

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN FERTİL ÇAĞINDAKİ
KADINLARDA İSTEMSİZ GEBELİK SIKLIĞI VE GEBE
KALMAK İSTEMEME NEDENLERİ**

Dilek KARAMAN

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN

Tez No: 2007-006

2007-AFYON

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17.01.2007

Yrd. Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ
ÜYE

Doç. Dr. Serhan CEVRİOĞLU
ÜYE

Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Dilek KARAMAN'ın "Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenleri" başlıklı tez çalışması 17/01/2007 günü saat 10.00' da lisansüstü eğitim ve öğretim sınav yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Fevzi Sefa DEREKÖY
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle yardımını esirgemeyen değerli danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN'e, tezimin istatistiksel değerlendirmesinde yardımlarından dolayı sayın Arş. Gör. Ömer ŞİŞE'ye, bana maddi ve manevi destek olan çok sevdiğim aileme ve Dr. Kubilay ÖCALAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimde emeği geçen tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve anket çalışmama katılan tüm hanımlara teşekkür ederim.

Dilek KARAMAN

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
Önsöz	III
İçindekiler	IV
Kısaltmalar	VI
Tablolar	VII
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Düşükler (Abortus)	8
2.1.1. Spontan Düşükler	8
2.1.2. Abortus İmminens (Durdurulabilir Düşük)	9
2.1.3. Abortus İnsipens (Durdurulamayan Düşük)	9
2.1.4. Komplet Abortus (Tam Düşük)	9
2.1.5. İnkomplet Abortus (Tam Olmayan Düşük)	9
2.1.6. Missed Abortion (Kaçırılmış Düşük)	10
2.1.7. Habitual Abortus (Alışılmış Düşükler)	10
2.1.8. Septik Abortus	10
2.1.9. Serviks Yetmezliğine Bağlı Düşükler	11
2.2. Düşüklerin Tanısı ve Tedavisi	11
2.3. Küretaj İşlemi	13
2.3.1. Menstruel Regülasyon	13
2.3.2. Suction Küretaj	14
2.4. Küretajın Yasal Boyutu	15
2.5. Küretajın Sosyal Boyutu ve Görülme Sıklığı	16
2.6. İş Sağlığı'nın Çalışan Kadın Açısından Tarihsel ve Yasal Gelişim Süreci	16
2.7. İş Sağlığı ve İş Güvenliğinde Kadın Çalışanlar	18
2.8. İstemsiz Gebelik, Sıklığı ve Nedenleri	20

3. GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Şekli	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	23
3.4. Verilerin Toplanması	23
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR	25
4.1. Çalışan ve Çalışmayan Kadınlar Arasındaki Farklar	25
4.1.1 Sosyodemografik Özelliklerin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi	25
4.1.2. Genel Sağlık Bilgilerinin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi	29
4.1.3. Kadınların Gebelik Öyküleri İle İlgili Bilgilerinin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi	36
4.2. Çalışan Kadınlarda Farklı Meslek Grupları Arasındaki Farklar	61
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKLAR	76
EKLER	79
EK-1: ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN FERTİL ÇAĞINDAKİ KADINLARDA İSTEMSİZ GEBELİK SIKLIĞI VE GEBE KALMAK İSTEMEME NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU	79

KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

D&C: Dilatasyon ve Küretaj (Dilatation and Curettage)

IV: İntravenöz

AMA: Amerikan Sağlık Birliği (American Medical Association)

AP: Aile Planlaması

ACS-AP: Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TABLOLAR

Tablo 1: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı	26
Tablo 2: Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 3: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeyleri ve Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı	27
Tablo 4: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kendilerinin ve Eşlerinin Sigorta Durumu ve Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı	28
Tablo 5: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yerleşim Yeri ve Aile Tipine Göre Dağılımı	28
Tablo 6: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların İlk Evlilik Yaşı, Evlilik süresi, Akraba Evliliği, Akrabalık Derecesi ve Kan Uyuşmazlığı İle İlgili Durumlara Göre Dağılımı	29
Tablo 7: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı	31
Tablo 8: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların AP Kullanım Yöntemlerine Göre Dağılımı	32
Tablo 9: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi Hakkında Düşüncelerinin ve Bilgi Düzeylerinin Dağılımı	33
Tablo 10: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların AP Yöntemi Bilgilerini Edindikleri Kaynakların Dağılımı	34
Tablo 11: Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi Hakkında Düşüncelerinin ve Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	35
Tablo 12: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların İlk Gebelik Yaşı ve Gebelik Sayısına Göre Dağılımı	36
Tablo 13: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Canlı Doğum, Ölü Doğum, Kendiliğinden Düşük ve Küretaj Sayılarına Göre Dağılımı	37
Tablo 14: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Gebelikte Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı	38
Tablo 15: Kadınların Gebelikte Geçirdikleri Hastalıklara Göre Dağılımı	38
Tablo 16: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Son İki Gebelik Arasındaki Sürenin Mesleki Duruma Göre Dağılımı	39

Tablo 17: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Planlı Gebeliklerde Düşük, Ölü Doğum ve Küretaj Sayılarının Dağılımı	40
Tablo 2: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Erken ve İleri Yaşın, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	41
Tablo 19: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ekonomik Şartlar ve Psikolojik Sorunların, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	42
Tablo 20: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ciddi Kronik Hastalık ve Beden İmajının Bozulmasının, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 21: : Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliğinin, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 22: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama ve Cinsel Hayatı Olumsuz Yönde Etkileme Faktörlerinin, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	45
Tablo 23: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ailesel Faktörler İle Meslek ve Çalışma Koşullarının, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı	46
Tablo 24: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Çok Sık Gebelik, Menopozda Olma ve Yeterli Çocuğa Sahip Olma Faktörlerinin, Mesleki Duruma Göre Dağılımı	47
Tablo 25: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Çocukların Çok Küçük Olması ve Kan Uyuşmazlığı Faktörlerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	48
Tablo 26: Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının Mesleki Durum, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	49
Tablo 27: Hiç İstemeden Gebe Kaldınız mı Sorusuna Verilen Cevapların Mesleki Duruma, Yaşa ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	50
Tablo 28: İstemeden Gebe Kalma Sayısının ve Nedenlerinin Mesleki Duruma Göre Dağılımı	51
Tablo 29: İstemsiz Gebeliğe Devam Nedenleri İle İstemsiz Gebelik Doğacak Çocuğu Etkiler mi Sorusunun Mesleki Duruma Göre Dağılımı	52
Tablo 30: İstemsiz Gebelik Sonuçlarının Mesleki Duruma Göre Dağılımı	53

Tablo 31: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Erken Yaş, İleri Yaş, Ekonomik Şartlar ve Psikolojik Sorunların Mesleki Duruma Göre Dağılımı	54
Tablo 32: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Ciddi Kronik Hastalık, Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama, Meslek -Çalışma Koşulları ve Ailesel Faktörlerin Mesleki Duruma Göre Dağılımı	55
Tablo 33: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Düşük Sonrası Olması, Çocukların Çok Küçük Olması ve Kan Uyuşmazlığı Faktörlerin Mesleki Duruma Göre Dağılımı	56
Tablo 34: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliği, AP Yönteminde Yanlış Kullanım, Çok Sık Gebelik ve Yeterli Çocuğa Sahip Olma Faktörlerinin Mesleki Duruma Göre Dağılımı	57
Tablo 35: İstemsiz Gebelikte Küretaj Olunmalı mı ve Küretaj Kararı Kime Ait Sorularının Mesleki Duruma Göre Dağılımı	58
Tablo 36: Küretaj İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımların Mesleki Duruma Göre Dağılımı	59
Tablo 37: Küretaj İşleminde Eş Onayının ve Eş Onayı Olmaması Sonuçlarının Mesleki Duruma Göre Dağılımı	60
Tablo 38: Çalışan Kadınları Meslek Gruplarına Göre Toplam çalışma Sürelerinin Dağılımı	61
Tablo 39: Çalışan Kadınların Meslek Gruplarına Göre Haftalık Çalışma Sürelerinin Dağılımı	61
Tablo 40: Çalışan Doğum Öncesi İzin Kullandı mı Sorusunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	62
Tablo 41: Çalışan Kadınların Doğum İzni Kullanma Sürelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	62
Tablo 42: Doğum İzni Almada Problem Oldu mu Sorusunu Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	63
Tablo 43: Gebelikte Çalışma Koşullarında Olumlu Değişiklik Oldu mu Sorusunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	63
Tablo 44: Mesleğiniz Gebe Kalmaya Engel mi ve Mesleğiniz Gebeliği Olumsuz Etkiler mi Sorularının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı	64

ÖZET

Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağındaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinin Araştırılması

İstemsiz gebelikler ve oluşum nedenleri gerek kadın sağlığı açısından gerekse sosyal ve ekonomik boyutları açısından irdelenmesi gereken önemli bir konudur. Çiftlerin korunma yöntemi kullanmaması veya kullandıkları yöntemin etkisiz kalması ve gebelikten korunmak için yeterli bilgiye sahip olmamaları istemsiz gebeliklerin en önemli nedenlerini oluşturmaktadır. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla küretaj ile sonuçlanmaktadır. Kadınlar küretajı, planlanmamış gebeliklerini sonlandırmak ve çocuk sayılarını sınırlandırmak için bir doğum kontrol yöntemi olarak görmektedirler.

Araştırmamız, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniğine başvuran fertil çağındaki kadınların istemsiz gebelik sıklığını ve gebe kalmak istememe nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızda, Haziran/2006 ve Ağustos/2006 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniğine başvuran fertil çağındaki kadınlara ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmamıza katılmayı kabul eden 507 kadın araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak 40 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunda demografik özellikler, genel sağlık bilgileri, çalışan kadınların çalıştıkları iş kolları, kadınların geçmiş gebelik öyküleri, istemsiz gebelik sıklığı ve nedenleriyle ilgili sorular yer almaktadır. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 11.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programına kodlanarak girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları) Pearson Ki-kare (X^2) testi ve student t-testidir. İstatistiksel anlamlılık ise $p<0.05$ ile tanımlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, kadınların % 44'ünün en az bir kez istemsiz gebelik geçirdiği saptanmıştır. Çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik oranı % 53.2, çalışan kadınlarda ise % 34.7'dir. 38-43 yaş grubunda olan evli kadınların % 57.5'i istemsiz gebelik durumunu yaşadığı, ancak 20-25 yaş grubunda olan evli kadınların

ise sadece % 25.5'i istemsiz gebelik yaşadığı saptanmıştır. Kadınlarda yaşla birlikte istemsiz gebeliğin arttığı görülmektedir.

Eğitim düzeyi ile istemsiz gebelik durumuna bakıldığında; en fazla istemsiz gebelik durumu % 66.7 ile okur-yazar/okur-yazar olmayan grupta görülmekte olup, üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahip olan kadınlarda istemsiz gebelik durumu % 28.9'dur. Eğitim düzeyi arttıkça istemsiz gebelik oranı azalmaktadır.

Araştırmamızda çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha erken yaşta gebe kaldığı, daha çok sayıda canlı doğum yaptığı ve son iki gebelikleri arasındaki sürenin daha az olduğu saptanmıştır. Çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik nedenleri arasında % 58.3 ile ekonomik şartlar, çalışan kadınlarda ise % 56.5 ile meslek ve çalışma koşulları yer almaktadır. Çalışmayan kadınlar daha çok o dönemde korunmadıkları ve korunmayı bilmekleri için istemeden gebe kalmışlardır. Çalışan kadınların ise, yöntem kullanım hatasından dolayı istemeden gebe kaldıkları saptanmıştır.

Kadınların istemsiz gebelik sonuçları değerlendirildiğinde 1. istemsiz gebeliklerin % 44'ü canlı doğumla sonuçlanırken, 2. ve 3. istemsiz gebeliklerin daha çok küretajla sonuçlandığı saptanmıştır. Kadınların ise % 84.1'i AP yöntemi kullanırken, % 15.9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Çalışan kadınlardaki AP yöntemi kullanım oranının çalışmayan kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Kullanılan AP yöntemi çeşitleri incelendiğinde, kadınlar ilk sırada kondom, ikinci sırada spiral ve daha sonra geri çekme yöntemini tercih etmişlerdir.

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde AP yöntemlerinin doğru ve etkili şekilde kullanılması çok önemlidir. Kadınların gebelik sayıları artıkça küretaj sayılarının da artmakta olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle fertil çağındaki kadınlara AP yöntemleri konusunda tam bir eğitim verilerek, korunma yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi gerektiği ve konuyla ilgili bütün sağlık kurumlarında daha etkin danışmanlık hizmeti verilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler; İstemsiz gebelik, küretaj, aile planlaması yöntemleri, gebelik sıklığı

SUMMARY

The frequency of involuntary pregnancies at working and unworking women and the study of why they don't want to become pregnant

Involuntary pregnancies and its reasons of occurrence should be analysed for socially and economically. The most important reasons for involuntary pregnancy to do not use any preservation methods or failure of contraception methods and get not enough knowledge about involuntary pregnancies. Involuntary pregnancies are usually result by abortion. The women use the abortion for unplanned pregnancies and limited the child count and they use the abortion one of the contraception methods.

Our study's aims are performing the woman who apply for Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Practice and Study Hospital Clinic of Obstetric at fertile age, their involuntary pregnancies frequency and why they don't want to conception. Our aim to have access to the fertile age women who apply for AKU ANS and Practice and Study Hospital Clinic of Obstetric between July/2006 and August/2006. 507 healthy women were enrolled in the study and we used a questionnaire form which include 40 questions to collect data.

Questionnaire form include demographic characteristics, general health information, woman jobs, previous history of pregnancy, involuntary pregnancy frequency and its reasons. The following outcomes were recorded using SPSS for Windows 11.0 (Statistical Package for social Sciences for Windows) programme. The descriptive statistics for analysing of data are (mean rate, standard deviation, minimum and maximum frequency, percent ratio) Pearson Chi-square (χ^2) test and student t-test. A p value <0.05 was considered significant.

This study shows that 44 per cent women were had involuntary pregnancy at least once. Involuntary pregnancy frequency is unworking women 53.2 % and working women is 34.7%. 57.5 per cent of 38-43 year old married women and 25 per cent of 20-25 year old married women had involuntary pregnancy. This is considered that involuntary pregnancy frequency increase with age.

When compared the education level, we recognized that the involuntary pregnancy frequency with uneducated women much more than educated women. The

rate of involuntary pregnancy with untutored women 66.7 per cent and with educated women 28.9 per cent . This shown that involuntary pregnancy decrease with education.

In study unworked women have pregnancy at the earlier age and have alive birth count are more than educated women .Reasons of the involuntary pregnancy include economical condition (58.3%) with unworked women and the job or working situation (56.5%) with working women . Wherefore involuntary pregnancy with unworked women don't know how to protect and are not prezervation and the other side working women use failure contraseption methods.

Evaluation of result the involuntary pregnancy first involuntary pregnancy often came out with 44% alive birth second and third's usually came out with abortus curratage . In study 84% women used to contraseption methods and 15.9% women didn't use any methods. And the contrseption methods are used at group of working women more than at unworking women's group. The among of contraseption methods are chosen constantly condom(firstly) ,spiral(secondary) ,and coitus interruptus . To prevent of the involuntary pregnancy must use the contraseption methods effectively and correctly . Also this study shows that if the women become pregnant more than one the curratage count will be increase. So we should give education and more information about contraseption methods from health foundations to fertile age women

Key: involuntary pregnancy,curratage ,family planning ,pegnancy frequency.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın tanımında olduğu gibi, üreme sağlığını: "üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır" diye tanımlamaktadır. Ele alınan diğer kavram ise "üreme haklarıdır". Üreme hakları, bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standartlarına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adolesan dönemden başlayarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının, insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (1).

Üreme sağlığı kapsamında ele alınması önerilen diğer konular arasında istenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşüklerde yer almaktadır (1). Fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan gebeliğin sonlanmasına düşük denir. Gebeliğin 20'nci haftasına kadar olan ve ağırlığı 500 gr ve altında doğan fetuslar düşük olarak kabul edilirler. Gebeliklerin yaklaşık % 10'u , ilk 12 hafta içinde spontan (kendiliğinden) düşükle sonuçlanır (2).

Dünyada her yıl 200 milyona yakın gebelik görülmektedir. Bunlardan tahminen 1/3'ü ya da 75 milyonu istenmeyen gebelik grubundadır (3). İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Düşükler yüksek sağlık risklerinin bulunması, ekonomik maliyetleri ve önlenebilirliği nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Düşükler ve düşüğe bağlı sorunların çözümlenmesinde öncelikle; düşüklerin boyutu, düşük yapanların özellikleri, düşük yapma nedenleri, düşüklerin kimlere yaptırıldığı ve düşüklerle aile planlaması hizmetleri arasındaki etkileşimin tanımlanması gerekmektedir (4). Türkiye'de yılda 2 milyon dolayında gebelik olduğu ve bunların yaklaşık 284 bin kadarının isteyerek düşük ile sonuçlandırıldığı tespit edilmiştir. Tüm yasal düzenlemelere rağmen, isteyerek düşük hala ölüm nedeni olabilmektedir (1).

Gebeliğin yasal sınırlar içerisinde istek üzerine aile planlaması amacıyla sonlandırılmasına yasal tahliye, başka bir nedenle (anne adayının sağlık durumunun gebeliğin devamına izin vermemesi, bebekte yaşamla bağdaşmayan anomaliler olması

veya ölmüş olması) sonlandırılmasına ise tıbbi tahliye adı verilir (5). Kürtaj kelime anlamı ile kazımak anlamına gelir. Kadın Hastalıkları ve Doğum branşında kürtaj terimi rahim içerisinden herhangi bir dokuyu kazıyarak alma işlemi için kullanılır. Bu dokular gebelik ürünü olabileceği gibi biopsi ya da tedavi amaçlı alınan dokular da olabilir. Kadın hastalıkları ve doğum bölümünce yapılan küretajlar iki aşamalıdır. Birinci aşama rahim ağzının genişletilmesi (dilatasyon), ikinci aşama ise küretajdır (curettage). Bu nedenle işlem için kullanılması gereken en doğru terim İngilizce Dilatation and Curettage kelimelerinin başharflerinden oluşan D&C'dir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kürtaj kadın doğum hekimlerinin en çok uyguladığı cerrahi işlemlerin başında gelmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki kürtaj bir doğum kontrol yöntemi değildir (6).

Dünyada her yıl ortalama 50 milyon istenmeyen gebeliğe son veriliyor. Bunların 20 milyonu güvenli olmayan kürtajlardır. Bu kürtajların yaklaşık % 95'i gelişmekte olan ülkelerde yer almaktadır ve günde en az 200 kadının ölümüne yol açmaktadır (3.)

Çalışmak ekonomik gereklilik olduğu kadar tüm kadınların en doğal hakkıdır. Modern dünyada olduğu gibi ülkemizde de üreme çağındaki kadınların azımsanmayacak çoğunluğu çalışarak ekonomik gelişmeye katkıda bulunmakta, çalışan kadınların oranı ise her geçen gün bir öncekine göre artmaktadır. Artan oranlar hem gebe olarak çalışan kadın sayısını artırmakta hem de çalışma koşullarının yaratabileceği olumsuz şartlarla gebelik sürecinde de karşılaşma oranını artırmaktadır(7).

Bu çalışmada ise çalışan ve çalışmayan kadınların gebeliğe bakış açıları, gebe kalmak istememe nedenleri, istemsiz gebe kalma sıklığı ve gruplar arasındaki farkların ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Çalışan ve çalışmayan kadınlardan oluşan farklı gruplarda sosyodemografik özellikler, genel sağlık ve gebelik öyküleri bakımından farklılıklar incelenmiştir. Kadınların gebeliği istememe nedenleri, istenmeyen gebelik sıklığı ve bu doğrultuda istemsiz gebelik sonucu kürtaja başvurma oranı istatistiksel olarak incelenmiştir. Çalışan ve çalışmayan iki grup incelenirken, gebeliğin sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutları ele alınarak istemsiz gebelik nedenleri ve nasıl sonuçlandığı irdelenmiş, bununla birlikte kadınların kürtaj olma nedenleri ve kürtajla ilgili düşünceleri araştırılmıştır. Bu bağlamda çalışma

koşullarının gebelik sürecine etkileri ve iki grup arasında ortaya çıkan farklı özellikler belirlenmiştir. Çalışan kadınların çalışma durumuyla ilgili olarak, çalışılan mesleğin türü, toplam çalışma süresi, çalışma saati, doğum öncesi izin alma durumu ve çalışma koşullarında olumlu değişiklik yapılması durumu gibi faktörlerin gebelik dönemindeki etkisine bakılmıştır.

Çıkan sonuçlar doğrultusunda; istemsiz gebeliğe neden olan faktörleri ortaya koymak, istemsiz gebelik ve kürtaj olma sıklığını belirleyerek, bu oranların daha aza indirgenmesiyle ilgili önlemlerin alınmasını sağlamak ve çalışan kadının gebelik sürecini olumlu geçirmesini sağlamak bu çalışmanın temel hedefleri olmuştur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Düşükler (Abortus)

Erken, spontan gebelik kaybını tanımlamak için, öteden beri “abortus” sözcüğü kullanılırken, bu değişin yerini, giderek, hastaların pek çoğunun yeğlediği “düşük” sözcüğü almaktadır. Her iki değiş de, geleneksel olarak, birinci trimester kayıplarını belirtir (8). Suprapubik ağrı ve uterin kramplarla ortaya çıkan vajinal kanama ile beraber gebeliğin sonlanması, gebeliğe dair bulgu ve semptomların kaybolmasıdır. 20. haftadan önce gebeliğin sonlanmasına spontan abortus adı verilir. Burada plasenta ve eklerinin tamamen veya kısmi olarak canlı/ölü fetüsle beraber dışarı atılması söz konusudur. Abortus 12. haftadan önce gerçekleşmiş ise erken, 12-20. hafta arasında meydana gelmiş ise, geç abortus olarak isimlendirilir (9).

