

24362

T. C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

Araş. Gör. Ferda ULUFER
Danışman Öğretim Üyesi Prof. Dr. İnci EREFE

İZMİR - 1992

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Ö N S Ö Z

Araştırmanın her aşamasında katkıları olan Prof.Dr. Ince EREFE'ye, veri toplama aşamasında kürtaj olmak üzere Yenişehir ve İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran kadınlar ile görüşebilmeme olanak tanıyan hastane başhekimliklerine ve araştırmama denek olan tüm kadınlara, istatistiksel değerlendirmeler aşamasında destek veren Arş. Gör. Timur KÖSE'ye, araştırmanın yazımını gerçekleştiren Fatma YAĞAR'a teşekkür ederim.

Arş. Gör. Ferda ULUFER

İ Ç İ N D E K İ L E R

	<u>Sayfa No</u>
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABİLOLAR DİZİSİ	vii
BÖLÜM I	
GİRİŞ	1
1.1- Araştırmanın Amacı	4
1.2- Tanımlar	5
1.3- Genel Bilgiler	6
1.3.1- Dünya'da ve Türkiye'de Nüfus Sorunu	6
1.3.1.1-Dünya'da Nüfus Artışı ve Nüfus Sorunları	6
1.3.1.1-Türkiye'de Nüfus Artışı ve Nüfus Sorunları	11
1.3.1.2.1-Türkiye'deki Nüfus Politikaları	1
1.3.2- Aile Planlamasının Sağlık Üzerine Yararları ve Türkiye'de Ailelerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları	16
1.3.2.1-Aile Planlamasının Çocuklara Yararları	16

1.3.2.2-Aile Planlamasının Anneye	
Yararları	20
1.3.2.3-Türkiye'de Ailelerin Aile	
Planlaması Konusunda Bilgi,	
Tutum ve Uygulamaları	22
1.3.3- Düşük ve Çeşitleri	27
1.3.3.1-Çocuk Düşürmenin	
Tarihçesi	29
1.3.3.2-Çocuk Düşürme Tıbbi ve	
Sosyal Bir Sorun	30
1.3.4- Dünya'da ve Türkiye'de Çocuk	
Düşürmenin Yasal Durumu	32
1.3.4.1-Dünya'da Çocuk Düşürmenin	
Yasal Durumu	32
1.3.4.2-Türkiye'de Çocuk Düşürme İle	
İlgili Yasal Durum	39
1.3.5- Çocuk Düşürmenin Evrensel	
Sıklığı	41
1.3.6- Çocuk Düşürmeyle İlgili Türkiye'de	
Yapılmış Araştırmalar	43
1.3.6.1-Hastane Araştırmaları	45
1.3.6.2-Bölgesel Araştırmalar.....	47
1.3.6.3-Ülke Çapındaki Araştırmalar ..	49
1.3.7- Çocuk Düşürmeye Bağlı Ana Mortalitesi.	55
1.3.8- İsteyerek Çocuk Düşürmeye Neden Olan	
Faktörler ve Başvurulan Yöntemler	58

1.3.8.1-İsteyerek Çocuk Düşürmeye	
Neden Olan Faktörler	58
1.3.8.2-İsteyerek Yapılan Düşüğü	
Gerçekleştirmek İçin	
Başvurulan Yöntemler	74
1.3.9- Kaygı ve Kürtaj	77

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM	82
2.1-Araştırmanın Tipi	82
2.2-Araştırmanın Yapıldığı Yer	82
2.3-Araştırmanın Evreni ve Süresi	83
2.4-Araştırmanın Örneklemi	83
2.5-Veri Toplama Tekniği	86
2.7-Hipotezler	88

BÖLÜM III

BULGULAR	89
3.1-Araştırma Kapsamına Giren Kadınların	
Sosyo-Demografik Özellikleri ile	
İlgili Bulgular	89
3.2-Araştırma Kapsamına Giren Kadınların	
Gebelik, Düşük ve Kontraseptif	
Kullanma Öyküleri	96
3.3-Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Kürtaj	
Sayısına Etki Eden Etmenlere İlişkin Bulgular	107

3.4- Araştırma Kapsamına Giren Kadınların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular	124
---	-----

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ	146
4.1- Tartışma	146
4.1.1- Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin İncelenmesi	146
4.1.2- Kadınların Gebelik, Düşük ve Kontraseptif Kullanma Öykülerinin İncelenmesi	148
4.1.3- Kadınların Kürtaj Sayılarına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi ...	152
4.1.4- Kadınların Durumluk ve Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi	157
4.2- Sonuç	
4.2.1- Öneriler	
ÖZET	
SUMMARY	
KAYNAKLAR	
EKLER	
EK I Anket Formu	
EK II Durumluk Kaygı Envanteri	
EK III Sürekli kaygı Envanteri	

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
1 - Bazı Demografik Göstergeler Dünya'nın En Kalabalık On Ülkesi İle İngiltere, Türkiye, Meksika ve Mısır.....	9
2 - Türkiye'de Doğurganlık Çağında Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananlar (1963-1988)	23
3 - Gebeliğin Sonlandırılmasıyla İlgili Yasa ve Politikalar. Dünya'nın En Kalabalık 10 Ülkesi ile İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika	34
4 - Dünya'nın En Kalabalık 10 Ülkesi ve İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika'da Düşükler	44
5 - Hastane ve Kliniklerde Yapılan Düşükle İlgili Araştırmalar	46
6 - Türkiye'de Yapılmış Düşükle İlgili Bölgesel Araştırmalar	48
7 - Ülke Çapında Yürütülen Düşükle İlgili Araştırmalar ve Bazı Sonuçları.....	50
8 - 100 Gebeliğe Karşı Düşük Oranları	54

9 - Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ...	89
10-A - Kadınların Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	90
10-B - Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	91
11 - Kadınların ve Eşlerinin Evlilik Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	92
12 - Kadınların İdeal Evlenme Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	93
13 - Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı	94
14 - Kadınların ve Eşlerinin Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı	94
15 - Kadınların Oturdukları Bölgelere Göre Dağılımı	95
16 - Kadınların Aile Tiplerine Göre Dağılımı	95
17 - Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	96
18 - Kadınların Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	97

19 - Kadınların Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	97
20 - Kadınların Toplam Düşük, İsteyerek Yapılan Düşük ve Kendiliğinden Olan Düşük Sayılarına Göre Dağılımı	98
21 - Kadınların İdeal Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	99
22 - Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Dağılımı	100
23 - Kadınların Son Gebeliklerinde Yöntem Kullanıp Kullanmamalarına Göre Dağılımı	100
24 - Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı	101
25 - Yöntem Kullanmayan Kadınların Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı	101
26 - Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri, Bilme - Bilmeme ve Kullanma - Kullanmama Durumlarına Göre Dağılımı	102
27 - Hap Kullanan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı	103

28 - RİA Kullanan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı	103
29 - Kılıfla Korunan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı	104
30 - Hap Kullanan Kadınların Hap'ı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı	104
31 - RİA Kullanan Kadınların RİA'yı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı	105
32 - Kılıfla Korunan Kadınların Kılıfı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı	105
33 - Kadınların Kürtaj Olmalarını Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı ...	106
34 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	108
35 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	109
36 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	110

37 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı	111
38 - Kadınların Kürtaj Sayılarının, Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımı	112
39 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Eşlerinin Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımı	113
40 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	114
41 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Eşlerinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	115
42 - Kadın Kürtaj Sayılarının Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	116
43 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	117
44 - Kadınların Kürtaj Sayılarının İdeal Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	118

45 - Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	119
46 - Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	120
47 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Kadınların ve Eşlerinin Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı	121
48 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Oturdukları Konumlara Göre Dağılımı	122
49 - Kadınların Kürtaj Sayılarının Aile Tiplerine Göre Dağılımı	123
50 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı	125
51 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	127

52 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı	129
53 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı	131
54 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı	133
55 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı	135
56 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	137

57 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımlı	140
58 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Oturdukları Bölgelerin Konumuna Göre Dağılımlı	142
59 - Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk - Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Aile Tiplerine Göre Dağılımlı	114

G İ R İ Ő

Dünya Sağlık Örgütünün 1974 yılında yapılan Assembliesinde "Herkesine Sağlık Hizmeti" amacına ulaşılması için karar alınmış ve bu karardan sonra 1978 yılında Alma Ata' da başta UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere Uluslararası kuruluşların katkısı ile düzenlenen konferansta "2000 yılında Herkesine Sağlık" kavramı benimsenmiştir. (42, 62, 85, 129) Dünya Sağlık Örgütü anayasasında kabul edilen tanımlamaya göre; sağlık "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir". (32, 36, 44, 76, 112) Kalkınmakta olan ülkemizde beden, ruhen ve sosyal bakımdan sağlıklı bir toplum oluşturabilmek oldukça güçtür. Bu durumun en önemli nedeni hızlı nüfus artışı dolayısıyla yaşanan çeşitli toplumsal sorunlardır. Hızlı nüfus artışının fizyolojik ve sosyal nedeni olarak aşırı doğurganlık; kişi ve ülke düzeyinde pek çok sorunlara yol açtığından, toplum sağlığı çalışmalarının ilk aşamasında yer almalıdır. (51, 73, 83, 115)

1985 yılı nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında % 40,2 sini 0-14 yaş grubu, % 22'sini ise doğurgan yaş grubu olan kadınlar oluşturmaktadır. (17) Başka bir deyişle ülkemizde yaşayan her üç kişiden ikisinin Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerine gereksinimi vardır. (37, 78, 105)

Ana ve Çocuk Sağlığını olumsuz olarak etkileyen en önemli faktör aşırı doğurganlıktır. Ülkemizde aşırı doğurganlık nedeni ile köylerde 15-19 yaş grubunda, kentlerde ise 25-34 yaş grubunda kadın ölüm oranları erkeklerden yüksektir. (43, 133) Dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda jinekolojik şikayet ve hastalıklar dördten az çocuklu kadınlara kıyasla önemli ölçüde fazladır. Aşırı doğurganlığın çocuk sağlığı üzerine etkisini araştıran birçok araştırmada; ailede çocuk sayısı arttıkça çocuk ölümlerinin artmakta, çocukların hastalanma oranlarının yükselmekte, beslenme durumlarının bozulmakta ve zeka gelişimlerinin gerilemekte olduğu saptanmıştır. (22, 86, 87, 116)

Aşırı doğurganlığı azaltmada en etkili yol, aile planlaması yöntemlerini kullanmaktır. Ülkemizde doğurganlığın yüksek oluşu; bazı bölgelerimizde kasıtlı uygulamalar dışında ailelerin fazla çocuk istemelerinden değil, etkin yöntem kullanmamalarından ileri gelmektedir. (19, 44, 45)

Yöntem seçme oranları diğer ülkeler ile kıyaslandığı zaman, Türkiye'de bu oranların oldukça düşük olduğu görülür. Örneğin A.B.D.'de 1970 yılında doğurganlık çağındaki evli kadınların % 67'si etkin yöntem kullanmaktadır. Aşırı doğurganlığı kontrol edebilen Güney Kore ve Taiwan gibi ülkelerde başarının en önemli nedeni etkili yöntem kullanılmasıdır. (46) 1982-1987 yıllarında Amerikan kadınları arasında (18-44 yaş arası) yöntem kullanımı yaklaşık % 93 olarak saptanmış, etkin yöntemlerin kullanımı % 68'den % 71'e çıkmıştır.

Aynı araştırmada 1982'deki hap kullanım oranının % 65 den 1987'de % 76'ya, kondom kullanımının % 38'den % 60'a çıktığı, RİA kullanımının % 26 dan % 19'a düştüğü belirlenmiştir. (49)

1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu bir makalede Dünya kadınlarının yaklaşık 65 milyonunun (131), 1988 yılında yayınlanan bir başka makalede de Dünya kadınlarının yaklaşık 85 milyonunun RİA kullandığı belirtilmiştir. (93) Dünya'daki tüm RİA kullanan kadınların % 70'i yani 59 milyonu Çin'de yaşamaktadır. Çin'de doğurgan yaştaki evli kadınların % 30'u RİA kullanmaktadır ki bu oran Dünya'nın hiçbir yerinde bu kadar yüksek değildir.

Kabir ve arkadaşlarının Bangladeş'te yaptıkları çalışmada evli kadınların % 55'inin bazı gebeliği önleyici yöntemleri bildikleri, ancak % 23'ünün halen gebeliği önleyici yöntem kullandıkları saptanmıştır. (63)

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili yapılmış birçok alan çalışmaları vardır. Yapılan tüm çalışmaların sonucunda Türkiye'de ailelerin gebeliği önleyici yöntem kullanmalarında bir artış ve etkili yöntemlere doğru bir geçiş eğilimleri olsa da, hala etkisi sınırlı olan geleneksel yöntemlerin yaygın olarak kullanılmakta olduğu saptanmıştır.

İstenmeyen gebeliklerle karşı karşıya kalan her yaş grubundaki kadınlar bu gebeliklerini sonlandırmak için kür-

taja yaygın olarak başvurmaktadırlar.

1.1- ARAŞTIRMANIN AMACI

Gebeliği önleyici yöntemler konusunda yeterli bilgilerin ve hizmetin sağlanamadığı ülkemizde, kadınlar planlanmamış gebeliklerini sonlandırmak ve çocuk sayılarını sınırlandırmak için çocuk düşürme yoluna başvurarak bunu bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmaktadırlar. (68, 110, 111)

24.5.1983 tarihinde 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Kanunu" ile gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar anne sağlığı yönünden tıbbi bir sakınca bulunmadığında gebeliğin sonlandırılabilceği yasallaştırılmıştır. (15, 39, 116, 134)

İstenmeyen gebelik kadının yaşamındaki en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk , pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olur. Bu uygulamaya karar verme durumunda olan kadın yoğun çelişkiler içinde ve karar verme güçlüğü içinde olduğundan çocuk aldırma psikolojik yönden travmatik bir olaydır. (107) Bu nedenle sağlığın tanımına göre gebe kalan ve psiko-sosyal nedenlerle bunalım içinde olan ve bu gebeliği istemeyen bir kadına sağlıklı deme olasılığı yoktur.

Kadın sağlığını tehdit eden böylesi bir sorunun ne ölçüde yaygın olduğunu saptamanın ana ve çocuk sağlığı ve aile planlaması konularına ilişkin yürütülecek çalışmalara

katkıda bulunacağı görüşünden yola çıkılarak, aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda bu araştırma planlanmıştır.

1- Kürtaja başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve kürtaja başvurmalarına neden olan faktörleri belirlemek,

2- Kadınların kürtaj öncesi aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmama durumlarını ve kullandıılarsa hangi yöntemi kullanırken gebe kaldıklarını ortaya çıkarmak,

3- Kürtaja başvurduklarındaki kaygı durumlarını saptamak,

4- Kürtaja ilk başvuranlarla daha önce kürtaj olanların kaygılarını karşılaştırmak, kaygı durumlarında fark olup olmadığını belirlemek.

