olduğu herkes tarafından kabul edilen bir görüştür. Tartışılan nokta yaşamı sonlandırılan bu canlının bir insan olup olmadığıdır (71). Bir başka deyişle “İnsan yaşamı ne zaman başlar? Fetüs bir insan mıdır, değil midir? Döllenmenin başlamasından doğuma kadar olan sürecin neresinde insan oluruz?” soruları tartışılmaktadır. Ancak bu soruları yanıtlamak kolay olmadığı gibi bu konularda bir fikir birliği de yoktur. İsteyerek düşük karşıtları, döllenme anını insan yaşamının başlangıcı olarak kabul etmektedir. Çünkü döllenmiş yumurta, insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. İnsanın başlangıcı döllenme anı olduğu için de gebeliğin her dönemindeki düşük, bir insanı öldürmekle eş anlamdadır. İsteyerek düşük yanlıları ise, gebeliğin her aşamasında isteyerek düşüğe izin verilmesi gerektiğini savunurlar. Döllenmiş yumurta onlara göre kadın bedeninin bir parçasıdır ve gelişebilmesi için o bedene ihtiyacı vardır. Bu nedenle ayrı bir varlık olarak değerlendirilemez (72). İsteyerek düşük yanlılarına göre bir canlının ahlak açısından değerlendirilebilmesi, dolayısıyla birey ya da kişi olarak kabul edilebilmesi için her şeyden önce bilinçlilik ve rasyonellik gibi iki önemli kapasiteyi taşıyor olması gerekir (71,72). Yani birey olmak kendi bilinçliliğinin farkında olmayı, nesnelere ve durumları zamansal ve uzaysal olarak tanımayı, geçmişi anımsama ve geleceği öngörme yeteneğini gerektirir (20). Oysa fetüs gebeliğin hiçbir aşamasında bu kapasitelere sahip değildir. İnsan olmanın tanımını “kişiliğe” vurgu yaparak oluşturan isteyerek düşük

taraftarları; insanın sevinç ve öfke gösterebilen, acılara karşı duyarlı, yaşam içinde deneyimlere sahip toplumsal ve davranışsal bir varlığa sahip olduğunu ileri sürerek, bu özellikleri henüz taşımayan fetusun yaşamının sonlandırılmasının yetişkin bir insanın yaşamının sonlandırılmasıyla aynı olmadığını ileri sürerlerken, aynı gerekçelerle isteyerek düşük karıştları ileride bu özelliklere sahip olabilecek insan türüne ait bir canlı varlığın yaşamının sonlandırılmasının doğru olmadığını savunurlar (70).

Anne ile fetus arasındaki haklar çatışması konu olduğunda kürtaj bir kadın hakkı olarak kabul edenler ve buna karşın fetüsün haklarını savunanlar karşı karşıya gelmektedir. Fetüsü bir insan olarak kabul edenlere göre, fetüs de bir insan ile aynı haklara ve onun değerine eş bir değere sahiptir (73,74). Fetüs bir birey olmasa da bir canlıdır ve yaşamak her canlının temel hakkıdır (75,76). Kadın hakları ve özellikle kadının kendi bedeninde olanlara ve olacıklara karar verme hakkına sahip olduğunu ileri sürenler ise, “başka bir canlının hayatının söz konusu olmasının, sonucu değiştiremeyeceğini, çünkü hiç kimsenin başka birisi için, onu hayatta tutmak adına bile olsa, büyük fedakarlıklar yapmaya ahlaki açıdan zorunlu olmadığını” savunurlar (20). Ayrıca bir canlıya ahlak açısından hak tanıyabilmek, dolayısıyla fetüsün yaşam hakkından söz edebilmek için öncelikle onun kendisini zamanın akışı içinde ayrı bir varlık olarak kavrayabilmesi gerekir. Kendisini bu şekilde kavrama kapasitesine sahip olmayan bir canlının varlığını sonlandırmanın onun çıkarlarına aykırı olduğunu öne sürmek oldukça güçtür. Çünkü onun “çıkar” kavramı yoktur tezini savunurlar (20). Gebe kadının fetüsle özel bir ilişkisi olduğu kabul edilirse, bu ilişki aracılığıyla kadının fetüsle ilgili belli kararları verebilecek yetkiye sahip olduğunun da kabul edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Fetüsün potansiyel bir kişi olması; gebelik, bebeklik ve çocukluk gibi dönemlerde normal gelişimini sürdüreceği varsayımıyla anlam kazanır ve fetüs ancak bu durumda bir birey haline gelebilir. Bu yüzden fetüsle ilgili kararlarda onun “ne olduğundan çok, “ne olacağı” sorusuna yanıt aranabilir (71,77,78). Örneğin fetüsün istenip istenmediği gibi sorular yanıtlanmalıdır. Fetüse karşı davranışımızın fetüsün insanlık derecesine bağlı olmaktan çok; başkalarının, daha doğrusu en yakını olan ana-babasının onun hakkındaki duygularına bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Buna göre fetüsün değerini annenin duyguları belirler (77).

İsteyerek düşüğü etik açıdan önemli kılan noktalardan biride isteyerek düşük hakkının sınırlandırılması sonucu oluşacak olumsuz sonuçların, fetal yaşamı sonlandırma ile



oluşacak olumsuz sonuçları dengeleyip dengeleyemeyeceği konusudur. Gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılmasının ahlaki olarak savunulur olduğunu öne süren görüşlerin bir bölümü, kadının kendi doğurganlığını denetleyemediği durumlarda oluşan kötü sonuçlar üzerinde odaklanır. İstenmeyen gebelikleri önlemek çok zor olduğu için ve isteyerek düşük yapma gereksinimi çok zorlayıcı olduğu içindir ki, isteyerek düşüğün yasak olduğu toplumlarda pek çok kadın hijyenik olmayan koşullarda yasa dışı çalışan kliniklerde veya bir takım ilaçlar kullanarak düşük yapmakta ve bunu yaparken de yasal kovuşturmayla uğramayı, sakat kalmayı hatta ölümü göze almaktadırlar (79). Gebeliğin doğumla sonuçlandığında oluşacak istenmeyen sonuçların engellenmesi eğer isteyerek düşükle sağlanabiliyorsa, ahlaki açıdan düşüğün savunulabilir olduğu ileri sürülür. İsteyerek düşüğün ahlaki açıdan izin verilebilir olduğunu savunan görüşlerin diğer bir bölümü ise kadının kendi doğurganlığını denetleme hakkının elinden alınmasının (isteyerek düşük dahil) temel ahlaki haklarının sınırlanması anlamına geldiğini savunur (69).

İnsan yaşamı bir ovum ve bir spermin birleşmesi ile başlar ve yaşam hakkı bu noktadan itibaren tartışılan bir konudur. Bu nedenle fetüsün yaşam hakkının elinden alınmasını içeren kürtaj var olduğu sürece etik tartışmalar da devam edecektir. Etik sorun, döllenen insan yumurtasının ne zaman insan sayılabileceğinin sınırının çizilmesiyle açıklık kazanacaktır. Kişi sayıldığı andan itibaren başta yaşama hakkı olmak üzere insan haklarına sahip olacaktır (80).

### **2.7.2. İsteyerek Düşüklerin Sosyal ve Dini Boyutu**

Sosyal bir olgu olan çocuk düşürme ve düşürtme fiillerinin, suç oluşturup oluşturmayacağı hukuki, ahlaki, ekonomik ve felsefi olarak tartışılmaktadır. Çocuk düşürme kavramı, bazen kadının beden bütünlüğüne bazen de cenine karşı işlenmiş bir fiil olarak algılanmaktadır (81).

İlahi tüm dinler anne karnındaki çocuğun düşürülmesini yasaklamıştır. Budizm, Zerdüştlük ve Hinduizm de çocuk düşürmeyi yasaklamıştır. Yahudilerin kutsal kitabında evlilik ve çoğalma emredilmiş olduğundan kısır eşin boşanması ve cariyelik kavramı meşru sayılmıştır. Tevrat'a göre, "çocuk düşüren kadın çocuğun ölümüne ve nüfusun azalmasına sebep olduğu için cani sayılır". İslamiyet'te olduğu gibi Hristiyanlık'ta da çocuk düşürmek büyük günah kabul edilmiştir. Kiliseler tarih boyunca Hristiyan kadınların çocuklarını düşürmek için ilaç içmelerini yasaklamış ve

kınamışlardır (86). İncilin “Çoğalınız ve dünyayı doldurunuz” buyruğundan hareket eden Papalık ve kiliseler çocuk düşürme fiiline karşı çıkmışlardır.

Museviler yaşamın doğumdan sonra başladığına inandığından, gebeliğin sonlandırılmasına olan temel yaklaşım, annenin korunmasıdır. Bu nedenle annenin yaşamı tehlikede olduğu zaman gebeliğin sonlandırılmasına izin verilmiştir (82).

Hristiyanlığın erken dönemlerinde bekaret evlilikten üstün görülmüş ve evlilik için tek geçerli gerekçenin çocuk dünyaya getirmek olduğu savunulmuştur. Tek eşle evlilik, zinayı önlediği için cehennemde yanmayı da önlemektedir, ancak evlilik içindeki cinsel ilişkinin çocuk sahibi olma amacından ayrılarak haz amacına yönelmesi günah olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılması ve düşük yoluyla gebeliklerin sonlandırılması günah olarak kabul edilmiştir (83, 84).

Düşük, Roma Katolik Kilisesi geleneği tarafından tarih boyunca ciddi bir günah olarak algılanmıştır. Ancak düşük konusundaki Katolik öğretisi her zaman fetusun yaşam hakkına odaklı değildir ve her düşük bir insan öldürme edimi olarak tanımlanmamıştır. Özellikle erken dönem isteyerek düşük, yüzyıllar boyu Kilise tarafından daha çok bir cinsel günah biçimi, üreme sürecinin doğal akışına bir müdahale olarak sunulmuştur (85).

Protestan Kilisesi gebeliğin sonlandırılması ve ruhun bedenle birleşmesi konusunda Katolik’ler de olduğu gibi tutucu bir görüşü benimsemiştir (82,86). Protestanlar yaşamın spermin içinde olduğuna ve kadının rahminin sadece bu yaşamın gelişmesi için ortam hazırladığına inanmışlar, ruhun Tanrı tarafından yaratılarak erkekten gelen spermin içinde saklı olduğu düşüncesini savunmuşlardır. Bu nedenle fetusun tüm gebelik boyunca insan ruhuna sahip olduğu görüşü benimsenmiş ve gebeliğin sonlandırılmasına gebeliğin her aşamasında karşı çıkmıştır. Embriyolojideki bilgilerin zaman içinde değişmesine rağmen, Protestanlar gebeliğin sonlandırılmasına karşı olan görüşlerini korumuşlardır (86).

İslam hukukuna göre insan hayatı, insanın cenin olarak ana rahmine düştüğü anda başlamaktadır. En genel ifade ile cenin henüz doğmamış, ana rahminde bulunan çocuk olarak tanımlanır. Bu nedenle günümüz hukukunda olduğu gibi İslam hukukunda da ceninin hayatını korumak amacıyla bir çok hüküm bulunmaktadır. İslam ceza hukukunda cenine karşı gerçekleştirilecek haksız fiiller suç olarak ele alınmış ve cezalandırılmıştır (87). Çocuk Düşürme (Düşük) ve Düşürtme İslam hukukunda İskat-ı

cenin olarak adlandırılır. Ceninin dışarıdan gelen (harici) bir hareketle kasten düşürülmesine ise kürtaj adı verilir. İslam hukuku açısından konuya baktığımız zaman Kuran'da bu konuda bir hüküm bulunmadığı söylenmektedir. İslamiyet öncesi Arap toplumlarında cahiliye devrinde yaygın bir uygulama olan çocuk öldürmeyi yasaklamakla ilgili olarak, Kuran'da sadece bir ayet bulunmaktadır. Bu ayette ise Allah'ın tüm insanların rızkını verdiği için insanların çocuklarını öldürmemeleri tembih edilmektedir (88). Ancak ceninin tıbbi bir zorunluluk olmaksızın aldırılıp aldırılmayacağı ve bunun süresi konusunda İslam hukukçuları arasında tartışmalar bulunmaktadır. İslam hukukçularının çoğu tarafından meşru bir sebep olmadan çocuk düşürmenin mümkün olmayacağı kabul edilmekle birlikte bazı İslam hukukçularına göre gebeliğin ilk dönemlerinde çocuk düşürmek mümkündür. İslam hukukçularının çoğunluğu insan hayatının, cenîne ruhun üflenmesiyle başladığını kabul etmişlerdir. Buna göre insanî kimliğin kabul edilmesine vesile olan beyin değil ruhtur (89). Ruhun üflenmesi yüz yirmi günden sonra olur. İmam Nevevî, Kurtubî, İbn Hacer, İbn Receb, el-Hanbelî, İbn Abidin ve diğer âlimler bu konuda görüş birliği bulunduğunu belirtmişlerdir. İslamiyetin dört ana mezhebinden Hanefilik mezhebi mecburiyet halinde 120 günün sonuna kadar kürtaja izin verirken, Malikiler çoğunlukla kürtajın yasak olması fikrini ileri sürmüşler ancak zorunluluk olması halinde ilk 40 gün içinde çocuğun düşürülebileceğini kabul etmişlerdir. Hanbeli ve Şafiiler ise uygun olup olmaması konusunda Hanefilere katılırken, süre konusunda farklı düşünmüşlerdir. Tüm mezheplerin üzerinde anlaştıkları tek nokta ise ceninin ana rahmine düşmesinden itibaren 4 ay sonra annenin hayatının tehlikede olması dışında kürtajın hiçbir şekilde kabul edilmemesidir (90).

Buna göre gebeliğin ilk 4 ayında geçerli bir özür varsa kürtaja izin verilir. Ancak AP maksadıyla kürtaja izin verilmez. Gayrimeşru ilişkiyi örtbas etmek gayesiyle bu ilişkiden olan çocuğu ve cinsel taciz sonucu oluşan cenîni düşürmeye izin verilmez. Ancak anne buna mecbur kalırsa ruh üflenmeden önce kürtaj yapılabilir. AIDS'e yakalanan annenin çocuğu bazı İslam hukukçularına göre ancak ilk aşamalarda düşürülebilir. Süt emziren kadının, emen çocuğuna zarar verir korkusuyla, hâmile olduğu çocuğu düşürmesine izin verilmez (90).

İslam devletlerinde otoriteler kimi zaman çıkardıkları fetvalar ile çocuk düşürme fiilinin dinen uygun olup olmadığı ve bu fiile hangi hallerde izin verileceğini saptamaktadırlar.

1991 yılında Suudi Arabistan’da verilen bir fetva ile döllenmeden sonraki ilk 120 gün içinde çocuk düşürmenin İslami esaslara aykırı olmayacağı belirtilirken, 2005 yılında İran’ın iki büyük müftüsü Ayetullah Yusuf Saanei ve Ayetullah Ali Khameni gebeliğin ilk üç ayında ceninde genetik hastalığın tespit edilmesi veya gebeliğin annenin yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokması halinde çocuk düşürmenin uygun olacağı yolunda fetvalar vermişlerdir. Türkiye Cumhuriyeti’nde ise, Diyanet İşleri Başkanlığı “zaruret mahzuru ortadan kaldırır” ayeti gereğince çocuk düşürmenin dine aykırı olmadığını belirten bir rapor yayımlamıştır (91,92). Bunun dışında Diyanet İşleri Başkanlığı tecavüz sonucu oluşan gebeliklerde çocuk düşürmenin İslamiyet’e aykırı olmayacağı yolunda bir fetva da vermiştir (93). Genel olarak çocuk düşürme fiilinde hukuka uygunluk halleri, annenin sağlığı ve hayatının tehlikede olması veya annenin emzirdiği bir çocuğu olması halinde hamilelik nedeniyle süttten kesilme ve kocanın mali durumunun elverişli olmaması sebebiyle emzirilen çocuğun beslenme zorluğuna gireceği durumlar olarak gösterilmektedir (93).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### **Araştırma tipi**

Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde aile planlaması polikliniğine isteğe bağlı düşük için başvuran kadınların sosyo-demografik durumlarını değerlendirme, en son gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumlarını saptama ve istemli düşüğe bakış açılarını ortaya çıkarma amacıyla yapılmıştır.