Gebeliğin en sık rastlanan komplikasyonu olan düşüğün insidansı, klinik tanısı konmuş gebeliklerde, yaklaşık % 15'tir (8). Abortus insidansı çiftin yaşları, önceki obstetrik hikayesi, sağlık durumları ve genetik faktörler tarafından etkilenebilir (9). 20 yaşından genç kadınlarda düşük prevalansı % 20 iken, 45 yaşını aşkınılarda % 50'yi geçmektedir (8).

2.1.1. Spontan Düşükler

Herhangi bir müdahale olmadan kendiliğinden olan düşüklendir (2). %15 ile %40'luk bir insidansa sahiptir (9).

Spontan Düşük Nedenleri

- 1) Servikal yetmezlik
- 2) Erken dönemde düşüklendir en büyük nedeni embrioya ait kromozomal defektlerdir.
- 3) Uterusun şekil bozuklukları, myomlar, prolapsus, ve servikal yetmezlik gibi, embriyunun gelişmesine izin vermeyen durumlarda da düşük görülebilir.
- 4) Annede yüksek ateş, akut viral enfeksiyonlar, kronik nefrit, kalp yetmezliği fetal anoksiye yol açarak düşüklere neden olabilir.
- 5) İlaçlar, özellikle sitotoksik ajanlar ve prostaglandinler düşüklendir hazırlayıcı faktörlerdir.
- 6) Uterusa olan direkt travmalar,

- 7) Progesteron yetmezliği; Gebeliğin 10-12. haftalarında plasenta, korpus luteumdan hormon salınımını devraldığı için, bu dönemde hormonal dengesizliğe bağlı dezidua yıkılabilir.
- 8) Stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar hipotalamik-pituiter sistem aracılığıyla gebeliği etkiler ve düşük ortaya çıkabilir.

2.1.2. Abortus İmmineus (Durdurulabilir Düşük)

Abortus imminente, hafif kanama ve ağrı olmasına rağmen serviks kapalıdır ve gebelik devam eder (9). Vakaların % 50'sinde hafif olan kanama, birkaç gün içinde giderek azalır ve kaybolur. Yatak istirahati ve sedasyon tedavisine 48 saat devam edilmelidir. Vajinal akıntı, kanama yönünden dikkatlice izlenir. Bu peritotda eşlerin cinsel ilişkiden kaçınmaları önerilir. Eğer kanama inatçı ise ve olaya ağrı ve dilatasyon da eklenmişse “durdurulamayan düşük” tanımı kullanılır (2).

2.1.3. Abortus İnsipens (Durdurulamayan Düşük)

Bu olgular orta derecede kanama, alt abdomende kramp tarzında ağrı ve servikal dilatasyon ile karakterizedir (2). Servikte orta derecede efesman, 3 cm den fazla dilatasyon, membran rüptürü, 7 günden uzun süren kanama var ise abortus kaçınılmazdır (9).

2.1.4. Komplet Abortus (Tam Düşük)

Konsepsiyon ürününün tümü (fetus, membranlar ve plasenta) atılmıştır. Kanama ve ağrı durmuş, serviks kapanmıştır (2). Tüm gebelik ürünlerinin düşmesinin hemen ardından ağrının ve kanamanın kesilmesi, düşüğün tam olduğunu gösterir. Tanı kesinse, ek tedavi gerektirmez. Uterusun tamamen boşalmış olmasından şüphe edilen vakalarda, pelvik ultrasonografisi yararlı olabilir (8).

2.1.5. İnkompert Abortus (Tam Olmayan Düşük)

Konsepsiyon ürününün tümünün dışarı atılmadığı durumlarda kullanılan bir terimdir. Genellikle fetus atılmış, plasenta içeridedir. Kanama giderek azalmaz ve serviks açık kalır (2). Tam olmayan düşükte, gebelik ürünleri uterus kavitesinden kısmen dışarı

çıkıştır, dış ağızdan görülebilir veya vajinadadır ve kanamayla kramplar sürekliir. Düşük, birinci trimester sonlarında veya ikinci trimesterde gerçekleştiğinde, plasenta dokusu kalıntılarının uterusu kalması olasılığı daha fazladır. Dikkatli bir vajinal muayene, genellikle tanıyı koymaya yeter. Tam olmayan düşüklerde, fetal yaşam devam edemez ve bu nedenle gebeliği korumaya yönelik eylemler endike değildir (8).

2.1.6. Missed Abortion (Kaçırılmış Düşük)

Embrio/fetus uzun süredir ölmüş olduğu halde uterus kavitesinden dışarı atılmadığı takdirde, “missed abortion” dan bahsedilir. Ölmüş embriyoların bazılarının spontan düşmemelerinin nedeni bilinmemektedir (8). Genellikle durdurulabilir düşüklerden sonra ortaya çıkar. Kanama durmuştur fakat fetus ölmüş ve uterin kavitede kalmıştır (2). Hastanın, gebelik belirtilerinin gerilemesi tipiktir; gebelik testleri negatifleşir ve fetal kalp aktivitesi saptanamaz (8). Aktif kanama yerine kahverengi vajinal akıntı mevcuttur. Ağrı ve hassasiyet izlenmez. Tanı ultrasonografi ile konur (9).

2.1.7. Habitual Abortus (Alışılmış Düşükler)

20. gebelik haftasından önce birbirini takip eden 3 gebeliğin kaybı ile tanımlanır. Birbirini takip eden 2 abortus riski % 2-3, 3 abortus riski ise % 1’in altındadır. Maternal yaş, önceki spontan düşük, ölü doğum ve konjenital malformasyonlu fetus hikayesi insidansı etkiler. Vakaların 2/3’ünde genetik nedenler, enfeksiyonlar, immünolojik faktörler ve sistemik hastalıklar sorumlu iken, 1/3’ünde neden bilinmemektedir (9).

2.1.8. Septik Abortus

Düşüğün bir komplikasyonudur. Aseptik olmayan koşullarda yapılan düşüklerden sonra görülür. Diğer bir nedeni plasenta parçalarının uterus içinde kalmasıdır (2). Bir zamanların başlıca maternal mortalite nedenlerinden olan septik düşük, düşüklerin yasallaştırılmasından sonra, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması doktorlar tarafından yapıldığından bu yana, giderek seyrekleşmiştir. Yine de, herhangi bir düşük tehdidi veya tam olmayan düşük, enfeksiyonla komplike olabilir (8). Septik abortus

serviks ve vajende kötü kokulu akıntı, pelvik ve abdominal ağrı, belirgin suprapubik hassasiyet, peritonit bulgular, uterus veya serviks hareketlerinde ağrı, 38-40 derece ateş ve septisemi ile kendini gösterir (9).

2.1.9. Serviks Yetmezliğine Bağlı Düşükler

Serviks yetmezliği (inkompeten serviks), serviksin erken dilate olmasına işaret eder. Serviks yetmezliğinde gebelik dördüncü, beşinci aylarda spontan abortusla sonlanır. İkinci trimestirdeki kayıpların önemli bir kısmı bu nedenle ortaya çıkar. Konjenital nedenler arasında serviksin yapısal defekti ve uterus anomalisi, kazanılmış nedenler arasında ise daha önce travmatik doğum (serviks yırtığına neden olacak) ya da D&C sırasında servikal travma, servikal konizasyon ve koterizasyon sayılabilir. Hikayede tekrarlayan ağrısız ve kanamasız ikinci trimestir düşükleri, servikal yetmezlik için ipucu verir. İkinci trimestirin erken dönemlerinde yapılacak bir seri vajinal muayenede, servikste ilerleyen silinme ve dilatasyon ile servikal ostian aşağı doğru inen amniyotik membranın karakteristik görünümü servikal yetmezliğin belirtileridir. Uterus kontraksiyonları yoktur. Eğer servikal yetmezlikten şüphe ediliyor ise, düzenli aralarla yapılacak ultrason kontrolü, internal ostaki dilatasyon hakkında bilgi verir (2).

2.2. Düşüklerin Tanısı ve Tedavisi

Beta-hCG düzeyinin düşmesi veya anormal derecede düşük olması spontan abortusun bir işareti olabilir. Transvajinal ultrasonografi spontan abortus tanısında oldukça efektifdir. Eğer abortus birinci trimestirden sonra ortaya çıkarsa, hasta hospitalize edilmelidir. Hemorajiye bağlı hipovolemik şok durumunda kan transfüzyonları yapılmalıdır. Kan kaybını sınırlamak ve doku atılımına yardımcı olmak için oksitosin kullanılabilir. Hasta sedatize edilmeli, yatak istirahatine alınmalıdır. D&C gerekli ise uterin perforasyonu önlemek için oksitosin infüzyonuna başlanmalıdır.

Abortus imminenste, hasta yatak istirahatine alınıp, gözlenir. Duş ve coitus kontraendikedir. Kanama devam ediyorsa hasta hospitalize edilir. Eğer bulgular geriler ve normale dönüş olursa prognoz iyidir. Ultrasonografik inceleme ile fetus takip edilir. Abortus insipenste ve inkompley abortusta fetal yaşam devam edemez ve bu nedenle, gebeliği korumaya yönelik eylemler endike değildir. Tedavinin amacı, daha fazla maternal kanama ve enfeksiyon komplikasyonlarını önlemek için uterus

boşaltılmalıdır. Vakit kaybetmeden vakum veya aspirasyon küretajı yapılır (9). Kompleyrt abortusta, tüm gebelik ürünlerinin düşmesinin hemen ardından ağrının ve kanamanın kesilmesi, düşüğün tam olduğunu gösterir. Tanı kesinse, ek tedavi gerekmez. Uterusun tamamen boşalmış olmasından şüphe edilen vakalarda, pelvis ultrasonografisi yararlı olabilir (8). “Missed Abortion” vakalarında ise, birinci trimestirdeki gebelikler aspirasyon küretajı (suction) ile boşaltılır. İkinci trimestirde ise, prostoglandin veya oksitosin ile uterus kontraksiyonları uyarılarak düşük gerçekleştirilir (2).

Tekrarlayan düşük vakalarının tanı ve tedavisi ise, hala reproduktif tıbbın en güç konularındandır. Hasta aşırı zafiyet durumunda olmadığı sürece, diabet veya tiroid hastalığı gibi kronik durumlar nadiren sorumlu olabilir ve psikolojik faktörler, güç incelenbilirliklerinin yanısıra, bu olayda, sebepten çok sonucu oluşturur. Klasik yaklaşım kapsamında, ilgili olabilecek anatomik, hormonal ve genetik faktörlerin incelenmesi önerilir (8).

Septik abortusta, tam kan sayımı, idrar analizi, akıntı ve kan kültürleri yapılırken, septik emboli açısından göğüs grafileri, uterin perforasyon veya uterusu yabancı cisim açısından batın grafileri çekilir (9). En uygun tedavi, uterusun boşaltılması ve parenteral antibiyotiklerin, nekrotik dokunun (varsa) küretajla çıkarılmasından önce, bu işlem esnasında ve sonrasında kullanılmasından ibarettir. Nekrotik dokunun vakit kaybetmeden çıkarılması önemlidir ve intravenöz antibiyotik tedavisinin başlangıcından sonraki birkaç saat içinde işlem yapılmalıdır. Yüksek dozlu, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı şarttır. (Kristalize penisilin G 4-5 milyon U IV, 4-6 saatte, Ampisilin 2gr IV, 4-6 saatte, Gentamisin, 1-1,5mg/kg IV, 8 saatte) (8).

Serviks yetmezliğine bağlı düşüklerde ise, tedavi cerrahidir. Eğer kadında servikal yetmezlik hikayesi varsa, Mc Donald tarafından geliştirilen bir yöntemle internal os etrafına gebeliğin 14-18’inci haftalarında sütür konarak serviks güçlendirilir (Yöntemin diğer bir ismi de Shirodkar serklajıdır. Shirodkar yönteminde dikiş koyma şekli farklıdır). Servikse baskıyı azaltmak amacıyla gebe, trandelenburg pozisyonunda yatak istirahatine alınır. İşlem gebeliğin 20’inci haftasından sonra yapılırsa başarı şansı düşer. Eğer amniyotik membranlar açılmış ise, kanama varsa, serviks 4 cm üzerinde dilate ise sütür koyma (serklaj) işlemi yapılmaz, çünkü bu

olgularda gebeliğin durdurulma şansı yoktur. Sütür konulan gebelerde doğum sezeryan ile yaptırılır veya 37'nci gebelik haftasından önce sütür alınarak normal vajinal doğum yaptırılır. Sütür konulan vakalarda başarı oranı % 80'dir (2).

2.3. Küretaj İşlemi

Küretaj işlemi menstruel regülasyon ve suction küretaj (vakum aspirasyonu) olmak üzere iki gruba ayrılır. Suction küretaj sık uygulanan abortus yöntemidir. Preoperatif değerlendirme hasta bilgilendirme formunu, hastanın kısa öyküsünü ve fizik muayenesini içermektedir. Fizik muayene kalp, akciğer, abdomen ve pelvik muayeneyi içermelidir. Ultrasonun fizik muayenede kesin yeri olmasa da uterusun boyutu, şekli ve pozisyonu net belli değilse yararlı olur. Hemotokrit (veya hemoglobin) ve Rh tipini tayin etmek gerekir. Birçok klinisyen abortus yapılacak tüm hastalardan idrar gebelik testini istemektedir.

2.3.1. Menstruel Regülasyon

Menstruel regülasyon, menstruel çıkarma ve minisuction kelimeleri erken suction küretaj için kullanılmaktadır. Bu teknik 4'e 6 mm çapında esnek plastik kanül ve beraberinde emme kaynağı için kilitlenebilir enjektör gerektirir. Bu prosedür için son menstruel periyoda göre üst gestasyonel yaş limiti 42-50 gün kadardır. Bu tekniğin basit ve güvenli olduğu yaygın literatür taramalarında göstermiştir.

Menstruel regülasyon suction küretajdan birkaç açıdan farklıdır. Birincisi analjezi tahliyenin sonuna doğru oluşan krampları rahatlatmasına rağmen anestezi genellikle gerekli değildir. İkincisi dilatasyon menstruel regülasyon için sıklıkla gerekli değildir. Eğer kanül uterusun içine doğru kayamazsa klinisyen dilatasyon için daha küçük esnek kanül yerleştirmelidir. Uygun kanül yerleştirildikten sonra klinisyen şırıngayı takar ve emmeye başlamak için vakumu serbestleştirir. Kan ve doku şırıngaya doğru akar. Alternatif olarak bazı klinisyenler içeri sokmadan önce kanül ile şırıngayı birleştirirler. Bu işlem kanülün rotasyonunu ve içeri dışarı hareketiyle endometrium dokusundaki kumlu hissi almayı kapsar.

Menstruel regülasyonda suction küretaja göre daha sık olarak karşımıza iki problem çıkmaktadır. Birincisi gebe olmayan kadınlara da bu yöntemin uygulanabilmesidir. İkincisi ise, gebe olanlarda abortusun başarısızlıkla

sonuçlanabilmesidir. Gereksiz uygulamalardan kaçınmak için duyarlı gebelik testinin prosedürden önce uygulanması yararlıdır. Test pozitif olmadan operasyon uygulanmamalıdır. Dikkatli doku incelemesi ve pelvik muayene olası başarısız abortus girişimlerini azaltır.

2.3.2. Suction Küretaj

Suction küretaj 12. gestasyon haftasında veya daha erken vakum aspirasyonunu takiben serviksin dilatasyonunu içerir. Sharp küretaj diğerlerine göre daha ağır ve daha az güvenli diagnostik dilatasyon ve küretaj analogudur. Hastayı cerrahiye hazırlamak basittir. Bazı klinisyenler hastanın cerrahiden 1 gün önce oral alımını yasaklarken, diğerleri lokal anesteziye önce hafif yiyeceklere izin vermektedirler. Hasta dorsal litotomi pozisyonuna geçmeden önce mesanesi tamamen boşaltılmalıdır. Genellikle vajina povidin-iyodin veya klorheksidin ile yıkanmaktadır. Klinisyen no-touch (dokunmama) tekniği uygulamaktadır. Steril eldiven giyer ve aletlerin uterus içine girecek steril bölgelerine dokunmaz. Lokal veya genel anesteziye ikisi de uygundur. Amerika'da lokal anestezi daha baskındır.

Lokal anestezi tamamen ağrıyı rahatlatmıyorsa da genel anesteziye göre daha ucuz ve güvenlidir. Lokal anestezi sırasında sıklıkla lidocaine veya chlorprocaine kullanılır. Serviksin hemen yanına yapılan enjeksiyon en iyi anestezi sağlar. Yaygın görüş serviksin saat 12 pozisyonunda (teneculum uygulaması için) yapılması sonra serviks-vajina bileşkesine dört taraftan veya iki taraftan enjeksiyon yapılmasıdır. Suction küretaj az enstruman gerektirir. Çoğu klinisyen bivalve spekulum kullanmayı tercih eder. Spekulum ile serviks görünür hale gelir. Daha sonra serviksi düzleştirmek ve stabilize etmek için teneculum kullanılır. Bazı klinisyenler atravmatik teneculumu tercih ederler. Alternatif olarak iki tek dişli teneculumlar yardımcı olabilir. Bunlardan bir tanesi anterior servikse dayanır. Eğer dilatasyon sırasında zorluk olursa klinisyen diğerini stabilize etmek için posterior servikse yerleştirir.

Eğer servikal kanalın geçişinde bir problem olursa klinisyen küçük bujiyle yavaşça ilerler. Pratt bujileri Hegar bujilerine tercih edilir. Çünkü serviksi dilate etmek için daha az güç gerektirir. Suction küretaj için gerekli olan diğer aletler vakum makinesi, hortum, dönen sap ve kanüldür. Bazı klinisyenler operasyon sonunda tam küretajdan emin olmak için sharp küretaj yaparlar. Suction küretaj sırasında serviks

traksiyonu önemlidir, uterusu stabilize eder ve serviks ile korpus arasındaki açığı düzeltir böylece perforasyon riskini azaltır. Dilatasyon kanülün içeri girmesine ve rotasyonuna uygun olmalıdır. Örneğin; 8 mm'lik kanülle giriş ve 25 F'lik dilatasyon serbest rotasyona izin verir. Dilatasyona küçük dilatatörler yerine büyük dilatatörlerle başlanmalıdır (15 F, 13 F). Böylece uterusun perforasyon riski ve yanlış kanala girilme riski azaltılmış olur.

Uygun dilatasyondan sonra klinisyen kanülü yerleştirir. Genelde son adet tarihine göre gestasyon haftasından yaklaşık 1 mm eksiği kanül çapı olarak belirlenir. Örneğin gestasyonun 9. haftasındaki gebede 8 mm'lik kanül kullanılır. Amerika'da daha çok hafif açılı plastik kanüller kullanılmaktadır. Klinisyen kanülü alt uterin segmente yerleştirir, sonra vakum makinasını açar ve uterusu aspire eder. Kanülde kabarcıklar görülür. Bazı klinisyenler tahliyenin tam olduğunu doğrulamak için sharp küreti kullanırlar. Plastik kanül aynı anda kavitenin karşılıklı taraflarını vakumlar ve tahliyenin tamamlandığını gösteren belirgin kumlu hissi almamızı sağlar. Klinisyen aspire edilen dokuyu incelemeyen operasyonu tamamlamaz. Normal fetal dokunun aspire edilen meteryalde bulunduğu doğrulanmalıdır (10).

2.4. Küretajın Yasal Boyutu

Küretajın gerekliliği bazı durumlarda birçok insan tarafından kabul görmeye birlikte, dinsel ve politik yaklaşımlar, bireysel yaklaşımlar her zaman uyum sağlamamış ve genellikle tıbbi eğilim belirleyici olmuştur. İsteyerek yapılan düşük hakkındaki ahlaki ve dini tartışmalar, konunun sağlık boyutunu genellikle gölgelemektedir. Tüm dünyada genel hatları ile üç grup ülke bulunur. Bu grupların, birincisinde küretaj tamamen serbesttir. İkinci gruba giren ülkelerde ise şahsi kararlar ile küretaj yapılmaz ama tıbbi, psikolojik ve sosyal nedenler varsa uygulanır. Son grupta yalnızca annenin hayatının gebelik nedeni ile tehlikeye girdiği kanıtlandığında kürtaj yapılır (11, 12).

Gebelik tahliyesi amacıyla yapılan küretajlarda (legal kürtaj) yasal sınır ülkemiz için "son adet tarihinden itibaren 10 hafta" ile sınırlıdır. Gebelik, bu gebelik haftasının daha üstünde ise anne ve babanın rızası olsa bile resmi kurumlarda yapılamaz. Ancak gebeliğin devam etmesi anne için hayati bir tehlike oluşturuyorsa, gebelik haftasına bakılmaksızın gebelik sonlandırılabilir. Bunun için resmi bir hastaneden "sağlık kurulu raporu" en az iki doktor imzasıyla çıkartılmalıdır. Yine rahim içindeki bebekte

yaşamla bağdaşmayan bir problem tespit edilirse gebelik tahliye edilebilir (13). Küretaj, Türkiye’de gerçek bir halk sorunudur ve konuyla ilgili yasal düzenlemelerden 22 yıl sonrasında dahi tamamen çözülmüş değildir. Bu yasaya göre, evli bayanlar istedikleri takdirde eşlerinin de onayını almak kaydıyla küretaj olabilirler. 18 yaşından büyük olan bekar bayanlar kendi istemleriyle, 18 yaşın altındakiler ise ailelerinin onayıyla küretaj olabilirler (14).

