

T.C.  
DICLE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

# MARDİN İLİ MAZIDAĞI İLÇESİNE BAĞLI 16 KÖYDE DÜŞÜKLERİN İNCELENMESİ



Dr. Zülküf ŞAHİN

Uzmanlık Tezi

T. C. DICLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş	1989/628
Tasnif No.	578.242
	618.392
	523

Diyarbakır, 1988

## İÇİNDEKİLER

	Sh. No.
<b>GİRİŞ</b> .....	1
A- Genel Bilgiler .....	2
A-1 Tanım ve Sınıflamalar	
A-2 Çocuk Düşürme Yöntemleri	
B- Kadın Sağlığı ve Düşükler .....	4
B-1 Düşükle ilgili morbidite ve mortalite hızlarını etkileyen faktörler	
B-2 Düşük komplikasyonları	
C- Düşüğün Toplumsal Önemi .....	7
D- Düşük Hızını Etkileyen Sebepler ve Değişik Ülkelerde Düşüklerle İlgili Durum .....	7
E- Düşüklerle İlgili Veri Kaynakları .....	9
F- Türkiye'de düşük üzerine yapılmış araştırmalar .....	9
<b>ARAŞTIRMANIN AMACI</b> .....	11
<b>ARAŞTIRMANIN GEREÇ ve YÖNTEMİ</b> .....	12
<b>BULGULAR</b> .....	13
A- Araştırma Kapsamına Giren Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri .....	13
B- Düşüklerin İncelenmesi .....	18
<b>TARTIŞMA</b> .....	24-25
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	26
<b>ÖZET</b> .....	26
<b>YARARLANILAN KAYNAKLAR</b> .....	27
<b>EKLER</b> .....	29-38

## TABLULARIN DİZİNİ

Sayfa No

Tablo: 1 - Bazı ülkelerde kadının doğum sayısı ile düşük oranının dağılımı .....	4
Tablo: 2 - İngiltere ve Galler'de 1970-1978 yılları arasında yasal düşüklerde operasyon tipine bağlı ölüm oranları .....	6
Tablo: 3 - Bazı ülkelerde 15-44 yaşlar arasındaki kadınlarda yasal düşük oranı .....	8
Tablo: 4 - 1981 yılı itibarıyla ABD'de düşük yapan kadınların dağılımı .....	8
Tablo: 5 - Araştırma kapsamına giren gebelerin yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı .....	13
Tablo: 6 - Araştırma kapsamına giren gebelerin kocalarının meslek ve eğitim durumlarına göre dağılımı .....	13
Tablo: 7 - Araştırma kapsamına giren gebelerin gebe kalma sayısının anne yaşlarına göre dağılımı .....	14
Tablo: 8 - Araştırma kapsamına giren gebelerin canlı doğumları, gebe kalma sayısına göre dağılımı .....	15
Tablo: 9 - Araştırma kapsamına giren gebelerin yaşayan çocuk ve düşük sayılarına göre dağılımı .....	16
Tablo: 10 - Araştırma kapsamına giren gebelerin son doğumu nerede yaptı, doğum nasıl sonuçlandı .....	16
Tablo: 11 - Araştırma kapsamına giren gebelerin son doğumun yapıldığı yerlere ve yaptıranlara göre dağılımı .....	17
Tablo: 12 - Araştırma kapsamına giren gebelerin istedikleri çocuk sayısı ile korunma yöntemlerine göre dağılımı .....	17
Tablo: 13 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şeklinin aylara göre dağılımı .....	19
Tablo: 14 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şekli ile yeniden gebelik isteme .....	20
Tablo: 15 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şekli ile başlama dağılımı .....	20
Tablo: 16 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşükleri ile eğitim durumuna göre dağılımı .....	21
Tablo: 17 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşükte başvuru yer ile parasal harcama dağılımı .....	21
Tablo: 18 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşük yapılan yer ile işe başlama süresinin dağılımı .....	22
Tablo: 19 - Araştırma kapsamına giren kadınların düşükte başvuru yerle komplikasyonların dağılımı .....	23

## GİRİŞ

Gerek dünyada ve gerekse Ülkemizde düşük konusu önemli bir sorundur. Ülkemiz için ana ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemekte ve ciddiyetini korumaktadır.

1926 yılında kabul edilen Türk Ceza Kanununun 468. maddesi çocuk düşürmeyi yasaklamıştır. 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu, Türk Ceza Kanunundaki kesin sınırlama hükmünü genişletmiş ve "Ananın sağlığını tehdit eden bir durum veya doğacak çocuğun sakat veya hasta doğma olasılığı" varsa uterusun boşaltılabileceği hükmünü getirmiştir.<sup>(1)</sup>

Bu kanunla da sorun çözülmemiştir. İsteyerek düşük oranları artmıştır. Türkiye'de 1968-1973 yılları arasında yapılan bir araştırmanın sonucuna göre; 1967-1968 arası 270.000 düşük olgusunun 165.000'i isteyerek düşüktür. 1972-1977 arası ise 318.000 toplam düşük olmuştur. Bunun 204.000'inin isteyerek düşüktür<sup>(2)</sup>. Görülüyorki yasal kısıtlamalar düşük sayısını azaltmamış ancak hastanelerde düşük yaptırılmasını engellemiş, fakat uygun olmayan koşullarda düşük sayısının artmasını önleyememiştir. Bu durum ana ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemiştir. 1983 yılında 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" tıbbi ve sosyal nedenlerle çocuk sahibi olmak istemeyen çiftlerin hastane koşullarında gebeliklerini sona erdirebilmelerine olanak sağlamıştır.

Kadın sağlığını tehdit eden bu gibi sorunun nedenlerini ortadan kaldırmak gerekir. Bu amaçla ülkenin değişik bölgelerinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu alandaki çalışmalara katkıda bulunmak amacıyla Güneydoğu Anadolu Yöresinde düşükler konusunda bir çalışma yapılması planlanmıştır.



## A - GENEL BİLGİLER

### A - 1 - Tanım ve Sınıflamalar:

**Düşük:** Fetusun uterus dışında bağımsız olarak yaşama yeteneği kazanmasından önce gebeliğin sonlamasıdır. Fetusun uterus dışında yaşaması için genellikle gebelik süresi olan 28 hafta veya fetal ağırlığın 1000 gram olması gerekir<sup>(3)</sup>. Düşükler gebelik süresine göre klinikte;

- a) 12 haftadan önce ise erken,
- b) 13-20 hafta arasında ise geç düşük diye ikiye ayrılır.

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) uzmanlarınca belirlenen bu tanım ABD'deki çeşitli yayınlar aşağıdaki şekilde kabul etmişlerdir.

**Düşük:** Fetusun uterus dışına alındığında yaşayabilme yeteneğine sahip olmadan g. be- liğin sonlanmasıdır.

Fetusun yaşama kabiliyetine eriştiği dönem tartışmalıdır. Geçmiş yıllarda 28 haftadan önce doğan bebeklerin yaşaması o kadar enderdi ki, bu sınır yaşama yeteneğinin kazanıldığı dö- nem kabul ediliyordu. Son on yılda ise, 27. haftada - 26. haftada hatta daha küçük doğan bebekler yaşatılabilmektedir. 1979'da Amerikan mahkemeleri bu sınırın tesbitini doktora bı- rakmakta, ancak genel tanım olarak; sınırı 20. hafta ve 500 gram ağırlık olarak kabul etmek- tedir<sup>(4)</sup>.

Düşükler iki kategoride toplanır<sup>(5)</sup>

**a) Spontan düşük:** Gebeliğin fetus uterus dışında yaşayabilme yeteneğini kazanmadan kendiliğinden sonlanmasıdır. 20. haftadan önce ve 500 gram ağırlıktan küçük olması yaşama yeteneğini kazanmadığını gösterir. Spontan düşük insidansı %15 olarak bildirilse bile, bu sa- yının kadının hamile olduğunu fark etmeden düşürdükleri de göz önüne alınınca çok daha yüksek olduğu sanılmaktadır. BhCG çalışmaları yapıldığında erken gebelik aylarında düşük oranı %40-50 bulunmuştur. Hatta adet düzensizliği olanlarda bu oran daha da yüksektir.

**Düşük tehditi (Abortus imminens):** Düşük semptomlarının belirmesi halinde bu terim kullanılır.

**Önlenemeyen düşük (Abortus insipiens):** Yaklaşan düşük anlamını taşır.

**Tam olmayan düşük (Abortus incompletus):** Fetus ve eklerinin bir kısmının düşmüş, bir kısmının ise uterus kavitesinde kalmış olduğu hallerde bu deyimle ifade edilir.

**Tam düşük (Abortus completus):** Fetus ve eklerinin tümünün düşürülmüş olduğu hal- ler için kullanılan terimdir.

Bunlar gebeliğin sürmesi veya düşüğün sonlanması arasında geçen evrelerdir.

Bir diğeri ise missed Abortus; fetus uterus içinde öldükten sonra en az 8 hafta kalmasına rağmen düşmemektedir, buna missed abortus denir.

Dış gebelik ve molhidatiform ise ayrı olgular olarak değerlendirilir. Düşük olarak sınıfla- maya girmezler.

**b) İsteyerek düşükler (Induced Abortion):** Spontan düşükler dışında kalan düşükler, is- teyerek düşüklerdir. Bu da mevcut gebeliği sonlandırmak için bir müdahale ile başlatılan dü- şüklerdir.

İsteyerek düşükler her ülkede yasalarla belirlenmiştir. Bunlar; yasal (legal) veya yasa dışı (illegal) olarak sınıflandırılır.

**Terapötik Abortus (Tıbbi tahliye):** Gebeliğin fetus yaşama yeteneğine erişmeden an- nenin sağlığı düşünülerek isteyerek sonlandırılmasıdır.

**Elektif abortus (gönüllü aldırma):** Çocuk yaşama yeteneğine ulaşmadan annenin isteği üzerine alınmasıdır. Düşüklerin büyük kısmı bu kategoridedir. 1983 yılında ABD'de 1,3 mil- yon gönüllü çocuk aldırma varken, 3,6 milyon canlı doğum olmuştur.

**Kriminal abortus (yasal olmayan düşük):** Çocuğun gönüllü olarak aldırılabilceği dö- nem geçtikten sonra düşürülmesi için girişimde bulunulmuş ve tıbbi tahliye sınıfına girmeyen düşüklerdir.

### A - 2 - Çocuk düşürme yöntemleri: ikiye ayrılır.

- a1 - Tıbbi çocuk düşürme yöntemleri
- a2 - Geleneksel çocuk düşürme yöntemleri

## a1 - Tıbbi çocuk düşürme yöntemleri:

### I- Cerrahi

- a) Servikal dilatasyon ve uterusun boşalması.
  - 1- Dilatasyon ve küretaj
  - 2- Vakum aspirasyon (Suction Curaettage)
- b) Laparotomi.
  - 1- Histerotomi.
  - 2- Histerektomi.

### II- İlaçla Çocuk Düşürme Yöntemi:

- a) Oxtocin infüzyonu ile.
- b) Amnion sıvısı içinde hiperosmotik sıvı verilmesi ile (%20 NaCl, %30 üre).
- c) Prostaglandin E<sub>2</sub>, F<sub>2</sub> α ve benzerlerinin kullanılması ile.
  - 1- Amnion içine enjeksiyon.
  - 2- Extra Ovuler enjeksiyon.
  - 3- Parantral enjeksiyon.
  - 4- Vagene yerleştirme.
  - 5- Oral yolla uygulama.
- d- Yukarıdakilerin kombinasyonu.

### I- Cerrahi çocuk düşürme yöntemleri:

a) Gebelik ürünleri genişletilmiş serviks yoluyla ya da histerotomi veya histerektomi uygulanarak abdominal yol ile boşaltılabilir. Bu yöntemin komplikasyonları arasında Uterusperforasyon, serviks zedelenmesi, kanama, fetus ve plasentanın yetersiz boşaltımı ve enfeksiyon bulunur. Bunlar ilk trimesterden sonra, özellikle 14. haftadan sonra çok sıklaşır. Bu nedenle dilatasyon ve küretaj veya vakum aspirasyon gebelik bu büyüklüğe ulaşmadan yapılmalıdır.

b) Histerotomi ve Histerektomi: Bazı durumlarda yukarıda anlatılan vaginal boşaltımdan çok abdominal yolla histerotomi ve histerektomi ile düşük tercih edilir.

c) Menstruel aspirasyon: 5-7 haftalık gebeliklerde dilatasyon uygulamadan Carman Kanülü ile uterusun boşaltılmasıdır.