#### **Evren ve Örneklem:**

Bu çalışma için Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği, Kayseri'de isteğe bağlı düşüklerin sonlandırılması hizmeti için başvuruların en fazla olduğu poliklinik olduğu için tercih edilmiştir. Örnek büyüklüğü hesaplanarak 250 kadınla görüşme yapılması planlanmıştır. Aylık ortalama 50-60 isteyerek düşüğün gerçekleştiği poliklinikte 6 aylık bir sürede 250 kadına ulaşılması ve veri toplanma planlanmıştır. 15 Kasım 2012- 15 Mayıs 2013 tarihleri arasında AP polikliniğine başvuran kadınlardan isteyerek düşük için verilen randevuya gelen kadınlardan araştırmaya katılmayı kabul edenler ile görüşme yapılmıştır. Bu poliklinikte isteyerek düşükler için polikliniğe başvuran kadınlara biraz daha düşünmeleri ve kesin karar verebilmeleri için randevu verilmekte kadınların bir kısmı verilen randevuya gelmemektedir. Gelmeyen kadınların bir kısmının özel hastane veya muayenehaneyi tercih ettiği düşünülmekte ya da isteyerek düşükten vazgeçip bebeği doğurmaya karar verdiği düşünülmektedir. Hastane yönetimi başvuran kadınlarda resmi nikah belgesi, eş izni ve imzası istemektedir. Hastanenin resmi nikah istemesinden dolayı, imam nikahlı eş, kuma (ikinci eş), evlilik

harici birlikteliklerin başvurusu kabul edilmemektedir. Tecavüz veya resmi nikahsız adolesan gebelikler adli vaka olduğundan bu başvurular kabul edilmemektedir. 2002 yılında Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu'nda yapılan değişikliklerle kürtaj yaptırabilmek için kadının eşinin rızasını almamış olması da suç olmaktan çıkarılmıştır. Eş izni kaldırılmış olmasına rağmen hastane yönetimi sonradan sorun yaşamamak adına eş izni istemektedir. Gebelikler Aile Hekimi tarafından MR (Menstrüal Regülasyon) yöntemiyle sonlandırılmaktadır. Yöntem nedeniyle bu poliklinikte 8. haftaya kadar olan gebelikler sonlandırılmaktadır. Dolayısıyla araştırma grubuna, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği AP polikliniğinde randevuya gelip isteğe bağlı düşük yaptıran, evli, resmi nikahlı, düşüğe eşinin de onayı olan, gebeliğinin ilk 8. haftasına kadar olan 250 kadın alınmıştır.

#### **Veri toplama aracı:**

Çalışmada ilgili literatür incelenerek hazırlanan anket kullanılmıştır (4,95,100,111). Anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini değerlendirmek amacı ile, Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde AP Polikliniği'ne başvuran kadınlardan araştırma grubu dışında aynı kriterleri taşıyan 15 kadına yüz yüze görüşme tekniği ile ön anket uygulaması yapılmış, eksik, anlaşılmayan sorular düzeltilerek, ankete son şekli verilmiştir. Ön anket uygulaması yapılan kadınlar değerlendirmeye alınmamıştır. Anket ilk kez isteyerek düşüğe başvuran kadınlar için 44 sorudan, daha önce isteyerek düşüğü olan kadınlar için 53 sorudan oluşmaktadır. Ankette, kadınların sosyodemografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumları, kürtaj sonrası kullanmayı düşündükleri AP yöntemleri, istemli düşük yaptırma nedenleri, düşüklerle ilgili bilgi durumları ve istemli düşüğe bakış açıları ile ilgili sorular mevcuttur. Bunun yanında daha önce istemli düşüğü olan kadınlara bu düşüklerine yönelik sorular sorulmuştur. Ailenin ekonomik durumuna yönelik sorularda kadınların kendi ifadeleri değerlendirmeye alınmış, gelir sınıflaması yapılırken de asgari ücret esas alınmıştır.

“Abortus”, “kürtaj” ve “düşük” kavramlarının taşıdığı anlam farklılıkları göz önüne alınarak bu çalışmada söz konusu kavramı karşılamak için, isteyerek düşük ve kürtaj terimleri kullanılmıştır.

**Veri toplama yöntemi:**

Araştırma grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından çalışma hakkında sözlü olarak bilgi verilip, onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Görüşme verilen randevuya gelen kadınlarla isteyerek düşük işlemin öncesi bekleme süresinde yapılmıştır. Görüşme araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yapılmış ve her bir kadın için ortalama 15 dakika sürmüştür. Tüm veriler araştırmacının kendisi tarafından toplanmıştır.

**Onam ve Etik Kurul :**

Çalışma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır. Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğü ve Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliğinden Kurum izinleri alınmıştır. Araştırma grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından çalışma hakkında sözlü olarak bilgi verilip onamları alındıktan sonra anket uygulaması yapılmıştır.

**İstatistiksel analiz:**

Elde edilen verilerin bilgisayar ortamında değerlendirilerek yüzdeler, ortalama, ve Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

## 4. BULGULAR

**Tablo 4.1.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özellikleri

<b>Yaş grupları</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
15-19	6	2.4
20-24	31	12.4
25-29	46	18.4
30-34	63	25.2
35-39	64	25.6
40-44	36	14.4
45-49	4	1.6
<b>Öğrenim durumu</b>		
OYD+OY	11	4.4
İlkokul	143	57.2
Orta+ Lise	86	34.4
Üniversite	10	4.0
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	203	81.2
Ev dışında çalışan	47	18.8
<b>En uzun yaşanılan yer</b>		
İl	130	52.0
İlçe	42	16.8
Kasaba, köy	78	31.2
<b>Nereden geldiği</b>		
Kayseri	177	70.8
Kayseri'ye bağlı ilçeler	33	13.2
Kayseri dışından –kasaba	40	16.0
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>



Tablo 4.1'e göre, isteyerek düşük yapanlar içinde 15-19 yaş grubunda bulunan kadınların oranı %2.4 iken bu oran 30-34 yaş grubunda %25.2'dir. İsteyerek düşük için başvuran kadınların yarısı 30-39 yaş grubunda bulunmaktadır. 40-49 yaşları arasında başvuran kadınların oranı %16.0'dır.

Kadınların % 2.4'ünü (6 kişi) oluşturmakta ve bunlardan 2'si ilk, 2'si ikinci, 2'si üçüncü gebeliğinde isteyerek düşük için gelmiştir. Adolesanlardan 1 kişi ikinci isteyerek düşüğünü yaptırmak için gelmiştir.

Araştırma grubundaki kadınların yaş ortalaması  $32.42 \pm 6.38$  yıl olup en küçük yaş 18, en büyük yaş 46'dır.

Araştırma grubundaki kadınların yarıdan fazlası ilkokul mezunu olup, okur yazar ve okur yazar olmayanların oranı %4.4 ve üniversite mezunu oranı %4.0'dır.

Kadınlardan %80.0'ı ev hanımıdır. Kadınların yarısı en uzun il merkezinde yaşamış olup, diğer yarısı ilçe, kasaba, köyde yaşamıştır. Kadınların %84.0'ı Kayseri ve bağlı ilçelerden gelmiştir.

**Tablo 4.2.** Araştırma grubundaki kadınların eşlerinin tanımlayıcı özellikleri

<b>Eşin yaşı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
20-29	51	20.4
30-39	100	40.0
40+	99	39.6
<b>Eşin öğrenim durumu</b>		
OYD+OY	3	1.2
İlkokul	123	49.2
Orta+Lise	108	43.2
Üniversite	16	6.4
<b>Eşin mesleği</b>		
İşçi	142	56.8
Memur	12	4.8
Serbest+esnaf	55	22.0
Çiftçi	17	6.8
İşsiz	9	3.6
Diğer*	10	4.0
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

\*Günlük işlerde çalışıp geliri çok az olan ya da geliri belli olmayan

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi araştırma grubundaki kadınların eşlerinin %79.6’sının yaşı 30 ve üzeridir. Eşlerin yaş ortalaması  $36.98 \pm 6.910$  yıl olup, en küçük yaş 21, en büyük yaş 55’tir. Eşlerin %49.2’si ilkokul, %43.2’si orta ve lise mezunudur.

Eşlerin %56.8’i işçi olarak çalışmaktadır. İşçi olarak çalıştıklarını söyleyenler asgari ücret ile ya da günlük ücret ile çalıştıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.3.** Araştırma grubundaki kadınların ailelerine ilişkin tanımlayıcı özellikleri

<b>Aile tipi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Çekirdek aile	213	85.0
Geniş aile	37	14.8
<b>Ailedeki kişi sayısı</b>		
2-4	118	47.2
5-7	117	46.8
8+	15	6.0
<b>Ailedeki çocuk sayısı</b>		
0	2	0.8
1	32	12.8
2	94	37.6
3	75	30.0
4	33	13.2
5	9	3.6
6	4	1.6
7	1	0.4
<b>Ailenin ekonomik durumu</b>		
Çok iyi	2	0.8
İyi	37	14.8
Orta	163	65.2
Kötü	41	16.8
Çok kötü	7	2.8
<b>Ortalama aylık gelir</b>		
Belirtmeyen	41	16.4
100-850	73	29.92
851-1700	99	39.6
1700+	37	14.8
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.3’e göre kadınların sahip olduğu en az çocuk sayısı 0, en fazla çocuk sayısı 7’dir. Kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı 2.61’dir. Kadınların %85.0’ı çekirdek ailede yaşamaktadır.

Araştırma grubundaki kadınların ailelerinin aylık gelir ortalaması  $1310 \pm 815.068$  olup en az 200 TL en fazla 5800 TL’dir.

Gelir durumunu belirtmeyen kadınlar eşlerinin düzenli bir geliri olmadığını ya da çok az olduğunu ifade etmişlerdir. Bu kadınlar ekonomik durumlarının kötü ve çok kötü olarak belirtmişlerdir.

Kadınların %65.2'si ekonomik durumunu orta olarak bildirmiş ve 100-1700 TL arasında aylık gelirlerinin olduğunu belirtmişlerdir.

Kadınların %15.6'sı ekonomik durumunu iyi ve çok iyi olarak ifade etmiş ve 1700 TL ve üzeri aylık gelirleri olduğunu bildirmiştir.

Kadınların %12.8'inin 1, %37.6'sının 2, %48.8'inin 3 veya daha fazla çocuğu olduğu görülmektedir.

Kadınların %22'si kendilerinde, %14'ü eşlerinde en az bir kronik bir hastalığın var olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 4.4.** Araştırma grubundaki kadınların evlilik durumları ile ilgili özellikleri

<b>İlk evlenme yaşı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
13-18	132	52.8
19-24	104	41.6
25-35	14	5.4
<b>İlk gebelik yaşı</b>		
13-18	91	36.4
19-24	139	55.6
25-35	20	8.0
<b>Kaçıncı evlilik</b>		
İlk evlilik	233	93.2
İkinci evlilik	17	6.8
<b>Eş ile akrabalık durumu</b>		
Var	23	9.2
Yok	227	90.8
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.4'e göre araştırma grubundaki kadınların %52.8'i adolesan dönemde evlilik yapmıştır ve bu dönemde evlilik yapanların %68.9'u ilk gebeliğini de adolesan dönemde yaşamıştır. Kadınların %55.6'sının ilk gebeliği 19-24 yaşları arasında olmuştur.

Araştırma grubundaki kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması  $18.87 \pm 3.056$  yıl olup en küçük yaş 13, en büyük yaş 24'tür. Kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması  $19.87 \pm 3.18$  yıl olup en küçük ilk gebelik yaşı 14, en büyük 35 yaşdır. Kadınların %92.0'inin ilk gebeliği 25 yaşından önce olmuştur.

İlk evlenme yaşı ortanca değeri 18, ilk gebelik yaşı ortanca değeri 19 yıldır.

Kadınların %9.2'sinin eşiyle birinci dereceden akrabalık durumu vardır. Eşi ile akraba olan kadınların %8.7'sinin 1 engelli çocuğu bulunmaktadır.

**Tablo 4.5.** Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık özelliklerine göre dağılımı

(n=250)	Toplam gebelik sayısı		Canlı doğum sayısı		Ölü doğum sayısı		Kendiliğinden düşük sayısı		Önceki isteyerek düşük sayısı	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0	0	0	2	0.8	233	93.2	179	71.6	172	68.8
1	2	0.8	33	13.2	16	6.4	53	21.2	54	21.6
2	19	7.6	94	37.6	1	0.4	16	6.4	20	8
3	62	24.8	68	27.2	-	-	2	0.8	3	1.2
4+	167	66.8	53	21.2	-	-	-	-	1	0.4

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, kadınlardan 2'si ilk gebeliğinde, %7.6'sı ikinci, %24.8'i üçüncü %66.8'i 4 ve üzeri gebeliğinde isteyerek düşük için gelmiştir.

Daha önce hiç isteyerek düşük yaptırmayıp ilk kez gelen kadınların oranı %68.8'dir. Kadınların %21.6'sı bir, 2 kişi iki, 3 kişi üç, 1 kişi de dört kez isteyerek düşük yaptırmıştır.

**Tablo 4.6.** Araştırma grubundaki kadınların doğurganlık ölçütleri

<b>Doğurganlık durumu(n = 250)</b>	<b>×± Sd</b>	<b>min-max</b>
Toplam gebelik sayısı	4.43 ±1.70	1-10
Canlı doğum sayısı	2.63 ±1.16	0-7
Ölü doğum sayısı	0.07 ±0.27	0-2
Kendiliğinden düşük sayısı	0.36 ±0.64	0-3
Kürtaj sayısı	0.43 ±0.72	0-4

Tablo 4.6’da kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması 4.43±1.70 iken canlı doğum sayısı ortalaması 2.63 ±1.16 çocuk olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7.** Araştırma grubundaki kadınların çocukları ile ilgili tanımlayıcı özellikler

<b>Çocuk sayısı (n=250)</b>	<b>Çocuk sayısı</b>		<b>Kız çocuk sayısı</b>		<b>Erkek çocuk sayısı</b>		<b>Engelli çocuk sayısı</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
0	2	0.8	51	20.4	35	14.0	241	96.4
1	32	12.8	115	46.0	122	48.8	9	3.6
2	94	37.6	58	23.2	74	29.6	-	-
3	75	30.0	16	6.4	14	5.6	-	-
4+	47	18.8	10	4.0	5	2.0	-	-

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere 2. çocuktan sonra kürtaja başvurma oranı %37.6 olup, bu oran 3 ve üzeri çocuktan sonra %48.8’dir. Hiç kızı olmayan, hiç oğlu olmayan kadınların da isteyerek düşüğe başvurdukları görülmektedir. Tablo 4.5’e göre 4 ve üzeri gebeliği olan kadınların oranı %66.8 iken, 4 ve üzeri çocuğu olan kadın oranı %18.8’dir. 4 ve üzeri gebeliği olan %48’lik oranın da büyük çoğunluğunun isteyerek düşüğe başvurduğu görülmektedir. Engelli çocuğu olup isteyerek düşüğe başvuran kadınların oranı %3.6’dır. Engelli çocuğu olan kadınların da %22.2’sinin eşi ile akrabalık durumu vardır. Kadınların anomalili doğup ölen çocuğu yoktur.

**Tablo 4.8.** Araştırma grubundaki kadınların en son çocuklarının yaşı ile ilgili durumları

<b>En son çocuğun yaşı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
0-2 yaş	77	30.8
3-6 yaş	72	28.8
7-13 yaş	80	32.0
14-18 yaş	16	6.4
18+	5	2.0
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.8'e göre en son çocuğu 2 yaş ve daha küçük olan kadınların oranı %30.8 olup, 3 yaşından büyük olan kadınların oranı %69.2'dir.

**Tablo 4.9.** Araştırma grubundaki kadınların önceki istenmeyen gebelik durumları ve kadınlara göre ideal çocuk sayısı durumuna göre dağılımları

<b>İstemedен gebe kalıp doğum yapma</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	79	31.6
Hayır	171	68.4
<b>İstemedен gebe kalıp yapılan doğum sayısı n=79</b>		
1	64	81.02
2+	15	18.98
<b>İleride başka çocuk isteme durumu</b>		
Evet	36	14.4
Hayır	214	85.6
<b>Kadınlara göre ideal çocuk sayısı</b>		
0	1	0.4
1	11	4.4
2	110	44.4
3	89	35.6
4+	39	15.6
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.9'a göre kadınların %31.6'sı istemedен gebe kaldığı halde doğum yapmıştır. Kadınların %85.6'sı artık başka çocuk istemediğini belirtmiştir. Özellikle 35 yaş üstü kadınların hepsi başka çocuk istemediğini belirtmiştir. Kadınların %44.4'ü ideal çocuk sayısını 2 olarak belirtirken, %51.2'si 3 ve üzeri olarak belirtmişlerdir.

**Tablo 4.10.** Araştırma grubundaki kadınların gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumları

En son kullandıkları AP yöntemi	Sayı	%
Geri Çekme	95	38.4
Kondom	80	32.0
Yöntem kullanmıyor	44	17.6
Oral kontraseptif	21	8.4
RİA	8	3.2
Enjektabl kontraseptif	1	0.4
Takvim	1	0.4
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.10'a göre araştırma grubundaki kadınların en son gebelikten önce kullandıkları AP yöntemine bakıldığında kadınların %17.6'sı yöntem kullanmadığını belirtmiştir. En fazla kullanılan yöntemler %38.4 ile geri çekme, %32 ile kondomdur.

Araştırma grubundaki kadınlardan %60.4'ü eşinin AP kullanmada sorumluluk aldığını belirtmiştir. Eşinin sorumluluk aldığını belirten kadınlar AP yöntemi olarak geri çekme ve kondom kullananlardır.