2.5. Küretajın Sosyal Boyutu ve Görülme Sıklığı

Dünyanın her tarafında her yıl sonlandırılan 46 milyon gebeliğin yaklaşık % 60’ı güvenli koşullar altında sonlandırılmaktadır. Güvenli olmayan bir düştükten ölme riski 100.000’de 350 civarında olup bu nedenle yılda 68.000 kadın ölmektedir (15). İsteyerek düşük hızları daha çok, istenmeyen gebeliklerin sayısı, etkili aile planlaması yöntemlerin varlığı ve ulaşılabilirliği, bilgi, eğitim ve iletişim hizmetleriyle doğrudan ilişkilidir. Düşük hızı, kadının yaşı ve yaşayan çocuk sayısı ve gebelik aralığı ile artmaktadır. Dünya nüfusunun % 24’ü sosyal nedenlerle, %13’ü medikal nedenlerle, % 39’u bazı kısıtlamalarla istek üzerine küretaj hizmetlerine ulaşmaktadır. % 24 için sadece annenin hayati tehlikesi varsa yapılmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü 2004 verilerine göre güvenli olmayan küretajın %14’ü Afrika’da, %14’ü Asya’da, %7’si Avrupa’da ve %32’si Latin Amerika ve Karahipler’de görülmektedir (16). Küretaj yasal ya da dinsel sebeplerden çok, bayanların yaşamını ve üretkenliğini risk ettiği için onaylanmamaktadır. Bununla birlikte ekonomik ve sosyal gerçekler bayanların her geçen gün gebeliği sonlandırmak istediklerinde, komplikasyonlarına karşı korkuların yerine geçmektedir (17).Türkiye’de en son yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda, istatistiklere göre bir yıl içinde 1,958,501 gebelik olmuştur ve bunun 454,373 kadarı gönüllü olarak küretajla sonuçlanmıştır. Gönüllü olarak küretajın oranı % 11.3 olarak belirlenmiştir (18).

2.6. İş Sağlığı’nın Çalışan Kadın Açısından Tarihsel ve Yasal Gelişim Süreci

İlk defa çalışma koşullarının yaratabileceği sorunlar ile ilgili kitap 18. yy’da yazılmıştır. Bernardino Ramazzini kitabında çeşitli meslek gruplarında üreme problemlerinin oluştuğunu belirlemiştir. Çamaşırhaneler gibi sürekli rutubetli ortamda

çalışan kadınlarda adet düzensizlikleri olduğunu, dokuma işinde çalışanlarda tekrarlayan düşüklerin ve erken doğumların oluştuğunu belirtmiştir (7). Türkiye’de ise çalışanların korunmasıyla ilgili olarak 1865 yılında yayınlanan “Dilaverpaşa Nizamnamesi” ve 1869 yılında yayınlanan “Maddin Nizamnamesi” ile başlayan ilk hareket daha sonra yerini endüstri sağlığının tüm yönleriyle ele alındığı cumhuriyet dönemine bırakmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 19-55 maddeleri çalışanların anayasal haklarını belirleyen hükümler getirmektedir (1982 Anayasası). 10.09.1926/1921 tarih ve sayı ile çıkarılan “Ereğli Havzai Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik 151 nolu Kanun” ve 1936’da çıkarılan 308 sayılı “İş Kanunu” cumhuriyet döneminin ilk yasalarıdır.

1926’da kabul edilen Medeni Kanunu’nda koruyucu hükümlere yer verilirken, aynı sene çıkarılan 788 sayılı Memur Kanunu 6. maddesinde de kadınların ne tür memuriyetlerde çalışacakları belirlenmiştir. 1926-1965 yılları arasında kamu yönetiminde çalışan kadın görevlilerin sayısal artışına karşın, kadınların çalışma yaşamlarını düzeltmeye yönelik hiçbir girişim görülmemiş, 1965 yılında çıkarılan 657 sayılı Devlet Memurları Yasası’nda ilke olarak kadın ve erkek görevliler yasa önünde eşit kabul edilmişlerdir (19). İş gücüne cinsiyet faktörü yönünden bakıldığında; kadın çalışma gücü, biyolojik ve antropolojik nedenlerle, erkek çalışma gücüne oranla bazı farklılıklar göstermektedir (20).

T.C. Anayasası’nın 50. maddesinde kadın çalışanın temel hakları “Kimse yaşama gücüne ve cinsiyetine uygun olmayan işlerde çalıştırılmaz. Çocuklar, gençler ve kadınlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunur.” hükmüyle yer almaktadır. Yine kadın çalışanın çalışma yaşamını yakından ilgilendiren ve etkileyen bir diğer farklılık ise gebelik durumlarıdır. Bu konuda “Devlet Memurları Kanunu Genel Tebliği (Seri No: 62)” madde 102’de gebelik ve doğum izni ile ilgili olarak 657 sayılı yasanın 104. maddesinin A fırcasında “Kadın memura doğum yapmasından önceki 3 hafta ve doğurduğu tarihten itibaren 6 hafta müddet ile izin verilir.” denilmektedir. Bunu izleyen maddeler 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu 17. maddesindeki gibi “Doğumdan 6 hafta sonra başlamak üzere altı ay süre ile çocuk emzirmesi için, çalışma saatleri içerisinde günde yarımşar saatlik toplam bir saat süre ile izin verilir.” demektedir (21).

Son olarak 2004 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun bazı maddelerinin değiştirilmesi hakkında kanun yürürlüğe girdi. Doğumun kolay geçmesi için gebelerin fiziksel ve ruhsal bir hazırlık dönemine ihtiyaçları vardır. Yeni İş Kanununda doğum öncesi 8, doğum sonrası 8 olmak üzere 16 haftaya uzatılan doğum izinleri kadın çalışanlar açısından olumlu bir gelişmedir (22).

2.7.İş Sağlığı ve İş Güvenliğinde Kadın Çalışanlar

Dünyada çalışan insan sayısının sürekli artması, çalışan insanın gücünün üçte birini işinde ve yaşam yıllarının en az üçte ikisini aktif bir iş yaşamında geçirmesi ve çalışan insanın işinin ve çalışma çevresinin neden olduğu birçok sağlık tehlikeleri ile karşı karşıya bulunması, iş sağlığı ve iş güvenliğini ön plana getirmiştir. İş yeri sağlığı erkek çalışanlarda olduğu kadar kadınlar açısından da oldukça önemlidir (19). Çalışma koşullarında karşılaştığımız birçok madde, kadınların doğurganlığı üzerine olumsuz etkiler oluşturur.

Yoğun çalışmanın getirdiği stres ve yorgunluk da zaten hayatının en önemli işlerinden biri olan gebeliği yapmakta olan kadına ek yük getirmektedir. Özellikle doğuma yaklaştıkça anne üzerindeki etkiler daha belirgin olarak artar. Gebeliğin ilk 3 ayında olumsuz etkiler daha çok major anomaliler olarak karşımıza çıkmaktadır. İkinci ve üçüncü üç aylık dönemlerde de benzer etkiler görülmektedir (7). Bu nedenle gebelik döneminde gebeliğin seyri, gebelik sonucu ve gebelik ürününe (yenidoğan) ait ölçümleri etkileyebilecek iş yorgunluk etmenlerinin belirlenmesi ve çalışan kadının sağlığının korunmasına yönelik araştırmalar yapılarak gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (19).

Kadınlar, çalışma hayatında çocuk işçiler, özürülüler ve yaşlılar ile birlikte risk grubu teşkil etmektedirler. Çünkü kadınlar fizyolojik ve anatomik özellikleri nedeni ile erkek çalışanlardan daha zayıftırlar ve bu nedenle de tehlikelere maruz kalma açısından da daha büyük risk taşımaktadırlar. Bu nedenle de çalışan kadınların, çalışma hayatında yer alan tehlikelerden korunmaları açısından ulusal ve uluslararası mevzuatta bazı düzenlemeler yer almaktadır. (Yer ve su altında çalıştırma yasağı, analık halinde çalıştırma yasağı gibi.)

Kadınların çalışma hayatında karşılaştıkları birçok sorun bulunmaktadır. Bunlardan belki de en önemlileri ev işleri ve çocuk bakımındır. Bu iki önemli sorunu İş

Sağlığı ve İş Güvenliği kapsamında ele almak gerekmektedir. Çünkü kadınlar, toplumsal konumları nedeniyle çalışma saatleri dışında ev işlerini de üstlenmek durumundadırlar. Bu durumda da çalışma saatleri 12-15 saati geçmekte ve dinlenme süreleri kısalmaktadır. Ergonomik açıdan “ağır işlerden” sayılan ev işleri, tarım, marangozluk işleri gibi bir enerji kullanımı gerektirmektedir. İşyerinde ve evde olmak üzere 15 saat belki de daha fazla çalışmak zorunda kalan kadın işçinin ne derece gergin ve yorgun olabileceğini tahmin etmek güç değildir. Kadınların, işyeri ortam koşulları ile ilgili mesleki etkilenme ve meslek hastalıklarına yakalanma riski de erkeklere oranla daha yüksektir. Çünkü, kadınların kas güçleri erkeklere oranla % 15-20 daha azdır.

Menstrasyon dönemleri, gebelik, doğum, emzirme, menopoz ve üreme fizyolojileri nedeni ile yaşamlarının birçok evresinde farklı ve zaman zaman güçsüz ve zayıf olabilirler. Uzun süre çalışınca erkeklerden daha çabuk yorgunluk hissetmeye başlarlar. Uzun süre ayakta kalarak çalışmak kadınlar için sağlıklı bir çalışma şekli değildir. Bu durum, çeşitli olumsuzluklara neden olabilmektedir. Özellikle varis olmak üzere, fitik, taban çökmesi, ayaklarda şekil bozukluğu, gebelikte düşük, erken doğum, ölü doğum ve bunun gibi tehlikelere maruz kalınabilir. Oturarak çalışan kadınlarda menstrasyon düzensizlikleri ayakta çalışan kadınlara oranla daha az görülmektedir.

Çalışma şekli doğacak çocuğun erken doğmasına sebep olabilir. Bu yüzden ayakta durarak çalışanlarda erken doğum daha sıktır. Yine kadın işçilerde düşükler çalışmayan kadınlara oranla daha sık görülmektedir. Ayrıca işçiliğin kadınlar için ağır olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hamilelik ve kadınların özel günlerinin dikkate alınarak bugünlerde hafif işlere nakledilmemesi, aşırı kanamalara sebep olabilmektedir. Bunun neticesi olarak çocuk düşükleri, bayılmalar ve depresyon gibi kadın sağlığını derinden etkileyen rahatsızlıkların başlamasına neden olmaktadır (22).

American Medical Association (AMA) rehberliğinde gebelikte çalışanların bazı aktivitelerine gebelik haftasına göre limit konmuştur. Birçok yapılan çalışmada ayakta çalışma, kaldırma, stresli işyeri ve çalışma süresinin uzunluğu ile preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebekle ilişkili bulunmuştur (23). Aşırı fiziksel aktivite, düşük doğum ağırlığı riskini arttırabilmektedir. Gebeliği esnasında çalışan kadınların bebeklerinin çalışmayan kadınların bebeklerine oranla daha yüksek mortalite

gösterdikleri kaydedilmiştir (24). Diğer bir grup araştırmacı ise, böyle bir fark göstermemekle birlikte gebelikte çalışanların (çalışmayanlara oranla) daha az preterm doğum oranına sahip olduklarını bildirmişlerdir (25-27). Kadınların çalışma hayatına girmesiyle birlikte sağlık problemlerinin ve psikolojik yapılarının bozulduğu belirtilmiştir (28). Sağlık personelinde gebelik sonlanmasında risk oluşturan faktörler arasında uzun çalışma saatleri, gece vardiyasında çalışmaları ve mental stres almaları gösterilmiştir (29).

2.8. İstemsiz Gebelik, Sıklığı ve Nedenleri

Doğurganlığın bazı toplumlarda düşük, bazı toplumlarda yüksek olmasının farklı nedenleri vardır. Öncelikle çocuk sahibi olunabilecek yaşların biyolojik bir sınırı vardır. Ayrıca cinsel açıdan aktif kadınların her yaş grubundaki oranı populasyonlar arasında değişkenlik göstermekte ve gebelik riski bununla bağlantılı olarak değişmektedir. Özellikle kültürler arasında, cinsel aktiviteye başlama ile canlı doğumun arasını açma ve ilk canlı doğum ile ondan sonrakinin arasını açmada da değişkenlik görülmektedir (30).

2005-2015 yıllarında Ulusal Üreme Sağlığı'yla ilgili planlanan hedefler arasında istenmeyen gebelikleri azaltmak, mortalite ve morbiditeyle ilişkili düşükleri azaltmak yer almaktadır (31). Düşüğü önlemede sadece yasal düzenlemeler yeterli olmamıştır. Düşüğü etkileyen faktörler incelendiğinde; sosyal faktörler, ekonomik faktörler, tıbbi faktörler ve dini faktörler yer almaktadır (1).

İstenmeyen gebelikler, üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur ve aile planlamasında karşılanamayan gereksinim olarak ifade edilir. Pek çok gelişmekte olan ülkede kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır ve bu da doğurganlığı etkilemektedir. İstemli düşükler gelişmekte olan ülkelerdeki karşılanamayan gereksinimin bir göstergesidir. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Ayrıca, gelişmekte olan ülkelerin bir kısmında isteyerek düşük hizmetlerinin yasal sistem içerisinde yaygın ve ulaşılabilir olmaması doğurganlığı etkilediği gibi, annenin mortalite ve morbiditesini arttırmaktadır (1).

İstenmeyen gebeliklerin yarısı planlanmış olmasına rağmen % 25'i kesinlikle istenmemekte, her gün istenmeyen bu gebeliklerin 150 bini isteyerek düşükle

sonlandırılmakta, bu düşüklerin üçte biri sağlıklı olmayan koşullarda yapılmakta ve her gün 500'ü ölümlerle sonuçlanmaktadır (32).

Birçok gebelik annenin sağlığını ya da iyi durumunu etkileyebileceğinden istenmemektedir. Anne adayının varolan bir sağlık problemi olabilir ya da sağlıklı bir hamilelik sürecinden ve çocuk yetiştirmenin gerektireceği kaynaklardan yoksun olabilir. Diğer bir faktör ise, bayanların güvenli kürtaj hizmeti alamadığı yerlerde birçok istenmeyen gebelik, güvenli olmayan ve hastanın ölümüne ya da sakatlığına yol açabilecek uygulamalarla sonlandırıldığından, bayanlar gebeliği istememektedir.

Tüm dünyada her yıl 500 bin den fazla kadın, gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece %1'i gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir (30, 33). Bununla birlikte, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine dünyada 300 milyon çift ulaşmamaktadır (1). 120 ve 150 milyon arasında çocuk sahibi olmak istemeyen ve olası hamileliklerini ertelemek isteyen evli bayanlar, buna rağmen hiçbir korunma kullanmıyorlar (34).

Aile planlamasının (AP) öncelikli hedeflerinden birisi istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Çiftlerin etkili bir yöntemle gebelikten korunmak için yeterli bilgiye sahip olmaması, aile planlaması 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). Her ne kadar dünyadaki sorun, isteyerek düşüklerin sağlıksız koşullarda yapılıyor olması ise de, ülkemizdeki asıl sorun, aile planlaması yöntemlerinden yeterli ve etkili bir şekilde yararlanmama sonucu, isteyerek düşüklerin bir aile planlaması yöntemi olarak benimseniyor olmasıdır (30).

Kasıtsız, yanlış zamanlı ya da istenmeyen gebelikler, yılda 87 milyon olarak tahmin edilmektedir. İstenmeyen gebelikleri önlemek için, hiçbir aile planlaması politikasının önleyemeyeceği, kontrasepsiyon, bilgi ve eğitime yatırım konularında karşılanmamış dev bir açık, varlığını sürdürmektedir. Kontraseptiflerin uygun olmayan kullanımları veya metodun başarısızlığı nedenleri ile, her yıl tahminen 26.5 milyon niyetlenilmemiş gebelik meydana gelmektedir (35).

Sonuç olarak yetersiz bilgi, ihmalkarlık, maddi yokluk, düşük eğitim seviyesi ve uygun olmayan korunma yöntemleri istenmeyen gebelik riskini arttırmaktadır (36).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma Afyonkarahisar ilinde çalışan ve çalışmayan kadınların gebeliği istememe nedenleri, istenmeyen gebelik sıklığı ve bu doğrultuda istemsiz gebelik sonucu kürtaja başvurma oranını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne gelen kadınlara uygulanmıştır. Çalışma Etik Kurul onayından geçtikten sonra kurum yetkililerinden izin alınarak Haziran 2006 ve Ağustos 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne gelen kadınlar oluşturmaktadır. Belirtilen tarihler arasında polikliniğe 2535 kadın başvurmuş ve bunların 507'sine ulaşılmıştır. 15-49 yaş grubu arasında, fertil çağındaki evli veya bekar, çalışan ve çalışmayan kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Bu araştırma 252 çalışmayan (ev hanımı) ve 255 çalışan olmak üzere toplam 507 kadın üzerinde yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri anket formu aracılığıyla toplanmıştır.Kadınlara uygulanan anket formu 40 sorudan oluşmaktadır. Araştırmada çalışan ve çalışmayan kadınlarla ilgili genel tanıtıcı bilgiler ve kadınların gebe kalmak istememe nedenleri ile ilgili durum

incelenmiştir. Bu kapsamda kişilerin sosyodemografik özellikleri, genel sağlık bilgileri, çalışan kadınların çalıştıkları iş kolları, kadınların geçmiş gebelik öyküleri ve istemsiz gebelik sıklığı gibi konularda belirleyici bir anket formu (EK-I) uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Anket formları araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve araştırma için gerekli izin alınmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

507 kadından elde edilen veriler SPSS for Windows 11.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programına kodlanarak girilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı ölçütler (ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları) Pearson Khi-kare (X^2) testi ve student t-testidir. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Çalışan ve Çalışmayan Kadınlar Arasındaki Farklar

4.1.1 Sosyodemografik Özelliklerin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamaları çalışan kadınlarda 31.50 ± 7.23 iken, çalışmayan kadınlarda 33.94 ± 9.37 'dir. İstatistiksel açıdan yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.05$).

Kadınların yaş gruplarına bakıldığında (Tablo 1) çalışan kadınların % 35.7'sinin 26-31 yaş arasındadır. Çalışmayan kadınların ise, % 21.8'i 44 yaş ve üzeri iken, % 20.6'sı 20-25 yaş grubundadır. Katılımcıların % 81.7'si evlidir ($n=414$). Çalışan evli kadınların oranı % 76.9, çalışmayan evli kadınların oranı % 86.5'dir. Kadınların eğitim düzeyi karşılaştırıldığında çalışmayan kadınların % 63.9'u ilköğretim mezunu, çalışan kadınların ise % 60.8'i üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları anlaşılmaktadır. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ($p < 0.001$). Mesleki durum incelendiğinde (Tablo 2) kadınların % 44.4'u ev hanımı olup, % 25.6'sı sağlık personeli, % 10.8'i memur ve % 6.1'i öğretmen, % 5.3'ü öğrenci, % 4.5'i işçi, % 2.2'si esnaf ve % 1'i emeklidir.

Tablo 1: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yaş, Medeni Durum ve Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

Mesleki Durum						
Yaş	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
19 yaş ve altı	11	4.4	3	1.2	14	2.8
20-25 yaş	52	20.6	53	20.8	105	20.7
26-31 yaş	44	17.5	91	35.7	135	26.6
32-37 yaş	43	17.1	49	19.2	92	18.1
38-43 yaş	47	18.7	40	15.7	87	17.2
44 yaş ve üzeri	55	21.8	19	7.5	74	14.6
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Medeni Durum	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evli	218	86.5	196	76.9	414	81.7
Bekar	34	13.5	59	23.1	93	18.3
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Eğitim Düzeyi	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar/Okur yazar değil	18	7.1	-	-	18	3.6
İlköğretim	161	63.9	14	5.5	175	34.5
Lise	45	17.9	86	33.7	131	25.8
Üniversite/ Yüksek lisans/ Doktora	28	11.1	155	60.8	183	36.1
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Tablo 2: Kadınların Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Mesleki Durum	n	%
Ev hanımı	225	44.4
Emekli	5	1.0
Öğretmen	31	6.1
Sağlık personeli	130	25.6
İşçi	23	4.5
Memur	55	10.8
Esnaf	11	2.2
Öğrenci	27	5.3
Toplam	507	100.0

Tablo 3: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Eşlerinin Eğitim Düzeyleri ve Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Eş Eğitim Düzeyi	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okur- yazar değil	2	0.9	-	-	2	0.5
İlköğretim	108	49.5	10	5.1	118	28.5
Lise	73	33.5	61	31.1	134	32.4
Üniversite	35	16.1	116	59.2	151	36.5
Yüksek lisans/Doktora	-	-	9	4.6	9	2.2
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Eş Mesleki Durum	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Emekli	25	11.5	10	5.1	35	8.5
Öğretmen	12	5.5	39	19.9	51	12.3
Sağlık personeli	4	1.8	47	24.0	51	12.3
İşçi	62	28.4	21	10.7	83	20.0
Memur	30	13.8	53	27.0	83	20.0
Tarım ve Hayvancılık	15	6.9	-	-	15	3.6
Esnaf	70	32.1	26	13.3	96	23.2
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0

Eş eğitim düzeyine bakıldığında çalışan kadınların eşlerinin % 59.2'si üniversite mezunu, çalışmayan kadınların eşleri ise % 49.5 ile ilköğretim mezundur. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmaya katılan kadınların eş meslek durumları karşılaştırıldığında ise, çalışan kadınların eşlerinin % 27'si memur, % 24'ü sağlık personeli iken, çalışmayan kadınların eşlerinin % 32'si esnaf ve %28.4'ü işçidir.