### II- İlaçla çocuk düşürme yöntemleri:

a) 2. trimesterde oksitosin (Oxytocin) infüzyonu nadiren etkilidir. Uterus rüptürü, hipotansiyon gibi komplikasyonları ve bu aylarda başarısız olması nedeniyle tercih edilmez.

b) Prostaglandinler: Özellikle ikinci trimester düşüklerinde ABD'de yaygın olarak kullanılmaktadır. Prostaglandinlerin kullanımı sırasında, DIC (Dissemine Intravasküler koagülasyon) ve buna bağlı ölümler bildirilmiştir.

c) Intraamniotik hiperosmolar solüsyon verilmesi: İkinci trimesterde uterusu boşaltarak içine %20-25 salin veya %30-40'lık üre, Amniotik sıvı içine enjekte edilerek kullanılmıştır. Hipertonik dekstrozu kullanımı etkisinin az olması ve clostridium perfringens enfeksiyonu gibi önemli enfeksiyonlara sebep olması nedeniyle artık kullanılmamaktadır. İntra amniotik olarak verilen sıvıların etki mekanizması özellikle intrauterin volümün artmasıdır.

### a2 - Geleneksel çocuk düşürme yöntemleri:

Tıbbi bilgisi olmayan eğitimsiz kişi tarafından yaptırılan veya kadının kendisinin uyguladığı geleneksel yöntemlerdir. Toplumun kültürüne göre değişen çeşitli yöntemler vardır. Örneğin; ağızdan kinin, kurşun ve ergot preparatları, maun ağacı kabuğu gibi maddelerin alınması, Vajen yoluyla çeşitli bitki, sabun, kibrit başı ya da sivri uçlu aletlerin uygulanması. Sıcak banyo, karın bölgesine dıştan travma yapılması gibi uygulamalar sayılabilir<sup>(6,7)</sup>

Düşük yapıldığı yer veya yaptırana göre aşağıdaki şekilde ayrılır.

- 1- Hastane şartlarında hekim tarafından
- 2- Hastane dışı şartlarda hekim tarafından
- 3- Uygun olmayan şartlarda tecrübesiz kimselerce
- 4- Gebe Kadının bizzat tarafından (iğne, ilaç, yabancı cisim v.s.)<sup>(2)</sup>

## B- KADIN SAĞLIĞI VE DÜŞÜKLER

Ülkemizde ana sağlığını tehdit eden en önemli sorunların başında, kadını sakat bırakan ve hatta ölüme kadar götüren sağlığa zararlı yöntemlerle yapılan düşükler ve komplikasyonlar gelmektedir. Çocuk düşürmenin ana hayatına mal olabilecek kadar ileri giden çeşitli zararları vardır. Kadın istemediği gebeliği sağlıklı olmayan yollar ile sona erdirmeye çalıştığı için sağlığını olumsuz yönde etkileyen olguların başında düşük ve komplikasyonlar gelmektedir.

B - 1 - Düşükle ilgili morbidite ve mortalite hızlarını etkileyen faktörler:

### a) Yaş:

Çeşitli ülkelerde genç kadınların düşük yapma oranı ve tehlikesi ileri yaş kadınlarında fazladır. ABD'de yapılan bir çalışmada düşükler en fazla evli olmayan kadınlar, ya da çocuğu olmayan kadınlar, en az ise 4 ya da daha fazla çocuğu olan kadınlar arasında saptanmıştır<sup>(8)</sup>

### b) Doğum sayısı:

ABD'de 1977 yılında hiç doğum yapmayanlarda düşük oranı %53,4, bir doğum yapanlarda %19,1, beş ve daha çok doğum yapanlarda ise %2,9'dur. (Tablo 1)

İsveç'te 1976 yılında hiç doğum yapmayanlarda düşük oranı %40,1, bir doğum yapanlarda %18,2, beş ve daha çok doğum yapanlarda ise bu oran %1,6'dır. (Tablo 1)

Kanada'da 1977 yılında hiç doğum yapmayanlarda düşük oranı %60,3, bir doğum yapanlarda %15,9, beş ve daha çok doğum yapanlarda bu oran %1,4'tür. (Tablo 1)

İngiltere ve Galler; 1975 yılında hiç doğum yapmayanlarda düşük oranı %49,7, bir doğum yapanlarda %12,4, beş ve daha çok doğum yapanlarda ise bu oran %3'tür. (Tablo 1)

Tunus 1976 yılında hiç doğum yapmayanlarda düşük oranı %5,4, bir doğum yapanlarda %9,9, beş ve daha çok doğum yapanlarda bu oran %40'tır. (Tablo 1)

**Tablo 1**  
**Bazı ülkelerde kadının doğum sayısı ile düşük oranının yüzde dağılımı<sup>(9)</sup>**

ÜLKELER	Doğum Sayısı			
	Yıl	0	1	5 +
ABD	1977	53,4	19,1	2,9
İsveç	1976	40,1	18,2	1,6
Kanada	1977	60,3	15,9	1,4
İngiltere ve Galler	1975	49,7	12,4	3
Tunus	1976	5,4	9,9	40

Görülüyorki gelişmiş ülkelerde düşükler yasalar el verdiği için hiç doğum yapmayanlarda bu oran yüksek, halbuki yasal kısıtlılığı olan ve gelişmekte olan ülkelerde bu düşük oranı doğum sayısı ile artmaktadır.

### c) Sosyo-ekonomik durum:

ABD'de yasal düşük oranı 1975-1977 yıllarında yaş ve gebelik sayısını göz önüne almadan beyazlarla, siyahlar ve öteki guruplar arasındaki düşük oranı beyazlara nazaran iki kat daha fazladır. Beyazlarda düşük oranı 1000 canlı doğumda 250 iken, siyah ve ötekilerde düşük oranı 1000 canlı doğumda 600'dür. Beyazlarla siyahlar arasında ekonomik ve kültürel faktör farklılığı düşük oranını yükseltmiştir. Yüksek düşük oranı mortaliteyi artırır. (9, S.56)

### d) Gebelik süresi:

Çocuk düşürmenin ana sağlığına olumsuz etkisi gebelik süresi uzadıkça artar. Gebeliğin ilk ayında uygun koşullarda yapılan çocuk düşürmelerin hemen hemen tehlikesiz olmasına karşın, 3. aydan sonra yapılan düşükler tehlikelidir.

Her 100 bin düşük olgusuna karşın ölen kadın sayısının gebelik süresine göre dağılımı aşağıda görülmektedir. (2, S.16)



Gebelik Süresi	100 bin düşük olgusunda ölen kadın sayısı
8 haftadan kısa	2,5
9 - 12 hafta	4,3
13 - 16 hafta	12,0
17 haftadan uzun	51,0

#### e) Düşüğün yapılış biçimi:

Çocuk düşürme, en uygun koşullarda ve uzman ellerde yapılırsa bile bir operasyon olduğu için tehlikesiz değildir. Ancak düşüğün yasal olmadığı ülkelerde, çocuk düşürme, çoğu kez uygun olmayan koşullarda ve ehliyetsiz ellerde yapılmakta çocuk düşürmenin ana sağlığına olumsuz etkileri daha çok artmaktadır.

New York şehrinde 1970 yılında çocuk düşürme serbest bırakılınca düşük komplikasyonlarında %50 azalma olmuştur. Romanya'da çocuk düşürme serbest olduğunda düşük sonucu ölen anne sayısı 70 dolayında iken, 1967 yılında bir sınırlama getirilince bu oran 377'ye çıkmıştır. Geri kalmış ülkelerde bu oran daha yüksektir. Yine ABD'nin Kaliforniya eyaletinde düşük serbest bırakılınca ana ölüm hızı yüzbinde 37'den 4,3'e düşmüştür. (2, S.14)

#### f) Kullanılan yöntem:

Tıbbi düşük oranı yöntemleri arasında fark vardır. Örneğin; vakum aspirasyon en az zararlıdır. Oysa dilatasyon ve küretaj daha çok komplikasyonludur (5, S.257).

#### B - 2 - Düşük komplikasyonları :

Yasal olmayan düşüklere gelişmekte olan ülkelerde çok önemli bir ana ölüm nedenidir. Ana ölümlerinin %4-70'i yasa dışı yapılan isteyerek düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle olmaktadır. International Planned Parenthood Federation'a ait verilere dayalı bir hesaplama göre; Asya, Afrika, Orta Doğu ve Latin Amerika'daki 65 ülkede her yıl 84.000 kadın yasa dışı yapılan düşük komplikasyonları nedeniyle ölmektedir<sup>(10)</sup>

Düşüğün komplikasyonları; erken ve geç komplikasyonlar olmak üzere iki grupta toplanır. Erken komplikasyonları; Uterus perforasyonu, kanama ve laserasyondur. Hipertonik tuz solusyonu ciddi kanamalara yol açabileceği gibi santral sinir sistemi üzerinde kötü etkileri olabilir.

Prostaglandin kullanımına bağlı komplikasyonlar ise; hipertansiyon, taşikardi, Bronkokonstriksiyon, bulantı kusma, diyare ve yavaş ilerleyen serviko-vajinal fistüllerdir.

Terapotik düşüklere geç komplikasyonları; plasentanın tam çıkarılmamasına bağlı kanamalar, enfeksiyon, tromboflebit, daha sonraki doğumlarda erken eylem, Rh (—) kadınlarda Rh duyarlılığı ve sterlite sayılabilir.

Komplikasyon oranları; ikinci trimester düşüklere birinci trimestere kıyasla 3-4 defa daha yüksektir. Teknik olarak komplikasyon oranı vakum aspirasyonda en azdır. Giderek artan oranlarda sırasıyla; D-C, hipertonik tuz solusyonu, histeretomi ve histerektomi gelmektedir. Genç kadınlarda düşüğe bağlı ciddi komplikasyon ve ölüm insidansı diğer tüm kontrasepsiyon yöntemlerinden yüksektir (5, S.257)

İstemli düşüklere daha sonraki doğumlarda bazı risk faktörlerine yol açabileceği iddia edilmiştir. Fakat yapılan 150 klinik çalışmada düşük yapan kadınlarda sekonder infertilitenin önemli bir komplikasyon olmadığı, D-C uygulanan genel anestezi almış bazı vakalar dışında, Trimester ortası spontan düşük yada düşük doğum ağırlığına neden olmadığı gösterilmiştir. Ancak iki yada daha fazla defa keskin küretaj uygulanan kadınlarda doğumla ilgili komplikasyon risklerinin kısmen daha fazla olacağı tahmin edilmektedir<sup>(11)</sup>.

Doğum veya istemli düşük ile ilişkili psikiyatrik risklerde göreceli artış yeterli epidemiyolojik verinin bulunmaması nedeniyle henüz tartışma aşamasındadır. Psikiyatri hastanelere başvuran 50 yaş altında Danimarka'lı kadınlar arasında yapılan bir çalışmada yeni evlenen veya evli olan kadınlarda gebelik sonrası hastaneye başvuru 10 bin doğum veya düşükte 12 bulunmuştur. Ayrı yaşayan boşanmış veya dul kadınlarda ise psikiyatrik nedenle başvuru en fazla olmuştur<sup>(12)</sup>

İngiltere, İskoçya ve Galler'de 1509 genel pratisyen ve 795 Jinekoloji uzmanı tarafından yürütülen ve düşüğün daha sonraki gebelikler üzerindeki etkileri, subfertilite, psikiyatrik hastalıklar ile ilişkisini inceleyen uzun dönemli prospektif bir çalışmada morbiditeyi etkileyen en önemli faktörlerin; operasyonun yapıldığı yer, gebeliğin sonlandırma esnasındaki süresi, sonlandırma yöntemi, operasyon esnasındaki sterilizasyon ve sigara alışkanlıkları olduğu saptanmıştır. Operasyon sonrası ilk 21 günde morbidite oranı %17 olup, bunların sadece %10'unda neden operasyonla ilişkisi bulunmuştur<sup>(13)</sup>.

Düşükte komplikasyon görülme sıklığı ve mortalite hızı gebeliği sonlandırma yöntemi eli ilişkili olarak değişmektedir. Aşağıda görüldüğü gibi vakum aspirasyon mortaliteyi en az etkilemektedir. (Tablo 2)

**Tablo 2**  
**İngiltere ve Galler'de 1970-1978 yılları arasında yasal düşüklere**  
**operasyon tipine bağlı ölüm oranları (1982) (14)**

	Ölümler	Milyonda ölüm oranı
Histerektomi	16	301,4
D-C	13	32,5
Vakum Aspirasyon	9	13,2
Utus paste	8	2013,1
Diğer metodlar	13	158,2
<b>Toplam</b>	<b>59</b>	<b>48,2</b>

ABD'de 1957 yılı itibariyle yıllık düşük sayısı 1 milyon olup, popülasyonda binde beşlik düşük oranına karşılık gelmektedir. Düşüklerin canlı doğuma oranı ise yaklaşık 100 canlı doğuma 30 düşüktür. 15-44 yaş arası kadın nüfusunda düşüğe bağlı mortalite yüzbinde 9,1, kadınlardan yüzbinde 0,5 kadına düşmüştür. Bu düşüş maternal mortalite oranlarındaki düşüşü ile kabaca paralel gitmektedir. Bu oranlardaki düşük Peurperal enfeksiyon ve diğer komplikasyonların önlenmesi ve tedavisindeki gelişme ile uyum göstermektedir.