**Tablo 4.11.** Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullanmama nedenlerine göre dağılımları

Nedenler	Sayı	%
İhmal, önemsememe, yöntemler hakkında bilgisizlik	9	20.4
Yöntemlerin yan etkisi	8	18.1
Çocuk isteme durumu	7	15.9
Sağlık kurumlarından yöntemin temin edilememesi	6	13.6
Kendine uygun yöntem olmaması	3	6.8
Menapoza girildiği düşüncesi	3	6.8
Eşin istememesi	2	4.5
Tüp bebek sonrası hamile kalınmaz düşüncesi	2	4.5
Emzirme döneminde süt korur düşüncesi	2	4.5
Myom+kist nedeniyle hamile kalınmaz düşüncesi	2	4.5
<b>Toplam</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi yöntem kullanmama nedenlerini ihmal, önemsememe, bilgisizlik olarak belirten kadınların oranı %20.4’tür. Kadınların %13.6’sı yöntemi sağlık kurumlarından temin edemediğini belirtmiştir. Kadınların %20.3’ünde, cinsel yönden aktif oldukları her dönem gebe kalabilecekleri konusunda bilgi eksikliği olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.12.** Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullandıkları halde neden gebe kaldıkları konusundaki düşünceleri

Düşünceler ( n=206)	Sayı	%
Sürekli, düzenli, doğru biçimde kullanmama	52	25.2
Modern yöntemlerin yan etkilerinden dolayı etkin bir yöntem olmayan geri çekmeyi tercih etme	51	24.7
Kullanılan materyalde bozukluk olması	28	13.5
Dikkatsizlik	28	13.5
Modern yöntemlerinde gebeliği önlemede yeterince etkin olmaması	18	8.7
Kullandığı yöntemi sağlık kurumlarından temin edemediğinden etkin bir yöntem olmayan geri çekmeyi tercih etme	15	7.2
Kullanılan yöntemin etkin bir yöntem olmaması	2	0.9
Çocuk istediği için kullanılan yönteme ara verme	2	0.9
Bilmiyor	7	3.3
Diğer	3	1.4

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi modern yöntem kullandıkları halde yöntemi doğru kullanamayan kadınların oranı %25.2’dir. Kadınların %8.7’si modern yöntemlerin gebeliği önlemede yeterli olmadığı için gebe kaldıklarını düşünmektedirler.



**Tablo 4.13.** Araştırma grubundaki kadınların yöntem kullandıkları halde gebe kalma nedenlerinin en son kullandıkları AP yöntemlerine göre dağılımları

Yöntem kullandıkları halde gebe kalma nedenleri	En son kullandıkları aile planlaması yöntemleri						Toplam
	Geri çekme	Takvim	Kondom	RİA	Enjek kont.	Oral kont.	
Sürekli, düzenli, doğru biçimde kullanmama	—	—	45.0	—	100.0	71.4	<b>25.2</b>
Kullanılan metaryalde bozukluk	—	—	35.0	—	—	—	<b>13.5</b>
Modern yöntemlerin gebeliği önlemede yeterince etkin olmaması	—	—	7.5	100.0	—	19.0	<b>8.7</b>
Modern yöntemleri sağlık kurumlarından temin edemediğinden geri çekmeyi tercih etme	12.6	—	1.2	—	—	9.6	<b>7.2</b>
Modern yöntemlerin yan etkilerinden dolayı geri çekmeyi tercih etme	53.6	—	—	—	—	—	<b>24.7</b>
Kullanılan yöntemin etkin olmaması	1.0	100.0	—	—	—	—	<b>0.9</b>
Çocuk istediği için kullanılan yönteme ara verme	—	—	2.5	—	—	—	<b>0.9</b>
Dikkatsizlik	28.4	—	1.2	—	—	—	<b>13.5</b>
Bilmiyor	2.1	—	6.2	—	—	—	<b>3.3</b>
Diğer	2.1	—	1.2	—	—	—	<b>1.4</b>
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi modern yöntem kullananların %25.2'si yöntemi doğru olarak kullanamadığını belirtmiştir. Modern yöntem olarak kondom kullanan kadınların %80.0'ı yöntemi sürekli ve doğru biçimde kullanamadığını veya materyalin bozuk olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %8.7'si modern yöntemin gebeliği önlemede yeterli olmadığından gebe kaldığını düşünmektedir ve RİA kullananların %100.0'ı, hap kullananların %19.0'ı yöntemi kullanırken gebe kaldığını belirtmiştir. Geri çekme yöntemini kullananların %66.2'si modern yöntemlerin yan etkilerinden dolayı ya da kullandığı modern yönteme ulaşamadığından bu yöntemi tercih etmek zorunluluğunu belirtmiştir.

**Tablo 4.14.** Araştırma grubundaki kadınların gebe olduklarını anladıklarında gösterdikleri ilk tepkilere göre dağılımları

Tepkiler (n=250)	Sayı	%
İstememe	84	33.6
Şaşkınlık (şok)	66	26.0
Üzülme	51	20.4
Ağlama	44	17.6
Korku	39	15.6
Hiçbirşey	19	7.6
Öfke	18	7.2
Mutluluk	9	3.6

(katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir).

Tablo 4.14'e göre kadınlara gebe olduklarını anladıklarında gösterdikleri ilk tepkilerde ilk üç sırayı % 33.6 ile istememe, %26.0 ile şaşkınlık ve %20.4 ile üzülmeye almaktadır. Mutluluk hissettiğini ifade eden kişiler bu bebeğe isteyerek hamile kalmış ancak sonradan ileri yaş, hamile olduğunu fark etmeden ilaç kullanma ve eşinin istememesi gibi nedenlerden isteyerek düşüğe başvurduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 4.15.** Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük öncesi yaşadıklarını ifade ettikleri duyguların dağılımı

Duygular ( n=250)	Sayı	%
Korku	155	62.0
Suçluluk	68	27.2
Heyecan	65	26.0
Günah işleme	54	21.6
Kızgınlık, öfke	36	14.4
Hiçbirşey	30	12.0
İfade edemiyor	28	11.2
Diğer	34	13.6

(katılımcılar birden fazla seçenek işaretlemişlerdir).

Tablo 4.15'e göre isteyerek düşük öncesi kadınların %62.0'ı işleminden dolayı korku, %27.2'si suçluluk, %21.6'sı günah işleme duygusu yaşadığını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4.16.** Araştırma grubundaki kadınların bu gebelikleri ile ilgili özellikler

Son gebeliğini isteme durumu	Sayı	%
Evet	8	3.2
Hayır	242	96.8
<b>Gebeliğin sonlandırılmasına karar veren kişi</b>		
Kadının kendisi	59	23.6
Eşi	18	7.2
Her ikisi	164	65.6
Doktor	6	2.4
Diğer	3	1.2
<b>Tekrar gebe kalması durumunda kürtaj olmayı düşünme durumu</b>		
Evet	94	37.6
Hayır	113	45.2
Bilmiyorum	43	17.2
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.16'ya göre kadınların %96.8'i en son gebeliğini istemediğini belirtmiştir.

Gebelik fark edildiğinde ilk olarak gebeliği sonlandırma kararını kadınların %65.6'sı eşiyle beraber, %23.6'sı kendisi tek başına verdiğini belirtmiştir. Yalnız kürtajda eşin onayı alındığı için sonuçta her ikisi de bu kararı vermek durumunda olmuştur.

Kadınların %37.6'sı gelecekte istemeden gebe kalma durumunda tekrar kürtaj düşüneceğini belirtmiştir. Tekrar bir kürtaj daha düşünmeyeceğini ifade eden kadınlar bir daha istenmeyen gebelik yaşamayacaklarını düşünerek bu cevabı verdiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4.17.** Araştırma grubundaki kadınların gebeliklerini sonlandırmak isteme nedenleri

<b>Nedenler ( n=250)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Yeterli sayıda çocuk olması	102	40.8
Ekonomik nedenler	98	39.2
Küçük çocuğunun olması	65	26.0
Zamansız gebelik olması	57	22.8
İleri anne yaşı	27	10.8
Annenin çalışıyor olması	24	9.6
Annenin ilaç kullanıyor olması	23	9.2
Anne de hastalık durumu ve hastalığın ilerleyeceği düşüncesi	18	7.2
Bebekte hastalık olma ihtimali	1	0.4
Diğer	2	0.8

Tablo 4.17'ye göre araştırma grubundaki kadınların gebeliklerini sonlandırmak istemelerinin nedenlerinde ilk üç sırayı %40.8 ile yeterli sayıda çocuk olması, %39.2 ile ekonomik nedenler, % 26.0 ile küçük çocuğunun olması almaktadır.

**Tablo 4.18.** Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük ile ilgili bilgi durumu

	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yasal olarak gebeliğin kaçınıcı haftasına kadar isteyerek düşük yaptırılacağı</b>		
Biliyor	42	16.8
Bilmiyor	208	83.2
<b>İsteyerek düşüğün kadın sağlığına zararları</b>		
Hiçbir fikri yok	188	75.2
Rahim yırtılması	39	15.6
Zararı yok	9	3.6
Bir daha gebe kalamama düşüncesi	6	2.4
Psikolojik	4	1.6
Enfeksiyon	4	1.6
<b>İşlem hakkında bilgilendirme yapılma durumu</b>		
Evet	129	51.6
Hayır	121	48.4
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.18'e göre kadınların %83.2 si yasal açıdan isteyerek düşüğün kaçınıcı haftaya kadar yapıldığını bilmediğini, yine %75.2 si kadın sağlığına zararları konusunda hiçbir

fikri olmadığını söylemiştir. İsteyerek düşüğün kadın sağlığına zararı olarak en çok bilinen rahim yırtılması olduğu görülmüştür.

İsteyerek düşük işlemi ile ilgili bilgilendirme yapıldığını ve yapılmadığını söyleyenlerin oranı bezerdir (sırasıyla %51.6, %48.4).

**Tablo 4.19.** Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşük öncesi kullandıkları ve isteyerek düşük sonrası kullanmayı düşündükleri AP yöntemi

AP yöntemleri	İsteyerek düşük öncesi kullanılan AP		İsteyerek düşük sonrası düşünülen AP	
	Sayı	%	Sayı	%
Yöntem kullanmıyor	44	17.6	2	0.8
Geri çekme	95	38.4	7	2.8
Kondom	80	32.0	13	5.2
Oral kontraseptif	21	8.4	24	9.6
RİA	8	3.2	99	39.6
Enjektabl kont.	1	0.4	25	10.0
Takvim	1	0.4	-	-
Tüp ligasyonu	-	-	43	17.2
Diğer	-	-	39	15.6
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>	<b>250</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.19'a göre isteyerek düşük öncesi kullanılan AP yöntemlerinden en sık başvuru geri çekme ve kondomun isteyerek düşük sonrasında daha az düşünüldüğü görülmüştür. İsteyerek düşük sonrasında en çok RİA ve tüp ligasyonu yöntemlerinin tercih edildiği görülmektedir.

Araştırma grubundaki kadınlara isteyerek düşük sonrası AP yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz diye sorulduğunda kadınların %99.2'si evet cevabını vermiştir. 2 kişiden biri boşandığı, diğeri de eşi hapse girdiği için hayır cevabını vermiştir.

İsteyerek düşük sonrası düşündükleri AP yöntemine "diğer" cevabını veren kadınların oranı %15.6'dır. Bu kadınlar kendilerine uygun olan yönteme doktorla görüşerek karar vermek istediklerini belirtmişlerdir.

**Tablo: 4.20.** Araştırma grubundaki kadınların daha önceki isteyerek düşükleri ile ilgili özellikler

Daha önce yaptırmış oldukları isteyerek düşük sayısı (n=250)	Sayı	%
0	172	68.8
1	54	21.6
2	20	8.0
3	3	1.2
4	1	0.4
<b>Kaçıncı gebeliklerinde isteyerek düşük yaptırdığı (n=106)</b>		
1. gebelik	3	2.8
2. gebelik	13	12.2
3. gebelik	21	19.8
4. gebelik	25	23.5
5. gebelik	21	19.8
6. gebelik	15	14.1
7. gebelik	6	5.7
8. gebelik	1	0.9
9. gebelik	1	0.9
<b>Önceki isteyerek düşüklerinin nedenleri (n=106)</b>		
Ekonomik nedenler	38	36.8
Küçük çocuk olması	21	19.8
Annede hastalık durum ve ilaç kullanımı	17	16.0
Yeterli sayıda çocuk	16	15.0
RIA ile gebe kalma	6	5.6
Zamansız gebelik	5	4.7
Diğer*	3	2.8
<b>Önceki isteyerek düşüklerde karar veren kişi (n=106)</b>		
Kadın	12	11.3
Eşi	13	12.2
Her ikisi	71	66.9
Doktor	8	7.5
Diğer**	2	1.8
<b>Önceki isteyerek düşükleri yaptırdığı yer (n=106)</b>		
Doğumevi Devlet Hastanesi	48	45.2
Özel hastane	34	32.0
Muayenehane	24	22.6
<b>İsteyerek düşüğe bağlı bir sorun yaşama durumu (n=106)</b>		
Evet	21	19.8
Hayır	85	80.1
<b>İsteyerek düşük sonrası AP yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti alma durumu (n=106)</b>		
Evet	38	35.8
Hayır	68	64.1
<b>İsteyerek düşük sonrası AP yöntemi kullanma durumu (n=106)</b>		
Evet	59	55.6
Hayır	47	44.3

\*Herhangi bir neden belirtmemişlerdir.

\*\*Aile büyükleri(kadının veya eşin annesi)

Tablo 4.20'ye göre araştırma grubundaki kadınların %31.2'sinin daha önce en az bir isteyerek düşüğü olmuştur. 3. gebelikte isteyerek düşük yaptıran kadın oranı artmış ve kadınlar %23.5 oranla en çok 4. gebeliklerinde isteyerek düşük yaptırmıştır. 5.ve 6. gebeliklerinde isteyerek düşük yaptıran kadın oranı sırasıyla 19.8 ve 14.1 olup, 7., 8., 9. gebeliklerini isteyerek düşükle sonlandıran kadınlar olmuştur.

Araştırma grubundaki kadınların daha önce isteyerek düşük yaptırma nedenlerinde ilk üç sırayı %36.8 ile ekonomik nedenler, %19.8 ile küçük çocuğun olması ve %16.0 ile annede hastalık durumu ve ilaç kullanımı almıştır. Yeterli sayıda çocuğun olması nedenini bildiren kadın oranı ilaç kullanım oranı ile hemen hemen aynıdır.

Daha önce yaptırılan isteyerek düşüklere %66.9 oranla çiftler birlikte karar vermişlerdir.

Araştırma grubundaki kadınların %45.2'si daha önce de isteyerek düşük hizmeti almak için Doğumevi Hastanesi'ni tercih etmiştir. Araştırma grubunda isteyerek düşük hizmetini özel hastane ve muayenehaneden almayı tercih eden kadınların oranı %54.6'dır.

Daha önce yaptırılan isteyerek düşük sonrası kadınların yarısından fazlası AP danışmanlık hizmeti almadığını belirtmiştir. Yine kadınların yarısı isteyerek düşük sonrası bir AP yöntemi kullanmamıştır.

**Tablo 4.21.** Araştırma grubundaki kadınların isteyerek düşükle ilgili verilen önermelere katılma durumları

Önermeler (n=250)	Evet		Hayır		Fikrim yok	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İsteyerek düşüğe kadın tek başına karar verebilmelidir.	56	22.4	191	76.4	3	1.2
İsteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmelidir	148	59.2	78	.2	24	9.6
Bir çocuk büyütüp büyütmemeye karar vermek kadının doğal hakkıdır	189	75.6	52	20.8	9	3.6
Bir kadın hamile kaldıysa bebeği doğurmalıdır	123	49.2	97	38.8	30	12.0
Devletler isteyerek düşükler olmasın diye önlem almalıdır	105	42.0	112	44.8	33	13.2
Çocuk yetiştirmek zor olduğu için devlet isteyerek düşüğe karışmamalıdır	171	68.4	37	14.8	42	16.8
İsteyerek düşükler bir AP yöntemi olarak kullanılmamalıdır.	182	72.8	46	18.4	22	8.8
Kadınlar isteyerek düşük yaptırmak istemez bu nedenle AP hizmetleri daha iyi sunulmalıdır.	216	86.4	16	6.4	18	7.2
Kadınların AP hizmetleri konusunda bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır.	237	94.8	9	3.6	4	1.6

Tablo 4.21’de görüldüğü üzere kadınların %76.4’ü isteyerek düşüğe tek başına kadının karar vermemesi gerektiğini ancak kadınların %59.2’si isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırabilmesine izin verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Kadınların yarısı kadın hamile kaldıysa bebeği doğurması gerektiğini düşünmektedir. AP hizmetleri hakkında kadınların bilgi alma ihtiyacı olduğunu düşünen kadınların oranı %94.8, AP hizmetlerinin daha iyi sunulmasını gerektiğini düşünen kadınların oranı %86.4’tür. Çocuk yetiştirmek zor olduğu için devlet isteyerek düşüğe karışmasın diyen kadınların oranı %68.4 iken devletler isteyerek düşük olmasın diye önlem almalıdır diye düşünen kadın oranı %42.0’dır.