Tablo 4: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kendilerinin ve Eşlerinin Sigorta Durumu ve Aylık Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Mesleki Durum						
Sigorta durumu	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	235	93.3	255	100.0	490	96.6
Yok	17	6.7	-	-	17	3.4
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Eş Sigorta Durumu	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Var	202	92.7	196	100.0	398	96.1
Yok	16	7.3	-	-	16	3.9
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Aylık Net Gelir	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
400 YTL ve altı	22	8.7	9	3.5	31	6.1
401-1000 YTL	201	79.8	61	23.9	262	51.7
1001-2000 YTL	27	10.7	129	50.6	156	30.8
2000 YTL üzeri	2	0.8	56	22.0	58	11.4
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Çalışan kadınların tamamının (Tablo 4) sağlık sigortası varken, çalışmayan kadınların % 93.3'ünün sağlık sigortası vardır. Eş sigorta durumu açısından ise, yine çalışan kadınların eşlerinin tamamının sağlık sigortası olup, çalışmayan kadınların eşlerinin % 7.3'ünün sağlık güvencesi yoktur. Kadınların aylık gelir dağılımı incelendiğinde; 1000 YTL'den fazla geliri olanlar çalışanlarda % 72.6 iken çalışmayanlarda % 11.5' tir. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 5: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Yerleşim Yeri ve Aile Tipine Göre Dağılımı

Mesleki Durum						
Yerleşim Yeri	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
İl	182	72.2	247	96.9	429	84.6
İlçe	30	11.9	8	3.1	38	7.5
Köy ve kasaba	40	15.9	-	-	40	7.9
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Aile Tipi	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çekirdek aile	189	75.0	251	98.4	440	86.8
Geniş aile	63	25.0	4	1.6	67	13.2
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Kadınların yerleşim yerine göre dağılımına bakıldığında (Tablo 5), çalışan kadınların % 96.9'u il merkezinde yaşadığı, çalışmayan kadınların ise % 72.2'sinin il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmayan kadınların % 15.9'u köy ve kasabada oturuyor iken, çalışan kadınlar arasında köy ve kasabada oturan yoktur ($p<0.001$). Kadınların aile tipini karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olup, çalışan kadınların % 98.4'ü çekirdek aile yapısından oluşmakta iken, çalışmayan kadınlarda bu oran % 75'dir ($p<0.001$).

4.1.2. Genel Sağlık Bilgilerinin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi

Tablo 6: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların İlk Evlilik Yaşı, Evlilik süresi, Akraba Evliliği, Akrabalık Derecesi ve Kan Uyuşmazlığı İle İlgili Durumlara Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
İlk Evlilik Yaşı	n	%	n	%	n	%
18 yaş ve altı	120	55.0	18	9.2	138	33.3
19-21 yaş	73	33.5	47	24.0	120	29.0
22-24 yaş	18	8.3	75	38.3	93	22.5
25-27 yaş	4	1.8	44	22.4	48	11.6
28 yaş ve üzeri	3	1.4	12	6.1	15	3.6
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Evlilik Süresi	n	%	n	%	n	%
1-5 yıl	25	11.5	56	28.6	81	19.6
6-10 yıl	33	15.1	54	27.6	87	21.0
11-15 yıl	32	14.7	35	17.9	67	16.2
16-20 yıl	41	18.8	32	16.3	73	17.6
21-25 yıl	38	17.4	14	7.1	52	12.6
26 yıl ve üzeri	49	22.5	5	2.6	54	13.0
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Akraba Evliliği	n	%	n	%	n	%
Var	49	22.5	12	6.1	61	14.7
Yok	169	77.5	184	93.9	353	85.3
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Akrabalık Derecesi	n	%	n	%	n	%
Birinci derece	25	51.0	5	41.7	30	49.2
İkinci derece	24	49.0	7	58.3	31	50.8
Toplam	49	100.0	12		61	100.0
Kan Uyuşmazlığı	n	%	n	%	n	%
Evet	13	6.0	15	7.7	28	6.8
Hayır	188	86.2	180	91.8	368	88.9
Bilmiyor	17	7.8	1	0.5	18	4.3
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0

Çalışmaya katılan 414 evli kadının ilk evlenme yaşı incelendiğinde (Tablo 6), çalışmayan kadınların % 55'i 18 yaş ve altında evlenmiştir. Çalışan kadınlarda ilk evlenme yaşı ise en fazla % 38.3'lük dilimle 22-24 yaş arasındadır. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). İlk evlenme yaşında ortalama değerlere bakıldığında çalışmayan kadınlarda 18.51 ± 2.96 iken, çalışan kadınlarda 22.84 ± 3.36 'dir. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Kadınlar evlilik süreleri incelendiğinde, çalışmayan kadınların % 58.7'sinin 15 yıldan fazla süredir evli olduğu, çalışanların ise % 74.1'inin 15 yıl ve daha az süredir evli olduğu anlaşılmaktadır. Çalışmayan kadınlarda akraba evliliği oranı % 22.5, çalışan kadınlarda % 6.1'dir. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ($p < 0.001$). Birinci derece akraba evliliği çalışmayan kadınlarda % 51, çalışan kadınlarda % 41.7'dir. Ancak ikinci derece akraba evliliği, çalışmayan kadınlarda % 49, çalışan kadınlarda % 58.3'tür. İstatistiksel olarak bulunan fark önemsizdir ($p > 0.05$). Çalışmayan kadınların % 86.2'sinin kan uyuşmazlığı yokken, çalışan kadınlarda bu oran % 91.8'dir. Aynı şekilde çalışmayan kadınların % 7.8'i kan uyuşmazlığı olup olmadığı konusunda bilgi sahibi değilken, bu oran çalışan kadınlarda (% 0.5) daha düşüktür ($p < 0.01$).

Tablo 7: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kronik Hastalık Durumlarına Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yok	187	74.2	210	82.4	397	78.3
Var	65	25.8	45	17.6	110	21.7
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Kronik Hastalık	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yok	187	74.2	210	82.4	397	78.3
Anemi	6	2.4	11	4.3	17	3.4
Böbrek	7	2.8	5	2.0	12	2.4
Diyabet	8	3.2	-	-	8	1.6
Kalp	4	1.6	3	1.2	7	1.4
Hipertansiyon	3	1.2	7	2.7	10	2.0
Ülser	6	2.4	-	-	6	1.2
Bel fıtığı	8	3.2	2	0.8	10	2.0
Diğer	23	9.1	17	6.7	40	7.9
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Çalışmaya katılan 507 kadının % 78.3'ünün herhangi bir kronik hastalığı yokken (Tablo 7), % 21.7'sinin kronik hastalık öyküsü vardır. Ayrıca çalışan kadınlarda kronik hastalık öyküsü % 82.4, çalışmayan kadınlarda % 74.2'dir. Kadınlarda görülen kronik hastalık türlerine bakıldığında, çalışmayan kadınlarda diyabet % 3.2, ve bel fıtığı % 3.2, ülser oranı % 2.4'tür. Çalışan kadınlarda ise diyabet ve ülserle rastlanmamaktadır. Ancak çalışan kadınlardaki anemi oranı % 4.3 iken, çalışmayan kadınlardaki anemi oranı % 2.4'dir. Benzer şekilde çalışanlarda hipertansiyon % 2.7 , çalışmayanlarda % 1.2'dir (p<0.01)

Tablo 8: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların AP Kullanım Yöntemlerine Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile Planlaması Yöntemi						
Kullanmıyor	50	22.9	16	8.2	66	15.9
Kullanıyor	168	77.1	180	91.8	348	84.1
Toplam	218	100.0	196	100.0	414	100.0
Kullanılan AP Yöntemi						
Kondom	49	29.2	66	36.7	115	33.0
Aylık yada üç aylık iğne	2	1.2	4	2.2	6	1.7
Geri çekme	50	29.8	36	20.0	86	24.7
Spiral	48	28.6	47	26.1	95	27.3
İmplant	-	-	4	2.2	4	1.1
Tüpligasyon	12	7.1	7	3.9	19	5.5
Oral kontraseptif	7	4.2	14	7.8	21	6.0
Takvim	-	-	2	1.1	2	0.6
Toplam	168	100.0	180	100.0	348	100.0

Çalışmaya katılan kadınların % 84.1'i AP yöntemi kullanırken (n=348), % 15.9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktadır (n=66). Çalışan kadınlarda AP yöntemi kullanımı % 91.8, çalışmayan kadınlarda % 77.1'dir. İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p<0.001). Kullanılan AP yöntemi çeşitleri incelendiğinde, kadınların ilk sırada % 33 ile kondom kullanımını tercih ettiği, % 27.3 ile spiral kullanımını ve % 24.7 ile geri çekme yöntemini tercih ettiği görülmektedir. İmplant ve takvim yönteminin ise diğerlerine göre çok daha az kullanıldığı anlaşılmaktadır. Gruplar arasında karşılaştırma yapıldığında, çalışan kadınların kondom kullanımı % 36.7, çalışmayan kadınlarda % 29.2 olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmayan kadınların takvim ve implant yöntemlerini kullanmadıkları görülmektedir. Çalışmayan kadınlarda tüpligasyon oranı % 7.1 iken, çalışan kadınlarda bu oran % 3.9'dur.

Tablo 9: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi Hakkında Düşüncelerinin ve Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Kullanılan Yöntemin Yanlış veya Eksik Olduğu Düşünüyor mu?	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	62	36.9	53	29.4	115	33.0
Hayır	106	63.1	127	70.6	233	67.0
Toplam	168	100.0	180	100.0	348	100.0

AP Yöntemlerinde Yeterli Bilgiye Sahip Olduğu Düşünüyor mü?	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	62	24.6	192	75.3	254	50.1
Kısmen	87	34.5	50	19.6	137	27.0
Hayır	103	40.9	13	5.1	116	22.9
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Çalışmaya katılan ve AP yöntemi kullanan 348 kadının % 67'si , kullandığı yöntemin eksik veya yanlış olduğunu düşünmemektedir. Ayrıca kadınların %50.1'i AP yöntemler ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtmişlerdir. İki grup karşılaştırıldığında, çalışan kadınların % 70.6'sı kullandıkları yöntemin eksik veya yanlış olduğunu düşünmezken, çalışmayan kadınlarda bu oran % 63.6'dır. Yine çalışan kadınların % 75.3'ü konuyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtirken, bu oran çalışmayan kadınlarda % 24.6'dır. İstatistiksel açıdan iki grup arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 10: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların AP Yöntemi Bilgilerini Edindikleri Kaynakların Dağılımı

AP Bilgilerinin Nereden Edinildiği	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile	18	7.1	8	3.1	26	5.1
TV radyo ve dergi	35	13.9	24	9.4	59	11.6
Okul, ders, seminer	23	9.1	127	49.8	150	29.6
Kitaplar	19	7.5	50	19.6	69	13.6
Hastane	8	3.2	6	2.4	14	2.8
Sağlık ocağı	83	32.9	12	4.7	95	18.7
Çevre ve arkadaşlar	66	26.2	22	8.6	88	17.4
ACS-AP	-	-	6	2.4	6	1.2
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Çalışan kadınların % 49.8'i AP ile ilgili bilgileri en çok okul, ders ve seminerlerden edindikleri, çalışmayan kadınların ise % 32.9'u daha çok sağlık ocağından bilgi aldıkları görülmektedir. Çalışmayan kadınlarda kaynak olarak çevre ve arkadaşlar seçeneği % 26.2 olup, çalışan kadınlarda bu oran % 8.6'dır. Yine çalışan kadınlarda bilgi kaynağı olarak Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama Merkezlerini gösterenler % 2.4 olup (Tablo 10), istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Çalışmayan kadınların ise bu ve benzeri merkezlerden bilgi almadığı saptanmıştır.

Tablo 11: Kadınların Kullandıkları AP Yöntemi Hakkında Düşüncelerinin ve Bilgi Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

	Eğitim Durumu									
	Okuryazar/O kur yazar değil		İlköğretim		Lise		Üniversite / Yüksek lisans ve Doktora		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullandığı yöntemin eksik veya yanlış olduğu										
Evet	1	8.3	52	38.0	32	41.6	30	24.6	115	33.0
Hayır	11	91.7	85	62.0	45	58.4	92	75.4	233	67.0
Toplam	12	100.0	137	100.0	77	100.0	122	100.0	348	100.0
AP yöntemlerinde yeterli bilgiye sahip mi?										
Evet	-	-	33	18.9	78	59.5	143	78.1	254	50.1
Kısmen	5	27.8	58	33.1	40	30.5	34	18.6	137	27.0
Hayır	13	72.2	84	48.0	13	9.9	6	3.3	116	22.9
Toplam	18	100.0	175	100.0	131	100.0	183	100.0	507	100.0

Çalışmaya katılan kadınlar arasında (AP yöntemi kullanan 348 kişi) kullandığı yöntemin eksik veya yanlış olduğunu düşünenler en az % 8.3'lük dilimle okur-yazar değil veya okur-yazar olup, yöntemin eksik veya yanlış olduğunu düşünenler en fazla % 41.6'lık dilimle lise mezunlarıdır (Tablo 11). Ayrıca üniversite ve üzeri seviyede eğitim gören kadınların % 75.4'ü kullandıkları AP yönteminin eksik yada yanlış olduğunu düşünmemektedir. Üniversite ve üzeri seviyede eğitim gören kadınların % 78.1'si AP yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını belirtirken, bu oran lise mezunlarında % 59.5, ilköğretim mezunlarında % 18.9'dir. Okur-yazar yada okur yazar olmayan kadınların ise konuyla ilgili yeterli oranda bilgi sahibi olmadığı anlaşılmaktadır (n=507). Kadınlar arasında AP yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve eğitim durumunu karşılaştırıldığında, gruplar arasında önemli fark saptanmıştır ($p<0.001$).

4.1.3. Kadınların Gebelik Öyküleri İle İlgili Bilgilerinin Çalışma Durumları Bakımından İncelenmesi

Tablo 12: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların İlk Gebelik Yaşı ve Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
İlk Gebelik Yaşı	n	%	n	%	n	%
18 yaş ve altı	80	37.6	13	7.0	93	23.3
19-21 yaş	83	39.0	27	14.5	110	27.6
22-24 yaş	37	17.4	64	34.4	101	25.3
25-27 yaş	8	3.8	59	31.7	67	16.8
28 yaş ve üzeri	5	2.3	23	12.4	28	7.0
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Gebelik Sayısı	n	%	n	%	n	%
1	20	9.4	51	27.4	71	17.8
2	47	22.1	72	38.7	119	29.8
3	47	22.1	35	18.8	82	20.6
4	35	16.4	11	5.9	46	11.5
5	36	16.9	13	7.0	49	12.3
6 ve daha fazla	28	13.1	4	2.2	32	8.0
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0

Gebelik deneyimi olan 399 kadının ilk gebelik yaşı ve gebelik sayıları incelendiğinde (Tablo 12), çalışmayan kadınlarda ilk gebelik yaşı 19.70 ± 3.20 olup, çalışan kadınlarda 23.96 ± 3.61 olarak saptanmıştır. Gebelik sayıları ise çalışan kadınlarda (2.33 ± 1.25), çalışmayan kadınlara (3.49 ± 1.55) göre daha azdır. Çalışan kadınlarda ilk gebelik yaşı % 34.4 ile 22-24 yaş arasındadır. Çalışmayan kadınlar ise ilk gebelik yaşı % 39'luk dilimle 19-21 yaş grubu arasındadır. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

İki grup arasında gebelik sayılarına bakıldığında, 1 ve 2 gebelik geçirenlerin oranı çalışan kadınlarda % 66.1, çalışmayan kadınlarda % 31.5'dir. 3 ve 4 gebelik geçirenler çalışan kadınlarda % 24.7, çalışmayan kadınlarda % 38.5'dir. 5 ve üzeri sayıda gebeliği olanlar ise, çalışan kadınlarda % 9.2 olup, bu oran çalışmayan kadınlarda % 30'dur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 13: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Canlı Doğum, Ölü Doğum, Kendiliğinden Düşük ve Küretaj Sayılarına Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
Canlı Doğum Sayısı	n	%	n	%	n	%
Hiç	7	3.3	4	2.2	11	2.8
1	26	12.2	81	43.5	107	26.8
2	82	38.5	83	44.6	165	41.4
3	64	30.0	18	9.7	82	20.6
4	21	9.9	-	-	21	5.3
5 ve üstü	13	6.1	-	-	13	3.3
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Ölü Doğum Sayısı	n	%	n	%	n	%
Hiç	180	84.5	174	93.5	354	88.7
1	22	10.3	10	5.4	32	8.0
2	7	3.3	2	1.1	9	2.3
3 ve daha fazla	4	1.9	-	-	4	1.0
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Kendiliğinden Düşük Sayısı	n	%	n	%	n	%
Hiç	165	77.5	152	81.7	317	79.4
1	34	16.0	22	11.8	56	14.0
2	7	3.3	10	5.4	17	4.3
3 ve daha fazla	7	3.3	2	1.1	9	2.3
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Küretaj Sayısı	n	%	n	%	n	%
Hiç	139	65.3	139	74.7	278	69.7
1	45	21.1	35	18.8	80	20.1
2	16	7.5	7	3.8	23	5.8
3 ve daha fazla	13	6.1	5	2.7	18	4.5
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0

Gebelik geçiren 399 kadının canlı doğumlarına bakıldığında (Tablo 13), % 41.4 ile 2 canlı doğuma sahipken, kadınların % 88.7'si hiç ölü doğum yapmamış, % 79.4'ü hiç kendiliğinden düşük yaşamamış ve % 69.7'si hiç küretaj olmamıştır. İki farklı grup incelendiğinde ise, toplamda çalışan kadınların % 88.1'i 1 ve 2 canlı doğum yapmış olup, çalışmayan kadınlarda 1 ve 2 canlı doğum sayısı % 50.7'dir. Ancak çalışan kadınlarda 3 canlı doğumu olanlar % 9.7 iken, bu oran çalışmayan kadınlarda % 30'dur. 4 ve üzeri sayıda canlı doğum çalışan kadınlarda rastlanmamış, ancak çalışmayan kadınlarda % 16 oranında görülmüştür. Sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.001$).

İki grup arasında ölü doğum sayılarına baktığımızda (Tablo 13), çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu hiç ölü doğum yapmamıştır. 1 ve 2 ölü doğum yapanlar ise, çalışan kadınlarda % 6.5 iken, çalışmayan kadınlarda % 13.6'dır. 3 ve üzeri ölü doğum oranı çalışmayan kadınlarda görülmezken, çalışan kadınlarda bu oran % 1.9'dur. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$).

Çalışan ve çalışmayan kadınların kendiğilinden düşük sayıları ve küretaj sayıları karşılaştırıldığında (Tablo 13), aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 14: Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Gebelikte Hastalık Geçirme Durumuna Göre Dağılımı

Gebelikte Geçirilen Hastalık	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yok	170	79.8	131	70.4	301	75.4
Var	43	20.2	55	29.6	98	24.6
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0

Çalışan ve çalışmayan kadınların gebelikte hastalık geçirme durumuna bakıldığında , çalışan kadınların % 29.6'sı gebelikleri sırasında herhangi bir hastalık geçirmiş olup, çalışmayan kadınlarda bu oran % 20.2'dir.

Tablo 15: Kadınların Gebelikte Geçirdikleri Hastalıklara Göre Dağılımı

Gebelikte Geçirilen Önemli Hastalıklar	n	%
Yok	301	75.4
Anemi	23	5.8
Böbrek	7	1.8
Diyabet	2	.5
Kalp	2	.5
Hipertansiyon	15	3.8
Hiperemesis	21	5.3
EDT	21	5.3
Diğer	7	1.8
Toplam	399	100.0

Çalışmaya katılan kadınların % 75.4'ü gebelikleri sırasında herhangi bir hastalık geçirmemiştir (Tablo 15). Gebelik sırasında kadınların % 23'ünde anemi görülmektedir. Hiperemezis % 21 ve erken doğum tehdidi % 21 oranındadır. Gebelik sırasında diabet, kalp ve böbrek hastalıklarına çok daha az oranda rastlanmaktadır.

Tablo 16: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Son İki Gebelik Arasındaki Sürenin Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Son İki Gebelik Arası Süre	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
0-1 yıl	35	18.2	28	20.7	63	19.3
1-2 yıl arası	58	30.2	30	22.2	88	26.9
2-3 yıl arası	25	13.0	10	7.4	35	10.7
3-4 yıl arası	16	8.3	22	16.3	38	11.6
4-5 yıl arası	21	10.9	12	8.9	33	10.1
5-7 yıl arası	23	12.0	12	8.9	35	10.7
7-9 yıl arası	8	4.2	16	11.9	24	7.3
9 yıl üzeri	6	3.1	5	3.7	11	3.4
Toplam	192	100.0	135	100.0	327	100.0

Çalışan ve çalışmayan kadınların son iki gebelikleri arasındaki süre incelendiğinde, 1-2 yıl arasında olanlar, çalışmayan kadınlarda % 30.2' çalışın kadınlarda % 22.2'dir. Çalışın kadınlarda iki gebeliği arasında 3-4 yıl olanlar % 16.3 iken, çalışmayan kadınlarda % 8.3'dir. İki gebeliği arasında 5 ve daha fazla yıl süre olanlar, çalışınlarda % 24.5, çalışmayanlarda % 19.3'dür ve farkİstatistiksel açıdan anlamlıdır (p<0.05).