Çekoslovakya'da 1958-1962 yılları arasında yasal düşüklere bağlı mortalite yüzbinde 3,1 iken 1963-1967 yılları arasında yüzbinde 2,5'e düşmüştür.

Macaristan'da 1957-1958 yılları arasında mortalite yüzbinde 5,6 iken 1960-1963'de yüzbinde 3,3 ve 1964-1967 yılları arasında ise yüzbinde 1,2'ye düşmüştür.

Yasal düşüğe bağlı mortalite Kuzey Avrupa'da, Doğu Avrupa'ya nazaran çok daha yüksektir. (1960'ların başında yüzbinde 40). Bunun nedenlerinden bir tanesi Kuzey Avrupa'da yapılan yasal düşüklerin komplikasyon riskinin çok yüksek olduğu ikinci trimesterin birinci trimester yerine seçilmiş olmasıdır<sup>(15)</sup>.

İngiltere'de 1962-1966 yılları arasında tıbbi amaçla yapılan düşüklere bağlı ölüm oranı yüzbinde 24 olarak bulunmuştur. Yine bu ülkede 1982 yılında yapılan bir araştırmada yasal düşük sonrası görülen ölüm oranı yüzbinde 1,8 olmuştur (16, S.119, 17).

9-10 haftalık düşükler, 8 hafta veya daha erken olanlara kıyasla mortalite yönünden beş kat daha tehlikelidir. Mortalite oranları histerektomi veya histerektomi uygulananlarda en yüksek, küretaj uygulananlarda ise en düşüktür (15, S.5).

Kenya'da yapılan retrospektif bir çalışmada, 1974-1982 yılları arasında düşüğe bağlı ölüm yaklaşık binde 3 olarak bulunmuştur. Septik düşük ve buna bağlı komplikasyonlar ölümlerin %97,4'ünü oluşturmuştur. Spontan düşüklerde ise ölümlerin %52,6'sı hemorajik şoka, %47,4'ü ise sepsise bağlıydı. Ölümlerin yaşa bağlı dağılımı incelendiğinde ise adölesanların (19 yaş yada daha gençlerin) %24,2'sini oluşturdukları saptandı. Ölenlerin %76,9'unun dul, boşanmış yada evlenmemiş kadınların teşkil ettiği görüldü<sup>(18)</sup>.

Ülkemizdeki düşük komplikasyonlarıyla ilgili mevcut araştırmalar sadece hastane kayıtlarıdır. Ankara doğum evinde önce düşük yaptığı tesbit edilen 5689 vakada, %26,91 oranında sterlite tesbit edilmiştir<sup>(19)</sup>.

## C - DÜŞÜĞÜN TOPLUMSAL ÖNEMİ

Çocuk düşürme ülkeden ülkeye değişmektedir. Orta Doğu ve Asya ülkelerinde daha çok evli ileri yaş ve çok çocuklu kadınlar düşük yaparken, Amerika'da, İngiltere'de, İsveç'te ve Kanada'da gençler arasında yaygındır. Pek çok ülkede ekonomik durum, eğitim ve şehirleşme istenen çocuk sayısını sınırlar.

Düşük ana sağlığı nedeniyle toplumsal bir Boyut kazanmıştır. Fetusun yaşayabilirliği düşük yasalarının hazırlanmasında önemli rol oynamaktadır. Bu konudaki sosyal rahatsızlığı, ya düşüğün 18-20. gebelik haftasından sonra yasaklanması yoluyla yada miada kadar olan tüm düşüklerin serbest bırakılması yoluyla ifantisit suçu önlenir(20).

Eğer bir ülkede yasalar kısıtlı ise düşük oranı bununla paralel olarak artmaktadır. ABD'de toplumda düşüğün değerlendirilmesini yansıtan 1971 yılında yayınlanan bir araştırmaya göre erkeklerin düşüğü kadınlara nazaran daha fazla onayladıkları, katolik olmayanların katoliklerden, güneyli olmayanların güneylilerden ve eğitimlilerin eğitimsizlerden daha fazla düşüğü desteklediği saptanmıştır (21, S.176).

Çeşitli ülkelerde çocuk düşürme konusunda yasal durum:

Düşüğün dünyadaki yasal durumu:

Yasalarca tümüyle serbest olan ülkelerin toplam nüfusu dünya nüfusuna göre %39'dur.

Sadece tıbbi nedenlerle yasal serbestliği olan ülkelerin nüfusu dünya nüfusuna göre %8'dir.

Sosyal ve Tıbbi nedenlerle yasal serbestliği olan ülkelerin nüfusu dünya nüfusuna göre %25'tir.

Tümü ile yasa dışı yada kadın sağlığı yönünden kısıtlı yapılabiliyor olan ülkelerin nüfusu dünya nüfusuna göre %28 (Ek 5) dir.

Yasal düşük tehlikesiz cerrahi bir girişimdir. Örneğin; ABD'de düşüğe bağlı ölüm hızı, 1,4/yüzbin cerrahi sonlandırmadır. Gelişmekte olan ülkelerde yasa dışı düşük yüzbin sonlandırmada 50-100 kadın öldürmektedir. Yasa dışı düşük kontraseptik yöntemlerle kıyaslandığında 10-250 misli daha risklidir (10, S.3-11).

Türkiye'de düşükle ilgili en son yasal durum, 1983 yılında 2827 sayılı nüfus planlaması kanunuyla tıbbi veya sosyal nedenlerle çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların hastane koşullarında 10 haftaya kadar olan gebeliklerini sona erdirebilmelerini serbest bırakmıştır.

Dinlerin düşüklere karşı tutumları değişiktir. İslâm din adamları kendi aralarında iki değişik açıdan bakmaktadırlar.

Bir gurup din adamları "Kur'an-ı Kerim'in Mümin Sûresinin 12-14. Ayetine" dayanarak gebeliğin ilk döneminde çocuk düşürmenin günah sayılmayacağını ileri sürmüştür. Diğer gurup ise bu görüşün karşısında yer almıştır. Musevilerde de bu konuda görüş birliği yoktur. Bir gurup çocuk düşürmenin her dönemde günah olduğunu söyler. Diğer bir gurup ise ayrı görüştedir (1, S.19-20).

ABD'de özellikle katolik kökenli görüş dini açıklamalarla düşüğün karşısında yer almaktadır(22).

Düşük, Sağlık örgütlerinde belirgin bir harcamaya neden olduğu için de önemlidir. 1960 yılında 5 hastane ve dört acil serviste düşük komplikasyonlarının tedavisi için yapılan harcamalar 1 milyon dolardan fazla olduğu saptanmıştır. Ülkemizde de 1975 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada kadınların bir düşük için ortalama 657 + 43 TL. ödedikleri belirtilmiştir(24)

Yine Ankara'da yapılan bir çalışmada bir sağlık kurumuna başvuran düşük yapan kadınların toplam 136.423.- TL. harcamışlardır(25).

## D - DÜŞÜK HIZINI ETKİLEYEN SEBEPLER VE DEĞİŞİK ÜLKELERDE DÜŞÜKLERLE İLGİLİ DURUM:

Çocuk düşürmenin serbest olduğu 26 ülkede yılda 2 milyon düşük olmaktadır. Çocuk düşürmenin boyutları iki şekilde ölçülmüştür. Bunlardan birincisi bir yılda yapılan düşük sayısının doğurganlık çağındaki (15-44 yaş) kadın sayısına, ikincisi ise bir yılda yapılan düşük sayısının aynı yılın canlı doğum sayısına bölerek bulunan oranlardır. Gebelik önleyici yöntemleri kullanmada başarılı olan ülkelerde çocuk düşürme oranları düşüktür.

Buna karşın fazla çocuk istemeyen fakat gebeliği önleyici yöntemlerin başarı ile kullanılmadığı ülkelerde (Japonya, S.S.C.B.) doğum oranı düşük çocuk düşürme oranları çok yüksektir (1, S.7, Tablo 1)



Düşüklerin istek üzerine yapılması serbest olan ülkelerde görüldüğü gibi düşük sayısı az, yasaların kısıtlı olduğu ülkelerde bu oran en yüksektir (17, S.16, Tablo 3)

**Tablo 3**  
**Bazı ülkelerde 15-44 yaşlar arasındaki kadınlarda yasal düşük oranı (binde) 1981, (Tietze 1983'de)**

Hollanda	6,0
İskoçya	9,2
İngiltere	11,6
İsveç	19,4
ABD (1980)	29,3
Macaristan	35,3
Bulgaristan (1979)	69,6

Tablo 4'deki verilere baktığımızda düşüklerin yaşa göre dağılımları; yaşa ve ırka göre be-yazlarda düşük oranı en yüksek, yaş gurubu olarak, 25 ve üstü yaş gurubunda düşük oranı en yüksektir. Bekar olanların evlilerden düşük oranı iki kat daha fazladır. Yapılan düşüklerin %96,1'i D-C, bunun %2,8 ile intrauterin sıvı uygulaması izlemektedir. Düşüklerin %51,2'si 8 hafta veya daha aşağı gebelik haftasında yapılmıştır. %26,8 ile 9-10 gebelik haftası izlemektedir (8, S.28, Tablo 2).

**Tablo 4**  
**1981 yılı itibariyle ABD'de düşük yapan kadınların yüzde dağılımı**

Yaşa göre	≤ 19	28,0
	20 - 24	35,3
	≥ 25	36,7
İrka göre	Beyaz	69,9
	Siyah veya diğerleri	30,1
Medeni Hali	Evli	22,1
	Bekar	77,9
Uygulanan yöntemle göre	D-C	96,1
	Intra uterin sıvı uygulaması	2,8
	Histerotomi ve Histerektomi	0,1
	Diğerleri	1
Gebelik haftasına göre düşük oranının dağılımı	≤ 8 Hafta	51,2
	9 - 10 Hafta	26,8
	11 - 12 Hafta	12,1
	13 - 15 Hafta	5,2

1973-1980'e kadar ABD'de yapılan yasal düşükler giderek artmış, daha sonra sabit kalmıştır. 1982 yılında 1,6 milyon yasal düşükün olduğu tahmin edilmektedir. Aynı yıl tüm gebeliklerin %26'sı istemli düşükle sonuçlandırılmıştır ki, buda 15-44 yaş gurubundaki kadınlar içinde on binde 24'e tekabül eder. 1982 yılında doğurganlık çağındaki tüm kadınların %3'ü düşük yapmıştır. Bu düşüklerin anne yaşı 20'nin altında, diğer 1/3'ü de 20-24 yaş arasında

bulunmuştur. Düşüklerin %90'ı 8 hafta yada erken gestasyon yaşında olmuştur. İstemli düşüklerin %80'i küretaj (vakum), %10'u cerrahi küretaj, %5'i tuzlu su infüzyonu ile yapılmıştır. %2'sinde prostaglandin kullanılmıştır (5, S.256).

## E - DÜŞÜKLERLE İLGİLİ VERİ KAYNAKLARI :

1- Vital istatistikler; bazı ülkelerde isteyerek düşüklerin bildirim zorunludur. Yıllık istatistikte yayınlanır.

2- Hastane istatistikleri; güvenilir değildir, bilgi vermez.

3- Retrospektif bilgi toplama;

a) Anket yöntemiyle

b) Doğum ve jinokoloji servislerindeki yatan hastalardan.

4- Prospektif çalışmalar; Kadınların izlemeleri ile yapılır. Düşük araştırmalarında gizli tutma ve yanıltmalar nedeniyle elde edilen bilgiler güvenilir olmayabilir. Bunun için dolaylı olarak randomize cevap tekniğiyle daha tutarlı bilgi edinilir. Bu tekniği ülke düzeyinde uygulayan Tezcan, eğitim düzeyi düşük kadınlar arasında alınan sonuçları güvenilir bulmamıştır<sup>(26)</sup>.

Düşük hızlarında kullanılan formüller<sup>(27)</sup>

$$1- \text{Düşük prevalansı} = \frac{\text{Eski ve Yeni toplam düşükler}}{\text{Tüm gebelikler}} \times 100$$

$$2- \text{İnsidans hızı} = \frac{\text{1 yıl içinde yapılan düşük sayısı}}{\text{15 - 44 yaş grubu kadın sayısı}} \times 1000$$

$$3- \text{İnsidans oranı} = \frac{\text{Belli bir sürede olan düşük sayısı}}{\text{Aynı sürede doğan canlı doğum sayısı}} \times 100$$

## F - TÜRKİYE'DE DÜŞÜK ÜZERİNE YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR:

Düşük doğurganlığı kontrol amacıyla ilkel çağlardan beri baş vurulan bir yöntemdir. Ülkemizde 1950'lerden bu güne kadar çocuk düşürmeler konusunda çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bunlar hastane, bölgesel ve ülke çapında yapılan araştırmalardır.