**Tablo 4.22.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmesi gerekir diyenlerin karşılaştırılması

<b>İsteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmesi gerekir diyen kadınlar</b>					
<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
<b>Yaş grupları</b>					
30 yaş ve altı	99	55	55.6	0.901	0.207
30 yaş üzeri	151	93	61.6		
<b>Öğrenim durumu</b>					
İlkokul ve altı	154	86	55.8	1.870	0.108
Ortaokul ve üzeri	96	62	64.6		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	203	117	57.6	1.094	0.190
Çalışıyor	47	31	66.0		
<b>En uzun yaşadığı yer</b>					
İl merkezi	130	82	63.1	1.685	0.121
İlçe, köy	120	66	55.0		
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	39	27	69.2	1.925	0.112
Kötü	211	121	57.3		
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>148</b>	<b>59.2</b>		

İsteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmeli diye düşünen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre, yaş, öğrenim durumu, meslek, en uzun yaşadığı yer ve ekonomik duruma göre düşünce durumuna bakıldığında aralarında önemli bir fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.23.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre isteyerek düşüğe kadının tek başına karar verebilmesi gerekir diyenlerin karşılaştırılması

Özellikler	İsteyerek düşüğe kadının tek başına karar verebilmesi gerekir diyen kadınlar				
	n	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Yaş grupları</b>					
30 yaş ve altı	99	26	26.6	1.407	0.151
30 yaş üzeri	151	30	19.9		
<b>Öğrenim durumu</b>					
İlkokul ve altı	154	35	22.7	0.025	0.502
Ortaokul ve üzeri	96	21	21.9		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	203	44	21.7	0.327	0.346
Çalışıyor	47	12	25.5		
<b>En uzun yaşadığı yer</b>					
İl merkezi	130	31	23.8	0.326	0.338
İlçe, köy	120	25	20.8		
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	39	6	15.4	1.308	0.176
Kötü	211	50	23.7		
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>56</b>	<b>22.4</b>		

Kadınların isteyerek düşüğe tek başına karar vermesi gerektiğini düşünen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre düşünce durumlarında aralarında önemli bir fark görülmemiştir. ( $p > 0.05$ )

**Tablo 4.24.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre bir kadın hamile kaldıysa bebeği doğurması gerekir diyenlerin karşılaştırılması

	<b>Kadın hamile kaldıysa bebeği doğurması gerekir diyen kadınlar</b>				
<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>X2</b>	<b>P</b>
<b>Yaş grupları</b>					
30 yaş ve altı	99	41	41.4	3.975	0.031
30 yaş üzeri	151	82	54.3		
<b>Öğrenim durumu</b>					
İlkokul ve altı	154	84	54.5	4.585	0.022
Ortaokul ve üzeri	96	39	40.6		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	203	101	49.8	0.132	0.420
Çalışıyor	47	22	46.8		
<b>En uzun yaşadığı yer</b>					
İl merkezi	130	59	45.4	1.577	0.129
İlçe, köy	120	64	53.3		
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	39	15	39.5	2.132	0.099
Kötü	211	108	51.2		
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>123</b>	<b>49.2</b>		

Bir kadın hamile kaldı ise bebeği doğurmalıdır diye düşünen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre düşünce durumları karşılaştırıldığında aralarında önemli bir fark görülmemiştir.

( $p > 0.05$ )

**Tablo 4.25.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre çocuk yetiştirmek zor olduğu için devletin isteyerek düşüğe karışmaması gerekir diyenlerin karşılaştırılması

<b>Çocuk yetiştirmek zor olduğu için devletin isteyerek düşüğe karışmaması gerekir diyen kadınlar</b>					
<b>Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
<b>Yaş grupları</b>					
30 yaş ve altı	99	73	73.7	2.160	0.091
30 yaş üzeri	151	98	64.9		
<b>Öğrenim durumu</b>					
İlkokul ve altı	154	103	66.9	0.427	0.325
Ortaokul ve üzeri	96	68	70.8		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	203	140	69.0	0.160	0.406
Çalışıyor	47	31	66.0		
<b>En uzun yaşadığı yer</b>					
İl merkezi	130	91	70.0	0.321	0.333
İlçe, köy	120	80	66.7		
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	39	27	69.2	0.015	0.533
Kötü	211	144	68.2		
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>171</b>	<b>68.4</b>		

Çocuk yetiştirmek zor olduğu için devletin isteyerek düşüğe karışmaması gerekir diyen kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre düşünce durumlarında aralarında önemli bir fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.26.** Araştırma grubundaki kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre AP hizmetlerinin daha iyi sunulması gerekir diyenlerin karşılaştırılması

Özellikler	AP hizmetlerinin daha iyi sunulması gerekir diyen kadınlar				
	n	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Yaş grupları</b>					
30 yaş ve altı	99	85	85.9	0.041	0.491
30 yaş üzeri	151	131	86.8		
<b>Öğrenim durumu</b>					
İlkokul ve altı	154	137	89.0	2.239	0.097
Ortaokul ve üzeri	96	79	82.3		
<b>Meslek</b>					
Ev hanımı	203	177	87.2	0.577	0.292
Çalışıyor	47	39	83.0		
<b>En uzun yaşadığı yer</b>					
İl merkezi	130	115	88.5	0.980	0.210
İlçe, köy	120	101	84.2		
<b>Ekonomik durum</b>					
İyi	39	29	74.4	5.702	0.021
Kötü	211	187	88.6		
<b>Toplam</b>	<b>250</b>	<b>216</b>	86.4		

Kadınların %86.4'ü aile planlaması hizmetlerinin daha iyi sunulması gerektiğini düşünmekte, bu kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre düşünce durumlarında aralarında önemli bir fark görülmemiştir. ( $p > 0.05$ )

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Ülkemizde 27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a göre gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilebilmektedir (9). Bu çalışmada Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların sosyodemografik durumları, en son gebelik öncesi AP yöntemi kullanma durumları, isteyerek düşük sonrasında kullanmayı düşündükleri AP yöntemleri ve isteyerek düşükle ilgili bilgi ve bakış açıları değerlendirilmiştir.

Düşükler konusunda ulusal düzeyde bilgi veren HÜNEE tarafından yapılan TNSA'ya göre Türkiye'de isteyerek düşükler, 1968'de %17.0'dan 2013'te %5.0'a düşerek sürekli bir azalma eğilimi göstermiştir. İsteyerek düşük oranları sürekli azalma eğilimi gösterse de kadın sağlığı açısından önemini korumaktadır (5). Tıbbi nedenler, din, sosyal ve ekonomik durum, toplumda düşüğün algılanışı, hükümetlerin nüfus politikaları, düşük yasaları, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliği isteyerek düşükleri direkt ya da dolaylı olarak etkilemektedir (24) .

Türkiye'de isteyerek düşük yapmış 15-49 yaşlar arasındaki evlenmiş kadınlarda isteyerek düşük ve yaş arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuş; 15-19 yaş grubunda %2.0 olan isteyerek düşük yapmış kadınların oranı yaşla birlikte artarak 45-49 yaş grubunda %27.0 olmuştur (5). Benzer şekilde Antalya'da yapılan bir çalışmada isteyerek düşük yapan kadınların oranı 30 yaş altında %29.0 iken, 40-49 yaş kadınlarda %63.6'ya çıktığı görülmüştür (102).Yurt dışı çalışmalara bakıldığında, Hindistan'da yapılan 15 yıllık verilerin değerlendirildiği bir çalışmada güvensiz düşük yapan kadınların 2/3'ünün 20-30 yaş arasında olduğu (103). Meksika'da yapılan başka bir

çalışmada ise çalışmaya katılan 136 kadının %65.0'nin 20-35 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir (104). Ülkemizde düşük yapan kadınların oranı 40-49 yaş grubunda daha fazla iken, yurtdışında yapılan araştırma sonuçları, kadınların isteyerek düşük yaptırma sıklığının 20-35 yaş grubunda arttığını göstermektedir. Çalışmamızda ise isteyerek düşük yaptıran kadınların yarısı (%50.8) 30-39 yaş grubunda olup, 40-49 yaş grubundaki kadınların oranı %16.0'dır. Kadınların yaş ortalaması  $32.42 \pm 6.381$  yıl olup en düşük yaş 18 en yüksek yaş 46'dır (Tablo 4.1). Çalışmamızda isteyerek düşük yaptırma sıklığının 30-39 yaş grubunda artış göstermesinin kadınların 30'lu yaşlara kadar istedikleri çocuk sayısına sahip olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

TNSA 2013'e göre kadınların isteyerek düşük yapma oranları kentsel alanda %13.0 kırsal alanda %14.0 olarak birbirine yakın bulunmuştur (5). Benzer şekilde çalışmamızda en uzun il merkezinde yaşayan kadınlarla (%52.0), ilçe kasaba ve köylerde yaşayanların oranı (%48.0) birbirine yakın bulunmuş, kadınların %84.0'ı Kayseri ve Kayseri iline bağlı ilçelerden, %16.0'ı farklı illere bağlı ama Kayseri'ye daha yakın ilçe ve köylerden gelmiştir (Tablo 4.1).

Türkiye genelinde eğitim durumuna göre de kadınlar arasında isteyerek düşük yapmış olma oranları arasında belirgin bir fark olmadığı görülmektedir (5). Ancak bizim çalışmamızda eğitim düzeyi düşük diyebileceğimiz grup ilkokul ve altı eğitim düzeyindeki kadınlar %61.6'lık bir oranla çoğunluğu oluşturmaktadır (Tablo 4.1).

Kadınların eşlerinin %79.6'sının yaşı 30 ve üzeridir. Eşlerin yaş ortalaması  $36.98 \pm 6.910$  yıl olup, en küçük yaş 21 en büyük yaş 55'tir. Eşlerin %49.2'si ilkokul, %43.2'si orta ve lise, %6.4'ü üniversite mezunudur (Tablo 4.2). Türkiye geneli ile benzer şekilde eşlerin yaş ortalamalarının kadınlara göre daha ileri, eğitim düzeylerinin daha iyi durumda olduğu görülmektedir. Çalışmamızda eşlerin %56.8'i işçi olarak çalışmaktadır. Eşi işçi olarak çalışanlar, eşlerinin asgari ücret ile ya da günlük ücret ile çalıştıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.2). Ailelerin aylık gelir ortalaması  $1310 \pm 815.068$  TL olup en az 200 TL en fazla 5800 TL'dir. Gelir durumunu belirtmeyen kadınlar eşlerinin düzenli bir geliri olmadığını ya da çok az olduğunu ifade etmişler ve ekonomik durumlarını kötü ve çok kötü olarak belirtmişlerdir. Kadınların %65.2'si ekonomik durumunu orta olarak bildirmiş ve 100-1700 TL arasında aylık gelirlerinin olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Bu gelir 4 kişilik bir aile için çok düşüktür, kadınların %52.8'inin ailesindeki kişi sayısı 5 ve üzeri kişiden oluşmaktadır ve kadınların %48.8'inin 3 veya

daha fazla çocuğu vardır. Kadınların sadece %15.6'sı ekonomik durumunu iyi ve çok iyi olarak ifade etmiş ve 1700 TL üzeri aylık gelirleri olduğunu bildirmişlerdir. Kadınların %85.0'ı çekirdek ailede yaşamaktadır (Tablo 4.3). Bu bilgiler Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne isteğe bağlı düşükler için başvuran kadınların çoğunun eğitim düzeyi ilkokul, ekonomik durumlarının kötü, çekirdek aile ve çoğunlukla 3 ve üzeri çocuklu olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye genelinde yapılan araştırmalara göre hane halkı refah düzeyi ve isteyerek düşük yapma oranları arasında bir ilişki görülmüş, isteyerek düşük oranları en düşük refah düzeyinde %12 iken en yüksek refah düzeyinde %17 bulunmuştur. Başka bir deyişle refah düzeyi yüksek olanlar düşüğe daha çok başvurmuştur (5). Çalışmamızda ise Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne başvuran kadınların %84.4'ünün ekonomik durumunun iyi olmadığı saptanmıştır. Bu durumun bizim çalışmamızdan farklı olmasının nedeni; devlet hastanelerinin daha ekonomik şartlarda bu hizmeti sunmasından dolayı gelir düzeyi düşük ailelerin daha çok başvurması ve ekonomik durumu iyi olanların isteyerek düşük için için daha iyi imkanlar sunan özel hastane veya muayenehaneyi tercih etmesi olarak açıklanabilir.

Türkiye genelinde kadınların büyük çoğunluğu (%62.0) isteyerek düşüğü özel doktor muayenehanesinde, özel hastanede/klinikte gerçekleştiğini belirtmiştir. Kadınların %34.0'ı son isteyerek düşükleri için kamu sektörü hizmetlerinden yararlandıklarını beyan etmiştir. Özel hastanelerin tercihinde hizmet sunumunun daha iyi olması ve kayıtla ilgili kolaylıklar etkili olurken, Kamu sektörünü tercih etmede ekonomik durumun daha etkili olduğu düşünülmektedir (5). Çalışmamızda araştırma grubundaki kadınların %45.2'si daha önce de isteyerek düşük hizmeti almak için Doğumevi Hastanesi'ni tercih etmiştir. Araştırma grubunda daha önce isteyerek düşük hizmetini özel hastane ve muayenehaneden almayı tercih eden kadınların oranı %54.6'dır (Tablo 4.20). Çalışmamızda kadınların tekrar Doğumevi Hastanesi'ni tercih etmelerinin nedeni daha çok ekonomik durumla ilgili olduğu görülmüştür.

Gebeliklerin genelde evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde ilk evlenme yaşı gebelik ve doğurganlık yönünden önemli bir belirleyicidir. İlk evlenme yaşının erken olması erken gebe kalma riskini ve erken yaşlarda çocuk sahibi olmayı beraberinde getirmektedir. Türkiye'de kadınların halen üreme çağlarının başlarında çocuk doğurma eğiliminde oldukları görülmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm



risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır (5). Çalışmamızda araştırma grubundaki kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması  $18.87 \pm 3.056$  yıl olup, ilk gebelik yaşı ortalaması  $19.87 \pm 3.18$  yıldır. Kadınların %52.8'i adolesan dönemde evlilik yapmıştır ve bu dönemde evlilik yapanların %68.9'u ilk gebeliğini de adolesan dönemde yaşamıştır (Tablo 4.4). Adolesan dönemde evlilik ve çocuk doğurma hem sağlık nedenleri, hem de sosyal nedenlerden dolayı oldukça önemlidir. Çok genç annelerden doğan çocuklar daha yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşırlar. Adolesan annelerin yetişkin annelere göre olumsuz gebelik sonuçlarına veya annelikle ilişkili ölüme maruz kalmaları riski daha yüksektir. Son yıllarda Türkiye'de yasal evlilik yaşı 18 olmasına rağmen TNSA-2013 sonuçlarına göre, adolesan dönemde olan kadınların neredeyse yüzde 5'i çocuk doğurmaya başlamıştır. Bu yaştaki kadınların yüzde 3'ünün bir canlı doğumu olmuştur; yüzde 1'i ise araştırma tarihinde ilk çocuğuna gebedir (5). Benzer şekilde çalışmamızda 1., 2., 3.gebeliği olan, çocuk sahibi olan adolesanlar bulunmaktadır. Çalışmamızda istemli düşük yaptıran kadınların % 2.4'ünü adolesanlar oluşturmaktadır ve bu grubun da 2 kişi ilk, 2 kişi ikinci, 2 kişi üçüncü gebeliğinde istemli düşük için gelmiştir (Tablo 4.1). İlk gebeliğinde gelenler henüz bir bebeğe hazır olmadığını belirterek kürtajı tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Adolesanlardan 1 kişi ikinci kürtajını yaptırmak için gelmiştir. Bu durum ülkemizde adolesan evlilikler ve adolesan gebelik sorunlarının devam ettiğini göstermektedir.

Türkiye'de isteyerek düşüklerin önemli bir kısmı gebeliklerin arası açmaktan çok doğurganlığa son vermek için yapılmaktadır. İstenmeyen bir gebelik durumunda bir daha hiç çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların gebeliği isteyerek düşükle sonuçlandırma eğilimi daha sonra çocuk sahibi olmak isteyen kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (106,107). Türkiye'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda görülmekte, doğumların %64.0'ı 30 yaşından önce meydana gelmektedir (5). Çalışmamızda kadınların Türkiye geneline göre doğumlarını daha erken dönemde gerçekleştirdiği görülmektedir. Kadınların %92'si 25 yaşından önce ilk kez gebe kalmış ve 30'lu yaşlarda istedikleri sayıda çocuk sahibi olmuşlardır (Tablo 4.4). Kadınların %85.6'sı başka çocuk istemediğini bildirmiştir (Tablo 4.9). Çalışmamızda Türkiye geneli ile benzer şekilde kadınların doğurganlıklarını sonlandırmak için isteyerek düşüğe başvurdukları görülmüştür.