Tablo 17: Çalışan ve Çalışmayan Kadınlarda Planlı Gebeliklerde Düşük, Ölü Doğum ve Küretaj Sayılarının Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Planlı Gebelikte Düşük Sayısı						
Hiç	187	87.8	164	88.2	351	88.0
1	19	8.9	13	7.0	32	8.0
2	4	1.9	8	4.3	12	3.0
3 ve daha fazla	3	1.4	1	0.5	4	1.0
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Planlı Gebelikte Ölü Doğum Sayısı						
Hiç	197	92.5	178	95.7	375	94.0
1	13	6.1	7	3.8	20	5.0
2	3	1.4	1	0.5	4	1.0
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0
Planlı Gebelikte Kürtaj Sayısı						
Hiç	196	92.0	166	89.2	362	90.7
1	13	6.1	16	8.6	29	7.3
2	3	1.4	3	1.6	6	1.5
3 ve daha fazla	1	0.5	1	0.5	2	0.5
Toplam	213	100.0	186	100.0	399	100.0

Çalışmaya katılan kadınların % 88'inde planlı gebelikte düşük görülmemiştir. Yine kadınların % 94'ünde planlı gebelikte ölü doğuma ve % 90.7'sinde planlı gebelikte küretaja rastlanmamaktadır. İki grup karşılaştırıldığında ise, çalışan ve çalışmayan kadınların planlı gebeliklerinde düşük, ölü doğum ve küretaj sayıları birbirine yakın olup, istatistiksel değerlendirme açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Erken ve İleri Yaşın, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:		Erken Yaş					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	30	11.9	222	88.1	252	100.0	
Çalışıyor	20	7.8	235	92.2	255	100.0	
Toplam	50	9.9	457	90.1	507	100.0	
Gebe Kalma Durumu		n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	7	1.8	392	98.2	399	100.0	
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	43	39.8	65	60.2	108	100.0	
Toplam	50	9.9	457	90.1	507	100.0	
Neden:		İleri Yaş					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	110	43.7	142	56.3	252	100.0	
Çalışıyor	64	25.1	191	74.9	255	100.0	
Toplam	174	34.3	333	65.7	507	100.0	
Gebe Kalma Durumu		n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	171	42.9	228	57.1	399	100.0	
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	3	2.8	105	7.2	108	100.0	
Toplam	174	34.3	333	65.7	507	100.0	

Kadınların gebe kalmak istememe nedenlerine baktığımızda (Tablo 18) çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu erken yaşı neden olarak göstermemiştir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Gebe kalma durumları açısından baktığımızda, daha önce gebelik deneyimi olanların sadece % 1.8'i erken yaşı neden olarak gösterirken, daha önce hiç gebe kalmayanlarda bu oran % 39.8'dur. İleri yaş ise, çalışmayan kadınların % 43.7'sinde gebelik istememe nedeni olup, çalışan grupta bu oran % 25.1'dir. Daha önce gebelik geçirmiş olanların % 42.9'u

ileri yaşı neden gösterirken, gebelik öyküsü olmayanlarda bu oran % 2.8'dir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 19: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ekonomik Şartlar ve Psikolojik Sorunların, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:	Ekonomik Şartlar					
	Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	147	58.3	105	41.7	252	100.0
Çalışıyor	77	30.2	178	69.8	255	100.0
Toplam	224	44.2	283	55.8	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	203	50.9	196	49.1	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	21	19.4	87	80.6	108	100.0
Toplam	224	44.2	283	55.8	507	100.0
Neden:	Psikolojik Sorunlar					
Mesleki Durum	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	9	3.6	243	96.4	252	100.0
Çalışıyor	14	5.5	241	94.5	255	100.0
Toplam	23	4.5	484	95.5	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	21	5.3	378	94.7	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	2	1.9	106	98.1	108	100.0
Toplam	23	4.5	484	95.5	507	100.0

Çalışmayanların % 58.3'si ve çalışan kadınların % 30.2'si ekonomik şartları gebe kalmak istememe nedeni olarak göstermiştir (Tablo 19). Ekonomik şartlar ile gebe kalma durumu karşılaştırıldığında, daha önce gebelik deneyimi olan kadınların % 50.9'u ekonomik şartları gebelik istememe nedeni olarak belirtirken, hiç gebelik yaşamayanlarda bu oran % 19.4'dur. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır ($p<0.001$). Gebelik istememe nedenlerinden olan psikolojik sorunlar faktörünü mesleki durum ve gebe kalma durumu ile karşılaştırdığımızda çalışanların % 94.5'i, çalışmayanların % 96.4'ü, daha önce gebelik geçirenlerin % 94.7'si ve gebelik

öyküsü olmayanları % 98.1'i psikolojik sorunları neden olarak göstermemiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 20: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ciddi Kronik Hastalık ve Beden İmajının Bozulmasının, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:	Ciddi Kronik Hastalık					
	Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	22	8.7	230	91.3	252	100.0
Çalışıyor	11	4.3	244	95.7	255	100.0
Toplam	33	6.5	474	93.5	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	30	7.5	369	92.5	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	3	2.8	105	97.2	108	100.0
Toplam	33	6.5	474	93.5	507	100.0
Neden:	Beden İmajının Bozulması					
Mesleki Durum	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	5	2.0	247	98.0	252	100.0
Çalışıyor	16	6.3	239	93.7	255	100.0
Toplam	21	4.1	486	95.9	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	10	2.5	389	97.5	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	11	10.2	97	89.8	108	100.0
Toplam	21	4.1	486	95.9	507	100.0

Ciddi kronik hastalık faktörü çalışan kadınların % 4.3'ünde, çalışmayan kadınların ise %8.7'inde gebe kalmak istememe nedeni olarak görülmektedir (Tablo 20). İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Gebe kalma durumu ile ciddi kronik hastalık faktörü karşılaştırıldığında; katılımcıların çoğunluğu ciddi kronik hastalığı gebelik istememe nedeni olarak göstermemiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Beden imajının bozulması ile mesleki durumu karşılaştırdığımızda çalışmayan kadınların % 2'si beden imajının bozulmasını neden olarak göstermiş olup, çalışanlarda bu oran % 6.3'dür.

İstatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Beden imajının bozulması ile gebe kalma durumunu karşılaştırdığımızda; daha önce hiç gebe kalmayanların % 10.2'si beden imajının bozulmasını gebelik istememe nedeni olarak belirtmişken, gebelik yaşamış olanlarda bu oran % 2.5'dir. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$)

Tablo 21: : Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliğinin, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:	Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliği					
	Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	1	0.4	251	99.6	252	100.0
Çalışıyor	2	0.8	253	99.2	255	100.0
Toplam	3	0.6	504	99.4	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	1	0.3	398	99.7	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	2	1.9	106	98.1	108	100.0
Toplam	3	0.6	504	99.4	507	100.0

Gebelikle ilgili bilgi eksikliği ile mesleki durum karşılaştırıldığında; çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu gebelikle ilgili bilgi eksikliğini gebe kalmak istememe nedeni olarak göstermemiştir. Yine gebelik öyküsü olan ve olmayan kadınların çoğunluğu, gebelikle ilgili bilgi eksikliği faktörünü gebelik istememe nedeni olarak görmemişlerdir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama ve Cinsel Hayatı Olumsuz Yönde Etkileme Faktörlerinin, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:	Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama					
	Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	34	13.5	218	86.5	252	100.0
Çalışıyor	43	16.9	212	83.1	255	100.0
Toplam	77	15.2	430	84.8	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	2	0.5	397	99.5	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	75	69.4	33	30.6	108	100.0
Toplam	77	15.2	430	84.8	507	100.0
Neden:	Cinsel Hayatı Olumsuz Yönde Etkilemesi					
	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	2	0.8	250	99.2	252	100.0
Çalışıyor	3	1.2	252	98.8	255	100.0
Toplam	5	1.0	502	99.0	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	3	0.8	396	99.2	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	2	1.9	106	98.1	108	100.0
Toplam	5	1.0	502	99.0	507	100.0

Çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğunda ebeveyn rolüne hazır olmama gebelik istememe nedeni olarak görülmemektedir. Ancak ebeveyn rolüne hazır olmama faktörü ile gebe kalma durumunu karşılaştırdığımızda; hiç gebe kalmamış kadınların % 69.4'ü gebe kalmak istememe nedeni olarak ebeveyn rolüne hazır olmama cevabını verirken, daha önce gebelik yaşayanlarda bu oran % 0.5'dir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$) Gebeliğin cinsel hayatı olumsuz yönde etkilemesi faktörü ise, mesleki durum ve gebe kalma durumu açısından incelendiğinde çalışanların % 98.8'inde , çalışmayanların % 99.2'sinde, gebelik öyküsü olanların % 99.2'sinde ve gebelik öyküsü olmayanların % 98.1'inde

gebe kalmak istememe nedeni olarak gösterilmemiştir. İstatistiksel açıdan gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 23: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Ailesel Faktörler İle Meslek ve Çalışma Koşullarının, Mesleki Duruma ve Gebe Kalma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:	Ailesel Faktörler					
	Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	44	17.5	208	82.5	252	100.0
Çalışıyor	19	7.5	236	92.5	255	100.0
Toplam	63	12.4	444	87.6	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	59	14.8	340	85.2	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	4	3.7	104	96.3	108	100.0
Toplam	63	12.4	444	87.6	507	100.0
Neden:	Meslek ve Çalışma Koşulları					
Mesleki Durum	Var		Yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor	-	-	252	100.0	252	100.0
Çalışıyor	144	56.5	111	43.5	255	100.0
Toplam	144	28.4	363	71.6	507	100.0
Gebe Kalma Durumu	n	%	n	%	n	%
Daha önce 1 veya daha fazla gebe kalanlar	107	26.8	292	73.2	399	100.0
Daha önce hiç gebe kalmayanlar	37	34.3	71	65.7	108	100.0
Toplam	144	28.4	363	71.6	507	100.0

Gebe kalmak istememe nedeni olarak ailesel faktörleri gösterenler çalışan kadınlarda % 7.5, çalışmayan kadınlarda % 17.5'dir. Gebe kalma durumu ile ailesel faktörleri karşılaştırdığımızda; istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı ilişki olup, hiç gebe kalmayanların % 3.7'si ailesel faktörleri gebelik istememe nedeni olarak belirtirken, bu oran daha önce gebelik yaşayanlarda % 14.8'dir ($p<0.01$). Meslek ve çalışma koşullarına baktığımızda; çalışan kadınların % 56.5'i meslek ve çalışma koşullarını gebe kalmak istememe nedeni olarak belirtmiştir. Ayrıca daha önce gebelik yaşayan ve yaşamayan kadınların çoğunluğu, meslek ve çalışma koşullarını gebe kalmak

istememe nedeni olarak görmemektedir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan bulunan fark önemsizdir ($p>0.05$)

Tablo 24: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Çok Sık Gebelik, Menopozda Olma ve Yeterli Çocuğa Sahip Olma Faktörlerinin, Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Neden:		Çok Sık Gebelik					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum		n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor		61	28.6	152	71.4	213	100.0
Çalışıyor		7	3.8	179	96.2	186	100.0
Toplam		68	17.0	331	83.0	399	100.0
Neden:		Menopozda Olma					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum		n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor		24	11.3	189	88.7	213	100.0
Çalışıyor		7	3.8	179	96.2	186	100.0
Toplam		31	7.8	368	92.2	399	100.0
Neden:		Yeterli Çocuğa Sahip Olma					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum		n	%	n	%	n	%
Çalışmıyor		55	25.8	158	74.2	213	100.0
Çalışıyor		27	14.5	159	85.5	186	100.0
Toplam		82	20.6	317	79.4	399	100.0

(Tablo 24 ve Tablo 25 daha önce gebelik deneyimi olan, evli kadınların gebe kalmak istememe nedenlerini açıklamaktadır).

Çalışmayan kadınların % 28.6'sı gebelik istememe nedeni olarak çok sık gebelik geçirmelerini gösterirken (Tablo 24), çalışan grupta bu oran % 3.8'dür. Gruplar arasında bulunan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Çalışan kadınların % 3.8'i, çalışmayan kadınların ise % 11.3' gebe kalmak istememe nedeni olarak menopozda olma cevabını vermişlerdir. Yeterli sayıda çocuğa sahip olma faktörü ile mesleki durumu karşılaştırdığında ise; çalışan kadınların % 14.5'i gebelik istememe nedeni olarak yeterli çocuğa sahip olma cevabını verirken, çalışmayan kadınlarda bu oran % 25.8'dir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 25: Gebe Kalmak İstememe Nedenlerinden Olan Çocukların Çok Küçük Olması ve Kan Uyuşmazlığı Faktörlerinin Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Neden:		Çocukların Çok Küçük Olması					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	10	4.7	203	95.3	213	100.0	
Çalışıyor	18	9.7	168	90.3	186	100.0	
Toplam	28	7.0	371	93.0	399	100.0	

Neden:		Kan Uyuşmazlığı					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	4	1.9	209	98.1	213	100.0	
Çalışıyor	1	0.5	185	99.5	186	100.0	
Toplam	5	1.3	394	98.7	399	100.0	

Gebe kalmak istememe nedenlerinden olan çocukların çok küçük olması ve kan uyuşmazlığı faktörleri çalışan ve çalışmayan kadınlarda genel olarak gebe kalmak istememe nedeni olarak gösterilmemiştir. İstatistiksel olarak bulunan fark önemsizdir ($p>0.05$)

Tablo 26: Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının Mesleki Durum, Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

											Mesleki Durum									
											Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam					
İdeal Çocuk Sayısı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
1	15	6.0	23	9.0	38	7.5														
2	156	61.9	196	76.9	352	69.4														
3	67	26.6	31	12.2	98	19.3														
4	14	5.6	5	2.0	19	3.7														
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0														
											Medeni Durum									
											Evli		Bekar		Toplam					
İdeal Çocuk Sayısı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
1	28	6.8	10	10.8	38	7.5														
2	281	67.9	71	76.3	352	69.4														
3	87	21.0	11	11.8	98	19.3														
4	18	4.3	1	1.1	19	3.7														
Toplam	414	100.0	93	100.0	507	100.0														
											Eğitim Durumu									
											Okuryazar/O kur yazar değil		İlköğretim		Lise		Üniversite / Yüksek lisans ve Doktora		Toplam	
İdeal Çocuk Sayısı	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%										
1	1	5.6	8	4.6	14	10.7	15	8.2	38	7.5										
2	9	50.0	108	61.7	94	71.8	141	77.0	352	69.4										
3	7	38.9	47	26.9	21	16.0	23	12.6	98	19.3										
4	1	5.6	12	6.9	2	1.5	4	2.2	19	3.7										
Toplam	18	100.0	175	100.0	131	100.0	183	100.0	507	100.0										

Çalışan kadınların % 76.9 ideal çocuk sayısını 2 olarak yanıtlarken, çalışmayan kadınlarda bu oran % 61.9'dur. İdeal çocuk sayısına 3 ve üzeri sayıda cevap verenler, çalışmayanlarda % 32.2, çalışanlarda ise % 14.2'dir. İstatistiksel değerlendirme açısından anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.001$). Araştırmaya katılan evli kadınların % 67.9'u ideal çocuk sayısını 2 olarak yanıt vermiş olup, bu oran bekarlarda % 76.3'dür. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Eğitim durumu ile ideal çocuk sayısını karşılaştırdığımızda; ideal çocuk sayısına 2 olarak cevap verenlerin % 50'si okur-yazar/okur-yazar değil, % 61.7'si ilköğretim mezunu, % 71.8'i lise mezunu, % 77'si üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahiptir. İdeal çocuk sayısına 3

ve üzerinde cevabını verenlerin % 44.5'i okur-yazar/okur-yazar değil, % 33.8'i ilköğretim mezunu, % 17.5'i lise mezunu, % 14.8'i ise üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahiptir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

Tablo 27: Hiç İstemedenden Gebe Kaldınız mı Sorusuna Verilen Cevapların Mesleki Duruma, Yaşa ve Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Hiç İstemedenden Gebe Kaldınız mı?							
		Hayır		Evet		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	102	46.8	116	53.2	218	100.0	
Çalışıyor	128	65.3	68	34.7	196	100.0	
Toplam	230	55.6	184	44.4	414	100.0	
		Hayır		Evet		Toplam	
Yaş	n	%	n	%	n	%	
19 yaş ve altı	3	100.0	-	-	3	100.0	
20-25 yaş	35	74.5	12	25.5	47	100.0	
26-31 yaş	70	60.9	45	39.1	115	100.0	
32-37 yaş	47	53.4	41	46.6	88	100.0	
38-43 yaş	37	42.5	50	57.5	87	100.0	
44 yaş ve üzeri	38	51.4	36	48.6	74	100.0	
Toplam	230	55.5	184	44.4	414	100.0	
		Hayır		Evet		Toplam	
Eğitim Düzeyi	n	%	n	%	n	%	
Okuryazar / Okur-yazar değil	6	33.3	12	66.7	18	100.0	
İlköğretim	76	45.0	93	55.0	169	100.0	
Lise	57	57.6	42	42.4	99	100.0	
Üniversite / Yüksek lisans ve Doktora	91	71.1	37	28.9	128	100.0	
Toplam	230	55.6	184	44.4	414	100.0	

Hiç istemedenden gebe kaldınız mı sorusuna çalışmayan kadınların % 53.2'si evet cevabını verirken, çalışan kadınlarda bu oran % 34.7'dir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Yaş faktörü ile istemsiz gebe kalma durumunu karşılaştırdığımızda; 38-43 yaş grubunda olan evli kadınların % 57.5'i istemsiz gebelik durumunu yaşadığı, ancak 20-25 yaş grubunda olan evli kadınların ise sadece % 25.5'i istemsiz gebelik yaşadığı saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.01$). Eğitim düzeyi ile istemsiz gebelik durumuna bakıldığında; en fazla istemsiz gebelik durumu % 66.7 ile okur-yazar/okur-yazar olmayan grupta görülmekte olup, üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahip olan

kadınlarda istemsiz gebelik durumu (% 28.9) diğer gruplara göre çok daha az sayıdadır. Gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.001$).

Tablo 28: İstemededen Gebe Kalma Sayısının ve Nedenlerinin Mesleki Duruma Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
İstemededen Gebe Kalma Sayısı	n	%	n	%	n	%
1	56	48.3	47	69.1	103	56.0
2	29	25.0	16	23.5	45	24.5
3	21	18.1	2	2.9	23	12.5
4	6	5.2	1	1.5	7	3.8
5 ve daha fazla	4	3.4	2	2.9	6	3.3
Toplam	116	100.0	68	100.0	184	100.0
İstemededen Gebe Kalma Nedenleri	n	%	n	%	n	%
Yöntem kullanım hatası	13	11.2	21	30.9	34	18.5
Yöntemin yan etkisi	15	12.9	16	23.5	31	16.8
Korunmayı bilmemek	37	31.9	4	5.9	41	22.3
Eşinin korunmasını istememesi	10	8.6	11	16.2	21	11.4
O dönemde korunmuyor olması	41	35.3	16	23.5	57	31.0
Toplam	116	100.0	68	100.0	184	100.0

Kadınların istemededen gebe kalma sayıları ile meslek durumları karşılaştırıldığında; 1 ve 2 kez istemededen gebe kalanların % 92.6 çalışan kadınlar olup, çalışmayanlarda bu oran % 73.3'tür. 3 ve üzeri sayıda istemededen gebe kalanlar ise, çalışmayanlarda % 26.7 iken, çalışan grupta % 7.3'dür. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki ilişki anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayan kadınların % 35.3'ü o dönemde korunmadığını belirtirken, çalışan grupta bu oran % 23.5'dir. Yine çalışmayan kadınların % 31.9'u, çalışanların ise % 5.9'u korunmayı bilmediği için gebe kaldığını belirtmiştir. Yöntem kullanım hatasından dolayı gebe kaldığını düşünenler ise, çalışan grupta % 30.9, çalışmayan grupta % 11.2'dir. İstatistiksel değerlendirme açısından anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$)

Tablo 29: İstemsiz Gebeliğe Devam Nedenleri İle İstemsiz Gebelik Doğacak Çocuğu Etkiler mi Sorusunun Mesleki Duruma Göre Dağılımı

İstemsiz Gebeliğe Devam Nedenleri	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Gebelik haftasının ilerlemiş olması	19	28.4	5	17.2	24	25.0
Eşinin doğurmasını istemesi	23	34.3	12	41.4	35	36.5
İnanç	25	37.3	12	41.4	37	38.5
Toplam	67	100.0	29	100.0	96	100.0
İstemsiz Gebelik Doğacak Çocuğu Etkiler mi?	n	%	n	%	n	%
Evet	109	43.3	97	38.0	206	40.6
Hayır	143	56.7	158	62.0	301	59.4
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Çalışan ve çalışmayan kadınların büyük kısmı inanç faktörü ve eşlerinin doğurmasını istemesinden dolayı gebeliğe devam ettiklerini belirtmişlerdir. Gebelik haftasının ilerlemiş olması ise, her iki grupta da, diğer iki nedene göre daha az sayıda tercih edilmiştir. Çalışan ve çalışmayan kadınlarda istemsiz gebeliğe devam nedenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$). Çalışan kadınların % 62'si, çalışmayan kadınların % 56.7'si istemsiz gebeliğin doğacak çocuğu etkilemeyeceğini düşünmektedir. İstatistiksel açıdan iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$)

Tablo 30: İstemsiz Gebelik Sonuçlarının Mesleki Duruma Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
1. İstemsiz Gebelik Sonucu						
Canlı doğum	56	48.3	25	36.8	81	44.0
Ölü doğum	4	3.4	-	-	4	2.2
Kendiliğinden düşük	16	13.8	12	17.6	28	15.2
Küretaj	40	34.5	31	45.6	71	38.6
Toplam	116	100.0	68	100.0	184	100.0
2. İstemsiz Gebelik Sonucu						
Canlı doğum	14	23.3	2	9.5	16	19.8
Ölü doğum	4	6.7	2	9.5	6	7.4
Kendiliğinden düşük	4	6.7	-	-	4	4.9
Küretaj	38	63.3	17	81.0	55	67.9
Toplam	60	100.0	21	100.0	81	100.0
3. İstemsiz Gebelik Sonucu						
Canlı doğum	7	22.6	-	-	7	19.4
Ölü doğum	2	6.5	-	-	2	5.6
Kendiliğinden düşük	3	9.7	-	-	3	8.3
Küretaj	19	61.3	5	100.0	24	66.7
Toplam	31	100.0	5	100.0	36	100.0

(Not: 4, 5, 6 ve 7. istemsiz gebeliklerin sayısı % 3.14 olmakla birlikte bu gebeliklerin sonuçlarının çoğunlukla (>% 80) kürtaj olduğu görülmüştür).