Düşük konusunda yapılan ilk araştırma Burak tarafından sunulmuştur. 1953-1954 yıllarında çeşitli nedenlerle Ankara Doğumevine müracaat eden 5000 kadının düşükle ilgili geçmişleri kayıtlardan incelenmiş ve bunların önceki gebeliklerinin %30'u düşükle sonlandığı saptanmıştır. Doğumlarda ölüm hızı 1000 kadında 1,3, düşüklerde ise 5,3 olarak tahmin edilmiştir. Bu araştırma Türkiye'nin pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesine büyük katkısı olduğundan önemlidir<sup>(27)</sup>.

Esendal'in yaptığı bir araştırmada kadın başına düşen düşük sayısı 1,8 olarak bulunmuştur<sup>(19)</sup>.

Erenus'un yaptığı bir araştırmada 1395 kadın incelenmiştir. Bunların %29'u geçmişte en az bir kez düşük yaptıklarını bildirmişler, yaş ve gebelik sayısı arttıkça düşük yapan kadın oranında yükseldiği saptanmıştır<sup>(27)</sup>.

Baysal ve User'in yaptıkları araştırmada 168 kadınla görüşülmüş, bu kadınların toplam olarak 336 düşük yaptıkları, bunların %31'inin kendiliğinden, %69'u ise isteyerek olduğu saptanmıştır<sup>(27)</sup>.

Bölükbaşı, yaptığı bir araştırmada tüm düşüklerin %80'i gebeliğin ilk üç ayında olduğunu saptamıştır. Değerlendirilen 469 düşük olgusunun %11,9'u erkek, %4,1'inde ise geç komplikasyon tesbit etmiştir<sup>(27)</sup>.

1959 yılında Fişek ve arkadaşları 137 köyde yürüttükleri bir araştırmada 7092 evli kadının %29'unun geçmişte en az bir kez düşük yaptıkları ve 100 canlı doğuma karşı 14,5 düşük yapıldığını saptamışlardır<sup>(27)</sup>.

Özbaş ve Shorter tarafından yapılan bir araştırmada kadınların yaptıkları düşük sayısı ortalama 0,26 ve 100 canlı doğuma karşı 6 olarak saptanmıştır (498 doğuran kadınla görüşülmüş) <sup>(27)</sup>.

Güven'in 1971 yılında yaptığı araştırmada 261 kadının %47'sinin en az bir kez düşük yaptığı, kadın başına düşen ortalama düşük sayısı 0,94, 100 canlı doğuma karşı düşük sayısı ise 19 olarak saptanmıştır<sup>(28)</sup>.



Egemen'in 1972 yılında Sincan bölgesinde incelediği 271 kadının %41'inin geçmişte en az bir kez düşük hikayesinin olduğunu saptamıştır. Kadın başına ortalama düşük sayısı 0,95, 100 canlı doğuma karşı düşük sayısı 20,9 olarak saptanmıştır<sup>(29)</sup>.

Akın 1975 yılında Ankara kentini temsil eden bir çalışmada incelenen 396 kadının %36'sı isteyerek, %9'u ise kendiliğinden düşük olduğunu saptamıştır. Düşük yapan kadınların ancak %30'u düşükten hemen sonra geri kalanın %70'i ise 1-4 hafta içinde günlük işlerini yapabilmişlerdir (24, S.53-70).

Bulut'un 1977-1978 yıllarında 2272 kadın üzerinde yaptığı araştırmada bu kadınların %20'si sadece kendiliğinden, %12,1'i sadece isteyerek, %4,5'i ise hem kendiliğinden hem isteyerek düşük yapmışlardır. Kadınların yaşı ilerledikçe yapılan düşük sayısı da artıyordu (25, S.71).

Amacı yalnız isteyerek düşükler konusunda bilgi toplamak olan Tezcan tarafından yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre isteyerek düşük yapan kadın oranı giderek artmakta olup, 1963'te kadınların %6-7'si geçmişte en az bir kez düşük yaptığını belirtmişken aynı oran 1975'de %13,9'a yükselmiştir. Tüm araştırmalarda isteyerek düşük yapan kadın oranı büyük kentlerde (İstanbul, Ankara, İzmir) en yüksek düzeyde iken diğer il ve ilçelerde azalmakta, köylerde en düşük düzeye inmektedir. Örneğin; 1975 yılında metropollerde her 4 kadından birisi, köylerde ise sadece her 20 kadından birisi geçmişte isteyerek çocuk düşürdüğünü belirtmiştir. Düşük olgusuyla kadınların eğitimi arasında bir ilişki vardır. Kendisi ve eşinin yüksek bir mesleğe sahip iseler düşük oranı en yüksektir. Kentte oturanların hemen hemen hepsi özel kliniklere, köyde oturanlar ise kendi kendine veya ebe ninelere başvurmuşlardır (27, S.18-43).

1983'de yapılan bir araştırmanın sonucuna göre kadınların %37'sinin geçmişte en az bir kez düşük yaptıklarını göstermektedir. İsteyerek düşük yapan kadın oranı ise %19'dur. Kendiliğinden düşüklerde kır-kent farkı görülmezken kentlerde isteyerek düşük yapanlar kırsal bölgelerin iki katı olup, 100 Kadına düşen toplam düşük sayısı yaklaşık 4'tür. Doğurganlık sayısına bakıldığında kentlerde 4,6, kırsal bölgelerde 6,9, batıda 4,0, güney bölgemizde 6,3'tür. Bu doğumların yapıldığı yer ve kişiye dağılımı kentsel alanda son canlı doğumların %83'ü doktor ve hemşire yapmışken, bu oran kırsal alanda %43'e düşmüştür. Batıda doğumların %85'i doktor, ebe-hemşire tarafından yapılırken, bu oran doğuda %34'e düşmektedir<sup>(30)</sup>.

İsteyerek düşükler sosyal ve ekonomik neden sonucu yapılır. Buna en çok neden fazla sayıda çocuk, gebelik süresinin çok az olması veya ekonomik sıkıntıdır. Düşük ölçütleri 3-4 doğum yapmış kadınlarda en yüksektir (27, S.42).

## ARAŞTIRMANIN AMACI

Ülke genelinde aile planlaması ve ana çocuk sağlığı hizmetlerine yaygınlık kazandırmak için çalışılmaktadır. Bu hizmetin etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla ülkenin çeşitli bölgelerinde araştırmalar yapılmış, gerekli önlem ve öneriler sunulmuştur. Bu amaçla Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Mardin ilinin Mazıdağı ilçesine bağlı 16 köyde aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda bir araştırma planlandı.

- 1- Mazıdağı köylerinde düşük prevalansı ve 1987 düşük insidansı ile sosyo-demografik özelliklerin belirlenmesi.
- 2- Bölgedeki düşüklerin özellikleri.
- 3- Düşüğün yapılış şekli, tıbbi komplikasyonları ve kişiye mal olan parasal yükü.
- 4- Kadınların düşüğe karşı bilgi, tutum ve davranışı.
- 5- Yapılan düşüklerin, kadının gebelik sayısı, doğurganlık yaşı, öğrenimi, eşinin mesleği ve eğitimi, gebelikten korunup korunmadığı ve korunma yönteminin etkisi olup olmadığını saptamak.

## ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ

### A - EVREN:

Araştırma 6 Ekim 1986 ve 15 Ekim 1987 tarihleri arasında 1 yıl süre ile Mardin ili Mazıdağ ilçesinin 16 köyünde 15-49 yaş gurubu evli kadınların içinde tesbit edilen tüm gebelerin ayda bir izlenmesi ile yapılmıştır. Prospektif bir araştırmadır.

### B - TAMAMLAYICI ANKET (Ek-1 Gebe Tanıtım Formu):

Köylerdeki tüm gebelerin sosyo-demografik özelliklerini öğrenmek için hazırlanmış formda, kadın yaşı, öğrenimi, kocasının eğitimi ve mesleği, gebelik öyküleri, son gebelikle ilgili durum, canlı doğum sayısı, gebelik sayısı, düşük sayısı ve korunma yöntemleri ile ilgili sorular vardır.

Gebelik tanıtım formu bizzat araştırmacı tarafından köyde görevli köy ebesi yardımı ile gebeliğin ilk 4 ayı içinde gebelerle karşılıklı görüşülerek doldürülmüştür.

### C - KADINLARIN İZLENMESİ (Ek-2 İzlem Kartı):

16 köyde tesbit edilen gebelerin her birine kart açılıp, ayda bir bu takip kartı ile izlenmiştir. Gebe izlemede gebelerin tansiyonu ölçülmüş, anemi ile ilgili şikayetleri olup olmadıkları sorulmuş, ödemlerinin olup olmadıklarına bakılmış ve ziyaretler arasında gebelere gerekli eğitimlerde yapılmıştır.

### D - DÜŞÜK ANKETİ (Ek-3 Düşük Formu):

Ayda bir yapılan izlemde düşük yapan kadına bizzat araştırmacı tarafından karşılıklı görüşülerek düşük formu uygulandı. Bu formla düşük ne zaman, nasıl, kim tarafından, nerede, neden yapıldığı, kocanın tutumu, düşük için harcama ve korunup korunmadığı bilgileri alınmıştır.

### E - DÜŞÜK SONU İZLEME:

Düşük sonrası 1-3 ay içerisinde düşük yapan tüm kadınlar sağlık ocağında doktor tarafından görülmüş, komplikasyonlarla ilgili bilgiler alınmıştır. Gebelikten korunmayanlara araştırmacı tarafından korunma yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir.

### F - VERİLERİN ANALİZİNDE KULLANILAN ÖLÇÜTLER VE DEĞİŞKEN TANITIMI

#### 1- Düşük ölçütleri

- Toplam nüfusa göre yılda yapılan düşük sayısı (binde hız)
- Düşük deneyimi olan kadın yüzdesi
- Kadın başına yapılan düşük sayısı
- Yüz gebeliğe karşı yapılan düşük sayısı
- Yüz canlı doğuma karşı yapılan düşük sayısı

#### 2- Bağımsız değişkenler: Yaş, eğitim, cinsiyet, ekonomik faktörler, meslek.

Düşük saptamasında kesin olarak tesbit edilen gebelikler.

Parasal harcama; harcama oldu, olmadı şeklinde soruldu.

Korunma yöntemleri

a) Etkin yöntemler - RIA, Hab, sterilizasyon.

b) Etkin olmayan yöntemler - Takvim yöntemi, Ovuller, Vajinal lavaj, geri çekme.

#### 3- Bağımlı değişken: Düşük

### G - VERİLERİN ANALİZİ :

Tanıtım formu ve düşük formu anketlerin ihtiva ettiği bilgiler kodlanarak veri kodlama kağıdına geçirilmiş, bilgisayara verilmiş, gerekli tüm tablolar bilgisayardan alınmıştır.

## BULGULAR

### A - Araştırma kapsamına giren gebelerin sosyo-demografik özelliklerin incelenmesi:

Araştırmanın yapıldığı 16 köy içinde ilçe merkezine en yakın 5 km., en uzak olanı da 30 km. mesafede idi (Ek 4)

Araştırma süresince bu 16 köyde toplam 256 gebe saptandı.

Gebe kadınların 226 (%89)'sı okur yazar değildi, 20 (%7,9) kişi ise ilkokul mezunu idi. Gebelerin çoğu 20-34 yaş arasında idi. (Tablo 5).

**Tablo 5**  
Araştırma kapsamına giren gebelerin yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı (1987)

EĞİTİM DURUMU	OKUR YAZAR DEĞİL		OKUR YAZAR		İLK OKUL MEZUNU		ORTA OKUL MEZUNU		LİSE DENGİ OKUL MEZUNU		YÜKSEK OKUL MEZUNU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
YAŞ														
15 - 19	15	78.95	2	10.53	2	10.53	—	—	—	—	—	—	19	7.42
20 - 24	57	87.69	1	1.54	6	9.25	1	1.54	—	—	—	—	65	25.39
25 - 29	45	81.82	3	5.45	7	12.73	—	—	—	—	—	—	55	21.48
30 - 34	51	92.73	1	1.82	3	5.45	—	—	—	—	—	—	55	21.48
35 - 39	41	95.35	—	—	2	4.65	—	—	—	—	—	—	43	16.80
40 +	17	89.47	2	10.53	—	—	—	—	—	—	—	—	19	7.42
<b>TOPLAM</b>	<b>226</b>	<b>88.9</b>	<b>9</b>	<b>3.52</b>	<b>20</b>	<b>7.81</b>	<b>1</b>	<b>0.39</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>256</b>	<b>100.00</b>

Kadınların kocalarının 131 (%51,2) kişisi okur yazar değil, 111 (%43) kişisi ise ilk okul mezunu idi. Kocaların meslekleri arasında ise çiftçilik ön planda geliyordu. (Tablo 6).