1.2- TANIMLAR

İsteyerek Düşük (induced, provoked, artificial) :

Gebeliğin dışarıdan bir müdahale ile sonlandırılmasıdır.
(8, 103, 111, 125)

Kaygı : Genellikle bilinmeyen ve anlaşılamayan yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissi. (65, 75, 81, 90)

Durumluk Kaygı : Çevresel koşullara bağlı bir stres-ten ortaya çıkan ya da tehdit durumlarında kişinin gösterdiği karmaşık coşkusal tepkilerin anlatımıdır. Stresin kuvvetli ya da fazla olduğu durumlarda durumluk kaygı yükselir, stresin ortadan kalkması ile son bulur. (80, 81)

Sürekli Kaygı : Çevresel koşullardan bağımsız olarak kişinin huzursuzluk, vesvese, endişe duyma, karamsar olma, stres altında aşırı duyarlık gösterme ve yoğun coşkusal tepkilerde bulunma eğilimidir. (80, 81)

Kürtaj : Dölyatağının içini kazıyıp dölütü alma eylemidir. (16, 134)

1.3- GENEL BİLGİLER

1.3.1- DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE NÜFUS SORUNU

1.3.1.1- DÜNYA'DA NÜFUS ARTIŞI VE NÜFUS SORUNLARI

Paleolitik ve neolitik çağlarda çok az ve çok yavaş artan dünya nüfusu 17 ci yüzyıldan sonra hızla artmaya başlamıştır. (44) 1988 ortalarında 5 milyar 128 milyon olduğu tahmin edilen dünya nüfusunun 2000 yılında 6.3 milyar olacağı hesaplanmaktadır. (9, 44, 60) Bu büyüme günde 244 bin kişinin ya da saatte 10 bin kişinin nüfusa katılması

demektir. Yüzde 1.74'lük büyüme hızı devam ederse, 50 yıl içinde dünya nüfusu 12.1 milyara ve 100 yıl içinde de 28.8 milyara ulaşacaktır. Kuşkusuz böyle bir büyüme sonsuza kadar devam edemez. Şayet nüfus artışı bu hızla giderse gelecekte kıtlıklar kaçınılmaz bir sorun olacaktır. Bugün bile kendi nüfusunu besleyebilecek kadar besin üretebilen ülkelerin sayısı sınırlıdır. Dünya açısından ikinci önemli sorun, az gelişmiş ülkelerde hızlı nüfus artışının sosyo-ekonomik gelişmeyi yavaşlatması ve buna bağımlı olarak gelişmiş ülkeler ile az gelişmiş ülkelerin refah düzeyleri arasındaki farkın hızla büyümesidir. Bu iki sorun yanında nüfusun artışına bağımlı olarak çevrenin daha fazla kirlenmesi ve aşırı şehirleşme de küçümsenemeyecek birer sorundur. (9, 10, 44, 108, 127) Aşırı şehirleşmenin getirdiği işsizlik, fizik ve sosyal açıdan insan sağlığını etkilemektedir. (10, 127)

Yetersiz ve dengesiz beslenme, içme ve kullanma sularının uygun olmayan sanitasyonu, eğitimsizlik, sağlık bakım sistemlerinde organizasyon eksikliği gibi sosyal ve ekonomik olanaksızlıklarla, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık bir milyar insanın sağlığı tehlikededir. (130)

Nüfus artış hızının azalması, yaşam standartlarının artmasıyla paraleldir. Yaşam standardı Washington'daki "Population Crisis Committee" (Nüfus Kriz Komitesi) nin geliştirdiği insan sıkıntı endeksi ile ölçülmektedir. Bu

endeks, insanın temel ihtiyaçları olan gelir, pahalılık, yeni işler için talep, şehir nüfusunun baskıları, bebek ölümleri, beslenme, temiz su, enerji kullanımı, erişkinlerin okuryazarlığı ve kişisel özgürlüğü ölçmektedir. (60) Dünyanın en kalabalık on ülkesi ile birlikte; İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika'nın (en kalabalık on ülke hariç, dünyanın diğer bölgelerini temsil eden ülkeler) insan sıkıntı endeksi, kontraseptif kullanımı ve demografik göstergeleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo'da da görüldüğü gibi 15-44 yaşları arasında evli kadınların kontraseptif kullanım oranı arttıkça, ülke için toplam doğurganlık hızı ve "insan sıkıntı endeksi" düşmektedir. (60)

"2000 yılında Herkese Sağlık" sloganının benimsendiği 1978 Alma Ata Konferansında, dünya nüfusunun yarısından fazlasının iyi ve uygun bir sağlık hizmetinden yoksun bırakıldığı bildirilerek, 5. maddesinde "minimal bakım" dan söz edilmektedir. Minimal bakım hizmet alanları şunlardır :

- Halkın Sağlık eğitimi,
- Beslenme durumunun geliştirilmesi,
- Temiz su sağlanması ve sanitasyon,
- Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması,
- Önemli bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama,
- Endemik hastalıkların kontrolü,

TABLO 1 : Bazı Demografik Göstergeler

Dünyanın En Kalabalık On Ülkesi İle İngiltere, Türkiye, Meksika ve Mısır.

<u>Ülke</u>	<u>Tahmini Nüfus 1988 Ortası</u>	<u>Kaba Doğum Hızı (1988)</u>	<u>Kaba Ölüm Hızı (1988)</u>	<u>(%)</u>	<u>Nüfusun Kaç Yıl- da İkiye Katlanacağı (1988)</u>	<u>Doğal Artış Hızı (1988)</u>	<u>İnsan Sıkıntılı Endeksi.</u>	<u>Herhangi Bir Doğum kontrol Yöntemi Kullanan 15-44 yaş Kadınların % si</u>
Çin	1087	21	7	1.4	49	50	81	
Hindistan	817	33	13	2.0	35	61	39	
S.S.C.B.	286	20	10	1.0	68	19	75	
A.B.D.	246	16	9	0.7	99	8	68	
Endonezya	177	27	10	1.7	40	62	46	
Brezilya	144	28	8	2.0	34	50	65	
Jeponya	123	11	6	0.5	133	11	64	
Nijerya	112	46	17	2.9	24	80	5	
Bangladeş	110	43	17	2.7	26	79	25	
Pakistan	108	43	15	2.9	24	73	8	
Meksika	84	30	6	2.4	29	47	53	
İngiltere	57	13	12	0.2	408	12	83	
Mısır	53	38	9	2.8	24	55	30	
Türkiye	53	31	9	2.2	32	55	62	
D ü n y a	5128	28	10	1.7	40	55	51	

*Kontraseptif Yöntemler:Uluslararası Basım, 1989'dan alınmıştır.

- Sık görülen hastalık ve yaralanmaların uygun tedavisi,
- Temel ilaçların sağlanması.

Önceliklerin hangi alanlara verileceğine, Bildirgenin 6 ıncı ve 8 inci önerilerinde ayrıca değinilmiştir. Altıncı maddede, "..... toplumun öncelik isteyen sorunlarına eğilinmeli," denilmektedir. Sekizinci maddede ise, çeşitli nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan "risk altındaki kişilere" , kadın, çocuk ve çalışan insanlara öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir.

"Risk yaklaşımındaki temel düşünce, herkese biraz, gereksinmesi olana daha fazla" şeklinde sloganlaştırılmıştır. (11, 15, 85)

Kimlerin risk altında olduğu, ülkelere göre değişir. Ancak ; çocukların, gebelerin, emzikli annelerin ve doğurgan çağdaki kadınların özellik gösterdikleri genel bir anlayıştır. (85)

Gelişmekte olan ülkelerde kadınlar, üreme çağlarının büyük bir kısmını gebe ya da emzikli olarak geçirirler. Aşırı doğurganlık ana ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkiler.

1.3.1.2- TÜRKİYE'DE NÜFUS ARTIŞI VE NÜFUS SORUNLARI

1831 yılında, Osmanlı İmparatorluğu döneminde yapılan nüfus sayımında sadece erkek nüfus sayıldığından, bu döneme ait sağlıklı bir veri elimizde bulunmamaktadır. 1927 yılında yapılan ilk nüfus sayımında 13.648.000 olarak saptanmıştır. (4, 9, 32, 37, 109) 58 yıl sonra 3-8 kat artarak 1985'de 51.420.000 olmuştur. (115) 1927-1985 yılları arası nüfusumuz, her yıl ortalama binde 22.87'lik bir artış hızı göstermiştir. 1990 yılı Türkiye Nüfusu 56.473.000 olarak tespit edilmiştir. (18) 2000 yılında Türkiye nüfusunun 74 milyon olacağı hesaplanmıştır. (118) Temennimiz, yıllık nüfus artış hızının Avrupa'da mevcut olan ortalama % 1 civarına yaklaştırılması, hiç değilse % 2'nin biraz altına düşürülebilmesi, ulaşılabilecek rakamın 70 milyon değil de, 65 milyon civarında kalmasıdır. Bu sayıda kalırsa daha kaliteli bireyler yetiştirmek mümkün olacak, yani daha sağlıklı, daha eğitilmiş ve daha gönençli bir topluluğa kavuşulacaktır. (28)

1.3.1.2.1-TÜRKİYE'DEKİ NÜFUS POLİTİKALARI

Osmanlı İmparatorluğu zamanında nüfus sorunu bugün anladığımız anlamda üzerinde durulan bir konu olmamıştır. Türkiye'de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ele alan ve

üzerinde duran Atatürk'dür. Atatürk, nüfus arttırma politikasını desteklediği yıllarda Türkiye, Balkan Savaşı, Trablusgarp Savaşı, Birinci Dünya Savaşı ve İstiklal Savaşı gibi dört büyük savaştan çıkmış, geniş arazi ve nüfus kaybetmiştir, tifüs ve sıtma gibi hastalıklar halkı kasıp kavurmakta ve Türkiye hızla kalkınmak zorundaydı. Bu koşullarda, 10-15 milyonluk bir ülkede nüfusun hızla artmasını istemek ve bunu sağlayacak önlemlere başvurmak kuşkusuz doğru bir politika olmuştur. Bu politika, sağlık hizmetlerini olabildiği kadar geliştirmekle beraber, düşük ve gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, 6-12 yaş çocukta daha fazla çocuğu olan annelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması gibi önlemlerin kanunda yer alması biçiminde yürütülmüştür. (44)

Bu politikanın sonucunda; 1927-1945 yılları arasında nüfus artış hızı binde 18'e ulaşmış, 1950'de binde 22'ye çıkmıştır. 1955 nüfus sayımı sonucu ise durumun tehlikeli bir hal aldığı göstermiştir. 1958 yılında Ankara Doğum Evi Baş Hekimi Dr. Zekai BURAK Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bu durumu bildirmiş ve ülkemizde gebeliği önleyici araç, gereç ve ilaçların satış ve kullanılmasının serbest bırakılmasını önermiştir. Bakanlık bir bilim kurulu kurmuş, kurul Dr. BURAK'ın önerilerini desteklemiş ; an-

cak bu önemli adım bürokratik mekanizmanın çarkları arasında takılıp kalmıştır.

1960 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ana ve çocuk sağlığı bakımından büyük bir önemi olan doğum kontrolü sorununun çözümünü önemle ele almış ve nüfus politikasını değiştirme amacı ile Devlet Planlama Teşkilatı ile ilişki kurmuş, 1962 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında hükümetin nüfus artışını azaltıcı önlemler almasını kabul etmiştir. Bu politikanın uygulamaya geçmesi için gerekli kanunun kabulü 1965 yılında mümkün olmuş, "Nüfus Planlaması Kanunu" çıkarılmıştır. (34, 134) Bu kanunda Nüfus Planlaması; bir kadının istediği zaman ve istediği sayıda çocuk sahibi olması olarak tanımlanmış, çocuk düşürme ve sterilizasyonun nüfus planlaması yöntemi olarak kullanılması yasaklanmış ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına, diğer kamu kuruluşları ile işbirliği yaparak, ailelere eğitim yapma ve hizmet sunma görevi verilmiştir. (34) Bu kanunun eksik tarafı sterilizasyon ameliyatını ve sosyal nedenler ile kürtajı yasaklamış olmasıdır.

Kabul edilmiş olan antinatalist politikanın uygulamasına gelince, gebeliği önleyici araç, ilaç ve gereçlerin yapımı, satışı ve kullanılması serbest bırakılmış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Aile Planlaması uygulamaları için klinikler açmış ve eğitim konusunda da çalışmalar ya-

pılmıştır. Ancak isteyerek çocuk düşürmenin yüksek bir düzeyde oluşu ve artmağa devam etmesi yapılan hizmetin ailelerin istemini karşılamaktan uzak olduğunu göstermektedir. (44)

24.5.1983 tarihinde kabul edilen "2827 Nolu Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" la getirilen yeni uygulamalar başlıca şunlardır : (39, 52, 15, 116, 134)

1- Nüfus planlaması ile ilgili toplumun eğitimini, sektörler arası iş birliğine ağırlık vererek ülke düzeyinde etkin biçimde yaygınlaştırmak,

2- Etkili kontraseptif yöntemlerin daha yaygın olarak en uç yörelere dek uygulanabilmesini temin için, uygulamalarda, "Eğitilmiş hekim dışı sağlık personelinde" yararlanmak,

3- En etkili kontraseptif yöntemlerden olan cerrahi sterilizasyonun kadın ve erkekte istek üzerine yapılabilmesi,

4- Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar istek üzerine gebeliğin sonlandırılması,

5- Gebelik süresi on haftayı geçenlerde ise sadece tıbbi endikasyon varsa gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Ekonomik ve sosyal gelişme hızı ile dengeli bir nüfus artış hızına ulaşabilmemiz için Türk ailesinin sağlıklı

bir biçimde kurulması gereğine inanan iş adamları, işçi ve işveren sendika başkanları, Odalar Birliği, Ziraat Odaları, Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu Başkanları, ilim adamları tarafından Sayın Vehbi KOÇ'un öncülüğünde Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı kurulmuş ve Ocak 1986 tarihinde faaliyete geçmiştir.

Vakfın gayesi, toplumumuzun temeli olan Türk Ailesinin istediği sayıda ve istediği aralıkta çocuk sahibi olabilmesi ve doğal her çocuğun aile için sevin kaynağı ve geleceği güvencede olarak topluma katılmasıdır. Aile Planlamasının bir insan hakkı olduğunun bilinci içinde olan Vakıf, bu hedefe ulaşabilmek için ihtiyaç duyan kişi ve ailelere gerekli bilgi, araç ve hizmeti götürmeyi amaçlamıştır.

Vakıf ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması konusunda hizmet veren 28 klinik açmıştır. Bu kliniklerde son üç yıl zarfında 100 binden fazla kişi aile planlaması konusunda eğitilmiş ve 23 binden fazla kişi de modern yöntem kullanır hale gelmiştir. Bu kliniklerin büyük bir çoğunluğu özel sektör desteği ve işbirliği ile Bursa, Eskişehir, Edirne, İstanbul, İzmit, Diyarbakır, Mardin ve İzmir'de hizmet vermektedir. Ayrıca Adana'da mevsimlik göçer işçilere temel sağlık ve aile planlaması hizmetleri verilmektedir.

Vakıf 1988 yılında Türkiye'de ilk defa bir Aile Planlaması Kampanyası gerçekleştirmiştir. Kampanya süresince Sağlık Bakanlığı ve TRT ile işbirliği yapılarak çeşitli

spotlar, TV dizileri, filmler ve dökümanter programlar gösterilmiş, sempozyumlar düzenlenmiştir. Kampanya ile ayrıca, radyoda radyo tiyatrosu programları ve radyo spotları yayınlanmıştır. Bu Kampanya'nın ikincisi 1991-1992 yayın döneminde başlatılacaktır.