Kadınların istemsiz gebelik sonuçları değerlendirildiğinde 1. istemsiz gebeliklerin % 44'ü canlı doğumla sonuçlanırken, 2. ve 3. istemsiz gebeliklerde canlı doğum oranı çok daha azdır. 2. istemsiz gebeliklerin % 67.9'u ve 3. istemsiz gebeliklerin % 66.7'si küretaj ile sonuçlanmaktadır. İki grup arasındaki gebelik sonuçlarına baktığımızda 1.istemsiz gebeliklerin % 48.3'ü çalışmayan kadınlarda canlı doğum ile sonuçlanırken, çalışan kadınlarda % 45.6 oranında küretaj ile sonuçlanmıştır. 2. istemsiz gebeliklerinde çalışmayan kadınların % 63.3'ü, çalışanların ise % 81'i küretaj olmuştur. 3. istemsiz gebeliklerde ise çalışanların tamamı küretaj olurken, bu oran çalışmayanlarda % 61.3'dür. Tablo değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı

ilişki bulunamaması ($p>0.05$), çalışan kadınların 1. istemsiz gebelikte ölü doğum, 2. istemsiz gebelikte kendiliğinden düşük yaşamamış olmasından ve 3. istemsiz gebeliklerinin tamamının küretaj ile sonuçlanmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 31: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Erken Yaş, İleri Yaş, Ekonomik Şartlar ve Psikolojik Sorunların Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Neden:		Erken Yaş					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	1	1.4	70	98.6	71	100.0	
Çalışıyor	-	-	41	100.0	41	100.0	
Toplam	1	0.9	111	99.1	112	100.0	
Neden:		İleri Yaş					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	8	11.3	63	88.7	71	100.0	
Çalışıyor	-	-	41	100.0	41	100.0	
Toplam	8	7.1	104	92.9	112	100.0	
Neden:		Ekonomik Şartlar					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	41	57.7	30	42.3	71	100.0	
Çalışıyor	14	34.1	27	65.9	41	100.0	
Toplam	55	49.1	57	50.9	112	100.0	
Neden:		Psikolojik Sorunlar					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	1	1.4	70	98.6	71	100.0	
Çalışıyor	4	9.8	37	90.2	41	100.0	
Toplam	5	4.5	107	95.5	112	100.0	

İstemsiz gebeliklerin küretaj ile sonuçlanma nedenlerini baktığımızda; çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu erken yaşı neden olarak göstermemiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). İleri yaş faktörü ise çalışmayan kadınların % 11.3'ünde küretaj olma nedeni iken, çalışan kadınların hiçbiri ileri yaş faktörünü küretaj nedeni olarak belirtmemiştir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca çalışmayan kadınların % 57.7'si küretaj

nedeni olarak ekonomik şartları belirtirken, çalışan kadınlarda bu oran % 34.1'dir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$).

Ayrıca çalışan kadınların % 9.8'i istemsiz gebelikte küretaj nedeni olarak psikolojik sorunlarını gösterirken (Tablo 31), bu oran çalışmayanlarda % 1.4'dir. İstatistiksel değerlendirme açısından anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$)

Tablo 32: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Ciddi Kronik Hastalık, Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama, Meslek -Çalışma Koşulları ve Ailesel Faktörlerin Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Neden:		Ciddi Kronik Hastalıklar					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	2	2.8	69	97.2	71	100.0	
Çalışıyor	5	12.2	36	87.8	41	100.0	
Toplam	7	6.3	105	93.8	112	100.0	
Neden:		Ebeveyn Rolüne Hazır Olmama					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	1	1.4	70	98.6	71	100.0	
Çalışıyor	-	-	41	100.0	41	100.0	
Toplam	1	0.9	111	99.1	112	100.0	
Neden:		Ailesel Faktörler					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	19	26.8	52	73.2	71	100.0	
Çalışıyor	6	14.6	35	85.4	41	100.0	
Toplam	25	22.3	87	77.7	112	100.0	
Neden:		Meslek ve Çalışma Koşulları					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	N	%	n	%	
Çalışmıyor	-	-	71	100.0	71	100.0	
Çalışıyor	24	58.5	17	41.5	41	100.0	
Toplam	24	21.4	88	78.6	112	100.0	

Çalışan kadınların %12.2'si ciddi kronik hastalıklar sebebiyle istemsiz gebeliklerini küretaj ile sonlandırırken (Tablo 32), bu oran çalışmayan kadınlarda % 2.8'dir. İstatistiksel değerlendirme açısından anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Ayrıca çalışan ve çalışmayan gruptaki katılımcıların çoğunluğu (Tablo 32), ebeveyn rolüne hazır olmama ve ailesel faktörleri küretaj nedeni olarak görmemektedir.

İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Meslek ve çalışma koşulları incelendiğinde ise; çalışan kadınların % 58.5'i meslek ve çalışma koşulları yüzünden istemsiz gebeliklerinde küretaj olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 33: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Düşük Sonrası Olması, Çocukların Çok Küçük Olması ve Kan Uyuşmazlığı Faktörlerin Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Neden:		Düşük Sonrası					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	4	5.6	67	94.4	71	100.0	
Çalışıyor	3	7.3	38	92.7	41	100.0	
Toplam	7	6.3	105	93.8	112	100.0	

Neden:		Çocukların Çok Küçük Olması					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	8	11.3	63	88.7	71	100.0	
Çalışıyor	7	17.1	34	82.9	41	100.0	
Toplam	15	13.4	97	86.6	112	100.0	

Neden:		Kan Uyuşmazlığı					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	-	-	71	100.0	71	100.0	
Çalışıyor	1	2.4	40	97.6	41	100.0	
Toplam	1	0.9	111	99.1	112	100.0	

Çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu istemsiz gebeliklerinde düşüğe bağlı küretaj yaşamadıklarını belirtmişlerdir. İki grup arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Ayrıca her iki grupta yer alan kadınların çoğunluğu, çocuklarının çok küçük olması ve kan uyuşmazlığı faktörlerini istemsiz gebeliklerinde küretaj nedeni olarak belirtmemişlerdir. İstatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 34: İstemsiz Gebeliklerin Küretaj İle Sonuçlanma Nedenlerinden Olan Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliği, AP Yönteminde Yanlış Kullanım, Çok Sık Gebelik ve Yeterli Çocuğa Sahip Olma Faktörlerinin Mesleki Duruma Göre Dağılımı

Neden:		Gebelikle İlgili Bilgi Eksikliği					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	1	1.4	70	98.6	71	100.0	
Çalışıyor	-	-	41	100.0	41	100.0	
Toplam	1	0.9	111	99.1	112	100.0	

Neden:		AP Yönteminde Yanlış Kullanım					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	2	2.8	69	97.2	71	100.0	
Çalışıyor	2	4.9	39	95.1	41	100.0	
Toplam	4	3.6	108	96.4	112	100.0	

Neden:		Çok Sık Gebelik					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	31	43.7	40	56.3	71	100.0	
Çalışıyor	4	9.8	37	90.2	41	100.0	
Toplam	35	31.3	77	68.8	112	100.0	

Neden:		Yeterli Çocuk Sahibi Olma					
		Var		Yok		Toplam	
Mesleki Durum	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	3	4.2	68	95.8	71	100.0	
Çalışıyor	6	14.6	35	85.4	41	100.0	
Toplam	9	8.0	103	92.0	112	100.0	

İstemsiz gebeliklerdeki küretaj nedenleri ile mesleki durumu karşılaştırdığımızda; çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu (Tablo 34), gebelikle ilgili bilgi eksikliğini, AP yöntemlerinin yanlış kullanımını ve yeterli çocuğa sahip olma faktörünü küretaj nedeni olarak göstermemişlerdir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsizdir ($p>0.05$). Ancak mesleki durum ile çok sık gebelik geçirme faktörünü karşılaştırdığımızda; çalışmayan kadınların % 43.7'si çok sık gebelik geçirdikleri için istemsiz gebeliklerinde küretaj olduklarını belirtirken, bu oran çalışan kadınlarda % 9.8'dir. İstatistiksel olarak iki grup arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Anket formlarını cevaplayan kadınların hiçbiri beden imajının bozulması ve cinsel hayatı olumsuz etkilemesi faktörlerini istemsiz gebelikte küretaj nedeni olarak göstermemiştir.

Tablo 35: İstemsiz Gebelikte Küretaj Olunmalı mı ve Küretaj Kararı Kime Ait Sorularının Mesleki Duruma Göre Dağılımı

İstenmeden gebe kalındıysa küretaj olunmalı mı?	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	63	25.0	74	29.0	137	27.0
Hayır	149	59.1	114	44.7	263	51.9
Kararsız	40	15.9	67	26.3	107	21.1
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Küretajı yaptırma kararı kime ait?	n	%	n	%	n	%
Kendi	11	15.5	4	9.8	15	13.4
Kendi ve eşi	53	74.6	34	82.9	87	77.7
Doktoru	6	8.5	2	4.9	8	7.1
Eşi	1	1.4	1	2.4	2	1.8
Toplam	71	100.0	41	100.0	112	100.0

İstemsiz gebelikte küretaj olunmalı mı sorusuna çalışmayan kadınların % 59.1'i hayır cevabını verirken, çalışan kadınlarda bu oran % 44.7'dir. Yine istemsiz gebelikte küretaj olunması durumunda kararsız olanlar çalışan grupta %26.3, çalışmayanlarda ise %15.9'dur. Sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$).

Tablo 36: Küretaj İle İlgili Bilgi Düzeyi ve Yaklaşımların Mesleki Duruma Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Küretaj yasal mıdır?						
Evet	112	44.4	198	77.6	310	61.1
Hayır	41	16.3	25	9.8	66	13.0
Bilmiyorum	99	39.3	32	12.5	131	25.8
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Küretaj haftası doğru biliniyor mu?						
Evet	68	27.0	123	48.2	191	37.7
Hayır	184	73.0	132	51.8	316	62.3
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Küretaj günah mıdır?						
Evet	224	88.9	178	69.8	402	79.3
Hayır	12	4.8	37	14.5	49	9.7
Yorum yok	16	6.3	40	15.7	56	11.0
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0

Küretaj yasal mıdır sorusuna çalışan kadınların % 77.6'sı evet cevabını verirken, çalışmayan kadınlarda bu oran % 44.4'dür. Yine kadınlara yasal sınırlar içerisinde küretaj haftası sorulduğunda çalışan kadınların % 48.2'si doğru cevap vermiş ancak çalışmayan kadınların % 27'si doğru cevap vermiştir. İstatistiksel olarak gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p < 0.001$). Küretaj günah mıdır sorusunda ise, çalışmayan kadınların % 88.9'ı küretajın günah olduğunu düşünürken, çalışan kadınların % 69.8'i küretajın günah olduğunu düşünmektedir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 37: Küretaj İşleminde Eş Onayının ve Eş Onayı Olmaması Sonuçlarının Mesleki Duruma Göre Dağılımı

	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
Küretajda eş onayı gerekir mi?	n	%	n	%	n	%
Evet	233	92.5	221	86.7	454	89.5
Hayır	10	4.0	14	5.5	24	4.7
Yorum yok	9	3.6	20	7.8	29	5.7
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Küretaj için eş onay vermiyorsa doğur musunuz?	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	172	68.3	106	41.6	278	54.8
Hayır	48	19.0	80	31.4	128	25.2
Yorum yok	32	12.7	69	27.1	101	19.9
Toplam	252	100.0	255	100.0	507	100.0
Küretaj için eş onay vermiyorsa doğurma nedenleri	Mesleki Durum					
	Çalışmıyor		Çalışıyor		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
esi isted	97	56.4	52	49.1	149	53.6
aile içi	17	9.9	22	20.8	39	14.0
gunah	44	25.6	28	26.4	72	25.9
esi ve gnh	12	7.0	4	3.8	16	5.8
yasal es izni	2	1.2	-	-	2	.7
Toplam	172	100.0	106	100.0	278	100.0

Çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu (Tablo 37), küretajda eş onayı gerekir mi sorusuna evet cevabını vermişlerdir. İstatistiksel değerlendirme açısından anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Yine küretaj için eş onayı yoksa doğum yapar mısınız sorusuna çalışmayan kadınların % 68.3'ü evet cevabını verirken , çalışan kadınlarda bu oran % 41.6'dır. İstatistiksel olarak bulunan fark anlamlıdır ($p<0.001$). Çalışan kadınların çoğunluğu eşleri onay vermese de istemsiz bir gebelikte doğum yapma taraftarı değildir. Kadınlara istemsiz gebeliklerinde küretaj için eşleri onay vermediği takdirde doğurma nedenleri sorulduğunda; çalışan ve çalışmayan kadınların çoğunluğu eşleri istediği için doğum yaptıklarını belirtmişlerdir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan bulunan fark önemsizdir ($p>0.05$).

4.2. Çalışan Kadınlarda Farklı Meslek Grupları Arasındaki Farklar

Tablo 38: Çalışan Kadınları Meslek Gruplarına Göre Toplam çalışma Sürelerinin Dağılımı

Toplam Çalışma Süresi	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaf		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1-5 yıl	6	19.4	66	50.8	18	52.8	10	16.7	100	39.2
6-10 yıl	11	35.5	23	17.7	7	20.6	13	21.7	54	21.2
11-15yıl	5	16.1	25	19.2	7	20.6	10	16.7	47	18.4
16-20 yıl	6	19.4	9	6.9	2	5.9	21	35.0	38	14.9
20 yıl üzeri	3	9.7	7	5.4	-	-	6	10.0	16	6.3
Toplam	31	100	130	100	34	100	60	100	255	100

Kadınların meslek gruplarına göre toplam çalışma süreleri incelendiğinde, 1-5 yıl çalışanların % 52.8'i işçi ve esnaf, % 50.8'i sağlık personelidir. Öğretmenlerde en fazla toplam çalışma süresi % 35.5 ile 6-10 yıl iken, Memur ve emeklilerde en fazla toplam çalışma süresi % 35'lik dilimle 16-20 yıldır.

Tablo 39: Çalışan Kadınların Meslek Gruplarına Göre Haftalık Çalışma Sürelerinin Dağılımı

Haftalık Çalışma Süresi	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaf		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Çalışma saati belli değil	-	-	-	-	1	2.9	-	-	1	0.4
20 saatten az	3	9.7	-	-	-	-	1	1.7	4	1.6
20-40 saat	28	90.3	22	16.9	14	41.2	53	88.3	117	45.9
41-60 saat	-	-	101	77.7	15	44.1	6	10.0	122	47.8
61-80 saat	-	-	2	1.5	1	2.9	-	-	3	1.2
80 saatten fazla	-	-	5	3.8	3	8.8	-	-	8	3.1
Toplam	31	100	130	100	34	100	60	100	255	100

Kadınların haftalık çalışma sürelerine bakıldığında (Tablo 39), öğretmenlerin % 90.3'ünün 20-40 saat, memur ve emeklilerin % 88.3'ü 20-40 saat, sağlık personellerinin % 77.7'sinin 41-60 saat, işçi ve esnafın % 44.1'inin 41-60 saat çalıştığı görülmektedir. Öğretmenler haftada 40 saatten, memur ve emekliler haftada 60 saatten fazla çalışmazken, işçi ve esnafın % 11.7'si, sağlık personellerinin % 5.3'ü haftada 60 saatten fazla çalışmaktadır. İstatistiksel açıdan fark anlamlıdır ($p < 0.000$).

Tablo 40: Çalışan Doğum Öncesi İzin Kullandı mı Sorusunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+ Esnaf		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	25	86.2	69	74.2	3	12.5	42	84.0	139	70.9
Hayır	4	13.8	24	25.8	21	87.5	8	16.0	57	29.1
Toplam	29	100	93	100	24	100	50	100	196	100

Çalışan kadınların % 70.9'u doğum öncesi izin kullanmışlardır. Meslek gruplarına bakıldığında, öğretmenlerin %86.2'sinin , memur ve emeklilerin % 84'ünün , sağlık personellerinin % 74.2'sinin, işçi ve esnafın % 12'sinin doğum öncesi izin kullandığı saptanmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0.000$).

,

Tablo 41: Çalışan Kadınların Doğum İzni Kullanma Sürelerinin Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaflar		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
7-15 gün	1	4	10	14.5	-	-	4	9.5	15	10.8
16-30 gün	19	76	48	69.6	2	66.7	27	64.3	96	69.1
31-45 gün	1	4	2	2.9	1	33.3	5	11.9	9	6.5
46-60 gün	3	12	6	8.7	-	-	5	11.9	14	10.1
60 gün üzeri	1	4	3	4.3	-	-	1	2.4	5	3.6
Toplam	25	100	69	100	3	100	42	100	139	100

Çalışmaya katılan kadınların % 69.1'i 16-30 gün doğum izni kullanmışlardır. Meslek gruplarına göre doğum izni kullanma süreleri incelendiğinde, öğretmenlerin % 76'sının, sağlık personellerinin % 69.6'sının, işçi ve esnafın % 66.7'sinin, memur ve emeklilerin % 64.3'ünün 16-30 gün doğum izni kullandığı saptanmıştır. 7-15 gün

ile 60 gün ve üzeri doğum izni kullananların çok daha az olduğu görülmektedir (Tablo 41). İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 42: Doğum İzni Almada Problem Oldu mu Sorusunu Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaf		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	2	7.4	7	8.1	1	4.3	8	16.7	18	9.8
Hayır	18	66.7	60	69.8	2	8.7	36	75.0	116	63.0
Kısmen	6	22.2	8	9.3	2	8.7	3	6.3	19	10.3
O dönemde çalışmıyor	1	3.7	11	12.8	9	39.1	1	2.1	22	12.0
Kendi işi olması	-	-	-	-	9	39.1	-	-	9	4.9
Toplam	27	100	86	100	23	100	48	100	184	100

Kadınların % 63'ü doğum izni almada problem yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 42). Meslek grupları incelendiğinde, memur ve emeklilerin % 75'i , sağlık personellerinin % 69.8'i, öğretmenlerin % 66.7'si, doğum izni almada problem yaşamamışlardır. İşçi ve esnafların ise % 39.1'i o dönemde çalışmadıklarını ve % 39.1'i de kendi işleri olduğu için çalışma ve dinlenme sürelerinin isteğe bağlı olduğunu belirtmişlerdir. İstatistiksel açıdan fark anlamlıdır ($p<0.000$).

Tablo 43: Gebelikte Çalışma Koşullarında Olumlu Değişiklik Oldu mu Sorusunun Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaf		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hayır	18	69.2	53	70.7	8	57.1	39	83.0	118	72.8
Evet	8	30.8	22	29.3	6	42.9	8	17.0	44	27.2
Toplam	26	100	75	100	14	100	47	100	162	100

Kadınların % 72.8'inin gebelikleri sırasında çalışma koşullarında olumlu değişiklik yapılmamıştır. Meslek gruplarına bakıldığında, memur ve emeklilerin % 83'ünde, sağlık personellerinin % 70.7'sinde, öğretmenlerin % 69.2'sinde, işçi ve esnafların % 57.1'inde gebelikleri süresince çalışma koşullarında olumlu değişiklik yapılmadığı saptanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 44: Mesleğiniz Gebe Kalmaya Engel mi ve Mesleğiniz Gebeliği Olumsuz Etkiler mi Sorularının Meslek Gruplarına Göre Dağılımı

	Öğretmen		Sağlık Personeli		İşçi+Esnaflar		Memur+Emekli		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesleğiniz Gebe Kalmaya Engel mi										
Evet	8	25.8	79	60.8	16	47.1	24	40.0	127	49.8
Hayır	13	41.9	21	16.2	7	20.6	24	40.0	65	25.5
Kismen	10	32.3	30	23.1	11	32.4	12	20.0	63	24.7
Toplam	31	100	130	100	34	100	60	100	255	100
Mesleğiniz Gebeliği Olumsuz Etkiler mi										
Evet	9	29.0	91	70.0	18	52.9	22	36.7	140	54.9
Hayır	12	38.7	16	12.3	6	17.6	19	31.7	53	20.8
Kismen	10	32.3	23	17.7	10	29.4	19	31.7	62	24.3
Toplam	31	100	130	100	34	100	60	100	255	100

Çalışan kadınların % 49.8'i mesleklerinin gebe kalmaya engel olduğunu, % 54.9'u ise, mesleklerinin gebeliği olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Meslek gruplarına bakıldığında, sağlık personellerinin % 60.8'i, işçi ve esnafların % 47.1'i, memur ve emeklilerin % 40'ı, öğretmenlerin % 25.8'i mesleklerinin gebe kalmaya engel olduğunu belirtmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$).

Mesleklerinin gebeliği olumsuz etkilediğini düşünenler ise, sağlık personellerinde % 70, işçi ve esnaflarda % 52.9, memur ve emeklilerde % 36.7, öğretmenlerde % 29'dur. İstatistiksel açıdan fark anlamlıdır ($p < 0.000$).

5. TARTIŞMA

İstenmeyen gebelikler, üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur. İstenmeyen gebelikler çoğunlukla isteyerek düşükle sonlanmakta olup, annenin mortalite ve morbiditesini arttırmaktadır (1). Dünyada 40-60 milyon; diğer bir deyişle, her yıl bin doğuma karşı, 300-500 bin yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığı tahmin edilmektedir (30, 33). Anne ölümlerinin 1 /4- 1/3'ü güvenli olmayan düşük komplikasyonlarına bağlıdır (1). Genellikle doğum kontrol yöntemlerini yanlış kullanan veya daha az güvenilir yöntem uygulayan kadınlar istenmeyen gebeliklere karşı karşıya kalmaktadırlar (33).