**Tablo 6**  
Araştırma kapsamına giren gebelerin kocalarının meslek ve eğitim durumlarına göre dağılımı (1987)

EĞİTİM DURUMU	OKUR YAZAR		OKUR YAZAR DEĞİL		İLK OKUL MEZUNU		LİSE DENGİ OKUL MEZUNU		YÜKSEK OKUL MEZUNU		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
MESLEK												
ÇİFTÇİ	4	6.78	38	64.41	17	28.81	—	—	—	—	59	23.04
ÜCRETLİ İŞÇİ	2	3.92	24	47.06	25	49.02	—	—	—	—	51	19.92
MEMUR	—	—	—	—	—	—	1	100.00	—	—	1	0.39
SERBEST MESLEK	3	10.34	12	41.38	13	44.83	1	3.45	—	—	29	11.32
İŞSİZ	3	2.59	57	49.14	56	48.28	—	—	—	—	116	45.31
<b>TOPLAM</b>	<b>12</b>	<b>4.69</b>	<b>131</b>	<b>51.17</b>	<b>111</b>	<b>43.36</b>	<b>2</b>	<b>.78</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>256</b>	<b>100</b>



Gebe kadınlardan ilk gebeliği olan 20 (%6,7) kişi idi. 2 ile 6 kez gebelikleri olanlar ise toplam 147 (%57,5) kişi idi.

11 ve daha çok gebelikleri olanlar ise toplam 19 (%7,4) kişi idi.

Toplam gebelik sayısı 1406 idi.

Kadın başına düşen ortalama gebelik sayısı ise 5,5 idi. (Tablo 7)

**Tablo 7**  
**Araştırma kapsamına giren gebelerin gebe kalma sayısının**  
**anne yaşlarına göre dağılımı (1987)**

GEBELİK YAŞI	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 +		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
1 KEZ	10	50.00	10	50.00	—	—	—	—	—	—	—	—	20	7.81
2 KEZ	8	21.05	20	52.63	6	15.79	4	10.53	—	—	—	—	38	14.84
3 KEZ	1	3.23	15	48.39	13	41.94	1	3.23	1	3.23	—	—	31	12.10
4 KEZ	—	—	5	25.00	9	45.00	6	30.00	—	—	—	—	20	7.81
5 KEZ	—	—	8	22.22	13	36.11	10	27.78	4	11.11	1	2.78	36	14.06
6 KEZ	—	—	4	18.18	7	31.81	5	22.73	5	22.73	1	4.55	22	8.59
7 KEZ	—	—	1	4.76	3	14.29	9	38.10	8	30.10	1	4.76	21	8.20
8 KEZ	—	—	2	10.53	2	10.53	6	31.58	7	36.85	2	10.53	19	7.42
9 KEZ	—	—	—	—	1	6.67	8	53.33	5	33.33	1	6.67	15	5.85
10 KEZ	—	—	—	—	1	6.67	4	26.67	8	53.33	2	13.33	15	5.85
11 KEZ	—	—	—	—	—	—	1	50.00	—	—	1	50.00	2	0.78
12 KEZ	—	—	—	—	—	—	2	18.18	2	18.18	7	63.64	11	4.29
13 KEZ	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	100.00	2	0.78
14 KEZ	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100.00	—	—	1	0.39
15 KEZ	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100.00	—	—	1	0.39
16 KEZ	—	—	—	—	—	—	—	—	1	50.00	1	50.00	2	0.78
<b>TOPLAM</b>	19	7.42	65	25.39	55	20.48	55	21.48	43	16.80	19	7.42	256	100.00



Hiç canlı doğum yapmayan gebelerin sayısı 22 (%0,0) idi.  
 1 ile 6 canlı doğum yapan gebelerin toplam sayısı 170 (%66,4) kişi idi.  
 10 ve daha çok canlı doğum yapan gebelerin toplam sayısı 17 (%6,7) kişi idi.  
 Toplam eski canlı doğum sayısı 1085 idi.  
 Kadın başına düşen ortalama canlı doğum sayısı 4,6 idi. (Tablo 8)

**Tablo 8**  
**Araştırma kapsamına giren gebelerin, canlı doğumların gebe kalma sayısına göre dağılımı (1987)**

CANLI DOĞUM	CANLI DOĞUM YAPMAYAN		1 CANLI DOĞUM		2 CANLI DOĞUM		3 CANLI DOĞUM		4 CANLI DOĞUM		5 CANLI DOĞUM		6 CANLI DOĞUM		7 CANLI DOĞUM		8 CANLI DOĞUM		9 CANLI DOĞUM		10+ CANLI DOĞUM		TOPLAM			
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
GEBE KALMA SAYISI																										
1 KEZ	20	100.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	7.81
2 KEZ	2	5.26	36	94,74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	14.8
3 KEZ	-	-	1	3.23	30	96.77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	12.10
4 KEZ	-	-	-	-	2	10.00	18	90.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	7.8
5 KEZ	-	-	-	-	-	-	2	5.56	34	94.44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	14.06
6 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	2	9.09	20	90.91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	8.59
7 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	14.29	18	85.71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	8.20
8 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5.26	-	-	18	94.74	-	-	-	-	-	-	-	-	19	7.42
9 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6.67	-	-	1	6.67	2	13.33	11	73.33	-	-	-	-	-	-	15	5.85
10 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6.67	-	-	1	6.67	1	6.67	12	80.00	-	-	-	-	15	5.85
11 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.00	2	0.78	2	0.78
12 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9.09	-	-	10	90.91	11	4.29	11	4.29
13 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50.00	-	-	1	50.00	2	0.78	2	0.78
14 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.00	1	0.39	1	0.39
15 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100.00	1	0.39	1	0.39
16 KEZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	100.00	2	0.78	2	0.78
<b>TOPLAM</b>	<b>22</b>	<b>8.59</b>	<b>37</b>	<b>14.45</b>	<b>32</b>	<b>12.50</b>	<b>20</b>	<b>7.81</b>	<b>37</b>	<b>14.45</b>	<b>25</b>	<b>9.76</b>	<b>19</b>	<b>7.42</b>	<b>21</b>	<b>8.20</b>	<b>14</b>	<b>5.47</b>	<b>12</b>	<b>4.69</b>	<b>17</b>	<b>6.64</b>	<b>256</b>	<b>100.00</b>	<b>256</b>	<b>100.00</b>

Evlilikleri boyunca hiç düşük yapmayan 206 (%89) kişi idi.  
 Bir kez düşük yapan 17 (%7,4) kişi idi. İki ve daha çok kez düşük yapanların toplam sayısı ise 8 (%3,5) kişi idi.



Evlilikleri boyunca gebe kadınların yaptıkları toplam düşük sayısı 40, düşük yapan kadın sayısı ise 25 kişi idi.

Kadın başına düşen ortalama düşük sayısı 0,1'dir.

Kadın başına düşen ortalama yaşayan çocuk sayısı 4,2'dir (Tablo 9).

**Tablo 9**

**Araştırma kapsamına giren gebelerin yaşayan çocuk ve düşük sayılarına göre dağılımı (1987)**

DÜŞÜK SAYISI	DÜŞÜK YAPMAYAN		1 KEZ DÜŞÜK		2 KEZ DÜŞÜK		3 KEZ DÜŞÜK		4 KEZ DÜŞÜK		5+ KEZ DÜŞÜK		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI														
1 ÇOCUK	40	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	100.00
2 ÇOCUK	34	94.44	2	5.56	—	—	—	—	—	—	—	—	36	100.00
3 ÇOCUK	22	91.67	2	8.33	—	—	—	—	—	—	—	—	24	100.00
4 ÇOCUK	34	89.47	2	5.26	—	—	—	—	2	5.26	—	—	38	100.00
5 ÇOCUK	19	82.61	3	13.04	1	4.35	—	—	—	—	—	—	23	100.00
6 ÇOCUK	22	91.67	1	4.17	1	4.17	—	—	—	—	—	—	24	100.00
7 ÇOCUK	13	72.22	2	11.11	1	5.56	1	5.56	1	5.56	—	—	18	100.00
8 ÇOCUK	6	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	100.00
9 ÇOCUK	10	71.43	4	28.57	—	—	—	—	—	—	—	—	14	100.00
10 ÇOCUK	4	66.67	1	16.67	1	16.67	—	—	—	—	—	—	6	100.00
11 ÇOCUK	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12 ÇOCUK	1	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100.00
13 ÇOCUK	1	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	100.00
14+ ÇOCUK	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOPLAM</b>	<b>206</b>	<b>89.16</b>	<b>17</b>	<b>7.36</b>	<b>4</b>	<b>1.73</b>	<b>1</b>	<b>0.43</b>	<b>3</b>	<b>1.30</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>231</b>	<b>100.00</b>

231 (%97,9) kişi son doğumunu evde yapmıştı.

225 (%95,3) kişinin son doğumları canlı ve zamanında olmuştu. (Tablo 10)

**Tablo 10**

**Araştırma kapsamına giren gebelerin son doğumunu nerede yaptı ve doğum nasıl sonuçlandı (1987)**

SON DOĞUMU NEREDE YAPTI?	HASTAHANE		SAĞLIK OCAĞI		ÖZEL KLİNİK		EV		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
NASIL SONUÇLANDI										
CANLI ZAMANINDA	2	0.89	2	0.89	—	—	221	98.22	225	95.93
CANLI ERKEN	1	100.00	—	—	—	—	—	—	1	0.42
ÖLÜ DOĞUM	—	—	—	—	—	—	5	100.00	5	2.11
K. DÜŞÜK	—	—	—	—	—	—	5	100.00	5	2.11
<b>TOPLAM</b>	<b>3</b>	<b>1.27</b>	<b>2</b>	<b>0.84</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>231</b>	<b>97.82</b>	<b>236</b>	<b>100.00</b>

205 (%86,9) kişinin son doğumu ebeğine tarafından yaptırılmıştı.  
Toplam 9 (%3,81) kişinin son doğumları ise doktor veya Diplomalı ebe tarafından yaptırılmıştı. (Tablo 11)

**Tablo 11**  
**Araştırma kapsamına giren gebelerin son doğumunun yapıldığı yerlere ve yaptırılara göre dağılımı. (1987)**

ÖNCEKİ GEBELİKTE DOĞUMU KİM YAPTIRDI?	KENDİ KENDİNE		EBE NİNE		DİPLOMALI EBE HEMŞİRE		DOKTOR		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
HASTAHANE	—	—	—	—	—	—	3	100.00	3	1.27
SAĞLIK OCAĞI	—	—	—	—	2	100.00	—	—	2	0.84
ÖZEL KLİNİK	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
EVDE	22	9.52	205	88.74	4	1.73	—	—	231	97.88
<b>TOPLAM</b>	<b>22</b>	<b>9.32</b>	<b>205</b>	<b>86.86</b>	<b>6</b>	<b>2.54</b>	<b>3</b>	<b>1.27</b>	<b>236</b>	<b>100.00</b>

256 gebe içinde 6 ve daha çok çocuk isteyenlerin sayısı 220 (%85,9) idi. Gebeler arasında hapla korunan 2 kadın dışında herhangi bir korunma yöntemi kullanan yoktu. (Tablo 12)

**Tablo 12**  
**Araştırma kapsamına giren gebelerin istedikleri çocuk sayısı ile korunma yöntemlerine göre dağılımı (1987)**

KORUNMA YÖNTEMİ	KORUNMAYAN		KORUNAN		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
ÇOCUK SAYISI						
1 ÇOCUK	—	—	—	—	—	—
2 ÇOCUK	1	100.00	—	—	1	0.39
3 ÇOCUK	1	100.00	—	—	1	0.39
4 ÇOCUK	7	100.00	—	—	7	2.74
5 ÇOCUK	26	96.30	1	3.70	27	10.55
6+ ÇOCUK	219	99.55	1	0.45	220	85.93
<b>TOPLAM</b>	<b>254</b>	<b>99.22</b>	<b>2</b>	<b>0.78</b>	<b>256</b>	<b>100.00</b>



## B - Düşüklerin İncelenmesi:

Araştırmanın yapıldığı bir yıllık sürede izlenen 256 gebeden 25 (%9,8) kişinin önceden düşük deneyimi vardı. Bu 25 Kadının önceki düşükleri toplam 40 idi.