Vakfın 1990 yılında çok çocukluluk problemini irdelediği ve başrollerini Türkan ŞORAY ile Tarık AKAN'ın paylaştığı, yönetmenliğini Atıf Yılmaz'ın gerçekleştirdiği "Berdel" filmi bu yıl Berlin Film Festivalinde Uluslararası Sinema Sanatı Konfederasyonu ödülü (C I C A E) ile festivalin Barış mansiyonunu kazanmıştır. (121, 122, 124)

1.3.2- AİLE PLANLAMASININ SAĞLIK ÜZERİNE YARARLARI VE TÜRKİYE'DE AİLELERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

1.3.2.1- AİLE PLANLAMASININ ÇOCUKLARA YARARLARI

1986 yılında gelişmiş ülkelerde her 11 bebekten birinin yaşamının ilk yılında öldüğü tahmin edilmektedir. Bu, 10.7 milyon bebek ölümü demektir. Ek olarak 4 milyon çocuk ise 1 ila 5 yaşları arasında ölmüştür. 15 milyon civarındaki bu yıllık kayıp önemli bir insanlık trajedisidir. Aile planlaması, çocukların yaşamasını, sağlığını ve gelişmesini üç yoldan etkilemektedir.

- Gebelik aralığını uzatır,
- Çok genç ve çok ileri yaşta çocuk sahibi olmayı azaltır,
- Çok sayıda doğumları azaltır. (60)

Aralıklı Doğum

Çocuğun yaşamasında, aralıklı doğum önemli etkindir. Her yıl pek çok çocuk sık doğumdan kaynaklanan tehlikelerden dolayı ölmektedir. Aralıklı doğumun neden çocuk yaşamını kurtardığı tam olarak anlaşılamamakla birlikte, uzmanlar şu açıklamaları yapmaktadırlar :

Gebe kadının sağlık ve beslenme durumu fetüsü etkilediğinden, çok yakın bir gebelikten fiziksel olarak yıpranmış olabilir. Tekrar gebe kalırsa, gebeliği; spontan düşük, ölü doğum veya yaşama olasılığı çok az olan düşük doğum ağırlıklı bebek ile sonuçlanabilir. (23, 60) 1972 ile 1984 yılları arasında 41 ülkede yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması bulgularına göre; kendilerinden büyük kardeşlerinin doğumundan iki yıl geçmeden dünyaya gelen çocukların ölme olasılığı, iki yıllık aradan sonra doğanlara göre ortalama iki kat daha fazladır. (60)

Bizde de dünya literatürü ile uyumlu olarak 24 aydan daha az aralıklarla doğan bebeklerin ölme riskinin 24 ay veya daha uzun aralıklarla doğan bebeklere göre 1.55 kez

fazla olduğu bulunmuştur. (119) 3-4 yıl aralarla yapılan doğumlarda bebek ölüm hızı binde 80 iken, 2-3 yıl ara ile yapıldığında bebek ölüm hızı binde 100'e, 2 yıl ara ile yapıldığında binde 145'e, 1 yıl ara ile yapıldığında ise binde 200'e kadar yükselmektedir. (128)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1988 yılında yapılan "NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMASI" sonuçlarına göre Türkiye'de bebek ölüm hızı 1985-1987 yılları ortalaması alındığında binde 77.72 olarak bulunmuştur. (58) Bir çalışmada ülkemizde sadece bütün doğumların 24 aydan daha uzun aralıklarla yapılması halinde bile bebek ölüm hızında % 27'lik bir azalma sağlanabileceği gösterilmiştir. (1)

Çok yakın aralıklarla doğan çocuklar evde yiyecek ve diğer ihtiyaçlar yönünden paylaşım yetersizliğine düşerler. Örneğin eğer anne tekrar gebe kalırsa, çocuk çok çabuk süttten kesilebilir ve bu da çocuğun gerekli gıdalardan yoksun kalmasına yol açar. Eğer süttten kesilme ilk 6 ayda olursa, bebek anne sütünden kaynaklanan ve hastalıklara karşı oluşan immüniteden yoksun kalabilir. (23, 60)

Annenin Yaşı

Çok genç veya çok yaşlı anneden dünyaya gelen çocuklar daha az yaşama şansına sahiptirler. Jinekolojik olarak

çok genç kadınlar henüz üreme olgunluğuna erişmemişlerdir. İleri yaştaki anneler ise biyolojik değişkenliklerden daha çok etkilenmektedirler. Anne yaşı arttıkça, ölü doğum, düşük, bebek ve çocuk ölüm riskleri artmaktadır. (60) Bir araştırmaya göre anne yaşının 18'in altında ve 35'in üstünde olması 19-34 yaş arasına göre artmış bir bebek ölüm riski getirmektedir. (1, 49 ve 1.22) (119)

Yaşlı bir anneden dünyaya gelen bebeklerin genç anneden gelenlere göre özürlü olma riski daha fazladır. 30 yaşlarının sonlarında doğum yapan kadınlardan dünyaya gelen bebeklerde malformasyon riski hızla yükselmektedir. Anne yaşı ile birlikte özellikle, kalp defektleri, yarı damak ve dudak ve Down Sendromu (mongolizm) olasılığı artmaktadır. (60)

Doğum Sıralaması

Fetüs, bebek ve çocuk ölüm hızları, doğum sıralaması (kaçıncı doğum olduğu) ile orantılı olarak artmaktadır. Çin, Tientsin'de yeni yapılan bir çalışmaya göre 1000 doğum vakasında, gebeliğin son iki ayında ve doğumdan sonraki ilk haftadaki ölümler, üçüncü veya dördüncü çocuğunu doğuranlarda ilk ya da ikinci doğumlara göre 4 kez daha fazladır. (60) Çalışmalar doğum sıralamasının, çocuğun beslenme durumunu etkilemediğini göstermiştir. Üçüncü, dördüncü

ve sonraki çocuklar daha az kalori ve protein almakta, sonuçta ölümcül olanlar dahil, hastalıklara karşı daha duyarlı olmaktadır. Her ne kadar iyileşen yaşam şartları ve tıbbi bakım, genelde bebek ölümlerini azaltmışsa da, doğum sıralamasının etkileri devam etmektedir. (60)

Doğan çocuk sayısının 4 ya da daha fazla olması, özellikle anne doğurganlık çağının ileri yıllarında bulunduğu zaman bebek ölümleri açısından çok daha fazla bir risk taşımaktadır. Otuz yaş ya da daha üzerinde olup 4 ya da daha fazla doğum yapmış kadınların çocuklarında bebek ölüm hızı (binde 123.4) daha az sayıda doğum yapanlara göre (binde 58.1) iki kez fazladır. (119)

1.3.2.2- AİLE PLANLAMASININ ANNEYE YARARLARI

Eğer tüm kadınlar, artık çocuk istemediklerinde kontraseptif kullansalardı her yıl, ana ölümlerinin üçte bir oranında düşürülebileceği vurgulanmaktadır. 35 yaşları arasındaki kadınlarda görülen ölümlerin % 40 ile % 60'ı sağlıklı koşullarda yapılan doğumlar istenmeyen gebelikler, yasal olmayan düşüklükler gibi sağlığı tehdit eden üreme olayları ile ilgilidir. (60)

Aile planlaması kadınları önemli şekilde korur.

1. Eğer aile planlaması hizmetleri diğer ana/çocuk sağlığı hizmetleri ile bağıntılı olarak yürütülebilirse, yük-

sek riskli gebelikler belirlenebilir ve özel bakım için sevk edilebilir.

2. Kadın ileri annelik yaşından ve yüksek sayıda gebelikten kaynaklanan risklerden kaçınabilir.

3. Kadın kontraseptif bir yöntemi etkin şekilde kullanırsa, gelişmekte olan ülkelerdeki tüm ana ölümlerinin yarısını teşkil ettiği tahmin edilen, tehlikeli ve yasal olmayan düşüklere daha az başvuracaktır. (60)

Gebelik Komplikasyonları

Her gebelik biraz risk taşır. Her yıl yaklaşık yarım milyon kadın gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden ölmektedir. (50) Gebelik ve doğum sırasında veya gebeliğin sonlanmasını izleyen ilk 42 gün içerisinde, gebelik doğum ve lohusalık komplikasyonları nedeni ile olan ölümlere ana ölümü denir. (5, 24, 25)

Türkiyede ana ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 208 olarak saptanmıştır. (98) Kanada'da bu oran yüz binde 4,8'dir. (25)

Kadının her gebelikte karşılaştığı potansiyel komplikasyonlar hemoraji (kanama), enfeksiyon, toksemi, ve güç doğumlardır. (5, 24, 50) Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalar; hemoraji, toksemi ve enfeksiyonun anne ölümlerinin % 50-98'inden sorumlu olduğunu göstermiştir. Bu neden-

ler arasında birinci sırayı % 94 ile kanama almakta bunu % 93 ile enfeksiyonlar ve % 82 ile toksemi izlemektedir. (24)

Annelik Yaşı ve Doğum Sayısı

20 yaştan küçük, 35 yaştan büyük doğumlarda anne ölüm riski artmaktadır. (24, 50) Doğum yaşı 20-29 arasında sınırlandırılırsa anne ölümlerinde % 11'lik bir azalma olacaktır. Fazla sayıda doğum yapan kadınlarda da anne ölüm riskinin arttığı gözlenmiştir. (24) İngiltere ve Gallerde hemoraji ve akciğer embolisinden ölümler özellikle dördüncü ve sonraki doğumlarını yapan kadınlar arasında yaygın bulunmuştur. (60) Toksemi ilk ve dördüncü (veya sonraki) doğumlarda eşit miktarda yüksek görülmekte, ancak ikinci ve üçüncü doğumlarda çok daha düşüktür. (60) Doğum sayısı 5 den az olursa anne ölümlerinde % 4'lük bir azalma olmaktadır. Gebelikler arasındaki sürenin 2 yıldan daha az olması halinde de anne ölüm riskinin arttığı bilinmektedir. (24, 50)

1.3.2.3- TÜRKİYE'DE AİLELERİN AİLE PLANLAMASI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE UYGULAMALARI

Ülkemizde aile planlaması konusunda halkın bilgi, tutum ve uygulamasını araştırmak üzere ilk araştırma, Tür-

kiye'yi temsil eden bir örnek üzerinde 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yaptırılmıştır. (47) Bu araştırmadan sonra her beş yılda bir -1968, 1973, 1978, 1983, 1988'de- Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü aile planlaması, bilgi, tutum ve uygulama durumunu saptayacak araştırmalar yapmıştır. (46, 47, 57, 58, 120)

TABLO 2 : Türkiye'de Doğurganlık Çağında Evli Kadınlarda Gebeliği Önleyici Yöntem Kullananlar (1963 - 1988) Yüzde (%)

Yöntemler	1963	1968	1973	1978	1983	1988
Uterus içi araç	0	1.6	2.3	4.0	9	17.1
Hap.	1.0	2.2	4.8	8.0	9	7.6
Kaput	4.3	4.4	4.7	4.0	5	8.9
Geri Çekme	10.4	18.0	23.6	22.2	30	31.1
Diğer	12.0	12.9	10.1	14.5	8	11.5
Toplam Korunan	22.0	32.0	38.0	50	63	77
Korunmayan	78.0	68.0	62.0	50	38	23

Tablo 2'de görüldüğü gibi 1963 yılında doğurgan çağdaki kadınların % 22'si gebeliği önleyici yöntem kullanırken, bu oran 1968 yılında % 32'ye, 1973 yılında % 38'e yükselmiştir. 1978 yılında % 50, 1983 yılında % 62, 1988 yılında ise % 77 olmuştur. 1983 ve 1988 yıllarındaki sonuçlara

göre gebeliği önleyici bir yöntem kullananların yüzdesinin yüksek olmasına karşın, etkisiz yöntemlerden olan geri çekme hala yüksek oranlarda tercih edilmektedir.

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili yapılmış birçok alan çalışmaları da vardır. Sosyalleşme bölgesi olan Ankara ilinin Çubuk ilçesinde yapılan bir araştırmada, deneklerin % 56'sının herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmalarına karşın ancak % 33'ünün etkili bir yöntem kullandığı saptanmıştır. (132)

Kazan'ın Etimesgut bölgesinde yaptığı bir araştırmada da deneklerin % 72.4'ünün gebeliği önleyici bir yöntem kullandıkları, bunların % 75'inin ise etkisiz yöntemler olduğu bulunmuştur. (67)

İzmir ilinin Bornova bölgesinde yapılan bir araştırmada ise gebelikten korunan kadın oranı % 73.8, etkin yöntem kullanma oranı ise % 28 olarak saptanmıştır. (19)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalınca yapılan bir araştırmada da herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanan kadınların % 66.2'sinin etkili bir yöntem kullandıkları saptanmıştır. (88)

İzmir'in Balçova bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu evli 2021 kadını kapsamına alan bir araştırmada; yöntem kullanan kadınların % 46,4'ünün güvenilir, % 53,6'sının ise güvenilir olmayan yöntem kullandıkları saptanmıştır. (12)

Sert ve Doğusan'ın 957 evli kadın arasında yaptıkları çalışmada kadınların % 65'inin etkin aile planlaması yöntemi kullandıkları, % 21 kadarının etkisiz yöntemi denedikleri bulunmuştur. (100)

1987 yılında İzmir Doğumevi ve E.Ü. kadın Doğum Kliniği doğum servisine yatan 15-19 yaş arası adölesan grupta yapılan araştırmada gebelikten korunma yöntemlerini bilenlerin oranı % 40.96, bilmeyenlerin oranı ise % 59.04 olarak saptanmıştır. (40)

1983 yılında Fadiloğlu ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmada 613 kadının % 18'inin yöntem kullanmadığı, diğerlerinin ise etkili veya etkili olmayan herhangi bir yöntem kullandıkları saptanmıştır. (41) Yine bu araştırmada kadınların önceden kullandıkları yöntemi bırakma nedenleri araştırılmış, % 17'si kocası istemediğinden, % 21'i zorluk nedeniyle, % 13'ü adet bozukluğu, % 18'i bulantı-kusma, şişmanlık, sinirlilik nedeniyle, % 7'si gebe kaldığı için, geri kalanı çocuk isteme, başağrısı, kanama, spiral düşmesi, bulantı-kusma, güvensizlik gibi nedenlerle kullandıkları yöntemi bıraktıklarını bildirmişlerdir. (41)

Gülesen'in Gemlik Eğitim ve Araştırma bölgesine bağlı Engürücük ve Umurbey sağlık Ocaklarında yaptığı çalışmada 15-49 yaş kadınların % 68.7'sinin etkili, % 31.3'ünün etkisiz yöntem kullandığı saptanmıştır. (53) Bu araştırmada

da etkili aile planlaması yöntemlerini uygulayan kadınların % 48'inin kullandıkları yöntemle ilgili olarak bazı şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Hap kullanan kadınların en önemli şikayetlerinin başağrısı, bulantı, baş dönmesi ve şişmanlama, RİA kullanan kadınların ise RİA'nın düşmesi, kanamanın artması, akıntı ve kasıkta ağrı olduğu belirtilmiştir. (53)