Demografik araştırmalar, istenmeyen gebeliklerin gelişmiş ũlkelerde isteyerek dūřũkle, gelişmekte olan ũlkelerde ise doğumla sonuēlandıęını gōstermektedir (48). Tũrkiye’de doğumların %13.0’ı istenmeyen gebelik sonucu olan doğumlardır (5). Çalışmamızda daha ōnceki gebeliklerinde, kadınların %31.6’sı en az bir kez istemediği bir gebeliği doğumla sonuēlandırmıř, %30.2’sinin en az bir isteyerek dūřũkle sonuēlanan gebelikleri olmuştur (Tablo 4.9). Bu çalışmaya gōre kadınların istenmeyen gebeliklerini artık doğumla değil isteyerek dūřũkle sonuēlandırma eğiliminin arttığı dūřũnũlebilir. Ayrıca kadınların %96.8’i en son gebeliğini istemediği, kadınların %31.6’sının en az bir kez istemediği bir gebeliği doğumla sonuēlandırmıř olmaları, %30.2’sinin en az bir isteyerek dūřũkle sonuēlanan gebeliklerinin olması değerlendirildiğinde araştırma grubundaki kadınların istenmeyen gebelikleri ōnleyememe ile ilgili bir sorun yaşadıkları da dūřũnũlebilir.

AP’nin ōncelikli hedeflerinden birisi istenmeyen gebeliklerin ōnlenmesidir. İsteyerek dūřũk ōncesinde gebeliği ōnleyici yōntem kullanma ōrũntũsũnũ incelemek bu nedenle ōnemlidir. ũnkũ gebeliklerin isteyerek dūřũkle sonuēlanması genellikle; gebeliği ōnleyici yōntemlerin etkili kullanılmaması, etkisi sınırlı gebeliği ōnleyici yōntem kullanılması veya hiēbir yōntem kullanılmaması sonucunda gerēekleřmektedir (5). Ŭlkemizde son yıllarda modern yōntemlerle korunma oranlarında ciddi bir artış olmakla birlikte geri çekme yōntemi yıllar iēinde aynı oranlarda tercih edilmeye devam etmektedir. TNSA 2013’e gōre de kadınlar isteyerek dūřũkten ōnceki ayda en çok geri çekme yōntemine başvurmuşlardır (% 37.0). Kadınların yaklaşık ũçte biri herhangi bir yōntem kullanmamıştır. Kondom %17.0, RĀA %6.0, oral kontraseptif %4.0 oranında isteyerek dūřũkle sonlanan gebeliğin ōncesinde kullanılmıştır (5). Benzer Őekilde alışmamızda da kadınların en son gebelikleri ōncesinde en çok kullandıkları yōntem geri çekme olmuştur (%38.4). Kadınların %32.0’ı kondom, %8.4’ũ oral kontraseptif, %3.2’si RĀA kullandığını belirtirken, %17.6’sı yōntem kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.10). Yōntem kullanmama gebeliği kaēınılmaz kılacağına gōre istenmeyen gebelikler ōncesinde, kadınların neden yōntem kullanmadıklarının bilinmesi ōnemlidir. Çalışmamızda en son gebelik ōncesi yōntem kullanmayan kadınların %20.4’ũ yōntem kullanmama nedenlerini ihmal, ōnemsememe ve bilgisizlik olarak, %13.6’sı yōntemi sağlık kurumlarından temin edememek olarak belirtmiştir. %18.1’i modern yōntemlerin yan etkilerinden dolayı yōntem kullanmadığını, %6.8’i kendine uygun bir yōntem bulamadığından yōntem kullanmadığını belirtmiştir. Kadınların %20.3’ũnde, cinsel

yönden aktif oldukları her dönem gebe kalabilecekleri konusunda bilgi eksikliği olduğu görülmüştür (Tablo 4.11). AP hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından ücretsiz sunumuna rağmen kadınların bu hizmetten yararlanamadıkları görülmektedir. Sağlıkta dönüşüm ile birlikte AP hizmet sunumunda aksamalar olduğu, kişiler isteseler de bu hizmete erişemedikleri düşünülmektedir. Sağlık biriminde “malzeme yok” gerekçesiyle geri çevrilen kadınların istenmeyen gebelik yaşaması muhtemeldir ki, çalışmamızda kadınların %13.6’sı kullandığı yöntemi sağlık kurumundan temin edemediğini, bu nedenle istenmeyen gebelik yaşadığını ifade etmişlerdir.

Türkiye geneli ile benzer şekilde çalışmamızda da etkin bir yöntem olmayan geri çekme yönteminin en fazla kullanılması isteyerek düşüklerde önemli bir etken olduğunu tekrar göstermektedir. Çalışmamızda geri çekme yöntemini kullanan kadınlara neden bu yöntemi tercih ettikleri sorulmuş, kadınların %66.2’si modern yöntemlerin yan etkilerinden dolayı ya da kullandığı modern yönteme ulaşamadığından bu yöntemi tercih etmek zorunda kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.13). Bu duruma göre geri çekme yöntemine tercihten değil zorunluluktan başvuran kadınlar çoğunlukta olmakla birlikte, geri çekme yöntemini kullananların %32.6’sı bu yöntemi güvenli ve etkin bir yöntem olarak görmektedirler.

AP yöntemi kullanım etkinliğini arttırmada eşlerin birlikte karar vermesi ve sorumluluk alması önemlidir. Araştırma grubundaki kadınlardan %60.4’ü eşinin AP kullanmada sorumluluk üstlendiğini belirtmiştir (Tablo 4.10). Ancak eşinin sorumluluk aldığını belirten kadınlar AP yöntemi olarak geri çekme ve kondom kullanan kadınlardı. Her iki yöntemde erkeğin kontrolünde kullanılan yöntemler olup istenmeyen gebelik öncesi en çok kullanılan yöntemlerdir. Geri çekme ve kondom kullanımı sırasında, bu yöntemleri kullanan çiftlerin yöntemi uygulamama ya da hatalı uygulamalarından kaynaklanmakta olduğu, yöntemin uygulanıp uygulanmaması ve kullanım başarısı önemli ölçüde erkeğe bağlı olduğu ve kullanım başarısının da düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmada yöntem kullanan kadınlara yöntem kullandıkları halde neden hamile kalmış olabilecekleri de sorulmuş, modern yöntem kullananların %25.2’si yöntemi doğru olarak kullanmadığını belirtmiştir. Modern yöntem olarak kondom kullanan kadınların %80.0’i yöntemi sürekli ve doğru biçimde kullanmadığını veya materyalin bozuk olduğunu belirtmişlerdir. Kadınların %8.7’si modern yöntemin gebeliği önlemede yeterli olmadığından gebe kaldığını düşünmektedir. RİA kullananların %100.0’ı oral

kontraseptif kullananların %19.0'ı yöntemi kullanırken gebe kaldığını belirtmiştir (Tablo 4.13). RİA kullanan ve oral kontraseptifi düzenli ve doğru kullanırken hamile kalan kadınlar olduğu görülmüş, modern yöntemlerin de hamile kalmayı önleyemediği şeklinde düşünceye sahip oldukları görülmüştür. Modern yöntemlerin de gebelikleri %100.0 önleyemedikleri doğrudur. Ancak özellikle RİA kullanan kadınlar düzenli kontroller yaptırmayıp RİA'nın işlev kaybından haberdar olamayabilirler. Yine RİA'nın düştüğünü fark etmeyebilir bu şekilde gebe kalmış olabilirler. Burada yöntemin etkinliği mi yoksa kullanım hatası mı olduğu belirsizdir.

İsteyerek düşük öncesinde gebeliği önleyici yöntem kullanma örüntüsünü incelemek kadar istemli düşük sonrasında tekrar bir istenmeyen gebelik yaşanmaması ve isteyerek düşük ihtiyacı olmaması için kadınların kullanmayı düşündükleri yöntemlerin incelenmesi de önemlidir. İsteyerek düşük yapan kadınların çoğunluğu yakın gelecekte bir gebelik istemeyen kadınlardır. Bununla birlikte düşüklerden hemen sonra (iki üç hafta içinde) yeniden gebe kalma riskleri vardır. Eğer isteyerek düşüğün hemen sonrasında gebelikten korunma danışmanlığı ve hizmeti almazlarsa, kadınların tekrar istenmeyen bir gebelikle karşılaşması ve yeniden kürtaj gereksinimi duyması çok büyük olasılıktır (4). Bu nedenle isteyerek düşük sonrası izlenmesi gereken standart prosedüre göre kadınların tekrar bir istenmeyen gebelik yaşamaması ve istemli düşük ihtiyacı olmaması için kadınlara danışmanlık hizmetleri verilerek, etkili gebeliği önleyici yöntemlere yönlendirilmektedir. Buna rağmen, bulgular Türkiye'de son isteyerek düşük yapıldıktan sonraki ayda kadınların yaklaşık yarısının (%48.0) herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmadığını göstermektedir (5). Çalışmamızda kadınların %37.6'sı gelecekte istemeden gebe kalma durumunda tekrar isteyerek düşük düşünmeyeceğini belirtmiştir. Tekrar bir isteyerek düşük daha düşünmeyeceğini ifade eden kadınlar (%45.2) etkin AP yöntemi kullanacaklarını ve bir daha istenmeyen gebelik yaşamayacaklarını düşünerek bu cevabı verdiklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.16). Benzer bir çalışmada da isteyerek düşük sonrası yöntem kullanmayı düşünen kadınların oranı %97.1'dir ve bunların %88'i RİA'yı tercih edeceklerini belirtmişlerdir (110). Çalışmamızda da kadınların %99.2'si isteyerek düşük sonrasında etkili AP yöntemi kullanacağını, 2 kadın boşanma ve eşinin hapse girmesi gibi nedenlerden dolayı yöntem kullanmayacağını belirtmiştir. Çalışmamızda bu sorular kadınlara isteyerek düşük öncesi sorulduğu için AP kullanmayı düşünme oranı %99.2 ile yüksek bir oran çıkmış olabilir. Aynı kadınların işlemten bir kaç ay sonra AP yöntemi kullanma durumları

araştırılsa sonuç bu kadar yüksek oranda çıkmayabilir. Nitekim daha önce isteyerek düşük yaptıran kadınların hemen hemen yarısı (%44.3) isteyerek düşük sonrası bir AP yöntemi kullanmamıştır (Tablo 4.20).

Türkiye genelinde isteyerek düşük sonrası kullanılan yöntemler arasında en çok tercih edilenler kondom (%17.0), RİA (%15.0) ve geri çekme (%14.0) olmuştur. İsteyerek düşüklerin öncesindeki ve sonrasındaki yöntem kullanımı arasındaki farklara bakıldığında, isteyerek düşük sonrasında modern yöntem tercihinin artmış olduğu görülmektedir. İsteyerek düşük öncesinde %6.0 olan RİA kullanımı, sonrasında %15.0'a yükselmiştir. Kondom kullanımı %17.0'da sabit kalırken, geri çekme kullanımı %37.0'dan belirgin bir şekilde gerileyerek %14.0'a inmiştir (5). TNSA 2013 sonuçları ile farklı şekilde çalışmamızda isteyerek düşük öncesi kullanılan AP yöntemlerinden en sık başvurulan geri çekme (%38.4) ve kondomun (%32.0) isteyerek düşük sonrasında, %2.8 ve %5.2 olarak oldukça düşük oranda düşünüldüğü görülmüştür. TNSA sonuçları ile benzer şekilde kürtaj sonrasında modern yöntemleri kullanmayı düşünen kadın oranı artmıştır. En fazla düşünülen yöntemler sırasıyla RİA (%39.6), tüp ligasyonu (%17.2), enjektabl kontraseptifler (%10.0) ve oral kontraseptifler (%9.6) olmuştur (Tablo 4.19). Kadınların %15.6'sı isteyerek düşük sonrası kendilerine uygun olan yönteme doktorla görüşerek karar vermek istediklerini belirtmişlerdir. Tercih edilen yöntemlere bakıldığında tüp ligasyonu %17.2'lik bir oranla 2. sırada yer almakta ve kadınların doğurganlıklarını sonlandırma istemi görülmektedir. Kadınların çoğunluğu isteyerek düşük sonrası etkin bir AP yöntemi kullanarak tekrar isteyerek düşük yaptırmak istemediğini belirtmiş AP hizmetlerine olan taleplerini göstermişlerdir (Tablo 4.16). Ancak bu taleplerinin isteyerek düşük gibi stresli bir durumu yaşamadan önce farkında olmaları, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması açısından çok daha önemlidir.

Türkiye'de evli kadınların doğurganlık dönemleri boyunca yapmış oldukları düşük (isteyerek ve kendiliğinden) ve ölü doğum sayılarına bakıldığında, yaklaşık beş kadından birinin (%23.0) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, %14.0'ının en az bir kez isteyerek düşük yaptığı ve beşte birinin ölü doğumu olduğu görülmektedir (5). Benzer çalışmalardan Konya Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde isteyerek düşük yapan kadınların değerlendirildiği bir çalışmada kadınların %31.1'inin daha önce kendiliğinden düşük yaptığı, %27.2'sinin daha önce isteyerek düşük yaptırdığı

saptanmıştır (110). Malatya’da katılımcıların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu bir çalışmada daha önce en az bir kez isteyerek düşük yaptırma oranı %17.4 (101), Antalya’da yapılan bir çalışmada %21.4 (102), Manisa’da %23.0 (100) iken, Nevşehir’de yapılan bir çalışmada %39.6’ya (99), İzmir’de %43.8’e (98) kadar çıkmıştır. Hindistan’da yapılan bir çalışmada ise %28.0 düzeyinde bir oran bildirilmiştir (97). Avustralya’da ise en az bir kez isteyerek düşük yapan kadın oranı %35.3 olarak bildirilmiştir (96). TNSA’lar ve bu alanda yapılan benzer çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda en az bir kez kendiliğinden düşüğü olan kadınların oranı %28.4, daha önce en az bir kez isteyerek düşük yaptıran kadınların oranı %31.2, ölü doğum yapan kadınların oranı % 6.8’dir. (Tablo 4.5). Çalışmamızda kendiliğinden düşüklere ile isteyerek düşüklere oranları birbirine yakın gibi ve Türkiye geneli ile uyumlu gözükmemekte ancak bu kadınların hepsinin bir isteyerek düşük için daha geldikleri göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda istemli düşük oranının kendiliğinden düşüklere göre beş kattan daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızda isteyerek düşük yapan kadınların oranının Türkiye geneline göre yüksek olması beklenen bir durumdur. Çünkü Türkiye genelinde yapılan çalışmalarda doğurganlık döneminde olan tüm evli kadınlar araştırma grubunu oluştururken bizim çalışmamızda sadece isteyerek düşük yapan kadınlar araştırma grubunu oluşturmaktadır. Baykan ve arkadaşlarının Kayseri’de yaptığı 15-49 yaş evli kadınların istemli düşüğe bakış açıları ile ilgili bir çalışmada kadınların %12.7’sinin en az bir isteyerek düşüğü olmuş, bu kadınların %81.0’ı bir kez, %13.8’i iki kez, %3.4’ü üç kez ve %1.7’si (1 kadın) beş kez isteyerek düşük yapmıştır (111). Çalışmamızda kadınların daha önce yaptırdıkları isteyerek düşük sayılarına bakıldığında kadınların %21.6’sı bir, %8.0’ı iki, 3 kişi üç, 1 kişi dört kez isteyerek düşük yaptırmıştır (Tablo 4.5). Görüldüğü üzere beşinci kez isteyerek düşük yaptırmaya gelen kadınlar bulunmaktadır. Kadınların %37.6’sının gelecekte istemeden gebe kalma durumunda tekrar isteyerek düşük düşüneceği de dikkate alınacak olursa çalışmamızda bazı kadınların isteyerek düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak kullandıkları görülmektedir. Üçüncü kez isteyerek düşük için gelen bir kadın isteyerek düşüğü AP yöntemi olarak kullandığını açıkça belirtmiştir. 1990’ların sonuna kadar ülkemizde AP yöntemlerinden yeterli ve etkili bir şekilde yararlanmama sonucu, isteyerek düşüklere bir AP yöntemi olarak benimsenmiştir (6). Çalışmamıza göre de bu sorunun halen devam etmekte olduğu görülmektedir.

İsteyerek düşük çoğu kez kadınların dünyaya bir bebek getirmemek konusunda verdikleri karar sonucu gerçekleşir. Bu bağlamda isteyerek düşük planlanmamış ve istenmeyen gebeliklerin bir sonucu olarak değerlendirilir (17). Taşkın ve arkadaşlarının yaptığı isteğe bağlı ve terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri ile ilgili araştırmada isteyerek düşük uygulanan kadınların yarıdan fazlası gebeliklerini planladıkları için isteyerek düşüğe karar verdiklerini (%52.0) belirtmişlerdir (95). Maral ve arkadaşlarının isteyerek düşük sıklığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadınların %90.7'sinin planlanmamış gebelik nedeniyle isteyerek düşüğe karar verdikleri saptanmıştır (94). Benzer şekilde çalışmamızda da kadınların %96.8'i en son gebeliğini planlamadığını ve istemediğini belirtmiş ve hemen isteyerek düşükle sonlandırmak istemiştir (Tablo 4.16). Çalışmamızda kadınlar gebe olduklarını anladıklarında istememe (%33.6), şaşkınlık (%26) ve üzülmeye (%20.4) şeklinde tepkiler gösterdiklerini belirtmişlerdir. Bu tepkiler gebeliğin istenmediğini göstergesidir. Mutluluk hissettiğini ifade eden kadınlar (%3.6) bu bebeğe isteyerek hamile kalmış ancak sonradan ileri yaş, hamile olduğunu fark etmeden ilaç kullanma ve eşinin istememesi gibi nedenlerden isteyerek düşüğe başvurduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.14).