Bir yıllık izlem süresince 256 gebelikten 9 tanesi düşükle sonlanmıştır. Bu durumda düşüklerle ilgili olarak hesaplanabilecek bazı ölçütler şöyle olmaktadır:

$$\text{a) Kaba Düşük Hızı} = \frac{\text{Bir toplumdaki düşük sayısı}}{\text{Aynı toplumun aynı süre içindeki toplam nüfusu}} = \frac{9}{8071} \times 1000 = \text{Binde 1,1}$$

$$\begin{aligned} \text{b) Doğurgan çağıdaki kadınların yaptıkları düşük sayısı (yüzde)} &= \frac{\text{Bir toplumda belirli sürede meydana gelen düşük sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı sürede 15-44 yaşlar arasındaki kadın sayısı}} \times 100 \\ &= \frac{9}{1500} \times 100 = \% 0.6 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{c) Tüm gebelere karşı yapılan düşük sayısı} &= \frac{\text{Belirli bir sürede meydana gelen düşük sayısı}}{\text{Aynı sürede meydana gelen tüm gebelikler}} \times 100 \\ &= \frac{9 \times 100}{256} = \% 3,51 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{d) Canlı doğumlara karşı yapılan düşük sayısı} &= \frac{\text{Belirli bir sürede yapılan düşük sayısı}}{\text{Aynı sürede meydana gelen canlı doğum sayısı}} \times 100 \\ &= \frac{9 \times 100}{247} = \% 3,64 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{e) Eski ve yeni bütün gebeliklerde düşük hızı (prevalans)} &= \frac{\text{Eski ve yeni toplam düşükler}}{\text{Tüm gebelikler}} \times 100 \\ &= \frac{49 \times 100}{1406} = \% 3,5 \text{ tir.} \end{aligned}$$



Düşükleri, gebelere yapılan izlem sayısına göre incelediğimizde, izlem sayıları I. ve II. Trimester için ölçüt olmaktadır.

9 kez izlenen gebeler birinci ayda tesbit edilmiş,  
6 kez izlenen gebeler 3-4. ayda tesbit edilmiş anlamına gelmektedir.

a) 6 ve daha çok izlem yapılan gebelerin sayısı 82 kişidir.

Buna göre;

$$\text{Düşük insidans hızı} = \frac{9 \times 100}{82} = \%10,9$$

b) 7 izlem yapılan gebelerin sayısı ise 49'dur.

Buna göre;

$$\text{Düşük insidans hızı} = \frac{9 \times 100}{49} = \%18,3$$

c) 8-9 izlem yapılan gebe sayısı ise 43'dür.

Buna göre;

$$\text{Düşük insidans hızı} = \frac{9 \times 100}{43} = \%20,9\text{'dur.}$$

Düşüklerin 6 (%66,7)'si I. Trimesterde, 3 (%33,3)'ü ise II. Trimesterde meydana gelmiştir.

Bu düşükler hepsi kendiliğinden başlamış, bunların 7 (%77,7)'si hastaneye gitmesi gerekmiş ve doktor tarafından sonlandırılmıştı (Tablo 13).

**Tablo 13**  
**Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şeklinin aylara göre dağılımı (1987)**

DÜŞÜK ŞEKLİ	KENDİLİĞİNDEN TAM OLDU		KENDİLİĞİNDEN TAM OLMAYAN DÜŞÜK KADIN HST. DOKTORUNA GÖTÜRDÜ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
DÜŞÜK AYI	S	%	S	%	S	%
1. AYDA DÜŞÜK	—	—	—	—	—	—
2. AYDA DÜŞÜK	—	—	1	100.00	1	11.11
3. AYDA DÜŞÜK	2	40.00	3	60.00	5	55.55
4. AYDA DÜŞÜK	—	—	2	100.00	2	22.22
5+ AYDA DÜŞÜK	—	—	1	100.00	1	11.11
<b>T O P L A M</b>	<b>2</b>	<b>22.22</b>	<b>7</b>	<b>77.78</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>

Düşük yapan kadınların yeniden gebelik isteme sorusuna 4 ay içinde gebe kalmak isteyen 8 (%88,9) kişi idi.

1 (%11,1) kişisi ise 5-12 ay içinde gebe kalmayı istemişti (Tablo 14).

**Tablo 14**  
**Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şekli ile yeniden gebelik istemeleri**  
**(1987)**

GEBELİK İSTİYORMU	HAYIR		EVET, 4. AY İÇİNDE		EVET, 5-12 AY İÇİNDE		EVET, 1 YILDAN SONRA		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
DÜŞÜK ŞEKLİ										
KENDİLİĞİNDEN TAM OLDU	—	—	1	50.00	1	50.00	—	—	2	100.00
KENDİLİĞİNDEN TAM OLMAYAN DÜŞÜK (KADIN HASTANEYE GİTMESİ GEREKMIŞ)	—	—	7	100.00	—	—	—	—	7	100.00
<b>T O P L A M</b>	—	—	8	88.89	1	11.11	—	—	9	100.00

Karina travma veya ağır kaldırdıktan sonra düşüğü başlayan 5 (%55,5) kişi idi. Biri (%11,1) hatırlamıyor, diğer 3 (%33,3) kişi ise gereksiz diye yanıtlamışlardı. (Tablo 15).

**Tablo 15**  
**Araştırma kapsamına giren kadınların düşük şekli ile başlama dağılımı**  
**(1987)**

DÜŞÜK BAŞLAMA	HATIRLAMİYOR		YABANCI CİSİM		İĞNE İLAÇ		KARINA TRAVMA AĞIR KALDIRMA		DOKTOR YAPTI		DİĞER		GEREKSİZ		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
DÜŞÜK ŞEKLİ																
Kendiliğinden tam oldu	1	50.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kendiliğinden tam olmayan düşük (Hastaneye Doktora)	—	—	—	—	—	—	5	71.43	—	—	—	—	2	28.57	7	100.00
Kadının kendisinin yaptığı tam düşük	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kadının kendisinin yaptığı tam olmayan düşük (Hastaneye Doktora)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hekim olmayan kişilerin yaptığı, isteyerek ve tam olmayan düşük	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hekim olmayan kişilerin yaptığı, isteyerek ve tam olmayan düşük (Hastaneye Doktora)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Çocuk aldırarak için doğrudan doktora gitmiş	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>T O P L A M</b>	1	11,11	—	—	—	—	5	56.56	—	—	—	—	3	33.33	9	100.00

“Neden düşük yaptınız?” sorusuna 3 (%33,3) kişi kadın sağlığı tehlikede ise, 5 (%55,5) kişi ise bilmiyor yanıtını vermiş idi.

Düşük yapanların 8 (%88,9) kişisi okur yazar değil, 1 (%11,1) kişisi ise ilk okul mezunuydu. (Tablo 16).

**Tablo 16**  
Araştırma kapsamına giren kadınların düşüklüğü ile eğitim durumuna göre dağılımı (1987)

EĞİTİM DURUMU	OKUR YAZAR DEĞİL		OKUR YAZAR		İLK OKUL MEZUNU		ORTA OKUL MEZUNU		LİSE DENGİ OKUL MEZUNU		YÜKSEK OKUL MEZUNU		TOPLAM		
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	
NEDEN DÜŞÜK YAPTI															
KADIN SAĞLIĞI TEHLİKEDE İSE	3	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	33.33
TÜM NEDENLER	—	—	—	—	1	100.00	—	—	—	—	—	—	—	1	11.11
BİLMİYOR	5	100.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	55.55
<b>TOPLAM</b>	<b>8</b>	<b>88.89</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>11.11</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>

Düşük yapanların 7 (%77,9)'si hastaneye baş vurmuştur.

Parasal harcamam oldu diyenler ise 7 (%77,7) kişi idi. (Tablo 17).

**Tablo 17**  
Araştırma kapsamına giren kadınların düşükte baş vurulan yer ile parasal harcamanın dağılımı (1987)

PARASAL HARCAMA YAPILDI MI?	EVET		HAYIR		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%
DÜŞÜKTE BAŞVURULAN YER						
HAYIR (EVDE)	—	—	2	100.00	2	22.22
HASTAHANE	7	100.00	—	—	7	77.78
<b>TOPLAM</b>	<b>7</b>	<b>77.78</b>	<b>2</b>	<b>22.22</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>

8-14 gün içinde işe başlayan 4 (%44,4) kişi idi.

2-7 gün içinde işe başlayan 2 (%22,2) kişi idi.

Bir aydan sonra işe başlayan 1 (%11,1) kişi idi (Tablo 18).



Tablo 18

Araştırma kapsamına giren kadınların düşük yaptığı yerle işe başlama süresinin dağılımı (1987)

İŞE BAŞLAMA SÜRESİ	Aynı Gün yada ertesi gün		2 - 7 gün içinde		8 - 14 gün içinde		15 - 30 gün içinde		1 Aydan fazla		TOPLAM	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Hiç kimseye	—	—	—	—	1	100.00	—	—	—	—	1	11.11
Görevli Ebe, Hemşire'ye	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ebe Kadına	—	—	2	33.33	3	50.00	1	16.67	—	—	6	66.67
Doktor'a	—	—	—	—	—	—	1	50.00	1	50.00	2	22.22
Diğer	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>T O P L A M</b>	—	—	2	22.22	4	44.44	2	22.22	1	11.11	9	100.00

Düşük yapanların hepsinde ateş, kanama, akıntı, bel ve karın ağrısı yakınmaları vardı. Yakınmaların çoğu 1-5 gün sürmüştü. (Tablo 19).

Düşük yapan 9 kadının 7 tanesinin kocaları düştükten haberi olunca kızmışlardı.

256 gebenin 247 tanesi canlı doğum yapmıştır. Ölü doğum yoktur. Doğan bebeklerin 7 tanesi ilk hafta içinde ölmüştür. Bu durumda;

$$\text{Perinatal Bebek Ölüm Hızı} = \frac{7}{247} \times 1000 = \text{Binde } 28,3 \text{ olmaktadır.}$$



**Tablo 19**  
**Araştırma kapsamına giren kadınların düşükte baş vurulan yerle**  
**komplikasyonların dağılımı. (1987)**

GÜNLER	KANAMA SÜRESİ				AKINTI				BEL KARIN AĞRISI				ATEŞ				TOPLAM	
	EVDE		HASTANEDE		EVDE		HASTANEDE		EVDE		HASTANEDE		EVDE		HASTANEDE		EVDE	HAST.
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
01 - 05 GÜN	—	—	4	57.14	1	50.00	5	71.43	—	—	—	—	2	100.00	6	85.71	3	15
06 - 10 GÜN	2	100.00	3	42.68	—	—	—	—	1	50.00	3	42.86	—	—	1	14.29	4	7
11 - 15 GÜN	—	—	—	—	1	50.00	1	14.29	—	—	2	28.57	—	—	—	—	1	3
16 - 20 GÜN	—	—	—	—	—	—	1	14.29	1	50.00	—	—	—	—	—	—	1	1
21 - 25 GÜN	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26 - 30+ GÜN	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	28.57	—	—	—	—	—	2

## TARTIŞMA

Araştırma kapsamına giren 256 gebenin 226 (%89)'sı okur yazar değildi, 20 (%7,9) kişisi ise ilkokul mezunuydu. (Tablo 5). Türkiye'de kadın okur yazarlık oranı 1985'te %76,8 olarak belirlenmiştir. (30, S.31). Bulduğumuz değerler Türkiye ortalamasının altına düşmektedir. Kocaların 131 (%51,2) kişisi okur yazar değil, 111 (%43) kişisi ise ilk okul mezunuydu. Çiftçilik meslek olarak ön plandaydı. (Tablo 6). Türkiye'de erkek okur yazarlık oranı 1985'te %95,1 olarak belirlenmiştir. (30, S.31). Kocaların eğitimi de Türkiye genelinin altına düşmektedir. Kocaların eğitim durumu kadınlara nazaran çok farklı düzeydedir. Yapılan araştırmalar eğitimin düşüklüğü etkilediği önemli bir faktör olarak bulunmuştur<sup>(27)</sup>.

Gebelerin doğurganlıkları incelediğimizde; 256 gebeden ilk gebeliği olan 20 kişi (%6,7) idi, 2 ile 6 kez gebe olanlar ise toplam 47 (%57,5) kişi idi. 11 ve daha çok gebeliği olanlar ise 19 (%7,4) kişi idi. Ortalama gebelik sayısı kadın başına 5,5'tir. (Tablo 7). Bazı araştırmalar bu oranı 4,9 ve 3,7 olarak bulmuşlardır.<sup>(24, 25)</sup>

Hiç canlı doğum yapmayanların sayısı 22 (%8,6) idi. 1 ile 6 canlı doğum yapan gebelerin toplam sayısı 170 (%66,4) kişi idi. 10 ve daha çok canlı doğum yapan gebelerin toplam sayısı 17 (%6,7) kişi idi. Kadın başına düşen ortalama canlı doğum sayısı 4,6 idi. (Tablo 8). Bazı araştırmalar bu oranları 2,7, 3,2 olarak bulmuştur. <sup>(24, 25)</sup>

Evlilikleri boyunca hiç düşük yapmayan 206 (%89) kişi idi. Bir kez düşük yapan 17 (%7,4) kişi idi, 2 veya daha çok kez düşük yapanların toplam sayısı ise 8 (%3,5) kişi idi. Evlilikleri boyunca düşük yapan kadın sayısı 25. Yaptıkları toplam düşük sayısı 40'tır.