Sonuç olarak Türkiye'de ailelerin gebeliği önleyici yöntem kullanmalarında bir artış ve etkili yöntemlere doğru bir geçiş eğilimi olsa da, hala etkisi sınırlı olan geleneksel yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır. Doğurganlığın yüksek oluşu ailelerin fazla çocuk istemelerinden değil, etkin yöntem kullanmamalarındandır. 1978 Nüfus Etütleri Araştırmasında kadınlara "son gebeliğinizde çocuğunuz olsun istediğiniz için mi gebe kaldınız?" sorusu sorulmuş, kadınların % 38'i çocuk istemedikleri halde gebe kaldıklarını belirtmişlerdir. (44, 120) İstemediği halde gebe kalan kadınların bir kısmı gebeliklerini doğumla sonlandırırken, bir kısmı da çaresiz kalarak çocuk düşürme, düşürtme yoluna başvurmuşlardır. (68, 110, 111, 134)

1.3.3- DÜŞÜK VE ÇEŞİTLERİ

Çocuk düşürme, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde kullanılan, tarih içinde hemen hemen tüm toplamlarda görülen ve kişinin içinde bulunduğu tüm toplumsal etmenlerin, ilişkilerin, yapısal faktörlerin ve sosyo-demografik özelliklerin etkisi ile oluşan bir davranış biçimidir. (2, 66)

Genel olarak düşük teriminin çeşitli tanımları vardır. Tıpta düşük, ceninin uterus dışında kendi başına yaşayabilecek canlılığı, yeteneği kazanmadan önce gebeliğin sonlamasıdır. (110, 111) Canlılık, bağımsız yaşama yeteneği, gebelik süresi, ceninin ağırlığı ve boyu ile tanımlanır. Literatürde ve genel olarak pratikte fetusun, gebeliğin 28'inci haftası sıralarında ağırlığının 1000 gram dolayında olduğu ve bağımsız yaşayabilme yeteneğini kazandığı kabul edilir. Bu nedenle bazı araştırmacılar düşük tanımı için gebelik süresinde üst sınır olarak 20'inci haftayı, ağırlıkta 400 veya 500 gramı kabul ederler. (13, 111)

Düşüklerle ilgili literatürde "düşük" kelimesi bölgesel adetlere, sosyal ve klinik yönlerden hangisinin araştırıldığına ve her araştırmacının tercihinine göre farklı tanımlanmış ve kullanılmıştır. (111) Klinisyenler düşüğü diagnostik kategorilere göre tanımlarlar ki, bu düşük olayının klinik olarak hangi aşamada olduğunu belirtir. Düşük tehdidi, durdurulamayan düşük, kaçınılmaz düşük, tam olmayan düşük gibi.(13)

Klinik literatürde başka sınıflandırmalar da vardır:

1. Hastane düşüklere: Yasal olan ve hastanede yapılan, kendiliğinden olan veya isteyerek yapılan, hastanelere başvuran kriminal düşüklere içerir.

2. Tıbbi düşüklere: Hem yasal, hem de koşullu yasal olan ve sağlık personeli tarafından yaptırılan düşüklere.

Sosyal araştırmalar literatüründe ise aşağıdaki düşük terimlerine rastlanır: (110, 111)

1. İsteyerek yapılan (induced, provoked, artificial, kürtaj) düşüklere: Gebeliğin istemli olarak ve herhangi bir müdahale ile sonlandırılmasını belirttikler.

a- Yasal Düşüklere: Yasaların yapılmasına izin verdiği düşüklere.

b- Tıbbi Düşüklere: Anne yaşının ileriliği veya sağlığının fizik, mental olarak bozukluğu veya çocuğun sakat doğma olasılığının bulunduğu durumlarda yani anne ve nesil sağlığını korumak amacıyla gebeliklerin sonlandırılmasıdır.

c- Yasal olmayan düşüklere: Yasalar izin vermediği halde, ya hekimler tarafından oldukça iyi veya hekim olmayan kişiler tarafından sağlıklı olmayan koşullarda yaptırılan düşüklere.

2. Kendiliğinden olan (spontan) düşüklere: İstemeden, istemli bir dış müdahale olmadan, kendiliğinden veya her-

hangi bir hastalık, kaza sonucu gebeliğin sonlanmasıdır.

3. Toplam düşükler: Kendiliğinden olan ve isteyerek yapılan düşükleri belirtir. Yasal olan ve yasa dışı yapılan hekim veya hekim olmayan kişilerce yaptırılan düşüklerin tümünü içerir.

1.3.3.1- ÇOCUK DÜŞÜRMEİNİN TARİHÇESİ

Kadın sağlığına olumsuz etkileri olan çocuk düşürme; din, yasa ve sosyal normlarla çeşitli şekillerde ve derecelerde yasaklanarak kontrol altına alınmak istenmesine karşın, ilk çağlardan zamanımıza değin, doğurganlığın kontrolünde başvurulan bir uygulama olmuştur. (92)

Doğum kontrolünde herhangi bir metodu gösteren ilk yazılı belge, Norman'ların Medical History of Contraception kitabında, oral yolla alınan düşük yaptırıcı ilaçlar için bir reçetedir. Bu karışım, İmparator Shen Nung tarafından M.E. 2737 - 2696 yıllarında yazılan eski bir Çin tıp kitabında bulunmuştur. (92)

Düşük yapmak; eski Yunanistan ve Roma'da da oldukça yaygındı. 1922'de bir Yunan edebiyat ve fikir dergisinde düşük için kullanılan aletler, enjeksiyonlar, tıbbi peserler ve tamponlar 12 sayfalık liste halinde verilmiştir. Hipokrat, isteyerek düşük yapmak isteyen kadınlara, topuklarını aksi taraf kalçalarına vurarak havada zıplamayı önermiştir. (92)

Eski Roma'da düşük yapmak için; oral ajanlar (kuvvetli purgatifler) sıklıkla kostik maddelerle yapılan vaginal duşlar ve kürtaj uygulanırdı.

Orta Çağ, isteyerek yapılan düşük için en karanlık devrelerden biri olmuştur. Düşük yapan kadınlar tutuklandıklarından işlem gizli yapılmış, buğday bitkileri üzerindeki mantardan elde edilen Ergot bileşikleri, doğumu hızlandırmak ve düşük yaptırmak için kullanılmıştır. Düşük için 5 veya 7 tohum alınması uygun görülmüştür. Mevcut kısatlı bilgiler, düşük yaptırıcı ajanların etkili olmadığını, şayet etkili olsa bile zehirleyici olduğunu göstermektedir. (92)

1.3.3.2- ÇOCUK DÜŞÜRME TIBBİ VE SOSYAL BİR SORUN

Çocuk düşürme elgusu din adamlarını, düşünürleri, hekimleri ve devlet adamlarını ilgilendiren bir konudur. Bu ilginin nedeni; çocuk düşürmenin bir canlının öldürülmesi sayılıp, sayılmayacağıdır. Yirminci yüzyıla kadar hakim görüş, çocuk düşürmenin bir cinayet olduğu idi ve bu görüşün en iyi temsilcisi olan Hipokrat, gebeliğin döllenme ile başladığını ve çocuk düşürmenin tıp ahlakına aykırı olduğunu ileri sürmüştür. (16) Buna karşın Aristo embriyoya ruhun 40. günde girdiği, Eflatun çocuk hayatının doğumla başladığı, Bergamalı Büyük Hekim Galen gebeliğin 28. hafta-

sından önce fetusun insan sayılamayacağı görüşünde idiler. Roma kanunlarına göre de çocuk düşürme gebeliğin 40. gününden önce cinayet sayılmamakta idi. (44, 110)

Din adamlarının görüşlerine gelince; bu konuda fark dinlerden çok aynı dinlerden olan din adamları arasında görülmektedir. İslam din adamları 1971 yılında Rabat'ta toplanarak aile planlaması ve çocuk düşürme olgusunu tartışmışlardır. Bir grup din adamı gebeliğin ilk döneminde çocuk düşürmenin günah sayılamayacağını ileri sürmüşler; bir diğer grup İslam bilgini ise, çocuk hayatının yumurtanın döllenmesi ve uterus içi zara yerleşmesi ile başladığı ve ananın hayatının tehlikede olması gibi zorunlu durumlar dışında çocuk düşürmenin günah olacağı görüşündedirler. (16, 44, 101, 32)

Musevi ve Hristiyan din adamları arasında görüş birliği yoktur. Katolik kilisesine gelince, katolikler, insan hayatının döllenme ile başladığı ve bu nedenle çocuk düşürmenin bir günahsız öldürme sayılacağı görüşündedirler. (44)

Hekimlerin bu konudaki düşüncelerine gelince, bir kısmı çocuğun hayatının yumurtanın döllenmesi ile, gebeliğin ise döllenmiş yumurtanın uterus içi zara yerleşmesi ile başladığı görüşündedirler. Buna karşılık bir kısım hekim uterus dışında yaşama yeteneği olmayan fetusun anadan ayrı bir varlık sayılmayacağı görüşündedirler. (44, 101)

Görülüyor ki din adamları ve hekimler arasındaki görüşler oldukça çelişkilidir. Konuyu tartışanlar, genellikle, bilimsel gerçeklerden çok inanç ve ön yargılarını savunmaktadırlar. Çocuk düşürme konusunda olumlu veya olumsuz bir yargıya varmadan önce çocuk düşürmenin yasalar il- li veya din baskısı ile önlenip önlenemeyeceğini de düşün- mek gerekir. Bir kadın çocuk düşürmek istiyor ise ölümü göze alır. Gebe kalan bir kadın doğurmak istemiyorsa, ken- dince geçerli saydığı nedenler ile- yasalar, din adamları hekimler ve yakınları ne derse desin istemediği bu gebeli- ği düşük ile sonuçlandırır. Bu gerçeği gören ülkeler, is- teyerek ve sosyal nedenler ile çocuk düşürmeyi serbest bı- rakmışlar ve hekimlerde bu görevi benimsemişlerdir.

1.3.4- DÜNYADA VE TÜRKİYEDE ÇOCUK DÜŞÜRMEİNİN YASAL DURUMU

1.3.4.1- DÜNYADA ÇOCUK DÜŞÜRMEİNİN YASAL DURUMU

Düşükle ilgili iki farklı yasal koşul söz konusu- dur: Birincisi gebeliğin tıbben durdurulmasına ilişkin ge- rekçelerin tespiti, ikincisi ise düşük yaptırmakla ilgili hizmetlere ulaşabilmek için gerekli resmî işlemle ilgili koşulların tesbitidir. (30)

Birinci tür gereksinimler çeşitlidir. Belli bir ül- kenin düşük hizmeti ile ilgili yasaları aşağıdaki nedenle-

rin bir veya birkaçının bir arada olmasını gerektirir:

(1) Kadının hayatının tehlikede olması; (2) Kadının fiziksel ya da zihinsel sağlığının ya da ikisinin birden tehlikede olması; (3) Eğer doğarsa doğacak çocuğun ileride fiziksel ya da zihinsel özürlü olma tehlikesi; (4) Akraba ile zina(Insest), ırza geçme ve diğer suç teşkil eden cinsel ilişki yoluyla gebelik; (5) Doğum yüzünden kadının ve ailesinin sağlığının, sosyal ve ekonomik refahının etkilenmesi; (6) Kadının ve ailesinin sosyal konumunun tehlikeye atılması; (7) Devamlı kullanılan kontraseptif yöntemin başarısızlığı; (8) Genellikle ilk trimesterde istek üzerine, daha sonraki dönemlerde ise diğer nedenler. İkinci tür gereksinimler, ne gibi onay işlemleri gerekiyor, düşüğü kim gerçekleştirecek ve nerede yapılacak gibi birbirinden tamamen farklı konuları içermektedir. (30, 60) Tablo 3'de Gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili yasa ve politikalar (Dünyanın en kalabalık 10 ülkesi ile İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika'da) görülmektedir.

TABLO 3: Gebeliğin Sonlandırılmasıyla İlgili Yasa ve Politikalar: Dünyanın on Kalabalık 10 Ülkesi İle İncilene, Misir, Türkiye ve Meksika.

Ülkeler	Yıllık doğum oranı	Yasal Eylemler		Sosyal ve sosyal	İstere	Onay	Yapılan İşlemi	Durum	Eğer Diyecekler:
		Tıbbi	Diğer						
S.S.C.B	2080	X	X	X	X		Hastane - Doktor- veya di- lar	Hastane	-Eğer Tıbbi kont- endikasyon yoksa, ilk 3 hafta bo- yunca isteğe bağ- lı olarak
Brezilya	250-1200	X			X		-Üç doktor- dan oluşan bir komite	-Doktor- lar	-Irza seçme vakala- rında kadının rıza- sı gerekir.
Japonya	746-1142		X	X	X		-Nedenin varlığını değerlendirmek amacıyla atanmış doktor.	Tıbbi ku- Doktor- rumlar. lar	-Irza seçme vakala- rında kadının rıza- sı gerekir.
Çin Halk Cumhuriyeti	490				X				-Eğer Tıbbi kont- endikasyon yoksa, ilk 3 hafta bo- yunca isteğe bağ- lı olarak
A.B.D.	422	X			X		-Birinci Trimester, İkinci Trimester, Üçüncü Trimester)	(Birinci Trimester) Doktorla- rın gebe kadının konsültas- yonundaki tıbbi kara- ter son- lu ile.	-Bazı eyaletlerde kü- çük yaşta çocuk- ların rızası gerektirir; Ebeveynin rızası ye- rine mahkemenin ona- rına müsaade edili- yor. (1979) kurtaj- için federal Medicaid fonlarının kullanılmasını sınır- lanıyor (1980)

TABLO 3: Gebeliğin Sonlandırılmasıyla İlgili Yasa ve Politikalar: Dünyanın en Kalabalık 10 Ülkesi ile İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika.

Ülkeler	Doğuma kar- şı Yapılan düşük sa- yısı.	Dar olarak (yaşam ne- deniyle)	Tıbbi Geniş Olarak (Sağlık Nedeniy- le)	Yasal Olarak (Arza Şa- insist vs.)	Sosyal ve sosyo Medikal	İsteğe bağlı Olarak	Onay İşlemi	Yapılan Yer	İşlemi Yapan	Gebeliğin Durumu	Diğer Düşünceler
Türkiye	256	X		X		X	-Tıbbi belir- tiller konu- sunu uzman doktorlar değerlendi- rir.				-İsteğe bağlı olarak sadece ilk on hafta. kadının rızası gere- kir; küçük yaşta- kiler için ebeveynin rızası; yetersiz olanlar için vasinin rızası.
Hindistan	247	X	X	X	X	X	-12-20 hafta arasında, tıbbi acili- yet dışında ikinci bir değerlendir- me gerekir.	-Hükümet -Kadın hastane- doğum- cu tec- hemen veya te- rübesi- me sahip mak ge- lik mer- pratis- kezleri yen he- gibi. kimler. 20 hafta	-Gebe bir- kadını kurtar- mak ge- reklili- yeten he- kimler. 20 hafta	-Kontrasepsiyonun besa- rızılığı sağlık ne- denleriyle kürtaj için Gerakçe sayılıyor. Yaş küçük ya da akıl hastası olmadıkça ka- dının rızası yeterli, aksi durumda vasinin yazılı rızası gereki- yor.	
Birleşik Krallık (İngiltere ve Galler)	223	X	X		X		-Acil durum- lar dışında ikinci bir değerlen- dirme gere- kijyor.	-Devlet hasta- nesi yada onaylan- mış kuru- luşlar. dan 68- revler- da 24 dirilen haftaya hemsire-kadar ler kür-(1985) taj yapa- bilir.	-Kayıtlı-Devlet pratis- hasta- yen he- nelerin- kimler. de yada onaylan- Doktor müş kuru- tarafın- dan 68- ruşlar- revler- da 24 dirilen haftaya hemsire-kadar ler kür-(1985) taj yapa- bilir.	-Postkoital kontrasep- siyon kürtaj yasa- nın konusu değil. (1985) Esin rızası gerekmiyor (1978)	
Bangladeş	45	X					-Pratikteki uygulama iki pra- tisyen he- kimin görü- şü aranıyor.	1-hasta- hane 2-Aile planla-yen ması hekil- klinik-ler, uy- lerinde,gun bir refah ve şekil- sağlık de eği- merkez- tilmiş lerinde sağlık ilk 8 haf-perso- ta boyunca neli poliklinik (erken vakası ola- kürtaj) rak MR işle- mi.		-Sağlık endikasyonu zihin sağlığını da içerir. Kurum yasa- larına göre MR, kür- taj kanunları hüküm- lerinin dışındadır. uygulamada bu yorum takip edilir.	