TNSA 2013'e göre kadınların %40.0'ı isteyerek düşüğe kendisi ve eşiyle birlikte karar verdiklerini, %37.0'ı ise bir doktorun önerisiyle gebeliklerinin sonlandırıldığını belirtmiştir. Kadınların %17.0'si isteyerek düşüğe kendileri karar vermişler, %3.0 oranında da kadınların eşleri karar almışlardır (5). Çalışmamızda ilk olarak gebeliği sonlandırma kararını kadınların %65.6'sı eşiyle beraber, %23.6'sı kadın kendisi, %7.2'sinin eşi bu kararı vermiştir. İsteyerek düşükte eşin onayı alındığı için sonuçta her ikisi de bu kararı vermek durumunda olmuştur. Daha önceki isteyerek düşüklerde %69.9 oranla çiftler birlikte karar vermişler, %11.3 oranında kadın, %12.2 oranında kadının eşi isteyerek düşüğe karar vermiştir (Tablo 4.20). Bu sonuçlar isteyerek düşük kararını daha çok kadınların aldığını göstermektedir.

İsteyerek düşük kararını vermek kadın için sağlık sosyal ve kültürel etkenlerden dolayı çok zordur. Dünya nüfusunun %24.0'ı sosyal nedenlerle, %13.0'ı tıbbi nedenlerle isteyerek düşük için başvurmaktadır (2). TNSA 2008'e göre Türkiye'de istemli düşük için başvuru nedenleri arasında birinci sırayı başka çocuk istememe almaktadır (4). TNSA 2013'e göre isteyerek düşük yaptıran her on kadından dördü (%40.0) başka

çocuk istemediği için düşük yapmıştır. Bunu yeni doğum yaptığı için isteyerek düşük yapmayı tercih eden kadınlar (% 17.0) izlemektedir. Sağlık sorunları nedenleriyle düşüğe başvurma, düşük nedenleri arasında % 12.0'lık bir düzeyle üçüncü sırayı almaktadır (5). Şahin'in Sakarya Doğumevi'nde yapmış olduğu benzer bir araştırmaya göre kadınları isteyerek düşük yaptırmaya iten iki önemli faktör; ekonomik güçlük (%41.3) ve son çocuğun küçük olmasıdır (%34.9). Üçüncü ve dördüncü sırada %33.3 ile yeterli çocuğunun olması, %22.2 ile bakım güçlüğü yer almaktadır (7). Manisa'da yapılan çalışmada her iki kadından birinin belirttiği isteyerek düşük nedeni başka çocuk istememidir. Kadınların %13.0'ı ise bir önceki gebeliklerinin yeni sonlandığını belirtmişlerdir (100). İzmir'de yapılan bir çalışmada isteyerek düşük yapan kadınların %51.4'ü bebeği istemedikleri için, %18.8'i yetersiz gelir düzeyine sahip oldukları için, %10.4'ü hasta oldukları için, %2.1'i eşleri bebeği istemediği için isteyerek düşük yaptırmak istediklerini ifade etmişlerdir (98). Yine aynı bölgede yapılmış bir çalışma olması nedeniyle Kayseri İli Talas İlçesi'nde yapılan çalışmaya göre isteyerek düşük nedenleri içinde en çok belirtilenler; gebeliğinin zamansız olması, ekonomik nedenler ve yeterli sayıda çocuğu olduğunu düşünmemdir (111). Meksika'da yapılan bir çalışmada da isteyerek düşük için ilk neden olarak yine çocuk sayısının fazlalığı gösterilmiştir (104). TNSA'lar ve bu alanda yapılan araştırmalarla benzer şekilde çalışmamızda araştırma grubundaki kadınların gebeliklerini sonlandırmak istemelerinin nedenlerinde ilk sırayı yeterli sayıda çocuk olması (40.8) yani başka çocuk istememe, ikinci ve üçüncü sırayı ekonomik nedenler (39.2), küçük çocuğunun olması (%26.0) almaktadır. Kadınların %30.8'inin 2 yaşından küçük çocuğu vardır (Tablo 4.8). %22.8'i zamansız gebelik, %10.8'i ileri anne yaşı, %9.6'sı annenin çalışıyor olmasını neden olarak göstermiştir (Tablo 4.17). Araştırma grubundaki kadınların daha önce isteyerek düşük yaptırmaya nedenlerinde ilk üç sırayı ekonomik nedenler (%36.8), küçük çocuğun olması (%19.8) ve annede hastalık durumu ve ilaç kullanımı (%16.0) almıştır. Yeterli sayıda çocuğun olması nedenini bildiren kadın oranı %15.0'dır. RİA ile gebe kalanların oranı %5.6'dır. En son yapılan isteyerek düşüklerde birinci sırada yer alan neden yeterli sayıda çocuk olurken 2. ve 3. nedenler daha önceki nedenlerle benzer şekilde ekonomik nedenler ve küçük çocuğun olmasıdır. Kadınların en son yaptırdıkları isteyerek düşük için belirttikleri nedenler ile daha önceki isteyerek düşükler için belirttikleri nedenler hemen hemen aynı gibidir. Dolayısıyla isteyerek düşüklerde yeterli sayıda çocuk sahibi olma ve ekonomik nedenler oldukça etkili nedenlerdir. Burada önemli olan durum,



kadınların isteyerek düşük için belirttikleri gerekçelerin, istenmeyen gebelik durumunu yaşamadan önce farkında olmaları ve gerekli önlemleri almaları olmalıdır.

TNSA 2013'e göre Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 2.26 bulunmuş, yaşayan çocuk sayısı ve isteyerek düşük sayısı arasında pozitif bir ilişki saptanmış, yaşayan çocuk sayısı arttıkça isteyerek düşük yapmış kadınların oranının da arttığı görülmüştür. Beş ya da daha fazla sayıda çocuğu olan kadınlar için isteyerek düşük oranı (%19.0), hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınlar (%4.0) için olandan yaklaşık 5 kat daha fazla bulunmuştur (5). Bu sonucu destekler biçimde çalışmamızda hiç çocuğu olmayan kadınların oranı %0.8 iken, 2 çocuğu olan kadınların oranı % 37.6, 3 ve üzeri çocuğu olan kadınların oranı %48.4'tür (Tablo 4.7). Çalışmamızda kadınların canlı doğum sayısı ortalaması  $2.63 \pm 1.16$ 'dır (Tablo 4.6). Araştırma grubunda 7 çocuğu olan kadınlar da vardır (Tablo 4.3). Çalışmamızda kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısı ile ilgili düşüncelerini belirleyebilmek için ideal çocuk sayısı sorulmuştur. Genellikle sahip olunan çocuk sayısı ile söylenen ideal çocuk sayısı arasında yakın bir ilişki olduğu gözlenmiş, kadınların sahip oldukları çocuk sayısına göre ideal çocuk sayılarını rasyonalize ettikleri görülmüştür. Kadınların %44.4'ü ideal çocuk sayısını 2 olarak belirtirken %51.2'si 3 ve üzeri olarak belirtmişlerdir (Tablo 4.9). En az 3 çocuğun ideal olduğunu düşünen kadınların oranı daha fazladır. Bu sonuçlar kadınların sahip oldukları çocuk sayıları ile de uyumludur. Hiç kızı olmayan ve hiç oğlu olmayan kadınların da istemli düşüğe başvurdukları görülmüştür. Bu durum çocuğun cinsiyetinden çok ekonomik durumun öne çıktığını düşündürmektedir.

Çocuk sayısı gibi gebelik sayısı da isteyerek düşükleri etkilemektedir. Ülkemizde genelde evliliklerde ilk gebelikler istenen gebeliklerdir ve isteyerek düşük düşünülmeyen gebeliklerdir. Gebelik sayısı arttıkça isteyerek düşüğe başvurma oranı da artmaktadır. Çalışmamızda kadınların 2'si ilk gebeliğinde, %7.6'sı ikinci, %24.8'i üçüncü %66.8'i 4 ve üzeri gebeliğinde isteyerek düşük için gelmiştir (Tablo 4.5). Kadınların %31.2'sinin daha önce en az bir isteyerek düşüğü olmuş ve bu düşükler kadınların %2.8'inde 1.gebeliği, %12.2'sinde 2. gebeliği, %19.8'inde 3. gebeliğinde olmuştur. Kadınlar %23.5 oranla en çok 4. gebeliklerinde isteyerek düşük yaptırmıştır. 5.ve 6. gebeliklerinde isteyerek düşük yaptıran kadın oranı 19.8 ve 14.1'dir.7.(%5.7), 8.(%0.9), 9.(%0.9) gebeliklerini isteyerek düşükle sonlandıran kadınlar olmuştur (Tablo 4.20). Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun 4 ve üzeri gebeliği olduğu, istemediği

halde 10. kez gebelik yaşayan kadınlar olduğu, gebelik sayısının da isteyerek düşüklere başvurmada etkili olduğu görülmüştür.

Ülkemizde özellikle ikinci eş durumu veya ikinci evliliklerde imam nikahı daha sık görülmektedir. Bu durum göz ardı edilerek çalıştığımız poliklinikte sadece resmi nikahlı olan kadınlara isteyerek düşük hizmeti sunulması, bu gruptaki kadınların isteyerek düşük hizmeti almalarını kısıtlamakta ve onları başka seçeneklere yönlendirmektedir. Bu durum bu kadınları da değerlendirme açısından çalışmamızı sınırlamaktadır. Çalışmamızda kadınların %6.8'i resmi nikahlı ikinci evliliklerinde istemli düşük için başvurmuşlar, ikinci evliliklerinde çocuk istemediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.4).

Türkiye’de isteyerek düşükler gebeliğin 10. haftasının sonuna kadar (2.5 ay) yasaldır. Ancak bu bilgiyi kadınların çoğu bilmemektedir. Çalışmamızda kadınların %83.2’si bu süreyi ya yanlış bilmekte ya da bilmemektedir. Kayseri İli Talas İlçesi’nde yapılan benzer bir çalışmada da kadınların sadece üçte biri (% 33.4) 10 hafta olan yasal süreyi bilmişlerdir (111). Çalışmamızda kadınlar daha çok 7-8 hafta cevabını vermiş, bu cevap da AP polikliniğinde 8. haftaya kadar isteyerek düşük işlemi yapılmasına bağlanmıştır.

İsteyerek düşük işlemi için prosedür gereği, işlemin kadın sağlığına zararları konusunda işlem öncesi bilgi verilip onam alınması gerekir. Çalışma yaptığımız poliklinikte konu ile ilgili bilgilendirme yapılmaktadır. Buna karşın kadınların, % 51.6’sı işlem ile ilgili bilgilendirme yapıldığını belirtirken %48.4’ü yapılmadığını ifade etmiştir. Yine kürtajın kadın sağlığına zararları konusunda bilgi durumları incelendiğinde kadınların %75.2’si kürtajın kadın sağlığına zararları konusunda hiçbir fikri olmadığını söylemiştir. Kürtajın kadın sağlığına zararı olarak verdikleri cevabın %15.6 ile en çok rahim yırtılması olduğu görülmüştür (Tablo 4.18). Poliklinikte isteyerek düşükle ilgili olarak bilgilendirme yapıldığı halde kadınların yarısının bunun farkında bile olmadığı görülmektedir. Bu durumda bilgilendirme işlemi için farklı yollar denenmeli kadınların bilgilendirmeyi anlayıp anlamadıkları değerlendirilmelidir. Aksi takdirde bir bilgilendirme ve onam işlemi yapıldığından bahsedilemez.

Bir gebeliği sonlandırma kararı pek çok kadının herhangi bir fiziksel sağlık sorun yaşamasa da uzun yıllar sürebilen psikolojik etkiler altında kalmasına neden olabilir. Çalışmamızda daha önce isteyerek düşük yaptıran kadınların %19.8’i isteyerek düşük sonrasında sorun yaşadığını belirtmiştir (Tablo 4.20 ).

Genel olarak tüm dinler anne karnındaki çocuğun düşürülmesini yasaklamaktadır (90). Dolayısıyla dinsel inançlar, sosyal normlar ve kültürel yapı, düşük karşısında kadını etkilemektedir Araştırmalar kadınlarda kızgınlık, öfke, suçluluk, korku, ızdırap, utanma gibi duyguların değişik derecelerde sıklıkla yaşandığını göstermektedir. Kadın aynı anda olumlu ve olumsuz duyguları bir arada yaşayabilmektedir. Taşkın ve arkadaşlarının yaptıkları isteğe bağlı ve terapötik abortus uygulanan kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri ile ilgili araştırmada kürtaja karar veren kadınlar en fazla oranda korku yaşadıklarını (%25.3) ve günah işleyeceklerini düşündüklerini (%22.8) ifade etmişlerdir (95). Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne isteğe bağlı kürtaj için başvuran kadınların değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışmada kadınlara kürtaj öncesi duyguları sorulduğunda; %77.8'inin korktuğu, %38.1'inin heyecanlandığı, %15.9'unun kızgınlık ve öfke duyduğu, %12.7'sinin duygularını ifade edemediği, %7.9'unun hiç bir şey hissetmedikleri, %1.6'sının suçluluk hissettiği saptanmıştır (7). Benzer araştırmalarda da ülkemizde kadınların korku ve günah işleme duygusu yaşadıkları saptanmış, kürtaj yaptıran kadınların büyük çoğunluğunun kürtajın günah olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (105,108,109). Bu çalışmalarla benzer şekilde çalışmamızda kürtaj öncesi kadınların %62.0'ı işlemden dolayı korku, %27.2'si suçluluk, %26.0'i heyecan, %21.6'sı günah işleme duygusu yaşadığını belirtmiştir. Kadınların %14.4'ü kızgınlık öfke yaşadığını belirtmiş, %12.0'i hiçbir şey hissetmediğini, %11.2'si duygularını ifade edemediğini belirtmişlerdir (Tablo 4.15). Çalışmamızda korku, günah işleme ve suçluluk duygusu yaşayan kadınların oranı oldukça yüksektir. İsteyerek düşük öncesi kadınların yaşadıkları bu duyguların farkında olmak, işlem sırasında sağlık personelinin kadına karşı yaklaşımında ve davranışlarında etkili olacağı düşünülmektedir. Bu manevi değerlerin araştırma grubumuzdaki kadınları nasıl etkilediğini görmek için çalışmamızda kadınlara isteyerek düşük ile ilgili bazı önermelere katılma durumları sorulmuştur. Kadınların yarısı kadın hamile kaldı ise bebeği doğurması gerektiğini, ancak geçerli bir gerekçesi varsa isteyerek düşük yaptırabilmeli diye düşünmektedir. Genellikle kendi gerekçelerini geçerli olarak gördükleri saptanmıştır.. Diğer yarısı bebeği doğurmak zorunda değil derken isteyerek düşük için geçerli nedenleri düşünerek bu cevabı verdiklerini belirtmişlerdir. Bir bebeğin daha doğumu hem kadını hem aileyi içindeki durumdan daha zor bir duruma iteceği, dolayısıyla isteyerek düşüğün bebekten daha az zarar vereceğini düşündükleri görülmüştür. Kadınların %59.2'si isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırabilmesine

izin verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Bir çocuk büyütüp büyütmemeye karar vermek kadının doğal hakkıdır diyen kadınların oranı %75.6'dır. Kültürümüzün getirmiş olduğu bazı değerler sonucu ülkemizde çocukla, doğum hatta gebelik başlangıcından itibaren her türlü bakım ihtiyacı ile anne ilgilenmektedir. Dolayısıyla çocuk büyütme hakkını kendinde görmesi normaldir. Çalışmamızda da isteyerek düşük kararını çoğunlukla kadınların aldığı görülmektedir. Çoğunlukla kadınlar isteyerek düşük konusunda karar alma konusunda hakkın kendisinde olmasını isterken, kültür ve dini inançların bir yansıması olarak %76.4'ü isteyerek düşüğe tek başına kadının karar vermemesi gerektiğini eşiyile birlikte karar vermesi gerektiğini düşünmektedir. Kürtajın yasal olarak engellenmesini istemeyen, çocuk yetiştirmek zor olduğu için devlet kürtaja karışmasını diyen kadınların oranı %68.4'tür. Kadınların %42.0'ı devletin isteyerek düşükler için önlem alması gerektiğini düşünürken, istenmeyen gebelikler olmasını isteyerek düşüklere gerek kalmaması diye istemektedirler. Bununla birlikte son çare olarak gördükleri kürtajın engellenmesini istemediklerini de belirtmektedirler. Kadınların yukarıdaki önermelerle ilgili düşünce durumlarında; yaş, öğrenim durumu, meslek, en uzun yaşadığı yer ve ekonomik durum gibi tanımlayıcı özelliklerine göre aralarında önemli bir fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ) (Tablo 22-26). Benzer bir çalışma olan Baykan ve arkadaşlarının Kayseri ili Talas ilçesinde kadınların isteyerek düşüklere bakış açılarını değerlendirdiği çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde kadınların %55'i bir çocuğu büyütüp büyütmemeye karar vermenin kadının doğal hakkı olduğuna inanmaktadırlar. %55.5'i isteyen her kadının isteyerek düşük yaptırmasına izin verilmesi, %69.7'si kadının isteyerek düşüğe tek başına karar vermesi fikrine katılmamaktadır. Kadınların yarıdan fazlası (%59.2) hamile kalan kadının bebeği doğurması gerektiğini düşünmektedir. Kadınların %65.5'i isteyerek düşüklerin ahlaki/dini değerlere ters düştüğüne inanmaktadır (111). Bu araştırmada olduğu gibi çalışmamızda da kadınların çoğunluğu manevi, ahlaki ve sosyal açıdan gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının uygun olmadığı düşündükleri görülmektedir. Kadınların ne kadar yoğun bir duygu yükü altında oldukları, verdikleri kürtaj kararı ile duyguları arasında bir tezat yaşadıkları ve bu kararı hiç kolay vermedikleri görülmektedir. Kadınların istemeden gebe kalmayı önleyecek modern yöntem kullanımının önündeki engellerin giderilmesi, modern yöntemlerin doğru kullanılmasını sağlayacak eğitimlerin verilmesi ve istemli düşüklerle ilgili yasal durumun devam etmesini istedikleri görülmüştür.