Kadın başına düşen ortalama düşük sayısı 0,1, yaşayan çocuk sayısı ise 4,2'dir. (Tablo 9). Yapılan diğer araştırmalara göre yaşayan çocuk sayısını 2,2 ve 3,2, kadın başına düşen düşük sayısını ise 0,7 olarak bulmuşlardır. <sup>(24, 25)</sup>. Bölgede kadın başına düşen ortalama gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı diğer bölgelere göre yüksek bulunmuştur.

Araştırma kapsamına giren gebelerin 231 (%97,9) kişisi son doğumunu evde yapmıştı. 225 (%95,3) kişisinin son doğumları canlı ve zamanında olmuştu. (Tablo 10) yapılan bir araştırmaya göre gebe kadınlar son canlı doğumlarının %42'si bir sağlık kuruluşunda, %58 ise sağlık kuruluşu olmayan yerde yapmışlardı. Kırsal bölgelerde %76'sı, doğuda ise %84,5'i sağlık-sız koşullarda yapmışlardı<sup>(30)</sup>.

Araştırma kapsamına giren gebe kadınların 205 (%86,9) kişinin son doğumu ebe nine tarafından, toplam 9 (%3,81) kişinin ise doktor ve diplomalı ebe tarafından yapılmıştı. (Tablo 11). Türkiye'de batıda doğumların %85 doktor veya ebe hemşire tarafından yapılırken, bu oran kırsal bölgelerde %43'e düşmekte; doğuda bu oran %34'e düşmektedir<sup>(30)</sup>

Araştırma kapsamına giren 256 gebe kadın içinde 6 ve daha çok çocuk isteyen 220 (%85,9) kişi idi. Gebeler arasında hapla korunan iki kişi dışında korunan yoktu. (Tablo 12). Bazı araştırma sonuçlarına göre, iki çocuk isteyenlerin oranı kentsel bölgelerde %55 iken, kırsal bölgelerde %38'dir. Bölgesel farklılaşmalara bakıldığında ise yalnızca 2 çocuk isteyenlerin oranının batıda %62, doğuda ise %25 olduğu görülmektedir. Doğuda yaşayan kadınların %44'ü 4 yada daha fazla çocuk istemişlerdir<sup>(30)</sup>.

Başka bir araştırmaya göre, yöntem kullanan kadın sayısı %55,5, kullanmayan ise %32'dir<sup>(24)</sup>. Bulduğumuz değerler Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Bölgesel farklılıkları daha çarpıcıdır. Bu konuda gerekli eğitim ve hizmetin bölgeye verilmediği görülmektedir.

Araştırma kapsamına giren 250 gebeden 25 (%9,8) kişinin önceden düşük deneyimi vardı. Yaptıkları toplam düşük sayısı 40'tı. Kadın başına düşen ortalama düşük sayısı 0,1'dir. (Tablo 8). Bir yıllık izlem süresince 256 gebelikten 9 tanesi düşükle sonuçlanmıştı

Bazı düşük ölçütleri şöyledir:

Kaba düşük hızı binde 1,1

Doğurgan yaştaki kadınların yaptıkları düşük sayısı %0,6'dır.

100 gebeliğe karşı düşük sayısı %3,5'dir.

100 canlı doğuma karşı düşük sayısı %3,6'dır.

Düşük prevalansı ise %3,5'tir. Bazı ülkelerde düşük oranı binde olarak Hollanda 6,0, İsveç'e 9,2, İngiltere'de 11,6, İsveç'te 19,4, Macaristan'da 35,3'tür. (17, S.16, Tablo 3). ABD'de 19 yaş gurubunda %28, 20-24 yaş gurubunda 35,3, 25+ yaş gurubunda ise %36,7'dir. (8, S.28, Tablo 2). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, 100 canlı doğumda 28 düşük olmuştur<sup>(25)</sup> Başka bir araştırmaya göre ise 100 canlı doğuma karşı düşük sayısı 25,6'dır<sup>(30)</sup>. Bulduğumuz sonuçlar Türkiye genelinde yapılan araştırma sonuçlarına göre düşüktür. Bununla birlikte özellikle kentsel bölgelerdeki düşüklerin önemli bir bölümünü isteyerek yapılan düşükler oluşturmaktadır. Araştırmamızda bulunan düşük değerinde, hafıza faktöründe rolü olduğu düşünülebilir. Gebeleri kendilerine yapılan izlem sayısına göre incelediğimizde, elde ettiğimiz sonuçlar, diğer araştırma sonuçlarına benzemektedir. I. (8-9 izlem) ve II. (6 izlem) trimesterde tespit edilen erken gebeliklerde düşük insidans hızı %20,9 (8-9 izlem), %18,3 (7 izlem), %10,9 (6+ izlem) olarak bulunmuştur.

Toplam düşüklerin 6 (%66,7)'si I. Trimesterde, 3 (%33,3)'ü ise II. Trimesterde meydana gelmiştir. Düşüklerin hepsi kendiliğinden başlamış, bunların 7 (%77,7)si hastaneye gitmiş ve doktor tarafından sonlandırılmıştır. (Tablo 13). I. Trimesterden sonra meydana gelen düşükler daha çok tehlikelidir. (2, 5.27)

Düşük yapanların 8 (%88,9)'i ilk 4 ay içinde, 1 (%11,1)'i ise 5-12 ay içinde gebe kalmayı istemişlerdi. (Tablo 14)

Düşüklerin büyük çoğunluğu ağır kaldırdıktan sonra başlamıştı. (Tablo 15). Bu durum köylü kadınların ağır işlerde çalışmasına bağlanabilir.

"Çevrenizde ve yakın köylerde kadınlar neden düşük yaparlar" sorusuna, kadın sağlığı tehlikede ise, diyen 3 (%33,3) kişi idi, 5 (%55,5) kişisi ise bilmiyor yanıtını vermişti. (Tablo 16).

Düşük için hastaneye başvuran 7 (%77,7) kişinin parasal harcaması olmuştu. (Tablo 17). Diğer araştırmalara göre de düşük yapan kadınların parasal harcamaları olmuştu<sup>(24, 25)</sup>.

Düşükler, kadınların hepsinde kısa bir süre olsa bile gene de iş gücü kaybına yolaçmıştı. (Tablo 18).

Düşük komplikasyonları olarak; ateş, akıntı, kanama, bel ve karın ağrısı yakınmaları vardı. Bu yakınmalar çoğunlukla 1-5 gün sürmüştü. (Tablo 19). Bizim bulgularımız diğer araştırma bulgularına uyum göstermektedir (13, 14, 15, 16, 18, 19, 24, 25).

Düşük yapan yedi kadının kocası eşlerinin düşük yaptığını duyunca hoşnutsuzluk ifade etmişlerdi.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada çıkan sonuçlar ve bu konudaki öneriler şunlardır:

- 1- Bölgede genel eğitim düzeyi çok düşüktür. Eğitim eksikliğinin öncelikle giderilmesi gereklidir.
- 2- Bölgedeki kadınların doğurganlık ölçütleri ülke geneline göre yüksektir. Bu konu ile ilgili olarak bölgede aile planlaması eğitim ve hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu konuda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Üniversitelerin yanısıra, gönüllü kuruluşlarında yardım ve desteği sağlanmalıdır.
- 3- Bölge kadınlarında düşük sıklığı ülke geneline göre az bulunmuştur. Bu konuda gebeliğin tespit edildiği dönem önemli olmaktadır. Erken tespit edilen gebeliklerde düşük hızları daha fazladır. Bölgedeki birinci basamak sağlık örgütünün eksiklerinin giderilerek daha verimli çalışılabilir duruma getirilmesi gereklidir.
- 4- Kadınlar genel olarak çok çocuk istemektedirler. Nüfus planlaması konusunda etkili eğitimlerle anne ve çocuk sağlığı yönünden önemli risk getiren bu durumun düzeltilmesine çalışılmalıdır.
- 5- Kadınların doğum sayısı arttıkça düşük deneyimi de artmaktadır. Etkili aile planlaması eğitim ve hizmetlerinin sunulması ile bu durumda düzeltilebilir.
- 6- Düşük yapan kadınların hepsinde bir takım sağlık sorunları olmaktadır. Çalışma boyunca saptanan düşüklerin önemli bölümü doktor gözetiminde yapılmıştı. Bu durum, düşük sonu gelişen sağlık sorunlarının önemli boyutlara ulaşmasını önlemiştir.

## ÖZET

Araştırma 6 Ekim 1986 ve 15 Ekim 1987 tarihleri arasında bir yıl süreyle Mardin ili Mazıdağı ilçesinin 16 köyünde tespit edilen gebeleri ayda bir izlemek koşuluyla anket uygulaması şeklinde, prospektif bir çalışma yapıldı.

Gebe kadınların 226 (%89)'sı okur yazar değildi. Kocalarının eğitim durumu ise 111 (%43) kişisi ilkokul mezunu olup, çoğunlukla çiftçilik yapıyordu. Kadın başına düşen ortalama gebelik sayısı 5,5, canlı doğum sayısı 4,6, yaşayan çocuk sayısı ise 4,2 idi.

Araştırma gurubuna giren 256 gebenin 25 (%11) tanesinin bir veya daha fazla düşük deneyimi vardı. Kadın başına düşen ortalama düşük sayısı 0,1'dir.

Son yıl içinde düşük insidans hızı %3,51'dir. İzlem sayısına göre baktığımızda erken gebelik tespit sırasına göre düşük insidans hızı %20,9 (8-9 izlem), %18,3 (7 izlem), %10,9 (6 + izlem) dir.

Yapılan düşüklerin, tıbbi komplikasyonları olarak 1-5 gün süreli ateş, kanama, akıntı, bel ve karın ağrısı olduğu bulundu.

## YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1- Tezcan, S. Fişek, N.H.: Çocuk Düşürme: Önemli ve sosyal bir sorun. H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No: 12, Ankara, 1980, s.26-27.
- 2- Akın, A.: Hekimler için Aile Planlaması El Kitabı, Ankara, 1983, s.123.
- 3- Spontaneous and induced abortion: Report of a WHO Scientific Group, Technical Series, No.461, World Health Organisation, Geneva, 1970.
- 4- Pritchard, A.Jack. Pauk, Mac Donald. Grant, Norman, F.: Williams Obstetrics. Seventeenth edition, 1985, s.467-490.
- 5- Danforth, N., Davit. Scott, R.James.: Obstetrics and Gynecology. Fifth Edition, 1986, s.378-647.
- 6- Donald, I.: Practical obstetric problems; Uayd Luke Medical Books Ltd., London, 1972.
- 7- devereux, G.: A Study of abortion in primitive Societies; julion press, Newyork, 1955.
- 8- Grimes, A. David.: Provision of abortion series in the United States "Abortion progress and social implications" içinde ciba Foundation Symposium 115, (s.26) Pitman, London, 1985.
- 9- Center for disease control abortion Surveillance, Annual Summary 1977. U.S. Department of health, Education, and welfore. Public Health service, s.52, Table, 28.
- 10- Akın, A. (Gelişmekte olan ülkelerde abortus komplikasyonları) H.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Ders Nottarı.
- 11- Center for disease control abortion surveillance, Annual Summary 1979-1980 U.S. Department of Health, Education, and welfore. Public Health Service.
- 12- David, P.Henry: Post-Abortion and postpartum psychiatric hospitalization, "Abortion progress and social implications" içinde Ciba Foundation Symposium 115, (s.150) pitman, London, 1985.
- 13- Frank, Peter.: Seguelae of Induced abortion, "Abortion progress and Social implications" içinde (Ciba Foundation Symposium 115), (s.67). Pitman, London, 1985.
- 14- Barron, L.S.: Some aspects of late abortion for Congenital abnormality "Abortion progress and Social implications" içinde (Ciba Foundation Symposium 115), (s.102) Pitman, London, 1985.
- 15- Sloane Bruce,R, D.M.: Abortion changing views and practice, Grune and Stratton Newyork and London, 1973, (s.165-171)
- 16- Abortion in a Changing World, Ed. "Robert E.Hall, M.D." Volume, II. Colombia University press Newyork and London 1970, s.119.
- 17- Paintın, B.David.: Legal Abortion in England and wales "Abortion progress and Social implications" içinde (Ciba foundation Symposium 115) (s.4-20) pitman, London, 1985.
- 18- Murugu, M.N, Vansala Samson and Matl, K.G.: Mortality due to abortion at Kenyatta National Hospital, 1974-1983 "Abortion progress and Social implications" içinde (Ciba Foundation Symposium 115) (s.41) Pitman, London, 1985.
- 19- Esendal A.Ş.: Ana Sağlığı bakımından Gülümlü Gebelik, Doğum kontrolü ve koruyucu hekimlik; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 15: 419-429, 1962.
- 20- Compbell, V.A.: Viability and the moral status of the Fetus "Abortion proress and social implications" içinde (Ciba Foundation Symposium 115), (s.228), Pitman, London, 1985.
- 21- Sarvis, B., Rodman, H.: The abortion controversy, Colombia University Press, Newyork and London, 1973, s.176.
- 22- Rossosf, I.Jeannie: Politics and abortion "Abortion progress and Social implications" içinde (Ciba Foundation Symposium 115), (s.244) Pitman, London, 1985.
- 23- Omran, A.R.: Epidomiological and sociological Aspects of Abortion IPPE, Near eats Regional ofice, Beirut, 1971.
- 24- Akın, A.: Kadın Sağlığı yönünden düşük sorunu, Doçentlik tezi H.Ü. Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara. 1976.
- 25- Bulut, A.: Çubuk Bölgesinde düşüklerin özellikleri, Uzmanlık tezi, H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Birimi, Ankara, 1979.
- 26- Tezcan, S.: "Induced Abortion, An Epidemiological and methodological study", Doctoral study, School of public Health of University of North Carolina, 1975.
- 27- Tezcan S., Fişek, H.N.: Türkiye'de çocuk düşürme, H.Ü.T.H.E., Ankara, 1980, s.12-16.
- 28- Güven, S.: "Yenikent Sağlık Ocağı köysel bölgesinde 15-44 yaşlar arası evli kadınların sağlık düzeylerinin tespiti ile ilgili araştırma" H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1972. (s.15-18)
- 29- Egemen, A.: "Sinca'da 15-44 yaşlar arası evli kadınların sağlık düzeylerinin saptanması ile ilgili araştırma" H.Ü.T.F. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, 1972, (s.14-16).
- 30- ...., Nüfus, Aile, Sağlık, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Ankara, 1986.