Ülkeler	1000 canlı doğuma karşı yapılan diğer sa		Yasal Emlakasyonlar		Sosyal ve saçıo	İsteğe bağılı Olarak	Onay İşlemi	Yapılan Yer	Durum	Gebeliğin
	Yasal olarak (ırza geçme, incesi vb.)	Geniş Olarak (Sağlık Hedefiyle)	Geniş Olarak (Sağlık Hedefiyle)	İşlemi						

Mısır .. X X X X
 -Eğer kadının hayatı veya sağlığı tehlikeye girerse kocanın rızası gerekiyor.
 -Eğer kadının hayatı veya sağlığı tehlikeye girerse kocanın rızası gerekiyor.

Meksika .. X
 -Acil durum- Belirli bir yer lar. -Doktor- Uygulama- Kadın rızası gerektirir. -Kadın rızası gerektirir. Ceza uygulanmaz. -Kadın rızası gerektirir. Ceza uygulanmaz.
 -Acil durum- Belirli bir yer lar. -Doktor- Uygulama- Kadın rızası gerektirir. -Kadın rızası gerektirir. Ceza uygulanmaz. -Kadın rızası gerektirir. Ceza uygulanmaz.

Endonezya .. X
 -Kürtaj genellikle yasal değildir fa- kat ceza kanununun kuralları uygulanmaz. -Kürtaj genellikle yasal değildir fa- kat ceza kanununun kuralları uygulanmaz.

Nijerya .. X X
 -Uygulama 2 -Pratis- yen he- kimler.
 -Uygulama 2 -Pratis- yen he- kimler.

Pakistan .. X X
 -Kürtaj genellikle yasal değildir; fa- kat ceza kanununun kuralları kadının hayatını kurtarmak için müsaade eder. -Kürtaj genellikle yasal değildir; fa- kat ceza kanununun kuralları kadının hayatını kurtarmak için müsaade eder.

.. Veri elde edilememiştir.
 "Kontraseptif Yöntemler Uluslararası Basım" 1989'dan alınmıştır.

Yasal Gerekçeler

Bütün ülkeler düşükle ilgili bazı kısıtlamalar koymakta, pek az ülke ise tüm koşullarda bütün kadınlar için yasaklamaktadır. Afrika ve Latin Amerika'da birçok ülke, koşulların en dar anlamını uygulayarak sadece annenin hayatı tehlikede olduğu zaman düşüğe izin vermektedir. Afganistan, Bangladeş, Belçika, Çad, Şili, El Salvador, Irak, Fildişi Sahili ve Senegal bu grub ülkeler arasındadır. (60)

Arjantin, Bolivya, Kamerun, Etyopya, Honduras, Jamaika, Kuveyt, Peru, Güney Afrika ve Uganda, sağlık nedenleriyle gebeliğin sonlandırılmasına izin veren ülkeler arasındadır. (60)

Pek çok yasa, eğer çocuk doğarsa, onun ciddi fiziksel ve zihinsel anormalliklerinin olabileceği ile ilgili gerçek bir risk varlığında düşüğe izin vermektedir. Geleneksel öjenik endikasyonlar; mental geriliklerin ve diğer ciddi hastalık ve sakatlıkların kalıtımsal yolla geçebileceğini kapsamaktadır. Son zamanlarda yürürlüğe giren yasalar bu kapsamı daha da genişletmekte ve rahim içi hayat sırasında meydana gelebilecek herhangi bir zararı (örneğin rubella etkisi gibi) veya gebeliğin ilk dönemlerinde belli ilaçların kullanılmasından olabilecek zararları da içermektedir. Mısır, Hindistan ve Japonya diğer ülkelerin yanısıra bu grup ülkelere örnektir.

Fransada 1810 yılındaki Napolyon yasaları, düşük yapana ve yaptırana 5-10 yıl hapis cezası verilmesini öngörüyordu (92) Katolik Kilisesi'nin etkisi ile İtalya ve Fransa'da çocuk düşürme yasaklanmıştı. Şiddetli direnç ve baskıya rağmen, Fransız parlamentosu ana ve fetüs sağlığını korumak amacıyla 1975'de, İtalya parlamentosu da 1978 Mayıs'ında istek üzerine düşük yapmayı yasallaştırmıştır. (29, 110)

İngiltere'de 1860 yılına kadar düşük yapma konusunda yasal bir sınırlama yok iken, bu durumu kadın hayatı için çok tehlikeli ve sıklıkla ölümlerle sonuçlanan bir işlem olarak gören İngiltere parlamentosu 1864 yılında çocuk düşürmeyi yasaklamış, düşük yapanlara ve yaptırana para cezaları verilmesini öngörmüştür. Yürürlükte olan eski yasa, düşük yapmaya karar veren kadınların çocuk düşürmesini önleyemeyip uygun olmayan koşullarda yapılan düşükler sonucu kadınların ölmesi ve sakat kalması nedeniyle 1864 yılı yasasını 1967'de yürürlükten kaldırmış ve geniş kapsamlı sosyal ve psikolojik nedenlerle çocuk düşürmeyi serbest bırakmıştır. (111,92)

Amerika Birleşik Devletlerinde 1861 yılında kabul edilen yasa ile çocuk düşürme yasaklanmış fakat 1976'da Federal Yüksek Mahkeme düşük yapmanın yasaklanmasını Amerikan Anayasası'na aykırı bularak tüm eyaletlerde çocuk düşürmeyi yasaklayan yasaları iptal etmiştir. (111,92)

Avrupa, Latin Amerika ve İskandinavya da yaklaşık 35 ülkede yasalar ırza geçme, inestet ve diğer yasal olmayan ilişkilerden olan gebeliklerde düşük yapmaya izin vermektedir. Irza geçme gerekçesi esas olarak ahlaki görüşe dayandırılmakta ve ırzına geçilen kadın bu koşullarda gebe kalınan çocuğu doğurmak zorunda bırakılmamalıdır denmektedir. Yine de bu konudaki yasalar, ırza geçilmenin ispatlanmasını veya ırza geçme nedeniyle düşük yapılmadan önce tecavüz eden hakkında cezai işlemlere başlanmış olmasını öngörmektedir. (60)

Yaş, evlilik durumu, sosyal çevre ve ekonomik koşulların dikkate alınması -bunlar gebeliği sonlandırma kararını etkileyen faktörlerdir- bunların karara ulaşmada göz önüne alınması, ancak yasa izin verdiği taktirde olasıdır. Örneğin, 1986'da Macaristan'da kabul edilen düşük ile ilgili kurallar sosyal olarak sınıflandırılabilen nedenlerle düşük yapmayı geniş ölçüde kolaylaştırmıştır. Sosyal gösterge Macaristan'da 35 yaş üzerindeki kadınlara, en az üç çocuğu olanlara veya en az üç doğum yapmış olanlara "ya da en az iki çocuğu olan ve ek olarak en az bir obstetrik olay" geçirenlere uygulanmaktadır. (30, 60)

Yasasını modernize eden ilk ülke, 1948'de Japonya olmuştur. Nesil sağlığını korumak ve ekonomik nedenlerle, nüfus artış hızını azaltmak gerekçesiyle Japonya, kısa sürede sonuç almak amacıyla gebeliği önleyici yöntemlerin

kullanımını yajma yerine, çocuk düşürmeyi serbest bırakma ve teşvik yolunu seçmiş ve ilk 10 yıl içinde doğum oranı yarı yarıya azalmıştır. (1945'de binde 34 iken, 1954'de binde 17'ye düşmüştür) Japonya, halen çocuk düşürmenin en yaygın olduğu ülkelerden biridir. (30, 92, 110)

Bugün, dünya nüfusunun yaklaşık üçte ikisinin yaşadığı ülkelerdeki yasalar çok değişik ve geniş kapsamlı gerekçelerle düşük yapmaya izin vermektedir. Dünyanın en kalabalık altı ülkesinden beşinde yasal olarak düşük yapmak mümkündür. Çin, Hindistan, A.B.D., S.S.C.B. Japonya. (60, 92)

Kadının isteği üzerine veya sosyal nedenler ile çocuk düşürmeyi yasallaştıran ülkeler, kadının bu haktan yararlanabileceği gebelik süresini sınırlamışlardır. Bu sürenin 10 haftadan az olmasını isteyen ülkeler yanında, sınırı 24 haftaya kadar çıkaranlar da vardır. Bu konuda ülke politikalarının kabul ettiği sınırlar Tablo 3'de görülmektedir. (60)

1.3.4.2- TÜRKİYE'DE ÇOCUK DÜŞÜRME İLE İLGİLİ YASAL DURUM

1925 yılında kabul edilen Türk Ceza Kanununa göre, isteyerek çocuk düşürme cezayı gerektiren bir suçtur.

Bu kanunun 468'nci maddesine göre çocuk düşürten ve düşürene 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası verileceği hükme bağlanmıştır. (110)

Türk Ceza Kanununun bu kadar ağır cezalar öngörmesine rağmen, her yıl yüzbinlerce kadın çocuk düşürmüş ve bir çok hekim kürtaj yapmıştır. 1975 yılında Türkiyede yapılan bir araştırmada, isteyerek yapılan düşüklerin üçte ikisinin özel hekimlerce muayenehanelerde yapıldığı saptanmıştır. Buna karşın, hiçbir kadın düşük yapmak suçundan mahkum olmamıştır. Kadının ölümüne neden olan hekimler dışında, kürtaj yaptığı için tutuklanan hekim yoktur. (123)

24.4.1930'da kabul edilen Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 3. Maddesi 1. bendine göre doğumu artırıcı ve çocuk ölümünü azaltacağı önlemler alınacağı yazılı olup, 557 sayılı kanunla doğumu artırma hakkındaki hükmü ortadan kaldırılmıştır. (34)

1965 yılında kabul edilen 557 sayılı Nüfus Planlaması yasasında, yalnızca ana sağlığını tehdit eden ve çocuğun sakat ve hasta doğmasına sebep olan nedenler Umumi Hıfzıssıhha Yasalarına alınmış, ancak sosyal nedenler ile düşük yapılıp yapılamayacağı konusunda yasaya bir hüküm konmamış-

tır. (34) Bu yasa ile, devletin nüfus artırma politikasının değiştiğini, sterilizasyon, gebeliği önleyici araçların yapımı, satımı ve bunların propaganlarının suç olmaktan çıkarıldığını görüyoruz.

7 Kasım 1982'de halk oylamasına sunulan yeni Anayasa'nın 41'nci maddesi ile aile planlaması, anayasal güvence altına alınan bir kavram haline gelmiştir. Anayasa'nın bu maddesinde; aile Türk toplumunun temeli olarak kabul edilmiş, ananın ve çocuğun korunması, aile planlaması öğretimi ve uygulaması için geçerli önlemlerin alınmasının gerekliliği ifade edilmiştir. Ananın doğurganlığının azaltılması yolu ile sağlığının korunması kabul edilmektedir. Ayrıca aile planlaması, dolaylı olarak çocukları da korumayı amaçlamaktadır. Ailede çocuk sayısının az olması nedeniyle çocuğun daha iyi bakılması ve yetiştirilmesi mümkün olmaktadır. (16, 134)

Bu konuda yurdumuzda çıkarılmış son yasa daha önce de sözü edilen 24.5.1983 tarih ve 2827 sayılı Aile Planlaması Hakkındaki Yasa'dır. Bu yasanın 5'nci maddesinde yer alan yasaklamayı kaldırıcı hüküm; gebeliğin 10'uncu haftası sonuna kadar, ananın sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde, istek üzerine uterusun tahliye edilebileceği, devletin nüfus planlamasının öğretimi ve uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alacağı, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyonun devletin gözetimi ve

denetimi altında yapılacağı açıklamalarını getirmektedir.
(39, 45, 84, 134)

1.3.5- ÇOCUK DÜŞÜRMEİN EVRENSEL SIKLIĞI

Doğurganlığın kontrolünde, insanlarca en eski yöntemlerden biri olarak bilinen çocuk düşürme, düşürtme, dünyanın her yerinde hemen hemen bütün kültür, sınıf ve toplumlardaki kadınlarca uygulanmaktadır.

Sıklık, doğurgan çağıdaki (15-44 yaş) 1000 kadının belli bir sürede (genellikle 1 yılda) yaptığı düşüklerin sayısı olarak ifade edilebilir. (103, 104) Düşüklerin önemli bir bölümü gizli kaldığı için gerçek hızları saptama olanakları çok kısıtlıdır. Düşüklerin görülme sıklığı, ülkelere ve ülkelerin sosyo-ekonomik seviyelerine paralel olarak değişmektedir. (29)

Değişik ülkelerde, kadınların ne sıklıkta düşüğe başvurdukları Tablo 4'de görülmektedir. Çoğu kez bu sıklık, ülkede gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin yasal düzenlemelere bağlıdır. (60)

Dünya'da her yıl kaç kadının isteyerek düşük yaptığı kesin olarak bilinmiyorsa da eldeki bilgilere dayanılarak yapılan bazı tahminler vardır. (66) Birçok kaynağa göre dünyada yılda yapılan düşük sayısı 30-55 milyon dolayındadır. (66, 91, 92) Yapılan düşüklerin yaklaşık yarısı yasa

dışıdır ve yarısından fazlası gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Bazı Asya ve Latin Amerika ülkelerinde yapılan çalışmalar her 3-4 kadından birinin isteyerek düşük yaptığını ileri sürmektedir. (92) Tietze ve Henshaw, dünyada, yılda 40-60 milyon yasal veya yasa dışı düşük yapıldığını tahmin etmektedirler. Bir başka deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal veya yasa dışı düşük yapılmaktadır. (60)

1979'da Population Crisis Komitesi yarısı yasal yarısı yasal olmayan 40 milyon düşük yapıldığını saptamıştır.