Çalışmamızda isteyerek düşük için Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'ne başvuran kadınların çoğunun eğitim düzeyi ilkokul, ekonomik durumlarının kötü, çekirdek aile ve çoğunlukla 3 ve üzeri çocuklu olduğu saptanmıştır. Kadınların %85.6'sı başka çocuk istemeyip doğurganlığını sonlandırmak istemektedir.

Kadınların isteyerek düşük öncesinde gebeliği önleyici yöntem olarak en fazla oranda geri çekme yöntemi kullandıkları görülmektedir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme yönteminin çalışmamızda isteyerek düşük öncesi en çok kullanılan yöntem olması istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşüklerde oldukça etkili olduğu görülmektedir. Modern yöntem olarak kullanılan kondomun ve oral kontraseptiflerin doğru şekilde, sürekli ve düzenli olarak kullanamadıkları, bunun sonucunda istenmeyen gebelikleri önleme konusunda sorun yaşadıkları görülmektedir. Kadınların isteyerek düşük sonrası modern yöntem tercihi artmış, yöntem olarak en çok RİA ve tüp ligasyonu yöntemlerini düşündükleri görülmüştür.

İki, üç, dört, beşinci kez kürtaj yaptırmaya gelen kadınların olduğu görülmüş, ülkemizde isteyerek düşüğün bir AP yöntemi olarak kullanılmaya devam ettiğini göstermektedir.

Kadınların çoğunluğu korku, günah işleme ve suçluluk duygusu yaşamakta, manevi, ahlaki ve sosyal açıdan gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının uygun olmadığını düşünmektedir. Ancak istenmeyen gebelik durumunda son çare olarak gördükleri isteğe bağlı düşüğe başvurmaktadır.

İstenmeyen gebelikleri önlemek için kadınlara; modern yöntemlerle ilgili danışmanlık hizmeti, yöntemlerin doğru kullanılmasını sağlayacak eğitimlerin verilmesi, AP hizmetlerinin daha iyi sunulması, isteyerek düşükten hemen sonra gebelikten korunma konusunda danışmanlık ve hizmet verilmesi, isteyerek düşüklerin bir AP yöntemi olmadığı bilinci kazandırılması önemlidir.

Gebelikten korunma hizmetleri ne kadar gelişirse gelişsin, istenmeyen gebelikler, dolayısıyla isteyerek düşük gereksinimi olacağı muhakkaktır. Onun dışında yöntemi kullananların yapabileceği kullanım hataları, hizmetlerin ulaşılabilirliğindeki eksiklikler, ve kadınların/çiftlerin sosyal, psikolojik, cinsel hayatlarındaki değişiklikler nedeniyle her zaman istenmeyen gebeliklerle karşılaşılabilirliği unutulmamalıdır. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında güvenli hizmet verilmesi kadın sağlığı açısından çok önemlidir. Devletin isteyerek düşükleri engellemede değil istenmeyen

gebelikleri önlemede gerekli politikalar üretmesi gerekmektedir. Politikalar, kadınların insan haklarını korumaya ve onların sağlıklarını geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu bağlamda; kaliteli AP hizmeti ve düşük hizmetlerinin, özellikle de yoksul, genç, tecavüze maruz kalma durumu gibi hem hizmete daha çok ihtiyacı olan hem de hizmete erişimi daha güç olan kesimleri gözeterek, yaygınlaştırılması ve kolaylaştırılması önerilmektedir.

## 6.KAYNAKLAR

1. Oktay Koçoğlu G. İsteyerek düşüklerde yeni bir yaklaşım, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2000; 21: 4.
2. Öztürk H, Okçay H. İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler, Aile ve Toplum Dergisi 2003; 62: 63-9.
3. World Health Organization; Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. WHO/WQ/440, Geneva, 2003.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2008, Ankara, 2008.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2013, Ankara. 2014.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 1998, Ankara, 1999.
7. Şahin S, Cevahir R, Sözer C. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1: 18-32
8. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, T.C. Resmi Gazete, 10 Nisan 1965 sayı: 557.

9. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, T.C. Resmi Gazete, 27 Mayıs 1983; sayı: 2827.
10. Akın A, Özvarış BŞ. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. 2001. (<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3073.doc>) (11.05.2015).
11. Ulusal aile planlaması hizmet rehberi, Cilt I: Aile planlaması ve üreme sağlığı. TC Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 1994.
12. World Health Organization; Post-abortion Family Planning: A Practical Guide for Programme Managers. (WHO/RHT/97/20), Geneva, 1997
13. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. Williams Obstetrics (17.basım), Prentice/Hall International, Londra, 1985: pp 467
14. Bulut A., Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Düşüklerin incelenmesi, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1979.
15. Allsop JR. Termination of Pregnancy. Current Obstetric & Gynaecology, 2004: 14: 285-290.
16. Gilbert H, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, Taşkın L. (Çev Ed). Palme Yayıncılık, Ankara, 2002: ss 348-74.
17. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide, Newyork, 1999
18. Gürgüç CA. Doğum Bilgisi, A.Ü. Tıp Fakültesi yayınları, Ankara, 1978: ss282
19. TCK, T.C. Resmi Gazete, 26 Eylül 2004, sayı: 5237 (99. 100. 101.maddeler)
20. Aksoy Ş. Kürtaj Sadece Tıbbi Bir Karar Olabilir mi? Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik 1996; 4: 12-55.
21. Polat O, İnancı MA, Aksoy ME. Adli Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1997: ss 314-39.
22. Goto A, Yasumura S, Reich MR, Fukao A. Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata, Japan. Social Science & Medicine 2002;7: 1065-79.



23. Than LC, Honein MA, Watkins ML, Yoon PW, Daniel KL, Correa A. Intent to become pregnant as a predictor of exposures during pregnancy: is there a relation?, J Reprod Med 2005;50:389-96.
24. Akın A, Özvarış BŞ. Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006: ss. 188-314.
25. Population Reports. Series M, Number 17, Volume XXXI, No.2. Center for Communication Programs, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, 2003
26. Population reports. Series J, number 43, Volume XXIV, No. 1.center for communication programmes, The John Hopkins Bloomberg School of public Health, Baltimore, 1996
27. Hacettepe Nüfus Etütleri ve Macro Int. Inc., Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2003, Ankara, 2004.
28. Hatcher RA. Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Ankara, 1990: ss 262-95
29. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Türkiye' de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Ankara, 1996.
30. World Health Organization; Abortion Policies: Aglobal Review. (WHO/RHT/97/20), Geneva, 1997
31. World Health Organization; Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data. (WHO/RHT/MSM/97.16), Third edition, Geneva, 1998.
32. Liskin LS. Complications of abortion in developing countries, Series F, Pop rep, 1980; 107-155.
33. Robert A, Hatcer MD, Kowal D, Guest F, Trussel J. Kontraseptif yöntemler: Uluslararası Basım, Contraceptive Tecnology: International Edition, yayın no: 1, Dervişoğlu A, Senlet P.(eds), Ankara 1990: ss 433-442.
34. Goodman LS, Gillman A. Pharmacologic basis of therapeutics. Newyork Macmillan Company, 1974

35. Ring Cassidy E, Gentles I. Women's health after abortion: the medical and psychological evidence. *Canadian Family Physician* 2002; 50: 2355-60.
36. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion and emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clinical Psychological Review* 2003; 23: 929-58.
37. Zastrow C, Kirst-Ashman K. *Understanding Human Behavior and Social Environment*, Belmont, 2010: pp 165-88
38. World Health Organization; *The Prevention and Management of Unsafe Abortion- Report of a Technical Group*, WHO, Geneva, 1992
39. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoğlu AM, Van Look PFA: WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; 367:1066-1074
40. Say L. Güvenli düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10: 24-29, Özel sayı 1: Düşükler
41. Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379.
42. Gökgöl T. İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012;10: s1-10, Özel sayı 1: Düşükler
43. Dölen İ, Ozdeğirmenci Ö. Gebe Hakları, *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, Çicek N, Mungan MT (eds.), Güneş Tıp Kitabevi, 2006: ss 215-25.
44. World Health Organization; *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for health systems*. WHO, Second edition, Geneva, 2012
45. Henshaw S.K, Singh S, Haas T. The incidence of abortion worldwide. *International Family Planning Perspectives* 1999;25: 530-538.
46. Berer M. Making abortions safe. *Reproductive Health Matters* 2002;19:31-43.
47. United Nations World Abortion Policies 2011, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, NY, March 2011
48. Bongaarts J, Westoff CF. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning* 2000;3:193-202

49. Tunçbilek E. Clinical outcomes of consanguineous marriages in Turkey. Turk J pediatr 2001;43:277-9.
50. Tezcan S, Carpenter Yaman CE, Fişek NH. Abortion in Turkey. Hacettepe University Institute of Community Medicine, 1980
51. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. 2009
52. Çokar M. Dünya’da ve Türkiye’de isteyerek düşüğün yasal boyutunun etik açıdan değerlendirilmesi, doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, İstanbul 2006: s.111
53. Reproductive Rights 2000: Moving Forward. The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), New York, 2003
54. IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood Federation, London, 1996.
55. Cook RJ, Dickens B.M. The injustice of unsafe motherhood. Developing World Bioethics 2002; 2: 64-81.
56. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M. Reproductive Health and Human Rights, Integrating Medicine, Ethics and Law. Clarendon Press, Oxford University Press, 2003.
57. Cook RJ, Dickens BM. Human rights dynamics of abortion law reform. Human Rights Quarterly, The Johns Hopkins University Press 2005; 25:1-59
58. Sklar J, Berkov B. Abortion, illegitimacy and the American birth rate. Ed: Reining P, Tinker I. Population: Dynamics, Ethics and Policy American Society for the Advancement of Science, Washington, 1975: pp 73-80
59. Mason JK, McCall Smith RA, Laurie GT. Law and Medical Ethics. Fifth edition, Butterworths, Londra, 1999: pp 113-147
60. Cook RJ, Dickens BM. International developments in abortion laws: 1977-88. Am. J. Public Health 1988; 78: 1305-1311.

61. Cook RJ, Dickens BM. A decade of international change in abortion law: 1967-1977. *Am. J. Public Health* 1978; 68: 637-645.
62. Cook RJ, Dickens BM, Bliss LE. International developments in abortion law from 1988 to 1998. *Am. J. Public Health* 1999; 89:579-587.
63. Boland R, Kaatzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plan Perspect* 2008; 34:110- 20.
64. Childbirth by Choice Trust: Abortion Law, History and Religion. [http://www.cbctrust.com/history\\_law\\_religion.php](http://www.cbctrust.com/history_law_religion.php), 10 Aralık 2005 tarihinde ulaşılmıştır.
65. Center for Reproductive Rights. Abortion and the Law: Ten Years of Reform. [www.reproductiverights.org](http://www.reproductiverights.org), 10 Aralık 2005 tarihinde ulaşılmıştır; The World's Abortion Laws, June 2004. Center for Reproductive Rights [http://www.reproductiverights.org/tools/print\\_page.jsp](http://www.reproductiverights.org/tools/print_page.jsp), 10. 04. 2015 tarihinde ulaşılmıştır).
66. World Health Organization; Annual Technical Report 2003. Dept. of Reproductive Health and Research, Geneva, 2004
67. Üner R. Fişek N. Türkiye’de Doğum Kontrolunun Uygulanması Üzerinde İncelemeler. SSYB Yayınları 1961; ss 264
68. Peker M. Nüfus Politikaları. Türkiye’de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları içinde. Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Yayın No: DPT 1931 SPB 379; 1983: ss 41-57
69. Macklin R. “Abortion: Contemporary Ethical Perspectives”. Ed: Reich WT, *Encyclopedia of Bioethics*, Simon and Schuster Macmillan, New York, 1995: pp. 6-16
70. Çokar M. İsteyerek Düşüğün Etik Boyutu. Basılmamış Seminer Notları, Marmara Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, 2002-2003 Ders Yılı, Doktora Eğitim Programı, 2003
71. Öztürk H. Abortus ve Etik Sorunlar: Etik Bunun Neresinde. Ankara: Tabip Odası Yayınları, 1997: ss 75-83.

72. Sumner LW. Abortion. In: Van Be Veer D, Regan T (Editors). Health Care Ethics An Introduction. Philadelphia: Temple University Pres, 1987; pp 162-83
73. Curan CE. Abortion: Contemporary Debate in Philosophical and Religious Ethics. In: Chief W, Reich T (Editors). Encyclopedia of Bioethics. New York, The Free Pres, 1982: pp 18-20
74. Gökey Ş. Gebeliğin Sonlandırılmasında Karşılaşılan Etik Sorunlar. Hatemi H, Doğan H. (Yazarlar). Kitap: Medikal Etik. Sökmen Matbacılık, İstanbul 2001: ss 80-109.
75. Harris J. Hayatın Değeri, Sertabiboğlu S. (çev.), Ayrıntı Yayınları, İstanbul 1998: ss 195-203
76. Özsunay E. Hayatın Başlangıcı ve Sonuna İlişkin En önemli Hukuksal Sorunlar. İÜHFEÖYV, İstanbul 1998: ss 12-24.
77. Doğruyol H. Çocuk Cerrahisinde Etik Sorunlar, A Erdemir Demirhan, Y Oğuz, Ö Elçioğlu, H Doğan (Yazarlar), Kitap: Klinik Etik. Tayf Ofset, İstanbul 2001: ss 465-511.
78. Gammeltoft T. Between “Science” and “Superstition”: Moral Perceptions of Induced Abortion Among Young Adults in Vietnam. Culture, Medicine and Psychiatry 2002; 26: 313-38.
79. Warren MA. Abortion. Ed: Kuhse H, Singer P. A Companion to Bioethics. Second Printing, Blackwell Publishers, Oxford 2001: pp 127
80. Altıparmak S, Çiçeklioğlu M, Yıldırım G. Abortus ve etik, Cumhuriyet Tıp Dergisi Cumhuriyet Tıp Dergisi 2009; 31: 84-90.
81. Dönmezer S. Ceza Hukuku Hususi Kısım Şahıslara Karşı ve Mal Aleyhinde Cürümler, 3. Bası, İstanbul 1957: ss. 87
82. Görkey Ş. Gebeliğin sonlandırılmasında karşılaşılan etik sorunlar. Ed: Hatemi H, Doğan H, Medikal Etik. (doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı), Yüce Yayın, 2001: ss. 80-81
83. McLaren A. A History of Contraception: from Antiquity to the Present Day. Blackwell Publishers, Oxford, 1992.