1993 TNSA' da, evlenmiş kadınlarda 13.4' ü isteyerek olmak üzere her yüz gebelikten 21.7' sinin düşükle sonuçlandığı saptanmıştır (37). TNSA-98 araştırma tarihinden önceki beş yıl içindeki doğumların % 69'u istenmiş, % 1'i daha sonra olması istenen ve % 19'u ise istenmemiş doğumlardır. Akın'ın çalışmasında istenmeyen gebelik oranı son gebelikleri için % 76' dır. Türkiye için bu sayı 1973'de % 42, 1983'de % 45, 1988'de % 36.8 ve 1 993'de % 20.4 dür. Özellikle 1983'den sonraki düşüş aile planlaması hizmetlerinin kabulü ve ulaşılabilirliğin artmasına bağlanmaktadır (38, 39).

Erol ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kadınlarda istemsiz gebelik oranı % 56.6 olarak bulunmuştur (42). Bizim yaptığımız çalışmada, araştırmaya katılan toplam 414 evli kadından % 44.4'ü en az 1 kez istemsiz gebelik geçirmiştir. Çalışmayan kadınlardaki istemsiz gebelik oranı % 53.2, çalışan kadınlardaki istemsiz gebelik oranı ise % 34.7'dir.

Yiğiter ve arkadaşlarının araştırmasında küretaj yaptıran kadınlarda en yüksek oran 40-49 yaş arası kadınlarda olduğu belirtilmiştir (4). İlk evlilik yaşı ile istemli düşükler arasında yakın bir ilişki belirlenmiştir. 15 yaş ve altında evlenen kadınlarda istemli düşük hızı %30dur. Bir başka çalışmada, isteyerek düşük yapmış olan evlenmiş kadınların oranı 25 yaşın altındaki kadınlarda % 10'dan daha az iken, 45-49 yaş grubundaki kadınlarda % 40'tan daha fazladır (38, 39). Kadınlarda yaşla birlikte isteyerek düşük yapma oranı da artmaktadır . İleri yaştaki kadınlar artık başka çocuk sahibi olmamak için isteyerek düşük yaptıklarını belirtmişlerdir (40).

Goto ve arkadaşlarının çalışmasında, 35-49 yaş arasındaki kadınların neredeyse yarısının istenmeyen gebelikle karşı karşıya kaldıkları belirlenmiştir (41). Bizim araştırmamızda ise, 38-43 yaş grubunda olan evli kadınların % 57.5'i istemsiz gebelik durumunu yaşadığı, ancak 20-25 yaş grubunda olan evli kadınların sadece % 25.5'i istemsiz gebelik yaşadığı saptanmıştır. Diğer çalışmalarla uyumlu olarak bu çalışmada da kadınların yaşla birlikte istemsiz gebelik sayısının arttığı görülmektedir.

TNSA ile uyumlu olarak Erol ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada eğitim arttıkça istemli düşük yaptırma oranı artmaktadır (42, 39). Bizim araştırmamızda da, çalışmayan kadınların istemsiz gebeliklerinin % 48.3'ü canlı doğumla sonuçlanırken, çalışan kadınların % 45.6 istemsiz gebeliklerinde küretaj olmayı tercih etmişlerdir. Bu da bize eğitim düzeyi düşük olan grubun istenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kaldığında küretaj yerine doğumu seçtiğini düşündürmektedir.

Karaoğlu ve arkadaşlarının, kadınların doğurganlık oranı ve etkileyen faktörlerle ilgili yaptıkları çalışmada, kadının ve eşinin eğitim düzeyinin, kadının yaşının ve ilk kez gebe kaldığındaki yaşının yüksek doğurganlığı belirleyen önemli faktörler olduğu belirlenmiştir (43). Yaptığımız araştırmada, çalışmayan kadınların % 63.9'u ilköğretim mezunu iken, çalışan kadınların % 60.8'i üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları anlaşılmaktadır. Eş eğitim düzeyine bakıldığında çalışan kadınların eşlerinin % 59.2'si üniversite mezunu, çalışmayan kadınların eşleri ise (% 49.5) daha çok ilköğretim mezunudur. Araştırmamızda çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha erken yaşta gebe kaldığı, daha çok sayıda canlı doğum yaptığı ve son iki gebelikleri arasındaki sürenin daha az olduğu saptanmıştır.

Erol ve arkadaşlarının çalışmasında istemsiz gebelik nedenleri iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup hiç istenmeyen gebelik nedenleri, ikincisi ise zamanlaması yanlış gebeliklerin istenmeme nedenleridir. Çalışmada hiç istenmeyen gebeliklerin en sık nedenleri % 66.1 ile çocuk sayısının yeterli olması, % 15.3 ile ekonomik sıkıntıdır. Zamanlaması yanlış gebeliklerin istenmeme nedenleri ise, % 47.4 ile çocuğunun küçük olması, % 11.6 ile kadının yaşının küçük olması, % 9.5 ile yeni evli olma, % 7.4 ile sık aralıklı gebelik, % 6.3 ile tıbbi nedenlerdir (42).

Araştırmamızda, çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik nedenleri % 58.3 ile ekonomik şartlar, % 43.7 ile ileri yaş, % 28.6 ile çok sık gebelik geçirmeleri, % 25.8

ile yeterli çocuğa sahip olma ve % 17.5 ile ailesel faktörleridir. Çalışan kadınların ise % 56.5'i meslek ve çalışma koşullarını, % 30.2'si ekonomik şartları, % 25.1' ileri yaşı ve % 14.5'i yeterli çocuğa sahip olmayı gebelik istememe nedeni olarak göstermektedir. Çalışmamıza katılan daha önce gebelik geçirmemiş olan kadınların ise % 69.4'ü ebeveyn rolüne hazır olmama, % 39.8'i erken yaş ve % 19.4'u ekonomik şartlar nedeniyle gebe kalmak istemedikleri belirlenmiştir.

Dünya çapında bay ve bayanların yaklaşık % 60'ı modern korunma yöntemlerini kullanmaktadır. Dünyada halen 350 milyon çift aile planlaması hizmetine ya da bilgisine sahip değildir. İstenmeyen gebelikler birçok nedenden oluşmasına rağmen, en yaygın sebepler korunmanın kullanılmaması ya da koruyucuların etkisiz kalmasıdır (34). Her yıl tahmini olarak 8 ile 30 milyon arasındaki gebelik koruyucuların sonuç vermemesinden, yöntemin düzensiz ve yanlış kullanımından veya yöntemin işe yaramamış olmasından kaynaklanabilmektedir (44).

Araştırmamızda ise, çalışmayan kadınların % 35.3'ü o dönemde korunmadıkları için, % 31.9'u korunmayı bilmeleri için istemeden gebe kaldıkları saptanmıştır. Çalışan kadınların ise, % 30.9'u yöntem kullanım hatasından dolayı, % 23.5'i o dönemde korunmadıkları için ve % 23.5'i de yöntemin yan etkisi nedeniyle istemeden gebe kaldıklarını belirtmişlerdir.

Ioannidi'nin araştırmasına göre, 2001 yılında fertil çağında olan her dört kadında biri en az bir kez istenmeyen gebelikle karşı karşıya kalmış ve bu durum kürtajla sonuçlanmıştır (45). Kavlak ve arkadaşlarının istemsiz gebeliği önleme ve sona erdirme ile ilgili çalışmasında, araştırmaya katılan 144 kadından % 43'ü daha önce kürtaj geçirmiştir. Çalışmaya katılanların 1/5'i tekrar gebe kalırlarsa, yeniden kürtaj olacaklarını belirtmişlerdir (36).

Bizim araştırmamızda ise, çalışan kadınların 1. istemsiz gebeliklerinin % 48.3'ü, 2. istemsiz gebeliklerinin % 81'i ve 3. istemsiz gebeliklerinin tamamı küretaj ile sonuçlanmıştır. Çalışmayan kadınlarda ise, 1. istemsiz gebelikte % 34.5, 2. istemsiz gebelikte % 63.3 ve 3. istemsiz gebelikte % 61.3 oranında küretaj oldukları saptanmıştır. Araştırma bulgularımız diğer iki çalışma ile paralellik göstermektedir. Sonuç olarak istemsiz gebeliklerde kürtaja başvurmanın, halen çoğu kadın için bir doğum kontrol yöntemi olarak görüldüğü saptanmıştır.

Kavlak ve arkadaşlarının çalışmasında kadınlara kürtaj olma nedenleri sorulduğunda; % 51.4'ü bebek istemedikleri için, % 18.8'i düşük gelir düzeyi nedeniyle, % 10'nu sağlık faktöründen dolayı ve % 2.1'i eşinin çocuk istememesinden dolayı kürtajı çözüm olarak nitelendirmiştir (36).

Geelhoed'un çalışmasında, istenmeyen gebeliklerin anne ve babanın sosyo ekonomik problemler nedeniyle küretaj ile sonlandırıldığı belirtilmiştir (35). Türkiye genelinde ise birinci sırayı başka çocuk istememe almaktadır (46). Kürtaj olmaya karar verme sebepleri kendi içinde birbiriyle alakalıdır. Başkalarına karşı sorumlu olmanın etkisi, kaynak sınırlamaları, maddi desteğin ve partnerin desteğinin olmayışı araştırma süresince dikkat çekicidir (47).

Araştırmamızda çalışmayan kadınların % 57.7'si ekonomik şartlar nedeniyle, % 43.7'si çok sık gebelik geçirdikleri için, % 11.3'ü ileri yaş faktörü ve % 2.8'si ciddi kronik hastalık nedeniyle istemsiz gebeliklerinde küretaj olduklarını belirtmişlerdir. Çalışan kadınların ise, % 58.5'i meslek ve çalışma koşulları, % 34.1'i ekonomik şartlar, %12.2'si ciddi kronik hastalıklar, % 9.8'i çok sık gebelik ve % 9.8'i psikolojik nedenler sebebiyle istemsiz gebeliklerinde küretaj olmuşlardır. Diğer çalışmalarda başka çocuk istememe ve ekonomik problemler önemli küretaj nedeni olarak belirtilirken, bizim çalışmamızda da ekonomik şartlar, meslek ve çalışma koşulları ile çok sık gebelik geçirme önde gelen küretaj nedenleridir.

Finer ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların kürtaja başvurmasındaki nitel ve nicel sebepler incelenmiştir. Genellikle kadınlarda çocuk sahibi olmamanın sebepleri, bayanların eğitimiyle, mesleğiyle ya da kendisine bağımlı olan birine bakabilme yeteneğiyle doğrudan ilgili olduğu saptanmıştır (47).

Bizim çalışmamızda ise, eğitim düzeyleri ve meslekleri farklı olan iki grup ele alınmış ve bu doğrultuda küretaj nedenlerinin de farklı olduğu anlaşılmıştır. Eğitim düzeyi düşük olan ve çalışmayan (ev hanımı) grupta en önemli küretaj nedeni ekonomik şartlar iken, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan diğer grupta en önemli küretaj nedeninin meslek ve çalışma koşulları olduğu saptanmıştır.

Finer ve arkadaşlarının ABD'de 500 kadın üzerinde yaptıkları çalışmaya göre, kürtaj için gösterilen en önemli sebep, başta ebeveyn olmak için hazır olmamaktır (47). Bizim çalışmamızda Finer ve arkadaşlarının araştırmasından farklı

olarak çalışan kadınların tamamı ve çalışmayan kadınların % 98.6'sı, ebeveyn rolüne hazır olmama faktörünü küretaj nedeni olarak görmemektedir.

Goto ve arkadaşları yaptıkları araştırma gebe kalmak istememe nedenlerini, ebeveynliğin doğumdan sonraki zorluklarıyla bağdaştırmaktadır. İstemsiz gebeliğin ebeveynlikte negatif tutumlar görülmesi riskiyle alakalı olduğu çoklu lojistik analizleriyle anlaşılmıştır (41). Araştırmamızda kadınlara istemsiz gebelikleri sonucu doğum yaptıklarında bu durumun çocuğu olumsuz etkileyip etkilemeyeceği sorulmuştur. Goto ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak bizim çalışmamızda çalışan kadınların % 62'si ve çalışmayan kadınların % 56.7'si doğumdan sonra çocuğu kabulleneceklerini ve istemsiz gebelik oluşunun çocuğu kesinlikle etkilemeyeceğini belirtmişlerdir.

Kendall ve arkadaşlarının araştırmasında, kadınların gebe kalmak istemedikleri yönünde açıklamaları bulunmaktadır. Buna rağmen çalışmada yer alan kadınların korunma yöntemi kullanmadığı yada kullandıkları yöntemin etkin olmadığı saptanmıştır (48).

2003-TNSA araştırmasına göre Türkiye'de, evli kadınların % 42.5'i etkili, % 28.5'i geleneksel bir yöntem olmak üzere % 71'i herhangi bir AP yöntem kullanmaktadır (27). Erol ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların % 20.4'ü herhangi bir yöntem kullanmazken, % 47.3'ü geri çekme, % 13.1'i kondom, % 9.6'sı hap, % 4'ü RİA ve % 4'ü enjeksiyon yöntemini kullanmaktadır. Kadınların % 97.4'ü genel olarak çiftlerin AP yöntemi kullanmasını uygun bulurken % 2.6'sı uygun bulmamıştır (42).

Çalışmamıza katılan kadınların ise % 84.1'i AP yöntemi kullanırken, % 15.9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Çalışan kadınlarda AP yöntemi kullanımı % 91.8, çalışmayan kadınlarda % 77.1'dir. Kullanılan AP yöntemi çeşitleri incelendiğinde, kadınların % 33 ile kondom, % 27.3 ile spiral, % 24.7 ile geri çekme, % 6 ile oral kontraseptif ve % 5.5 ile tüpligasyon yöntemini tercih ettikleri görülmektedir. İmplant (% 1.1) ve takvim yönteminin (% 0.6) ise diğerlerine göre çok daha az kullanıldığı anlaşılmaktadır.

TNSA '98'e göre AP konusunda bilgilenmek için radyo ve TV % 89.0, gazete-dergi % 19.1 oranında uygun bulunmuştur. Erol ve arkadaşlarının araştırmasında da radyo-TV ilk sırada yer almaktadır ancak okuryazar olmayan grubun yüksekliğine

rağmen gazetenin de % 91.3 oranında uygun bulunması, kadınların bu yolu daha çok çocuklarının bilgilenebilmesi için istediklerini düşündürmektedir. Liselerde AP eğitimi verilmesini kadınların % 92.1'i gibi büyük bir kısmı tarafından uygun bulması da bu görüşü desteklemektedir (42, 39).

Bizim çalışmamızda çalışan kadınların % 49.8'i AP ile ilgili bilgileri en çok okul, ders ve seminerlerden edindikleri, çalışmayan kadınların ise % 32.9'u daha çok sağlık ocağından bilgi aldıkları saptanmıştır. Ayrıca araştırmamızda yer alan çalışan ve eğitim düzeyleri yüksek kadınların diğerlerine oranla AP yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları ve kullandıkları yöntemi eksik yada yanlış bulmadıkları anlaşılmıştır.

Gebeliğin küretajla sonlandırılmasıyla ilgili yapılan çalışmalar, bayanların bu konuda suçluluk ve kızgınlık duyduklarını, günah işlediklerine inandıklarını ya da bu tür duygular içinde olduklarını göstermiştir (49, 50). Araştırmamızda da bu görüşle uyumlu olarak, çalışmayan kadınların % 88.9'u ve çalışan kadınların % 69.8'i küretajın günah olduğunu düşünmektedir.

İsteyerek düşüklerin yasalarla engellenmeye çalışılması düşük sayısını azaltmadığı gibi, uygunsuz ortam ve ehliyetsiz kişilerce yapılması sonucunu doğurmaktadır. Kadınlarda ölüm oranını arttırmakta birlikte, kadında kalıcı fiziksel sorunlar ve kronik hastalıklar oluşturmaktadır (51). Gelişmekte olan ülkelerin her yıl 115 bin - 204 bin kadın düşük komplikasyonları nedeniyle yaşamlarını yitirmektedir. Çünkü bu ülkelerde düşük, sağlıksız koşullarda yapılmakta ve hatta bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır (52).

Adölesanlarla yapılan bir çalışmada yasal engellerle karşılaşma, sağlık riskleri ve sosyal nedenlerle güvenli olmayan yollarla ve ehliyeti olmayan kişilerce ve tehlikeli metodlarla düşük yaptırdıkları belirtilmiştir (53).

Kırımlı'nın 2003 raporuna göre, doğurganlık dönemindeki kadınların % 79'u korunmasız bir ilişkinin sonrasında kullanılabilecek herhangi bir uygun yöntemin olduğunun farkında değildir (54).

Çalışmamızda istemsiz gebeliklerin küretajla sonuçlanma nedenleri irdelenmiş ve küretajla ilgili sosyal, kültürel, dini, psikolojik ve ekonomik nedenler göz önünde bulundurulmuştur. İstemsiz gebeliklerin önlenmesinde küretaj kesinlikle bir çözüm yöntemi olarak görülmemelidir.

Sonuç olarak kadınların korunma yöntemleri ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, uygun korunma yöntemlerinin kullanılmaması, ekonomik problemler ve eğitim seviyesinin düşük olması nedeniyle istenmeyen gebelik oranının arttığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda elde edilen verilerin kayıtlardan değil de kadınların aktardığı şekliyle yer alması ve sayının 507 ile sınırlı kalması gibi kısıtlılıklar bulunmaktadır. Çalışan ve çalışmayan kadınların istemsiz gebelik sıklığı ve gebe kalmak istememe nedenlerini belirleyebilmek için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1) Afyonkarahisar ili merkezinde fertil çağındaki kadınlara uygulanan çalışmada kadınların % 44'ünün en az bir kez istemsiz gebelik geçirdiği saptanmıştır. Çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik oranının çalışan kadınlardan fazla olduğu görülmüştür.

2) 38-43 yaş grubunda olan evli kadınların yarısından fazlası istemsiz gebelik yaşamıştır. 20-25 yaş grubunda olan evli kadınlarda ise, istemeden gebe kalanların sayısı çok daha azdır. Kadınlarda yaşla birlikte istemsiz gebeliğin arttığı görülmektedir.

3) Araştırmaya katılan çalışmayan kadınların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu, çalışan kadınların büyük kısmının ise, üniversite ve üzeri düzeyde eğitim aldıkları saptanmıştır.

Eğitim düzeyi ile istemsiz gebelik durumuna bakıldığında; en fazla istemsiz gebelik durumu % 66.7 ile okur-yazar/okur-yazar olmayan grupta görülmekte olup, üniversite ve üzeri düzeyde eğitime sahip olan kadınlarda istemsiz gebelik durumu (% 28.9) diğer gruplara göre çok daha az sayıda olduğu saptanmıştır

4) Eğitim durumu ile ideal çocuk sayısını karşılaştırdığımızda; kadınların eğitim durumu azaldıkça ideal çocuk sayısının arttığı görülmüştür.

5) Araştırmamızda çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha erken yaşta gebe kaldığı, daha çok sayıda canlı doğum yaptığı ve son iki gebelikleri arasındaki sürenin daha az olduğu saptanmıştır.

6) Çalışan kadınlarda ilk evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşının ileri yaşlara kaydığı görülmektedir. Bu durum çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha geç yaşta çocuk sahibi olmak istediklerini göstermektedir.

7) Çalışmayan kadınlarda istemsiz gebelik nedenleri arasında ilk sırada ekonomik şartlar daha sonra ileri yaş ve çok sık gebelik geçirmeleri yer almıştır. Çalışan kadınlar ise en önemli istemsiz gebelik nedeni olarak meslek ve çalışma koşullarını, daha sonra ekonomik şartları ve ileri yaşı neden göstermişlerdir.

8) Daha önce gebelik geçirmemiş olan kadınların büyük çoğunluğu ebeveyn rolüne hazır olmadıkları için gebelik istemediklerini belirtmişlerdir.

- 9) Çalışmayan kadınlar daha çok o dönemde korunmadıkları ve korunmayı bilmeleri için istemeden gebe kalmışlardır. Çalışan kadınların ise, yöntem kullanım hatasından dolayı istemeden gebe kaldıkları saptanmıştır.
- 10) Kadınların istemsiz gebelik sonuçları değerlendirildiğinde 1. istemsiz gebeliklerin % 44'ü canlı doğumla sonuçlanırken, 2. ve 3. istemsiz gebeliklerin daha çok küretajla sonuçlandığı saptanmıştır.
- 11) Çalışmayan kadınlarda 1.istemsiz gebeliklerin % 48.3'ü canlı doğum ile sonuçlanırken, çalışan kadınlarda % 45.6 oranında küretaj ile sonuçlandığı tespit edilmiştir.
- 12) Çalışmaya katılan kadınların yarısından fazlası istemsiz gebelikte küretaj olunması taraftarı değillerdir. Bu sonuca rağmen çalışmayan kadınların istemsiz gebelikleri çoğunlukla canlı doğumla sonuçlanırken, çalışan kadınların büyük bir kısmı istemsiz gebeliklerinde küretaj olmayı tercih etmişlerdir.
- 13) Çalışan kadınların çoğunluğu küretajın yasal bir işlem olduğunu bilmektedirler. Ancak çalışmayan grupta bu oranın çok daha az olduğu saptanmıştır.
- 14) Çalışmamıza katılan kadınların tamamına yakını küretaj işleminde eşlerinin onay vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Eşleri küretaja izin vermedikleri takdirde çalışmayan kadınlar çalışanlara oranla, daha çok canlı doğum yapmayı tercih etmişlerdir.
- 15) Eğitim düzeyi düşük olan ve çalışmayan (ev hanımı) grupta en önemli küretaj nedeni ekonomik şartlar iken, çalışan ve eğitim düzeyi yüksek olan diğer grupta en önemli küretaj nedeninin meslek ve çalışma koşulları olduğu saptanmıştır.
- 16) Araştırmamızda kadınlara istemsiz gebelikleri sonucu doğum yaptıklarında bu durumun çocuğu olumsuz etkileyip etkilemeyeceği sorulmuştur. Kadınların çoğunluğu doğumdan sonra çocuğu kabulleneceklerini ve istemsiz gebelik oluşunun çocuğu kesinlikle etkilemeyeceğini belirtmişlerdir.
- 17) Çalışmamıza katılan kadınların ise % 84.1'i AP yöntemi kullanırken, % 15.9'u herhangi bir yöntem kullanmamaktadır. Çalışan kadınlardaki AP yöntemi kullanım oranının çalışmayan kadınlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.
- 18) Kullanılan AP yöntemi çeşitleri incelendiğinde, kadınlar ilk sırada kondom, ikinci sırada spiral ve daha sonra geri çekme yöntemini tercih etmişlerdir.