International Planned Parenthood Federasyonu tarafından Asya, Afrika, Orta Doğu ve Latin Amerika'nın 65 ülkesinde 1970'in ortalarında yarısı yasal olmayan 16 milyon düşük yapıldığı ileri sürülmüştür. (92) 1970'in sonlarında Christopher Tietze, Japonya'da 3-5 milyon, Rusyada 10-13 milyon ve Çin'de 20 milyon düşüğün yapıldığını bildirmiştir. (92)

Katherine Lyle 1978-79 yılları arasında, Tientsin'deki endüstri işçileri üzerinde yaptığı bir çalışmada, her 100 doğuma karşı 65 düşük olduğunu ve bu rakamın topluma yansıtıldığında toplam düşük sayısının 12 milyon dolayında olacağını ifade etmiştir. Pi-Chao Chen, 1977'de Çin'de 5 milyon yasal düşük olduğunu bildirmiştir. (92)

1967 Kürtaj yasasında sonra, İngiltere'de de gebeliğin yasal yolla sonuçlandırılmasında sürekli bir artış olmuş; 1979 da 49.900 den 1984'de 136.400'e çıkmıştır. (71)

Amerika'da Washington Hastanesinde de 1972-1976 yılları arasında toplam 4896 gebeliğin, % 12.1'inin isteyerek yapılan düşükle sonlandığı, gebe olan kadınların 590'ının (% 19.4'ü) daha önce bir veya daha fazla düşük yaptığı saptanmıştır. (33)

1.3.6- ÇOCUK DÜŞÜRMEYLE İLGİLİ TÜRKİYE'DE YAPILMIŞ ARAŞTIRMALAR

Ülkemizde 1950 yılının sonlarından günümüze kadar, çocuk düşürme konusunda hastane verilerini kullanarak ve bölgesel veya ülke çapında anketler uygulayarak çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar üç grupta toplanabilir.

- 1- Hastane Araştırmaları.
- 2- Bölgesel Araştırmalar.
- 3- Ülke çapındaki Araştırmalar.

TABLO 4: Dünyanın En Kalabalık 10 Ülkesi ve İngiltere, Mısır, Türkiye ve Meksika'da Düşükler (Kontraseptif Teknoloji : Uluslararası Basım, 1989)

Ülke	1000 Canlı Doğuma		Bir Yılda Yapılan Düşük Sayısı	Yıl	Düşüklere İlişkin Yasal Düzenlemeler
	Karşılık Düşük Sayısı	Düşük Sayısı			
S.S.C.B.	2080	11.000.000	1982	-İstek üzerine	
Brezilya	250 - 1200	3.000.000	1987	-Kadının yaşamını tehdit ettiği durumlarda	
Japonya	382 - 1492	528.000	1986	-24 haftaya kadar sosyal/tıbbi nedenlerle	
Çin	490	8.890.000	1984	-İstek üzerine	
A.B.D.	422	1.589.000	1985	-24.haftaya kadar istek üzerine	
Türkiye	256	450.000	...	-10.haftaya kadar istek üzerine	
Hindistan	247	6.000.000	1983	-Sosyal nedenlerle 20. haftaya kadar, daha sonra kadının yaşamını tehdit ederse.	
İngiltere	223	148.000	1986	-Sosyal/tıbbi nedenlerle	
Bangladeş	.45	200.000	1985	-Tıbbi nedenlerle	
Mısır	..	...	..	-Tıbbi nedenlerle
Endonezya	..	...	..	-Kadının yaşamını teh.eden durumlarda
Meksika	..	...	..	-Kadının yaşamını teh.eden durumlarda
Nijerya	..	...	..	-Tıbbi nedenlerle
Pakistan	..	...	..	-Kadının yaşamını teh.eden durumlarda
D Ü N Y A	300 - 500	50.000.000	1986		

Notlar:a)Bangladeş'te düşük yasa dışı olduğundan belirtilen sayıların çok üzerinde düşük yapıldığı tahmin edilmektedir.

b)Japonya'da resmi kaynaklar tarafından bildirilen 382 düşüğü, gerçek sayının çok çok altında olduğu düşünülmektedir.

c)Dünya çapında, bir yılda 40-60 milyon düşük yapıldığı tahmin edilmektedir.

1.3.6.1- HASTANE ARAŞTIRMALARI

Düşük konusunda ilk araştırma Burak tarafından yapılmıştır. Burak, 1953-1954 yıllarında Ankara Doğumevi'ne çeşitli nedenlerle başvuran 5.000 kadının düşükle ilgili geçmişlerini kayıtlarından incelemiş ve bunların önceki gebeliklerinin yüzde 30'unun düşükle (kendiliğinden ve isteyerek) sonlandığını saptamıştır. Doğumlarda ölüm hızı, 1000 kadında 1.3, düşüklerde ise 5.3 olarak tahmin edilmiştir. Bu araştırma, seçilmiş bir grup olan hastaneye başvuran kadınlar üzerinde yapılmış olmasına, toplumu temsil etmemesine karşın önemi büyüktür. Çünkü Burak çocuk düşürmenin önemli bir ana sağlığı sorunu olduğuna dikkati çeken ilk rakamları vermiş ve Türkiye'nin pronatalist nüfus politikasının değiştirilerek, kontraseptiflerin satış ve kullanımlarının serbestleştirilmesinde büyük katkısı olmuştur. (111)

Burak'dan başka hastane ve kliniklere başvuran kadınlar, üzerinde düşük konusunda araştırma yapan diğer araştırmacılar, araştırma yeri, yıllar ve elde edilen düşük ölçütleri Tablo 5'de özetlenmiştir. (111)

TABLO 5 : Hastane ve Kliniklerde Yapılan Düşükle İlgili Araştırmalar

Araştırmacı (Yayın Yılı)	Araştırmanın Yapıldığı Yıl	Yer	İncelenen Kadın Sayı- el.	Kadın Başına Ortalama Dü- şük sayısı	Düşük Yapan Kadın Oranı (%)
Burak (1960)	1959	Ankara	5.000	1.1	30
Esendel (1962)	1953-1957	Doğumevi Ankara Özel hastalar	1.948	1.8	-
Erenus (1967)	1966-1967	Ankara Ana	1.395	1.9	29
Baysal ve User (1971)	1970	İstanbul, Zeynep Kamil Doğumevi	168	2.0	-
Bölükbaşı (1974)	1972-1974	Ankara, Hacet- tepe Kadın Do- ğum Bölümü Vakaları	468	1.1	25

Bu araştırmalardan elde edilen verilere göre kadınların % 25 - % 30'u en az bir düşük yaptıklarını bildirmişler ve kadın başına ortalama düşük sayısı 1.1 - 2.0 arasında saptanmıştır.

1.3.6.2- BÖLGESEL ARAŞTIRMALAR

1959 yılında Fişek ve arkadaşları ilk kez Batı ve Orta Anadolu'nun 137 köyünde yürüttükleri bir araştırmada, 45 yaşın altındaki 7.092 evli kadının % 29'unun geçmişte en az bir kez çocuk düşürdüklerini ve 100 canlı doğuma karşı 14.5 düşük yapıldığını saptamışlardır.

Fişek'ten başka düşük konusunda araştırma yapan diğer araştırmacılar, araştırma yeri, yıllar ve elde edilen düşük ltleri Tablo 6'da özetlenmiştir. (111)

Egemen (1972) 271 kadını içeren araştırmasında, kadınların yaşları ilerledikçe düşük yapma oranının arttığı eğitim düzeyi yükseldikçe de azaldığını göstermiştir.

1975 yılında Ankara kentinde yapılan araştırmada kadının yaşı ve eğitim düzeyi ve gelir düzeyi yükseldikçe düşük sayısının da arttığı Akın tarafından saptanmıştır. (7)

TABLO 6: Türkiye'de Yapılmış Düşükle İlgili Bölgesel Araştırmalar

Araştırmacı (yayın yılı)	Araştırmanın Yapıldığı		Elde Edilen Düşük Ölçütleri		Düşük yapan kadın ortal. oranı
	Yıl	Yer	Araştırmaya katılan kadın sayısı	100 gebe- liğe kar- şı yapılan düşük sa- yı	
Fişek (1960)	1959	Orta ve Batı Ana- dolunun 137 köyü	7.092	14.5	29
Özbay ve Shorter (1969)	1967	Etimesgut Bölgesi	498	6.0	-
Güven (1972)	1971	Yenikent:Etimesgut	261	16.3	47
Egemen (1972)	1971	Sincan: Etimesgut	271	17.1	41
Gürsoy (1971)	1971	Etimesgut bölgesi	441	60.0	64
Bumin (1976)	1972	Sincan: Etimesgut	270	22.6	38
Akın (1976)	1975	Ankara bölgesi	396	27.0	43
Bulut (1979)	1977-78	Merkez Çubuk	2.272	14.7	37

"Türkiye'de Çocuk Düşürme" Kitabından (111) alınmıştır.

Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde 1972-1978 yılı içinde Bulut tarafından 2.272 kadını içeren araştırmada, düşük sayısı ile kadın yaşı arasında pozitif, eğitim düzeyi ile negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. (27)

1.3.6.3- ÜLKE ÇAPINDAKİ ARAŞTIRMALAR

Ülke düzeyinde 1963 yılından başlayarak beşer yıl ara ile yapılan demografik araştırmalarda düşükler konusunda sorular sorulmuş ve ilgili veriler değerlendirilmiştir.

1963 ve 1968 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus araştırmasının düşüklerle ilgili verileri Özbay (1969) tarafından yayınlanmıştır. (Tablo 7)

1968 Nüfus araştırmasının düşükle ilgili verilerinin daha ayrıntılı analizi Fişek (1972) tarafından yapılmıştır. (Tablo 7)

1973 araştırmasının düşükle ilgili verileri ise Kişnişci ve Akın tarafından değerlendirilmiştir. (68)

Sadece isteyerek yapılan düşüklere özgü ilk ulusal epidemiyolojik araştırma, 1975 yılında Tezcan (1977, 1979) tarafından yapılmıştır. (111)

TABLO 7: Ülke Çapında Yürütülen Düşükle İlgili Araştırmalar ve Bazı Sonuçları

Araştırmacı (Yayın Yılı)	Araştırmanın Yapıldığı Yılı.	100 Gebeliğe Karşı Yapılan Kadın Katılan Ka- Toplam Düşük nın Sayısı. Sayısı	Herhangi bir tip dü-Düşük ya- şık Yapan pan Kadın Ort.Top- şük Kadın Ora-Oranı lam Düşük Kadın Ora-Oranı Sayısı ın (%) (%)
Özbay (1969)	1963 1968	2.555 3.280	- - 7.6 10.1
Fişek (1972)	1968	3.284	17.2 0.6 32.6 -
Kişnişci ve Akın (1978)	1973	4.581	17.3 0.6 33.1 -
Tezcan (1977-1979)	1975	1.521	17.2 0.7 32.5 13.9

"Türkiye'de Çocuk Düşürme" kitabından (111) alınmıştır.

Tablo da da görüldüğü gibi Tezcan'ın araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de yüz kadın dan 13.9'u isteyerek en az bir kez çocuk düşürmüştür. (111) Yüz gebeliğe karşı yapılan toplam düşük sayısı 0.7, herhangi bir tip düşük yapan kadın oranı % 32,5'dur. En yüksek düşük oranı 0,7, herhangi bir tip düşük yapan kadın oranı % 32,5'dur. En yüksek düşük oranı ve hızları üç büyük kent için elde edilmiş olup, özellikle az gelişmiş illerde ve kırsal alanlarda isteyerek yapılan düşüklükler en az boyutlardadır. Yerleşim yeri büyüdükçe kadınların öğrenim düzeyi yükseldikçe, çocuk sayısı üç, dört olan ve çekirdek ailelerde daha fazla isteyerek düşük yapıldığı saptanmıştır. (111)

"1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması" sonuçlarına göre evlenmiş kadınların (N= 4431) yüzde 33.6'sı, araştırma tarihine kadar evli yaşadıkları yıllar içinde en az bir düşük yapmışlardır. (2)

Kadının yaşı ilerledikçe ve eğitim düzeyi yükseldikçe 100 kadın için toplam düşük sayıları artmaktadır. En yüksek oran ortaokul ve daha fazla eğitimi olanlarda (%70) bulunmuştur. Eşlerin eğitimleri birlikte değerlendirildiğinde de aynı eğilim görülmektedir. Kadının çalışma durumu ile düşük arasındaki ilişkiye bakıldığında kazanç getiren herhangi bir işte çalışan kadınların düşük yapmaya, çalışanlardan daha çok başvurdukları görülmektedir. Çalışan kadınlar da tarımda ve tarım dışında çalışanlar olarak ele

alındığında, tarım dışında çalışanlarda düşüklerin daha fazla olduğu izlenmektedir. Çocuğun işgücü olarak ekonomik katkısı, çok çocukluluğu tarım sektöründe tercih edilir hale getirirken, geleneksel ve ahlaki değerlerinde kırsal kesimde daha çok etkili olması sonucu tarımda çalışanların daha az sayıda düşük yaptığı savunulmaktadır. Tarım dışı sektörde çalışanların ise çocuğun annenin çalışmasını engellemesi ve aileye ekonomik maliyetinin, yüksek olması gibi nedenlerle daha çok düşük yaptıkları öne sürülmektedir. (2)

Gebeliği önleyici herhangi bir yöntem ile korunmuş olan kadınlarla, hiçbir yöntem kullanmamış olanlar incelendiğinde, doğurgan çağıdaki 100 kadın için, ilk grubun düşük oranının %88 , ikinci grubunkinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Öte yandan, ailelerin istedikleri çocuk sayısına göre düşüklerin görüntüsü de beklenen eğriyi göstermekte ve en az düşük istedikleri sayıda çocuğa henüz ulaşamamış ailelerde görülmektedir. İstediklerinden fazla sayıda çocuk sahibi olan aileler de ise düşük yapmaya daha çok başvurulmaktadır. (2)

Gebeliği önleyici hizmetlerin eksikliği, kullanmadaki başarısızlık ve geleneksel yöntemlerin yaygın kullanımını istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlanmasına neden olmaktadır. (48)

1983 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre 15-49 yaş evli kadınların % 42,2'si en az bir düşük yapmışlardır. (57, 58)

27 Mayıs 1983'de 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile, tıbbi ya da sosyal nedenlerle çocuk sahibi olmak istemeyen kadınların hastane koşullarında gebeliklerini sonlandırmaları serbest bırakıldığı için 1983'de yüz gebeliğin 12,1; isteyerek yapılan düşükle sonlandırılırken bu oran 1988 araştırmasında 23,6 ya yükselmiştir. Bu araştırma gebeliklerin dörtte birinin isteyerek yapılan düşükle sonuçlandırıldığını göstermektedir. (57, 58)

1982-83 ve 1988 yıllarında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasının düşükle ilgili verileri Tablo 8'de karşılaştırmalı olarak gösterilmiştir.

TABLO 8100Gebeliğe Karşı Düşük Oranları

	Isteğe Bağlı		Kendiliğinden		Ölü Doğmalar		Total
	1987	1982-83	1987	1982-83	1987	1982-83	
	Düşükler		Olan Düşükler				
Türkiye	23.6	12.1	8.2	8.0	1.0	1.1	32.8 21.2
<u>Kent/Kır dağılımı</u>							
Kent	28.6	18.1	7.2	9.1	0.5	0.8	36.3 28
Kır	17.4	7.0	9.4	7.1	1.6	1.2	28.4 15.3

"1988 Turkish Population and Health Survey"den (58) alınmıştır.