84. Şehiraltı M. Tarih boyunca üremenin kontrolü ve aile planlaması kavramının gelişimi, *Sendrom* 2001:13:93-97
85. Cahill LS. Abortion: Roman Catholic perspectives. Ed: Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. Simon and Schuster Macmillan, New York 1995: pp 30-33.
86. Harrison BW. “Abortion: Protestant perspectives”. Ed: Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics.*, Simon and Schuster Macmillan, New York 1995: pp. 34-37.
87. Udeh A. *Mukayeseli İslam Hukuku ve Beşeri Hukuk*, C. III, Ankara 1991: ss. 277-278.
88. Bilmen N. *İslam İlmihali (İsra Suresi 31. Ayet)*, Bilmen Basım ve Yayınevi Ankara ss. 153.
89. İbn Kayyım el-Cevziyye, *Kitâbu’r-rûh*, 242vd.; *Remlî, Nihâyetü’l-muhtâc*, VIII, 496; *Derdîr, Hâşiyetü’-d-düsûkî*, I, 28; İbn Receb el- Hanbelî, *Câmiu’l-ulûmi ve’l-hikem*, I, 163; *Merdâvî, el-İnsâf*, I, 861; İbn Hacer el-Askalânî, *Fethu’l-Bârî*, XI, 494.
90. Ahmed L. *Arap Kültürü ve Kadınların Bedenlerinin Yazılışı. Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik Der* İstanbul, 2003; 65-66.
91. *Diyanet İşleri Başkanlığı. Nüfus Planlaması*, Ankara 1968; ss. 5.
92. Okur AR, Bayraktar K. *Doğum Kontrolünün Ortaya Koyduğu Hukuki Problemler ve Çözüm Yolları*, İstanbul Barosu Dergisi 1969 Kasım-Aralık sayısı eki, İstanbul 2004; ss 155.
93. Avcı M. *Osmanlı Hukukunda Suçlar ve Cezalar*, İstanbul 2004: ss 223-2
94. Maral I, Durukan E, Albayrak S, Öztimur N, Biri A, Bumin A. Induced abortion frequency in Ankara, Turkey, before and after the legal regulation of induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2007; 12:279 -88.
95. Taşkın L, Terzioğlu F, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Türk R, Gözükara F. *İsteğe Bağlı ve Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve*

Anksiyete Düzeyleri (Araştırma), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

96. Yusuf F, Siedlecky S. Legal abortion in South Australia: A Re- view of the first 30 years. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002; 42: 15-21.
97. Varkey P, Balakrishna PP, Prasad JH, Abraham S, Joseph A. The reality of unsafe abortion in a rural community in South India. Reprod Health Matters 2000; 8: 83-91.
98. Kavlak O, Atan ŞÜ, Saruhan A, Sevil Ü. Preventing and terminating unwanted pregnancies in Turkey. J Nurs Scholarsh 2006; 38:6-10.
99. Diker J, Erkoç A, Karataş N. Dr. İ. Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesinde MR (Menstrüel Regülasyon) yöntemi ile gebeliği sonlandırılan hastaların değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2003; 132: 67-72
100. Özbaşaran F, Taşpınar A. Manisa doğumevi'nde kürtaj olan kadınların doğurganlık özellikleri ve yöntem tercihlerine eğitim düzeyinin etkisi, Atatürk Üniversitesi HemşirelikYüksekokulu Dergisi 1998; 1:2
101. Karaoğlu ve ark. Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan evli kadınların doğurganlık özellikleri ve gebeliği önleyici yöntem kullanımları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 122: 93-7.
102. Şenol YY, Dönmez L. Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum 2002; 12: 62-6.
103. Jain V, Saha SC, Bagga R, Gopalan S. Unsafe abortion: A neglected tragedy. Review from a tertiary care hospital in India. J Obstet Gynaecol Res 2004; 30: 197-201.
104. Langer A. ve ark. Improving postabortion care in a public hospital in Oaxaca, Mexico. Reprod Health Matters 1997; 9: 20-8.
105. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 soru kağıdı hazırlık çalışması, niteliksel araştırma: Gebeliği önleyici yöntemler ve istemli düşükler. HÜNEE, Ankara 2003.

106. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, TNSA 2003, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara 2004
107. Bozbeyoğlu AÇ. Re-placing induced abortion and contraception: a special focus on ethno-cultural differences in the cases of Turkey and selected Central Asian States, Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara 2007: ss 111
108. Saka G, Ceylan A, Ertem M, İlçin E. Kadın sağlığı merkezinde istemli düşük yaptıran kadınların özellikleri. Sağlık ve Toplum 2004; 14:73-87.
109. Karaman D, Köken G, Coşar E, Şahin F, Ariöz DT, Yılmaz M. Çalışan ve çalışmayan fertil çağdaki kadınlarda istemsiz gebelik sıklığı ve gebe kalmak istememe nedenlerinin araştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2007; 4:190-94.
110. DereliYılmaz S, Ege E, Akın B, Çelik Ç. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri(The Reasons of Induced Abortion and Contraceptive Preference in 15-49 Years Women). İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2010; 18: 156-163
111. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Poyrazoğlu S. Perception of Muslim women aged 15-49 on abortion in Turkey. 5. European Public Health Conference. European Journal of Public Health Supplement. Malta 8-10 November : 258-9



# **EKLER**

EK-1

ANKET NO.....

KAYSERİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN DOĞUM KLİNİĞİNE  
İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜKLER İÇİN BAŞVURAN KADINLARIN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

1. Yaşınız.....
2. Öğrenim durumunuz  
1.Okur-yazar değil 2. okur/yazar 3. ilkokul 4. orta 5. Lise 6. üniversite
3. Mesleğiniz: 1. ev hanımı 2. diğer (.....)
4. Eşinizin yaşı.....
5. Eşinizin öğrenim durumu  
1.okur-yazar değil 2. okur/yazar 3. İlkokul 4. orta 5. lise 6. üniversite
6. Eşinizin Mesleği: 1. işçi 2.memur 3.serbest 4.esnaf  
5.emekli 6.çiftçi 7.işsiz 8.diğer
7. Aile tipiniz: 1. çekirdek aile 2. geniş aile
8. Ailedeki kişi sayısı.....
9. Size göre ekonomik durumunuz nasıl?  
1. çok iyi 2. iyi 3. orta 4. kötü 5. çok kötü
10. Ortalama aylık geliriniz.....
11. Hayatınızda en uzun yaşadığınız yer hangisidir?  
1. il merkezi 2. ilçe merkezi 3. kasaba ve köy
12. Nereden geliyorsunuz?  
1.Kayseri ili 2.ilçe 3.kasaba köy 4. Kayseri dışı il ve ilçeleri
13. Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı? 1. hayır 2. evet (.....)
14. Sizin ya da eşinizin herhangi bir kronik hastalığı var mı?  
Kendisi 1.yok 2.var.....  
Eşi 1.yok 2.var.....
15. İlk evlilik yaşıyorsunuz?.....
16. İlk gebelik yaşıyorsunuz?.....
17. Kaç yıldır evlisiniz?.....
18. Kaçınıcı evliliğiniz?.....
19. Doğurganlık bilgileri  
1.toplam gebelik sayısı. ....  
2. canlı doğum sayısı.....  
3. kendiliğinden olan düşük sayısı.....  
4. kürtaj sayısı.....  
5. ölü doğum sayısı.....  
6. yaşayan çocuk sayısı K..... E.....  
7. ölen çocuk sayısı.....  
8. en son çocuğunuz kaç yaşında.....  
9. sakat doğup yaşayan çocuk sayısı.....

- 10.sakat doğup ölen çocuk sayısı.....
20. İleride başka çocuk istiyor musunuz? 1.evet 2. hayır
21. Sizce ideal çocuk sayısı kaçtır?.....
22. İstemedен gebe kaldığınız halde doğum yaptığınız oldu mu?  
1.evet (.....tane) 2. hayır
23. Aile planlaması yöntemi kullanmada eşinizin sorumluluk üstlendiğini düşünüyor musunuz?  
1. evet 2. hayır 3. bilmiyorum
24. En son kullandığımız aile planlaması yöntemi nedir?  
1. yöntem kullanmıyoruz 2. geri çekme 3. takvim yöntemi  
4. kondom 5. RIA 5. hap  
6. iğne 7. diğer
25. ( 24. soruya cevap 1. seçenekse sorulacak) Yöntem kullanmama nedeniniz nedir? .....
26. ( 24. soruya verilen cevap dikkate alınarak sorulacak) Sizce yöntem kullandığınız halde hamile kalmanızın nedeni ne olabilir?.....
27. Korunmasız ilişki sonrası acil koruma yöntemi hakkında bilgi sahibi misiniz?  
1.evet 2.hayır
28. Bu bebeğe isteyerek mi gebe kaldınız?  
1.evet 2.hayır
29. Bu gebeliğinizde gebe olduğunuzu nasıl anladınız?  
1.test yaptırarak(evde) 2.adet tarihinin gecikmesi ile  
3.hastanede test yaptırarak 4.diğer
30. Gebe olduğunuzu anladığınızda ilk tepkiniz ne olmuştu?  
1. şaşkınlık 2.mutluluk 3.öfke 4.istememe 5.korku 6.ağlama 7.diğer
31. Bu gebeliğinizi sonlandırmaya kim karar verdi?  
1. kadının kendisi 2. eşi 3. her ikisi 4. doktor 5.diğer
32. Bu gebeliğinizi sonlandırma nedeniniz olarak aşağıdakilerden hangisi sizin için geçerlidir? (1'den fazla seçenek işaretlenebilir.)  
1. ekonomik nedenler 2.  
yeterli sayıda çocuğu var  
3. zamansız bir gebelik 4. küçük bebeği var  
5. anne çalışıyor 6. diğer(.....)
33. Bu gebeliğinizi sonlandırmanızı doktor önerdi ise nedeni nedir?  
1.bebekte hastalık var 2.anne sağlığı tehlikede  
3.anne ilaç kullanıyor 4.diğer.....
34. Bu gebelik kaçınıcı gebeliğiniz?.....
35. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....
36. Yasal açıdan bebek kaç haftalık oluncaya kadar kürtaj yaptırılabilir?.....
37. Sizce kürtajın kadın sağlığına ne tür zararı olabilir?.....
38. Kürtaj işleminin nasıl yapılacağı konusunda doktorunuz tarafından bilgilendirme yapıldı mı?  
1. evet 2. hayır
39. (Kürtaj öncesi) Yaşadığınız duygular aşağıdakilerden hangileridir?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)  
1. korku 2. heyecan 3. kızgınlık ve öfke  
4. ifade edemiyor 5. suçluluk 6. günah işleme

7. hiçbir şey

8. diğ er (.....)

40. Kürtaj kararı verirken bu kararınızda nelerin etkili olduğunu düşünüyorsunuz?.....

41. Aşağıdaki ifadelere katılma durumunuz nedir?

1. İsteyen her kadının kürtaj olmasına izin verilmelidir.

1. evet 2. hayır 3. fikrim yok

2. Kürtaja kadın tek başına karar verebilmelidir.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

3. Bir çocuk büyütüp büyütmemeye karar vermek kadının doğal hakkıdır.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

4. Bir kadın hamile kaldı ise bebeği doğurmalıdır.

1. evet 2. hayır 3. fikrim yok

5. Devletler kürtaj olmasın diye önlemler almalıdır.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

6. Kürtaj bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmalıdır.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

7. Çocuk yetiştirmek zor olduğu için devlet kürtaja karışmamalıdır.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

8. Kadınlar kürtaj olmak istemez bu nedenle aile planlaması hizmetleri daha etkin sunulmalıdır.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

9. Kadınların aile planlaması hizmetleri konusunda bilgilendirilmeye ihtiyacı var.

1.evet 2.hayır 3.fikrim yok

42. Kürtajdan sonra herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?

1. evet 2. hayır(nedeni.....)

43. Cevabınız evetse hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz?(nedeni)

1. geri çekme 2. takvim yöntemi  
3. tüp ligasyonu 4. iğne

4. vazektomi 5. hap

6. kondom 7. RIA

8. diğ er

44.Yine istemeden gebe kalma durumu olursa tekrar kürtaj olmayı düşünür müsünüz?

1. evet 2.hayır

(Daha önce kürtaj yaptırmış olanlara uygulanacak)

	1.kürtaj	2.kürtaj	3.kürtaj	
45. Kürtaj olmayı neden istediniz? 1. ekonomik nedenler 2.yeterli sayıda çocuğu var 3.zamansız bir gebelik 4.küçük bebeği var 5.bebekte hastalık var 6.ilacı kullanımı 7.anne sağlığı tehlikede 8.evlilik dışı gebelik 9.tecavüz sonucu oluşan bir gebelik 10.bebegin yine kız olması erkek bebek isteği 11.modern yöntem kullanırken gebe kalma 12.diğer				
46. Kürtaj kararını kim verdi? 1.kadının kendisi 2.kocası 3.her ikisi 4.doktor 5.diğer kişiler(.....)				
47. Kürtaj yaptırdığınızdan eşinizin haberi var mıydı? 1. evet 2.hayır				
48. Kürtajınızı nerede yaptırdınız? 1.doğumevi devlet hastanesi 2.üniversite hastanesi 3.özel hastane 4.muayenehane				
49. Kürtajı bebek kaç haftalıkken yaptırdınız?				
50. Kürtaja bağlı bir sorun yaşadınız mı? 1. evet(psikolojik, kanama, diğer.....) 2.hayır				
51. Kürtaj sonrası aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti aldınız mı? 1. evet 2.hayır				
52. Kürtajdan sonra gebelikten korunmak için aile planlaması yöntemi kullandınız mı? 1. evet 2.hayır				

53. Sizce tekrar kürtaja başurma nedeniniz?.....

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)**

**BİLGİLENDİRME:**

Katılacak olduğunuz bu çalışma ,Kayseri Doğumevi kliniğine isteğe bağlı düşük için başvuran kadınların değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmadır. Araştırma 2012 yılı eylül –ocak ayları içerisinde gerçekleştirilecektir. Araştırmaya bu dönemde aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların alınması planlanmaktadır. Araştırma anket formunun yüz yüze görüşme şeklinde doldurulması şeklinde yapılacaktır.

Bu anket çalışmasına katılmak sizin isteğinize bağlı olup, istediğiniz zaman, bir yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz ve araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak, çalışmanın yayınlanması halinde de kimliğiniz gizli tutulacaktır.

Araştırma süresince 24 saat ulaşabilecek kişinin  
Adı /Soyadı /Telefonu  
Hayriye Demirci 05079264561

**GÖNÜLLÜ OLURU**

Bilgilendirme formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:../../.....

Açıklamaları yapan kişinin Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih:../../.....

## ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURULUN ADI	: ERCİYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Melikgazi/KAYSERİ
TELEFON	: 0 352 437 49 10 - 11
FAKS	: 0 352 437 52 86
E-POSTA	: byancar@erciyes.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğine istişe bağlı düşük için başvuran kadınların değerlendirilmesi		
	ARIŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Fevziye Çetinkaya		
	KOORDİNATÖR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Fevziye Çetinkaya		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı/Kayseri		
	DESTEKLEYİCİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMA FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>		
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>		
	Diğer İse Belirtiniz	<input checked="" type="checkbox"/>	Yüksek Lisans Tezi	<input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GONÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	
	SIGORTA	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	
	ILAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
SONUÇ RAPORU		

ASLI GİBİDİR

Bahri YANCA  
Fakülte Şefi



DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2012/474	Karar Tarihi : 07.08.2012
	<p>Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.</p>	

ASLI GİBİDİR

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Bahri YANÇAR  
Fakülte Şefi

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Kader KÖSE

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı / Adı Soyadı Ek Üyelığı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Kader KÖSE	Tıbbi Biyokimya	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Kader Köse</i>
Prof. Dr. Olgun KONTAŞ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Olgun KONTAŞ</i>
Prof. Dr. Duran ARSLAN	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Duran Arslan</i>
Prof. Dr. Nazan DOLU	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Nazan Dolu</i>
Prof. Dr. İrfan ÖZYAZGAN	Plastik ve Rekonst.	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>İrfan Özyazgan</i>
Doç. Dr. Polat DURUKAN	Acil Tıp	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Polat Durukan</i>
Doç. Dr. Fatih TANRIVERDİ	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Fatih Tanriverdi</i>
Doç. Dr. Leyla HASDIRAZ	Göğüs Cerrahisi	E.Ü. Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Leyla Hasdiraz</i>
Doç. Dr. Ertuğrul MAVİLİ	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Ertuğrul Mavili</i>
Doç. Dr. Hasan B. ULUSOY	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Hasan B. Ulusoy</i>
Doç. Dr. Mehmet A. SOMDAŞ	KBB	Kayseri Eğitim Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet A. Somdaş</i>
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Ferhan Elmali</i>
Av. Zübeyde ÇELEBİ	Avukat	Hukuk Müşaviri	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Zübeyde Çelebi</i>
Ecz. Şökran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>Şökran Terzi</i>
Yusuf Oğuz ALTUNTAŞ	Sivil Üye	Sivil Tiyatro Sanatçısı	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/> X	<i>Yusuf Oğuz Altuntaş</i>



## ÖZ GEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı: Hayriye DEMİRCİ

Uyruğu: Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 1 Ekim 1974, Samsun

Medeni Durumu: Evli

Tel: 05079264561 email: [demicihayriye@hotmail.com](mailto:demicihayriye@hotmail.com)

Yazışma Adresi: Harman Mah. Yunus Emre 1. Sok Kınaş Serace Sitesi E BLOK No: 14  
Kat 9/36 TALAS KAYSERİ

### EĞİTİM

Derece Kurum Mezuniyet Tarihi Lisans Hacettepe Üniv. Hemşirelik Yüksek okulu  
1998

Lise 19 Mayıs Lisesi, Samsun 1991

### İŞ DENEYİMLERİ

### YABANCI DİL

İngilizce

### YAYINLAR