19) Çalışan kadınların çoğunluğu AP ile ilgili bilgileri en çok okul, ders ve seminerlerden edindikleri, çalışmayan kadınların ise daha çok sağlık ocağından bilgi aldıkları saptanmıştır.

20) Çalışan ve eğitim düzeyleri yüksek kadınların diğerlerine oranla AP yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip oldukları ve kullandıkları yöntemi eksik yada yanlış bulmadıkları anlaşılmıştır.

21) Araştırmamızda yer alan çalışmayan kadınların % 88.9'u ve çalışan kadınların % 69.8'i küretajın günah olduğunu düşünmektedir.

22) Çalışan kadınların çoğunluğunun doğum öncesi izin kullandıkları ve izin almada problem yaşamadıkları saptanmıştır. Ancak kadınların % 72.8'inin gebelikleri sırasında çalışma koşullarında olumlu değişiklik yapılmamıştır.

23) Çalışan kadınların % 49.8'i mesleklerinin gebe kalmaya engel olduğunu, % 54.9'u ise, mesleklerinin gebeliği olumsuz etkilediğini düşünmektedir. Meslek gruplarına bakıldığında bu yönde düşünenlerin çoğunluğunu sağlık personelleri oluşturmaktadır.

İstemsiz gebeliklerin önlenmesi hem anne sağlığı açısından hem de konunun ekonomik ve sosyal boyutları açısından önemli bir gereksinimdir. İstenmeyen gebeliklerin en fazla oluşum nedenleri koruyucuların kullanılmaması veya yöntem kullanım hatasıdır. Bu nedenle kadınlara AP yöntemlerinin önemi açıklanmalı, AP yöntemleri hakkında daha doğru ve kapsamlı bilgi verilmelidir. Fertil çağındaki tüm kadınlara eğitici programlar ve seminerler verilmesi gerekmektedir.

Kadınlara birlikte eşlerinin de konuya bakış açıları değerlendirilmelidir. AP yöntemlerinin en doğru ve güvenilir şeklinin çiftlerin isteği doğrultusunda belirlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Kadınlarda istemsiz gebelik oranının yüksek olması sonucu birçok kadının istemsiz gebelikte küretajı bir doğum kontrol yöntemi olarak benimsediği görülmektedir. Bu nedenle kadınlara küretajın endikasyonları, kontraendikasyonları ve komplikasyonları hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Küretaj yasal ve sosyal boyutlarıyla ele alınıp, kadınların konuyla ilgili aydınlatılması gerektiği düşüncesindeyiz.

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde AP yöntemlerinin doğru ve etkili şekilde kullanılması çok önemlidir. Kadınların gebelik sayıları arttıkça küretaj

sayılarının da artmakta olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle fertil çağındaki kadınlara AP yöntemleri konusunda tam bir eğitim verilerek, korunma yöntemlerine ilişkin bilgi eksikliğinin giderilmesi gerektiği düşünülmüştür.

İstenmeyen gebeliklerin ve istemsiz gebelik sonucu küretaj olma oranını azaltabilmek için, AP kullanımının yaygınlaşması, daha ulaşılabilir ve daha düzenli hizmet verilmesi görüşünderiz. Konuyla ilgili sağlık ocaklarında, AÇS-AP merkezlerinde ve hastanelerde daha etkin danışmanlık hizmeti sunulması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1) Öztürk H., Okçay H., (2003). İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler(Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, E.Ü. Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 6 (2): 58-64
- 2) Taşkın L, (2003) Riskli Gebelikler, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Ankara, Sistem Ofset, 160-163
- 3) World Health Organization, (1997). Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion, 3rd edition, Geneva
- 4) Yiğiter Y, Dönmez L (2002). "Antalya Kütükçü 6 No'lu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 1 5-49 yaş evli kadınlarda isteyerek düşük sıklığı ve etkileyen faktörler", *Sağlık Ve Toplum dergisi* 12 (4): 62-66.
- 5) <http://www.gebelik.org/dosyalar/abortus.html> Erişim 22.11.06
- 6) <http://www.eserdag.com/kurtaj.htm> Erişim 22.11.06
- 7) www.tr.net/saglik/kadin_sagligi_gebelik_calisma.shtml Erişim 01.04.06
- 8) Scott J.R., Disaia P.J., Hammond C.B., Spellacy W.N., (1997) *Danforth Obstetrik ve Jinekoloji*, Çeviri Edit. Erez S., Çevik Matbaacılık , 1. baskı, İstanbul, 175-186
- 9) Beksaç M.S., Demir N., Koç A., Yüksel A., (2001) *Obstetrik Meternal-Fetal Tıp&Perinatoloji*, MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd.Şti, 1076-1084
- 10) Rock J.A., Thomson J.D., (1997), *Operative Gynecology*, Eighth Edition, Philadelphia, 485-489
- 11) Akın A., Ergör G. (1997), " Türkiye'de isteyerek düşüklerin üreme sağlığı kapsamında yeri ve önemi", III. Ulusal Nüfusbilim Konferansı, Ankara, 2-5 Aralık.
- 12) www.kadınlar.com "Kadın ve aile sitesi" Erişim 20.04.06
- 13) Kürtajin yasal boyutu (Türkiye) [http://www.jinekolognet.com/detay.asp? Pid](http://www.jinekolognet.com/detay.asp?Pid), Erişim 27 04/04/06
- 14) Family Planning Law. (2005). Ministry of Health of Turkey, Health Legislation. <http://www.saglik.gov.tr/sb/default> Erişim 04.04.2006
- 15) Dünya Sağlık Örgütü Raporu (2005). Çeviri Edit. İmamecioğlu A.R., Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü (TC.Sağlık Bakanlığı,Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı), www.hm.saglik.gov.tr Erişim 02.05.2006
- 16) World Health Organization (2004). Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000 (4th ad.). Geneva, Switzerland: Author.
- 17) MD Schuster S. (2005). Abortion in the Moral World of the Cameroon Grassfields, University Women's Hospital, Basel, Switzerland
- 18) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. (2004). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara
- 19) Çavuşoğlu H.(1986) Kadının Toplumdaki Yeri, kadın ve çalışma yaşamı.*Türk Hemş. Derg.* 36 (2), 56-8
- 20) WHO (1982) Women and occupational health risks. Regional Office for Europe Budapest 19-30
- 21) Köroğlu E. (1987) Sağlık mevzuatı. Hacettepe Yayın Birliği 2, 5
- 22) www.turkis.org.tr/icerik/issagligiveguvenligindekadincalisanlar.htm Erişim 01.04.06

- 23)** Oueenan JT., Hobbins JD. (1998). Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri, Çeviri Edit. Güner H.
- 24)** Schwartz RW. (1985) Pregnancy in physicians: Characteristics and complications. *Obstet Gynecol* 66, 672-6.
- 25)** Mamelle N, Munoz F. (1987). Occupational working conditions and preterm birth: A reliable scoring system. *Am J Epidemiol* 26, 150-4
- 26)** Naeye RL., Peters E.coli. (1982) Working during pregnancy: Effects on the fetus. *Pediatrics* 69, 724-8.
- 27)** Zuckerman B.S., Frank DA., Hingson R et al. (1986) The impact of maternal work on neonatal outcome. *Pediatrics* 77, 459-63
- 28)** Klumb P.L. and Lambert T. (2004) Women, work, and well- being 1950-2000: a review and methodological critique. *Social Science & Medicine* 58, 1007-24
- 29)** Katz VL., Miller NH., Bowes WA. (1988) Pregnancy complications of Physicians. *Women and Medicine (Special Issue)*. *West J. Med.* 149, 704-7.
- 30)** Hatcher R.A., Kowal D, Guest F., Trussell J., Stewart F., Bowen S., Cates W. (1990) *Kontraseptif Yöntemler:Uluslar Arası Basım*, Çeviri Edit. Dervişoğlu A., Senlet P, 36-47
- 31)** Comendant R., (2005). A project to improve the quality of abortion service in Moldova, Department of Obstetrics and Gynaecology, State Medical and Pharmacy University; Coordinator, International Consortium for Medical Abortion; Coordinator, Reproductive Health Training Centre (RHTC), Chisinau, Republic of Moldova
- 32)** Akın A. (1997). Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Damla Yayıncılık, Ankara, sy:l-25.
- 33)** Gökmen O., Özcan S. (2001). Dünya'da ve Türkiye'de Üreme Sağlığı <http://www.un.org.tr/who/bülten/turk/bul4ureme.HTM>. Erişim 20.10.06
- 34)** N. Sadik, (1997) *The State of World Population 1997*. UNFPA, New York
- 35)** Geelhoed D. Et all (2002). "Gender and unwanted pregnancy: a community-based study in rural Ghana", *Journal of Psychosomatic Obstetrics And Gynecology*, 23(4): December, pg:249-255.
- 36)** O Kavlak O., Atan ŞU., Saruhan A., Sevil Ü. (2006) Türkiye'de istemsiz gebelik sonuçları ve istemsiz gebeliklerin önlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları AD, İzmir*
- 37)** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. (1994) Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc. , Ankara, Türkiye.
- 38)** Akın A, Enünlü T.(2002) Türkiye'de isteyerek düşükler, Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Edit: Akın A., H.Ü.Tıp Fak. Halk Sağ. ABD, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA, Ankara, sy:151-182.
- 39)** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998(1999), H.Ü. N.E. E. vw Macro I. I., sy: 69-77.
- 40)** Shi-xun G (1999),"First Trimester induced abortion behavior among married women in Shanghai, China, *Abortion in the Developing World*, WHO 1999, pg:78.
- 41)** Goto A., Yasumura S., Yabe J., Anazawa Y., Hashimoto Y., (2005) Association of Pregnancy Intention with Parenting Difficulty in Fukushima, Japan, Department of Public Health, Fukushima Medical University School of Medicine.

Public Health Section, Social Health and Welfare Department, Sukagawa City, Fukushima.

42) Erol N., ERGİN I., Döner B., Onmuş RD., Şakru N., Kırca Ü. (2005), İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.

43) Karaoğlu L, Öztürk C, Pehlivan E, (1997). Çorum İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Evli Kadınlarda Doğurganlık ve Etkileyen Faktörler, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Malatya Çorum AÇS/AP Merkezi, Çorum

44) S.J. Segal and K.D. LaGuardia, (1990)"Termination of Pregnancy – A Global View". *Ballière's Clinical Obstetric and Gynaecology*, Vol. 4, No. 2, 235-247

45) Ioannidi E. (2005) Use of Contraception and Abortion in Greece: A Review, Sociologist-Researcher, Department of Sociology, National School of Public Health, Athens, Greece

46) Klima, C.S. (1998). Emergency contraception for midwifery practice. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43 (3), 182-189

47) Lawrence B. Finer, Lori F. Frohwirth, Lindsay A. Dauphinee, Singh S., Moore AM, (2005). Reasons U.S. Women Have Abortions: Quantitative and Qualitative Perspectives, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 37, Number 3.

48) Kendall C, (2004). Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans results of qualitative research / Department of International Health and Development, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, 1440 Canal Street, Suite 2200, New Orleans, LA 70112, USA

49) Sogukpinar, N., Turkistanli, E.C., Saydam, B.K. (2003). Postcoital contraception in Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 80(2), 159-164.

50) Tornbom, M., Ingelhammar, E., Lilja, H., Svanberg B., & Moller, A. (1999). Decision-making about unwanted pregnancy. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 78, 636-641.

51) (1995).WHO. Complications of Abortion Tecnşcal and Managerial Guidelines for Prevention and Treatment, pg:19. 1

52) Eroğlu K., Vural G. (1997), "İsteyerek düşük yapma (Küretaj) ve kadın sağlığı", *H.Ü. H.Y.O Dergisi*, cilt:4, sayı:2, sy:95-102.

53) Olukoya A.A. et all (2001). "Unsafe abortion in adolescents" *International Journal Of Gynecology&Obsterics* 75(2): Nov:137-147.

54) Kirimli, E., Uzuner, A., Eker, K., Solak, N., Ozsoy, Z., & Kalaca, C. (2003). Reproductive age women's knowledge of attitudes toward and frequency of use of emergency contraception. In *The 3rd International Reproduction Health and Family Planning Congress book*. Ankara, Turkey

EKLER**EK-1: ÇALIŞAN VE ÇALIŞMAYAN FERTİL ÇAĞINDAKİ KADINLARDA İSTEMSİZ GEBELİK SIKLIĞI VE GEBE KALMAK İSTEMEME NEDENLERİNİN ARAŞTIRILMASI İLE İLGİLİ ANKET FORMU****GENEL TANITIM BİLGİLERİ**

- *Kaç yaşındasınız?.....
- *Medeni durumunuz? a) Evli b) Bekar
- *Eğitim durumunuz nedir?
 a) Okur-yazar değil b) Okur yazar değil c) İlköğretim mezunu d) Lise mezunu
 e) Üniversite mezunu (Lisans/ Ön lisans) f) Yüksek lisans/ Doktora mezunu
- *Eşinizin eğitim durumu nedir?
 a) Okur-yazar değil b) Okur yazar değil c) İlköğretim mezunu d) Lise mezunu
 e) Üniversite mezunu (Lisans/ Ön lisans) f) Yüksek lisans/ Doktora mezunu
- *Mesleğiniz nedir?
 a) Çalışmıyor(Ev H.) b) Emekli c) Öğretmen d) Sağlık personeli (Nöbet usulü çalışan hemşire, hekim vb.) e) İşçi f) Memur(masa başı) g) Esnaf h) Diğer.....
- *Eşinizin mesleği nedir?
 a) Çalışmıyor. b) Emekli c) Öğretmen d) Sağlık personeli e) İşçi f) Memur(masa başı) g) Tarım ve hayvancılıkla uğraşılıyor h) Serbest meslek (Esnaf) g) Tarım ve hayvancılıkla uğraşılıyor. ı) Diğer.....
- * Sağlık sigortanız var mı?
 a) Var b) Yok
- *Eşinizin sağlık sigortası var mı?
 a) Var b) Yok
- *Aylık ortalama geliriniz?.....
- *Yaşadığınız yerleşim yeri nedir?
 a) İl b) İlçe c) Köy, kasaba
- *Aile tipiniz?
 a)Çekirdek aile b) Geniş aile

GENEL SAĞLIK BİLGİLERİ

- İlk kez kaç yaşında evlendiniz?.....
- Kaç yıldır evlisiniz?.....
- Eşinizle aranızda akraba evliliği var mı?
 1) Yok 2) Var a) 1. dereceden akraba
 b) 2. dereceden akraba
- Eşinizle aranızda kan Rh uyumsuzluğu var mı?
 a) Evet b) Hayır c) Bilmiyor
- Uzun süre devam eden (kronik) bir hastalığınız var mı?
 a) Yok b) Anemi c) Böbrek hastalığı d) Diabet e) Kalp hastalığı
 f) Hipertansiyon g) Diğer.....

6. Herhangi bir aile planlama yöntemi kullanıyor musunuz?
 a) Hayır b) Evet
- * Evet ise hangi yöntemi kullanıyor sunuz?
 a) Kondom (Prezarvatif) b) Aylık ya da üç aylık iğne c) Geri çekme
 d) Spiral (RİA) e) İmplant f)Tüpligasyon g) Diğer.....
7. Mevcut kullandığınız yöntemin eksik ya da yanlış olduğunu düşünüyor musunuz?
 a) Evet b) Hayır
8. Aile planlama yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?
 a) Evet b) Kısmen c) Hayır
9. Aile planlaması konusunda mevcut bilginizi en çok nereden edindiniz?
 a) Aile (Anne,büyükanne) b) Televizyon, Radyo, Dergi c) Okuldaki ders ve seminerler (Öğretmen) d) Kitaplardan okuyarak e) Diğer.....

OBSTETRİK ÖYKÜ

10. İlk kez kaç yaşında gebe kaldınız?.....
11. Kaç kez gebelik geçirdiniz?.....
- 12.Geçirdiğiniz tüm gebelikler nasıl sonuçlandı?(sayı belirtiniz)
 a) Canlı doğum..... c) Düşük(kendiliğinden).....
 b) Ölü doğum..... d) Kürtaj(istemli düşük).....
13. Gebeliğiniz yada gebelikleriniz sırasında geçirdiğiniz önemli bir hastalık var mı?
 a) Yok b) Anemi c) Böbrek hastalığı d) Diabet e) Kalp hastalığı
 f) hipertansiyon g) Hiperemezis gravidarum h) Diğer.....
14. Son gebeliğinizle bir önceki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?
 İki gebelik arasındaki süre.....yıl/.....ay
15. Planladığınız ve istediğiniz gebelik ya da gebeliklerin kaç tanesi abortus ile (kendiliğinden düşükle) sonuçlandı?.....
16. Planladığınız ve istediğiniz gebelik ya da gebeliklerin kaç tanesi ölü doğum ile sonuçlandı?.....
17. Planladığınız ve istediğiniz gebelik ya da gebeliklerde tıbbi sorunlardan dolayı (fiziksel bir hastalık, fetal anomali vb.gibi) kürtaj oldunuz mu?
 a) Hayır b) Evet
18. Daha önce hiç gebelik yaşamadınız.Şu anda gebe kalmak ister misiniz?
 a) Evet b) Hayır c) Kararsız
- * Hayır ise en önemli nedeni nedir?
 a) Erken yaş b) İleri yaş c) Ekonomik şartlar d) Psikolojik sorunlar e) Ciddi kronik hastalık f) Beden imajının bozulması g) Ebeveyn rolüne hazır olmama
 h) Cinsel hayatı olumsuz etkilemesi ı) Ailesel faktörler (Eşinin istememesi,aile içi çatışma) i) Mesleğiniz ve çalışma koşullarınız j)Gebelikle ilgili bilgi eksikliği
 k) Diğer.....
19. Sizce bir kadının ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....

20. Daha önce bir veya birden fazla gebelik yaşadığınız, şu anda gebe kalmak ister misiniz?

- a) Evet b) Hayır

* Hayır ise en önemli nedeni nedir?

a) Erken yaş b) İleri yaş c) Ekonomik şartlar d) Psikolojik sorunlar
e) Ciddi kronik hastalık f) Beden imajının bozulması g) Ebeveyn rolüne hazır olmama h) Cinsel hayatı olumsuz etkilemesi ı) Ailesel faktörler (Eşinin istememesi, aile içi çatışma) i) Mesleği ve çalışma koşulları j) Gebelikle ilgili bilgi eksikliği k) Çok sayıda ve sık doğum yapmış olmak l) Diğer.....

21. Daha önce hiç istemeden gebe kaldınız mı?

- a) Hayır b) Evet

* Evet ise kaç kez istemsiz gebelik geçirdiniz?.....

22. İstemsiz gebeliğiniz veya gebelikleriniz nasıl sonuçlandı?

1. İstemsiz gebelik: a) Canlı doğum b) Ölü doğum c) Düşük (kendiliğinden düşük) d) Kürtaj (istemli düşük)

2. İstemsiz gebelik: a) Canlı doğum b) Ölü doğum c) Düşük (kendiliğinden düşük) d) Kürtaj (istemli düşük)

3. İstemsiz gebelik: a) Canlı doğum b) Ölü doğum c) Düşük (kendiliğinden düşük) d) Kürtaj (istemli düşük)

23. İstemedenden gebe kalmanızın en önemli nedeni sizce nedir?

- a) Yöntem kullanım hatası d) Eşinin korunmasını istememesi
b) Yöntemin yan etkisi e) Diğer.....
c) Korunmayı bilmemek

24. Eğer istemsiz gebeliğinizi devam ettirdiyse en önemli nedeni nedir?

- a) Gebelik haftasının ilerlemiş olması c) İnanç
b) Eşinizin ve ailenizin doğurmanızı istemesi d) Diğer

25. Eğer istemsiz gebeliğiniz sonucunda kürtaj olduysanız, en önemli nedeni nedir?

a) Erken yaş b) İleri yaş c) Ekonomik şartlar d) Psikolojik sorunlar
e) Ciddi kronik hastalık f) Beden imajının bozulması g) Ebeveyn rolüne hazır olmama h) Cinsel hayatı olumsuz etkilemesi ı) Ailesel faktörler (Eşinin istememesi, aile içi çatışma) i) Mesleğiniz ve çalışma koşullarınız j) Gebelikle ilgili bilgi eksikliği k) Aile planlaması yönteminde yanlış kullanım, bilgi eksikliği l) Diğer.....

26. İstemedenden gebe kalındıysa, sizce kürtaj olunmalı mıdır?

- a) Evet b) Hayır c) Kararsız

27. İstemsiz gebeliğiniz sonucunda kürtaj olduysanız, kürtaj yaptırma kararını kim verdi?

- a) Kendi b) Kendi ve eşi c) Doktoru d) Eşi

28. Ülkemizde kürtaj yasal mıdır?

- a) Evet.....gün/.....hft b) Hayır c) Bilmiyor

29. Sizce kürtaj günah mıdır?

- a) Evet b) Hayır c) Yorum yok