1.3.7- ÇOCUK DÜŞÜRMEYE BAĞLI ANA MORTALİTESİ

Gelişmekte olan ülkelerde çocuk düşürmenin yol açtığı ana ölümleri konusunda, istatistikî bilgiler sınırlı olmakla beraber boyutlarının büyük olduğu tahmin edilmektedir. Çocuk düşürmenin yasal olmadığı ülkelerde, doğurgan yaştaki kadınlar arasında en yaygın ölüm nedeni yasa dışı olarak yapılan istemli düşüklere (91, 92) Bu ülkelerin hastanelerindeki anne ölümlerinin % 4 ile 70'i yasa dışı düşük komplikasyonlarından kaynaklanır. Aynı neden hastane dışında da bilinmeyen sayıda ölümlerden sorumludur. (92)

Uluslararası Planlı Aile Federasyonu (International Planned Parenthood Federation) nun verilerine dayanılarak 65 Afrika, Asya, Orta Doğu ve Latin Amerika ülkesinde yaklaşık olarak her yıl yasa dışı düşük komplikasyonlarından 84.000 kadının öldüğü bildirilmiştir. (66, 92)

Şili'de tüm ana ölümlerinin % 40'ının çocuk düşürmeye bağlı olduğu bilinmektedir. (110) 1960'da Şili ve Santiago'da düşük komplikasyonlarından hastaneye başvuran her 1000 kadından 5'i ölmüştür. (110) Asya ve Afrika hastaneleri, düşüğe bağlı ana ölüm oranını % 4-51 olarak rapor etmişlerdir. (92) Latin Amerika'da araştırmalar, ana ölümlerinin % 30 ile % 40'ının yasa dışı düşük komplikasyonlarından kaynaklandığını göstermektedir. (92) Afrika'da kentsel bölgelerdeki bazı hastanelerden benzer hızlar bildirilmek-

tedir. Nijerya'da Lagos Üniversitesi Eğitim Hastanesinde 1966 ile 1972 yılları arasında görülen ana ölümlerinin % 51'i düşük komplikasyonlarına bağlanmaktadır. (60, 92) Kalifornia'da düşük yasallaşmadan önce ana ölümlerinin beşte birinin yasal olmayan düşük komplikasyonlarından olduğu saptanmıştır. (91)

Kenya'da Nairobi Kenyatta Ulusal Hastanesine, çocuk düşürme nedeniyle kabul edilenlerin sayısı 1971 de 1.838 iken 1976'da % 100 artarak 3.702'ye çıkmıştır. (92) Septik düşükle başvuran her 1000 hastanın 2'si bu nedenle kaybedilmiştir. (60) O tarihten bu yana da, aynı hastaneye başvuran septik düşük vakaları birkaç kez daha artmıştır. 1987'de her gün 30-60 kadının septik düşük komplikasyonları ile hastaneye yatırılmakta olduğu bildirilmektedir. (60)

Zambia'da da 1972-1976 yılları arasında düşük komplikasyonları nedeniyle Üniversite Eğitim Hastanesine kabul edilen hastaların sayısı % 106 artarak, 1448'den 2991'e yükselmiştir. (92)

Bangladeşte yapılan bir araştırmada; 1978 Eylül - 1979 Mayıs ayları arasında gebeliğe ilişkin tanımlanmış 1933 ölüm olayınının 498'inin (% 25.8) isteğe bağlı düşük nedeniyle olduğu saptanmıştır. (77)

Nijerya'da Benin Eğitim Hastanesinin jinekoloji servisine 1974-1979 süresince kabul edilen hastaların % 28' ini istemli düşük yapan adolesan kızlar oluşturmuştur.

Adolesan kızlarda düşüğe ilişkin ölüm oranı % 62.5 olarak bulunmuştur. Bu oranın İngiltere, Danimarka ve İsviçre ile karşılaştırıldığında çok yüksek olduğu görülmektedir. (79)

Gelişmiş ülkelerdeki duruma gelince, 1940'larda 100.000 düşük olgusuna karşı ana ölümü 200 civarında iken (örneğin İsveç'te yüzbinde 250) son yıllarda yüzbinde 2'nin altına düşmüştür. (110) 1967-72 yılları arasında Danimarka'da 137.000 çocuk düşürme olgusuna karşı hiç ölen olmamış; 1967-72 yılları arasında Çekoslovakya'da 587.500 düşüğe karşı 11, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1.179.300 düşüğe karşı sadece 10 ana ölümü olmuştur. (92)

Yasal düşüklerde ana ölümü, yasa dışı düşüklere ve herhangi bir cerrahi müdahaleden daha azdır. 1977'de Amerika'da yasal düşükten dolayı mortalite oranı 100.000'de 1,4; tonsillektomide ise mortalitenin 100.000'de 16 olduğu "Birleşik Devletler Hastalıkları Kontrol Merkezi" (The United States Center For Disease Control) tarafından rapor edilmiştir. İngiltere'de, düşüğün yasalarla kısıtlandığı 1967'de düşüğe bağlı 50 ana ölümü, 1978'de ise sadece 5 ölüm bildirilmiştir. (92)

Bu iyileşmede, çocuk düşürmenin yasallaştırılması yanında tıp teknolojisindeki gelişmeler dolayısıyla daha emin ve sağlıklı koşullarda düşük yapma ve gebeliği önle-

yici etkin yöntemlerin kullanılmasının yaygınlaşması sonucu istenmeyen gebeliklerin azalmasının rolü vardır. (110)

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllıklarından edinilen bilgilere göre, ülkemizde 1979-81 yılları arasında adli, tıbbi ve kasıtlı olarak çocuk düşürme sayısı 154.861, ölenlerin sayısı ise sadece 327'dir. (96) 1982-1986 istatistiğine göre bu sayı 347.044, ölenlerin toplam; 406'dır. (97) 1982-1986 yılları arasındaki istemli düşük sayısının fazla olması 1983'de çıkarılan kürtaj yasasından kaynaklanmaktadır.

1.3.8- İSTEYEREK ÇOCUK DÜŞÜRMEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER VE BAŞVURULAN YÖNTEMLER

1.3.8.1- İSTEYEREK ÇOCUK DÜŞÜRMEYE NEDEN OLAN FAKTÖRLER

İsteyerek yapılan düşüklüğün hemen hemen onda dokuzu sosyal ve ekonomik nedenlerle olmaktadır. İstemli düşük nedenleri arasında, kadının ev dışında bir işde çalışması, fazla sayıda çocuğa sahip olma, çocuğun bakım sorunu, evlilik dışı ilişkiden gebe kalma, kentleşme-endüstrileşme, toplumda yaygın aile büyüklüğü norm'u, karı-kocanın çocuk istememesi ve ekonomik sıkıntılar sayılabilir. (66, 111, 135)

Esendal'ın (1962) araştırmasında kadınlara kürtaj yaptırma nedenleri sorulduğunda verdikleri yanıtlar doğum sayısına göre değişmiştir. En çok bildirilen nedenler arasında: 1- Hiç doğum yapmamış kadınlarda yeni evli olma ve henüz çocuk istememe, 2- Birinci çocuğunu doğurmuşlarda sosyal ve ekonomik nedenler veya gebelikler arasındaki sürenin kısa olması, 3- Daha fazla sayıda doğurmuşlarda ise fazla sayıda yaşayan çocuk ve gebelikler arası sürenin kısa olması vardır. (111)

1975 yılında Akın tarafından Ankara kentinde yapılan araştırmada da; düşük nedeni olarak kadınların % 61'i fazla çocuk istememelerini, % 14'ü gebeliklerinin zamansız olduğunu, yüzde 11'i de ekonomik nedenleri bildirmişlerdir. (7)

Bayık'ın 1983 yılında Bornova İlçe Merkezinde yaptığı çalışmasında da isteyerek düşük yapan kadınların % 36,5'i fazla sayıda çocuk, % 25,8'i ekonomik nedenler, % 23,7'si çok sık aralıklarla gebe kalmayı düşüğe başvurmada gerekçe olarak belirtmişlerdir. (19)

1987'de A.B.D.'de yapılan bir araştırmaya göre; kadınların isteyerek düşük yapmalarına birden çok faktörün neden olduğu saptanmıştır. % 25'i bir bebeğe sahip olmanın iş, okul ve diğer sorumluluklarına zarar vereceği için % 70'i şimdilik bir çocuk sahibi olmak istemedikleri için,

yarısı tek bir eşe bağılı olmak istemedikleri için, 18 yaşın altındaki genç grubun ise bir çocuğu büyütecek kadar yeterli olgunluğa sahip olmadığı için kürtaj oldukları gösterilmiştir. (117)

Birçok araştırmacılar tarafından öne sürülen isteyerek çocuk düşürmeye neden olan sosyo-ekonomik faktörler şunlardır:

. Kadının Yaşı: Literatür çalışmalarında, kadının yaşının düşük hızı üzerinde etkili bir faktör olduğu görülmektedir. Dirican ve Aytekin'in Gemlik bölgesinde yaptıkları çalışmada, 45-49 yaş grubu dışında, doğurgan çağıdaki kadınların yaşları arttıkça isteyerek düşük yapanların sayısının da önemli derecede arttığı saptanmıştır. Kendileri ile görüşülen 3812 kadının yaş ortalaması 33,3 + 6,8'dir. 24 yaşında olanların % 7,4'ü, 25-35 yaşları arasında olanların % 25,8'i, 35-44 yaş grubundakilerin % 32'si, 45-49 yaş grubunda olanların ise % 25,8'i isteyerek düşük yapmışlardır. (35)

Ankara Abidinpaşa Eğitim ve Araştırma bölgesinde tespit edilen istemli düşüklere yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, 25-29 yaş grubundaki evli kadınların % 30,6 gibi yüksek oranda isteyerek düşük yaptıkları tespit edilmiştir. (3)

1966-1967 yıllarında, Ana Sağlığı Kliniği'ne başvuran 1395 kadını (Tablo 5, Hastane ve Kliniklerde yapılan Düşükle ilgili Araştırmalar) inceleyen Erenus, yaş ve gebelik sayısı arttıkça düşük yapan kadınların oranının da yükseldiğini saptamıştır. Erenus'a göre 15-19 yaş grubundaki kadınların en az (% 15,9), 40 ve üstü yaş grubundaki kadınların en yüksek oranda (% 57,1) düşük yaptıkları saptanmıştır. (111)

Fişek ve arkadaşları ilk kez Batı ve Orta Anadolu'nun 137 köyünde yürüttükleri bir araştırmada, 45 yaşın altındaki 7.092 evli kadının (Tablo 6, Türkiyede Yapılmış Düşükle İlgili Bölgesel Araştırmalar) % 29'unun geçmişte en az bir kez çocuk düşürdüklerini saptamışlardır. Geçmişte düşük deneyimi olan kadın yüzdesi, ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. 20 yaşın altındaki kadınların % 20'si, 30 yaşın üzerinde ise yüzde 50'si bir veya daha fazla sayıda düşük yaptıklarını bildirmişlerdir. (111)

Ankara'da Taşkın'ın, Sincan bölgesinde Egemen'in, Etimesgut'ta Gürsoy'un, Bornova'da Bayık'ın yaptığı araştırma sonuçları da aynı paralelliktedir. (19, 106, 111)

1968-1973 yıllarında, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce yapılan araştırmada, düşük ölçütlerinin 25 yaşın üzerinde arttığı ve kadın yaşının düşük hızına olan etkisinin istatistiki olarak çok önemli olduğu bulunmuştur. (68, 111)

1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre isteyerek yapılan çocuk düşürme oranı en yüksek 35-39 yaş grubundadır. (% 42,4) 20-24 yaş grubunda 10 gebelikten 1'i isteyerek yapılan düşükle sonlandırılırken, 30-35 yaş grubunda bu oran 10 gebelikte 4'e ulaşmaktadır. (58)

Bu durum, bu yaşlardaki kadınların istenilen aile büyüklüğüne sahip olduklarını, fertilitelerini kontrol etmeye doğru motivasyon gösterdiklerini ortaya koyar. (58)

Malezya, Bangladeş, Kore gibi bazı Asya ülkelerinin verilerine göre de, yaşla birlikte düşük sayısının arttığı görülmektedir. Özellikle 25 yaşın üzerindeki kadınlar en fazla oranlarda düşük yapmaktadırlar. (92)

Avrupa ülkelerinde de 20-34 yaş grubu kadınlarda isteyerek yapılan düşüklerin oranı fazla olup aynı görüntüyü vermektedir. (92)

. Kadının Eğitim Durumu: Eğitim düzeyi, kadının isteyerek düşük yapma kararlılığında önemli bir etkidir. Düşük seviyedeki eğitimin doğurganlığı olumsuz yönde etkilediği hemen bütün araştırmalarda ortaya çıkmaktadır. Basit bir gözlemlerle, eğitim düzeyi yüksek olan ailelerde çocuk sayısının, eğitilmemiş ve okur-yazar olmayan ailelere oranla az olduğu görülebilir. (64, 82, 123)

Eğitim, bireyleri çevreleri ile ilgili olarak daha duyarlı hale getirir, onları geleneklere bağlılıktan çıkartır ve sosyal hareketliliği arttırır. Eğitim, özellikle kadınlar için modern kesimde istihdam olanağını arttırmaktadır. Ayrıca eğitim, kadının ekonomik alanda bağımsızlık kazanmasını sağladığı için evlenme yağının yükselmesine neden olur. Yani evlenme yağı, eğitim sürecinin uzaması dolayısıyla ileriye atılmış olur. Böylece reme döneminde evli olunan süre kısalır ve evli olacakların toplumdaki oranı düşer. (82- 123)

Eğitim ve okur-yazarlık, bireylerin istenmeyen gebeliği önlemede daha kolay ve gerçekçi bilgi sahibi olmalarını mümkün kılar. Ayrıca eğitimin eşler arasında diyalogu, iletişimi artırıcı etkisi olup doğum kontrolu ile ilgili bilgi edinme, olumlu tutum ve yöntem kullanmaya da olumlu yönde etkisi vardır. (123)

Türkiye'nin de içinde bulunduğu Orta-Doğu ve Asya lkelerinde yapılan araştırmalarda, kadınların eğitim seviyesi yükseldikçe daha fazla düşük yapıldığı anlaşılmıştır. (111)

Bayık (1983) araştırmasında, ortaokul ve üstünde bir okul bitirmiş eğitim düzeyi yüksek olan kadınların en fazla (% 81,6) oranda isteyerek ocuk düşürdüklerini saptamıştır. (19)

Dirican ve Aytekin'in Gemlik Eğitim ve Araştırma Bölgesinde yapmış oldukları çalışmada öğrenim durumu arttıkça isteyerek yapılan düşüklerin sayısının da arttığı görülmüştür. (35)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünün Türkiye çapında yaptığı 1973 ve 1978 araştırmasında en yüksek düşük hızının ortaokul ve daha yüksek eğitimi olan kadınlarda olduğu saptanmıştır. (2, 111)

1988 araştırmasında da eğitim seviyesi ile isteyerek yapılan çocuk düşürme arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. (58)

Kore'deki araştırmalar da, düşük yapan kadınların yüzdesinin eğitim düzeyi yükseldikçe arttığını göstermektedir. (92)