**EKLER**

## EK I

### MAZIDAĞI KÖYLERİNDE GEBE KADINLARIN TANITIM FORMU

Kolon	Kod	
		Kadının Adı Soyadı :
		Kocanın Adı Soyadı :
1 - 4		1. Sıra No:
5 - 6		2. Yaş
7		3. Eğitim durumu
		1. Okur yazar değil
		2. Okur yazar
		3. İlkokul mezunu
		4. Ortaokul mezunu
		5. Lise ve dengi okul
		6. Yüksek okul
8		4. Kocası ne iş yapar
		1. Çiftçi
		2. Ücretli işçi
		3. Memur
		4. Serbest meslek
		5. İşsiz
9		5. Kocanın eğitim durumu
		1. Okur yazar
		2. Okur yazar değil
		3. İlkokul mezunu
		4. Lise ve dengi okul
		5. Yüksek okul mezunu
10 - 11		6. Şimdiye kadar toplam kaç defa gebe kaldınız? .....
12 - 13		7. Toplam kaç canlı doğum yaptınız? .....
14 - 15		8. Halen yaşayan çocuk sayınız kaç? .....
16		9. Hiç düşük yaptınız mı, kaç kez? .....
		0. Hayır
		1. 1 kez
		2. 2 kez
		3. 3 kez
		4. 4 kez
		5. 5 kez
		6. 6+ kez
17		10. Bundan önceki son gebeliğiniz nasıl sonlandı?
		1. Canlı zamanında doğdu
		2. Canlı erken doğdu
		3. Ölü doğdu
		4. Kendiliğinden düşük
		5. İsteyerek düşük
18		11. Bu gebeliğinizden önceki son doğumunuzu nerede yaptınız?
		1. Hastanede
		2. Sağlık ocağı
		3. Özel klinik
		4. Evde
		5. Diğer (Açıklama)
19		12. Bu gebeliğinizden önceki doğumun kim tarafından yaptırıldı?
		1. Kendi kendine
		2. Ebe-nine
		3. Diplomalı Ebe, Hemşire
		4. Doktor

- 20
13. Sizin gibi bir aile için kaç çocuk yeterlidir?
1. 1
  2. 2
  3. 3
  4. 4
  5. 5
  6. 6+
- 21
14. Son gebeliğinden önce gebe kalmamak için korunuyor muydun?
0. Hayır
  1. RIA
  2. Hap
  3. İğne
  4. Takvim yöntemi
  5. Kaput yöntemi
  6. Geri çekme
  7. Diğer (Açıklama)

**EK II**

**KÖYÜ** : .....

**HANE NO** : .....

**MAHALLESİ** : .....

**15 - 49 YAŞ GRUBU EVLİ KADIN İZLEM FİŞİ**

İSİM	Sıra No.	Yaş	İzlem Tarihi												
			İzlem Sayısı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
			Gebe												
			Sat												
			Düşük												

**Not :** Sat: Son adet tarihi

+ Gebelik —

CD: Canlı doğum

D: Düşük

**EK III**  
**YENİ OLAN DÜŞÜKLER İÇİN DÜŞÜK FORMU**

Kolon	Kod	
		Kadının adı ve soyadı: Kocasının adı ve soyadı:
1 - 3		1. Sıra No: .....
4 - 5		2. Düşük ne zaman oldu?
6		3. Düşen çocuk kaç aylıktı?
7		4. Bu düşük nasıl oldu? 1. Kendiliğinden ve tam oldu 2. Kendiliğinden ve tam olmayan düşük (Kadının hastaneye ve doktor'a gitmesi gerekmiş) 3. Kadının kendisinin yaptığı isteyerek ve tam düşük 4. Kadının kendisinin yaptığı ve tam olmayan düşük (Hastane ve doktor'a gitmesi gerekmiş) 5. Hekim olmayan kişiler tarafından yaptırılan istemiyerek ve tam olmayan düşük 6. Hekim olmayan kişiler tarafından yaptırılan isteyerek ve tam olmayan düşük (Hastane ve doktor'a gitmesi gerekmiş) 7. Çocuk aldirmek için doğrudan doğruya doktora gitmiş.
8		5. Gebe olduğunu fark ettiğinde bunu düşürmeyi istedin mi? 1. İstememiş 2. İstemiş, fakat düşürmek için birşey yapamamış. 3. İstemiş, düşürmeye çalışmış, başaramamış. 4. Çocuğu düşürmüştü.
9		6. Bu düşüğü kendin veya başkası tarafından neyle başlattınız? 1. Hatırlamıyor 2. Yabancı cisim (Açıklama) 3. İğne - ilaç 4. Karma travma, ağır kaldırma 5. Doktor yaptı 6. Diğer (Açıklama)
10		7. Kendiliğinden olmayan düşüklere için; neden çocuk düşürdün veya aldirdiniz? (En önemli neden) 1. Sağlığım iyi değil 2. Yeteri kadar çocuğum var 3. Geçim zor 4. Son çocuğum çok küçük 5. Diğer (Açıklama)
11		8. Sizin çevrenizdeki, köyünüzdeki kadınlar neden düşük yapıyorlar (En önemli neden) 1. Kadın sağlığı tehlikede ise 2. Evli çift daha fazla çocuğa bakamayacak durumda ise 3. Evli çift doğacak çocuğun sakat olabileceği veya normal olamayacağını düşünüyorsa 4. Evli çift başka çocuk istemiyorsa 5. Evli çift gebelikten korunma yöntemlerinden birini kullanırken gebe kalmışsa 6. Sağlık ve ekonomik neden birlikte bulunuyorsa 7. Tüm nedenler 8. Bilmiyor
12		9. Düşük nasıl saptandı? 1. Hekimce kesin olarak bilinen gebelik sonlandı 2. Hikayeden düşük olduğu kesin 3. Şüpheli düşük

- 13 10. Gebe kaldığında korunuyor muydun?  
0. Hayır  
1. RIA  
2. İğne  
3. Hap  
4. Kaput  
5. Geri çekme  
6. Diğer
- 14 11. Gebelikten korunmadığına göre çocuk istiyor musunuz?  
1. Evet  
2. Hayır  
3. Gerekmez
- 15 12. Çocuk düşürmek için ilk kime başvurduunuz?  
1. Hiç kimseye  
2. Görevli ebe'ye, hemşire'ye  
3. Ebe kadına  
4. Doktor'a  
5. Diğer
- 16 13. Düşük için herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurdu mu?  
1. Hayır  
2. Hastaneye  
3. Doğumevi  
4. Sağlık Ocağı  
5. Özel klinikler  
6. Diğer (Kim?)
- 17 14. Düşük için parasal harcaman oldu mu?  
1. Evet  
2. Hayır
- 18 15. Son düşüğünüzden ne kadar süre sonra günlük işlerinizi tekrar yapmaya başladınız?  
1. Aynı gün yada ertesi gün  
2. 2-7 gün  
3. 8-14 gün  
4. 15-30 gün  
5. 1 aydan sonra
19. 16. Kocanın düşükten haberi oldu mu, nasıl karşıladı?  
1. Olmadı  
2. Oldu, iyi karşıladı  
3. Oldu, kızdı
- 20 17. Yeniden gebe kalmak ister misiniz?  
1. Hayır  
2. Evet, 4 ay içinde  
3. Evet, 5-12 ay arası  
4. Evet, 1 yıldan sonra



Kolon Kod

18. Son düşüğünüzden sonra herhangi bir rahatsızlığınız oldu mu?

**Rahatsızlığın Adı**

**Süresi (Gün)**

21 - 22

Kanama

.....

23 - 24

Akıntı

.....

25 - 26

Bel ve karın ağrısı

.....

27 - 28

Ateş

.....

29

Kilo kaybı

1. Evet 2. Hayır

30

Düzensiz adet görme

1. Evet 2. Hayır

31

Rahimde parça kalma

1. Evet 2. Hayır

32

Ruhsal sıkıntı

1. Evet 2. Hayır

33

19. Bu düşükten sonra korunmayı düşünüyor musunuz?

0. Hayır

1. RIA (Rahim içi araç)

2. Hap

3. Kaput

4. İğne

5. Geri çekme

6. Kısırlaştırma

7. Tehlikesiz günler

8. Diğer

EK IV

ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN KÖYLERİN DURUMU

KÖYLER	GÜMÜŞYUVA	SAKIZLI	ARISU	YETKİNLER	BALPINAR	KOCAKENT	KARATAŞ	BAHÇEÇİK	ENGİN	DIKYAMAÇ	YALINAĞAÇ	EVÇİLER	MEŞELİ	ÖMURLÜ	EKİNCİLER	ŞENYUVA
NÜFUS	246	754	646	454	695	1334	355	225	225	57	213	1051	245	680	281	610
İLÇEYE OLAN UZAKLIĞI (Km.)	30	26	20	17	23	16	16	10	10	15	30	20	25	5	13	17
YOL DURUMU	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	S	T	A	S	T
KİŞİN ULAŞIM DURUMU	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
HANGİ VASITA İLE GİDİLİR	H	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
ELEKTRİK DURUMU	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
SU DURUMU	—	—	—	—	—	—	—	—	+	+	—	+	—	+	—	—
COĞRAFİ KONUM	D	D	O	D	O	O	D	O	O	D	D	O	D	O	O	O

**YOL:** T = Toprak  
S = Stabilize  
A = Asfalt

**ULAŞIM DURUMU:** + = Gidilebilir  
— = Gidilemez

**GİDEN VASITA:** M = Motorlu taşıt  
H = Hayvan

**ELEKTRİK:** + = Var  
— = Yok

**SU DURUMU:** + = Var  
— = Yok

**COĞRAFİ KONUM:** D = Dağılık  
O = Ovalık

## EK V

### DÜŞÜKLERİN YASAL STATÜSÜNE GÖRE ÜLKELERİN DAĞILIMI (1982)

#### Çocuk düşürmenin kesin yasak olduğu ülkeler:

Belçika	Kolombiya
Endonezya	Malta
Filipinler	Portekiz
İran	Somali
İspanya	Zaire

#### Çok kısıtlı olarak, kadının yaşamı tehlikede olduğu zaman çocuk düşürmenin serbest olduğu ülkeler:

Bangladeş	Libya
Irak	Nijerya
İrlanda	Pakistan
Kenya	Suudi Arabistan
Lübnan	Suriye
	Birleşik Arap Emirlikleri

#### Tıbbi ve sosyal nedenlerle istemli düşük yapılabilen ülkeler:

Brezilya	Mısır
Cezayir	Ürdün
İsrail	Türkiye
Kanada	Yeni Zelanda
Meksika	Yunanistan

#### İstek üzerine düşük yapmanın serbest olduğu ülkeler:

Amerika	Hindistan
Avusturya	İtalya
Batı Almanya	Japonya
Bulgaristan	Norveç
Çin	Romanya
Danimarka	S.S.C.B.
Doğu Almanya	Tunus
Fransa	Yugoslavya