. Kadının Çalışma Durumu: Kadının eğitim düzeyi, onun ev dışında para getiren bir işte çalışabilmesini hazırlayan önemli bir faktördür. Bu durumda, kadının çalışmak zorunda olması ve çocuğa bakacak kimsesi olmaması halinde, oluşan istenmeyen bir gebelik büyük bir olasılıkla düşükle sonlandırılacaktır. (110, 123)

Tezcan'a göre, herhangi bir meslek sahibi (doktor, mühendis, öğretmen vb.) kadınlar en yüksek oranlarda düşük yaparlarken ikinci sırayı ev kadınları almaktadır. (110)

Bayık'ın (1983) yaptığı çalışmada da memur ve işçi olarak çalışan kadınlarla, çalışmayan ev kadınları grublandırıldığında, isteyerek düşük yüzdesi çalışan kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. (19)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından Türkiye çapında yapılan 1978 araştırmasına göre; kazanç getiren herhangi bir işte çalışan kadınların düşük yapmaya, çalışmayanlardan daha çok başvurdukları görülmektedir. Çalışan kadınlar da tarımda ve tarım dışında çalışanlar olarak ele alındığında, tarım dışında çalışanlarda düşüklerin daha fazla olduğu izlenmektedir. (2)

. Eşin Mesleği: Düşük hızı üzerinde etkili olan önemli bir faktördür. Tezcan'ın ulusal düzeyde, isteyerek yapılan düşüklerle ilgili araştırmasında, eşin eğitim düzeyi ve mesleki statüsündeki azalmaya paralel olarak isteyerek yapılan düşük sayıları da azalmıştır. (11)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce ülke çapında yapılan 1973 yılı araştırmasında işadamları ve yüksek eğitim gerektiren işlerde çalışan serbest meslek sahiplerini içeren grupta 100 canlı doğum için düşük hızı en yüksek olup % 46'dır. İşçiler, çiftçi ve tarım işçilerinde düşük hızının % 9-10 olduğu görülmektedir. (68)

Bayık'ın Bornova bölgesinde yaptığı çalışma da da düşüğe başvuran kadınların eşlerinin mesleklerine bakıldı-

ğında; sırasıyla iş adamı, memur, işçi olduğu görülmektedir. (19)

Orta-Doğu ve Asya ülkelerindeki araştırmalarda da, isteyerek düşük yapan kadın yüzdesinin eşin mesleki statüsünün artması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (92)

. İlk Evlenme Yaşı ve Evlilik Süresi: Kadın ve erkeğin birlikte yaşamaya başlamaları evlenme olarak kabul edilirse, ilk evlenme yaşı, kadının gebe kalmasını belirleyen bir faktördür. (123)

Kadının eğitim düzeyi yükseldikçe evlenme yaşında bir yükselme görülebilecek, böylece evli kalınan fertil sürede istenmeyen gebelikler daha az oranlarda olabilecektir. (32, 82, 123)

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün araştırmasına göre, ilk evliliklerini 11-15 yaş grubunda yapan kadınlarda, düşük yapma oranı % 34,2, 21 yaşından sonra evlenenlerde ise bu oran % 31.7 olarak bulunmuştur. (68)

Bayık'ın (1983) yaptığı araştırmada ise ilk evliliğini 20 yaş ve üstünde yapan kadınların en yüksek oranda isteyerek çocuk düşürdükleri belirgin olarak görülmektedir. (19)

Evlilik süresine göre bu yüzdeler değerlendirildiğinde, evlilik süresi arttıkça düşük yapan kadın yüzdesinin de arttığı gözlenmiştir. Bu oran, 1 yıldan az veya 1 yıl süreli evli olanlarda en düşük % 5,5 iken 14 yıl ve daha fazla evlilik süresi olanlarda % 43,7'ye yükselmiştir. (35, 68)

Bayık'ın araştırmasında da evlilik süresi 11 yıl ve daha fazla olan kadınların isteyerek düşük yüzdesinin en yüksek olduğu görülmektedir. (19)

. Evlilik Durumu: Evlenmeden önce kadının kız olması, müslüman kültüründe yüksek değerdedir. Bu nedenle evlilik öncesi gebelikler, büyük bir olasılıkla düşükle sonlandırılmaktadır. (92, 111)

Evli olmayan kadınların çocuk düşürme nedeni, tecavüz edilme, kandırılma ve evlilik dışı ilişki sonucu gebe kalma gibi sosyal olgulardır.

Evlilik dışı doğurganlık, genellikle dünya ülkelerinde de azdır. Orta Doğu ve Asya ülkelerinde, isteyerek düşük yapan kadınlar genellikle evlidirler. Afrika'da ise bekar ve öğrenci olan kadınlar daha fazla oranlarda düşük yapmaktadırlar. (92) Nijerya'da 1974-79 yılları arasındaki istemli düşüklerin % 60,8'inin adolesan kızlarda görüldüğü saptanmıştır. (77)

Evlilik; ölüm, ayrılma veya boşanma gibi nedenlerle sonlanabilir. Bu durumda gebe olan kadın, gebeliğini düşükle sonlandırmak isteyebilir. (111)

Kadının, kocası ile halen birlikte olması ve normal evlilik ilişkilerini sürdürmesi, düşük hızını artırıcı rol oynamaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsünde yapılan araştırma sonucu, kocası ile halen birlikte olanlarda düşük hızı, 100 canlı doğum için 28,5, kocasından ayrı olanlarda ise 19 olduğunu göstermektedir.(68)

. Ailedeki Çocuk Sayısı: Ailede yaşayan çocuk sayısı, düşük hızına etki eden faktörlerden en önemlisidir. Ulusal düzeyde yapılan araştırmalara göre; 0-2, 7 ve daha fazla çocuğu olanlar en az, 3-6 çocuğu olanlar ise, en fazla boyutlarda düşük yapmaktadır. (68, 111)

Kadınlara, isteyerek çocuk düşürme nedenleri sorulduğunda; Tümerden'in çalışmasında vak'aların % 65,50'si, Çubuk'taki bölgesel araştırmada % 72'si, Bölükbaşı'ya göre 469 düşük vak'asının % 43'ü, Akın'ın araştırmasında incele- nen 396 kadından % 61'i, Baysal ve User'in araştırma vak'alarının % 40'ı, Taşkın'ın çalışmasında kadınların % 60'ı Bayık'ın araştırmasında % 36,5'i yeterli sayıda çocuğa sahip olduklarını, artık başka çocuk istemediklerini bildir- mişlerdir. (7, 19, 21, 26, 111, 123)

Türkiye'de ailelerin büyük çoğunluğu, fazla sayıda çocuk istememektedirler. Örneğin 1963'de evli çiftlerin aşağı yukarı % 60'ı iki-dört çocuk isterken, 1983'de evli çiftlerin % 52'si iki çocuk % 27'si üç çocuk ve % 12'si dört çocuk istemektedir. Bir başka deyişle, 1960'larda beş ve daha fazla çocuk isteyen % 40 aile oranı, 1983'de yüzde 9'a düşmüştür. (57, 89)

1978'de yapılan Doğurganlık Araştırmasının sonuçlarına göre 3 veya daha az çocuklu ailelerin % 73'ü fazla çocuk istememektedir. Bu oran şehirlerde % 80,5, köylerde ise % 64,5'dir. (45, 120)

1983 Türkiye Doğurganlık Araştırmasına göre evli kadınların büyük çoğunluğu son gebeliği ya da son canlı doğumuna istemediği halde gebe kalmış ve doğurmuştur. 1982-83 yılında toplam gebeliklerin % 21'i düşükle sonuçlanmıştır. (89)

Ailenin ideal çocuk sayısına özellikle ideal erkek çocuk sayısına ulaşmasının, isteyerek yapılan düşüklerde önemli bir etken olduğu da belirlenmiştir. (3, 21, 27)

. Gebelikler Arası Süre Azlığı: Gebelikler arası sürenin kısa olması, sık sık gebe kalma, kadını isteyerek düşük yapmaya iten nedenlerdir. Son çocuğun küçük olması, emzirme ve bakım sorunu gibi nedenlerle mevcut gebelik istenmeyebilir ve düşükle sonlandırılır. (68)

. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma: Herhangi bir doğum kontrol yöntemini uygulayan kadın, çocuk sayısını kısıtlamaya karar vermiştir. Yeniden istemediği bir gebelikle karşılaşırca; bu konudaki eğilimi çok kuvvetli olduğu için bu gebeliğini düşükle sonlandırmaya yönelecektir. (48) Her ne kadar kadınlar çocuk istemedikleri için yöntem kullansalar da yapılan çalışmalarda etkili yöntem değil, geri çekme gibi etkisi sınırlı olan yöntemleri seçtikleri ve istenmeyen gebeliklerle çok sıklıkla karşılaştıkları görülmektedir. (48, 67, 68, 88, 132)

1988 Hacettepe Nüfus Etütleri araştırmasında da etkisi sınırlı olan geleneksel metotları kullananların oranı % 51 olarak saptanmıştır. (58)

Gebeliği önleyici hizmetleri temin edememe, geleneksel yöntemlerin daha yaygın bir şekilde kullanılması ya da yöntem kullanımındaki başarısızlık sonucu istemeden gebelik kalma durumunda gebelikler çoğunlukla düşükle sonlandırılmaktadır.

Sophocles ve arkadaşları tarafından Colorado'da yapılan çalışmada, 1982-1984 yılları arasında isteyerek düşük yapan 323 hastayla görüşülmüş ve bunların gebeliklerinin büyük bir çoğunluğunun (% 51) uygun kontreseptif yöntemin yanlış ve düzensiz kullanımı gibi insan hatalarından kaynaklandığı saptanmıştır. (102)

Çin'de 1960'larda üreme yaşındaki kadınlar arasında kontraseptif kullanımı yaklaşık sadece % 3 iken, kadın-doğum servislerine kabul edilen her beş kadının yaklaşık birinin tanısının düşük komplikasyonları olduğu ve düşük mortalitesinin her 10.000 canlı doğum için 11,8 olarak saptandığı, 1978-1979 yıllarında ise kontraseptif kullanımının % 23'e yükseldiği, düşük nedeniyle hastaneye başvuran kadınların oranının sekizde bire, düşük mortalitesinin de 2,4'e düştüğü görülmüştür. (92) Burada da görüldüğü gibi kontraseptif yöntem kullanımı arttıkça, düşük hızı azalmaktadır.

. Yerleşim Yeri: Ülke çapında yapılan araştırmalar, belirgin bölgesel-kırsal-kentsel farklılıkları göstermektedir. Ülkemizin en gelişmiş bölgeleri olan Batı Anadolu'da 100 canlı doğuma karşılık 37 düşük yapılırken en az gelişmiş olan Doğu Anadolu'da 10 düşük yapıldığı saptanmıştır. Fişek'in 1972'deki araştırmasında, aynı düşük ölçütleri kırsal kesimde 12 iken, kentlere doğru gidildikçe artış göstermiş ve İstanbul, Ankara, İzmir gibi kentlerde hız % 97 olarak bulunmuştur. (111)

1973 Türkiye Demografi Araştırması'nın düşükle ilgili verileri, Kişnişci ve Akın tarafından 1978'de analiz edilmiştir. (68) Bu bulgulara göre; isteyerek yapılan düşük, kent ve büyük kentlerde azalma, kasaba ve köylerde

artma göstermektedir. Kırsal yörelerde isteyerek düşük hızındaki artış, kadınların fazla çocuk istememe konusunda bilinçlendiklerini yansıtırken aynı zamanda onların çaresizliğini de belgelemektedir. Araştırmacılar bunu, hızlı kentleşme nedeni ile gebeliği önleyici yöntemlerin kentlerde oturanlarca elde edilmesindeki kolaylığa bağlamışlardır. (68, 111)

1978 Araştırmasına göre; oturdukları yerleşim yeri açısından kadınlar, kentli, kır kökenli ve kırsal alanda yaşayanlar olarak üç gruba toplanarak düşüklükler incelenmiş ve kentlilerin % 40'ının, kır kökenlilerin % 35'inin, kırsal kesimde yaşayanların ise % 29'unun en az bir düşüğü olduğu saptanmıştır. (2)

1983 ve 1987 Türkiye Araştırmasında da kır/kent farklılığı görülmektedir. (57, 58)

Afrika'da ve Latin Amerika'da, kentleşme düzeyi arttıkça, sosyo-ekonomik değişikliklerle ilgili olarak kent kadınları arasında, isteyerek yapılan düşük daha fazladır.

Asya ülkelerinden Malezya, Kore, Taiwan'da isteyerek yapılan düşük hızı, kırsal kesimde binde 46, kentte ise 55'dir. (92)

. Aile Yapısı: Aile; erkeğin ve kadının çocuklarıyla oluşturdukları, iş bölümüne dayanan, toplumsal ve ekonomik temel birliktir. (56, 99, 125) Sosyolojik açıdan yapı-

lan incelemelere göre iki aile biçimi tanımında herkes birleşmektedir. Çekirdek aile ve geniş aile. (56, 99, 125)

Çekirdek aile; ana, baba ve evlenmemiş çocuklardan meydana gelen toplumsal birliktir.

Geniş aile; Anne, baba, çocuklar; çocukların eş ve çocuklarını; anne veya babanın kardeşleriyle - kardeşlerin eş ve çocuklarını içine alan sosyal gruptur. Türkiye genelinde, kırsal ve kentsel bütün ortamlarda çekirdek ailenin en yaygın aile tipi olduğu bilinmektedir. (38, 113, 114) Kentleşme ve modernleşme ile birlikte geniş aile biçiminden çekirdek aileye geçiş gittikçe artış eğilimindedir.

Aileyi sosyo-ekonomik yönden inceleyen Davis'e göre; ataerkil geniş ailelerde kadın, yerini kuvvetlendirmek ve statü kazanmak için, koca ise soyunun devamı ve ileride sosyal güvence vereceği için kuvvetli bir çocuk isteme duygusu ile koşullandırılmaktadır. (64) Bu nedenle geniş ailelerin içinde bulunduğu kültürel ortam, doğurganlığı arttırıcı unsur olarak kabul edilmektedir.

Çekirdek aile yaşamı süren kadınlar özel hayatları konusunda karar vermede daha serbest ve eşleri üzerinde daha etkili olduklarından, bu kadınlar düşük yapma konusunda daha kolay karar verebilirler.

İsteyerek düşük yapan Orta-Doğulu, Latin Amerikalı ve Asya ülkelerinin kadınlarının çoğu, aile büyüklüğünü

sınırlı tutmak isteği ile düşük yaptıklarını ifade etmişlerdir. (92)

1.3.8.2- İSTEYEREK YAPILAN DÜŞÜĞÜ GERÇEKLEŞTİRMEK İÇİN BAŞVURULAN YÖNTEMLER

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında başvuru-
rulan yöntemler iki grupta incelenebilir. (8)

I- Hekim olmayanların ya da gebe kadının uyguladığı
"Geleneksel" yöntemler,

II- Tıp personelinin uyguladığı "Tıbbi" yöntemler.

I- Geleneksel Yöntemler :

Kadının kendisi veya meslekten olmayan kişiler tarafından, ilaçlar ve mekanik vasıtalar kullanılarak uygulanan yöntemlerdir. Toplumun kültürüne göre sayısız yöntem mevcuttur.

1- İlaçlar: İstemediği gebeliğini sonlandırmak isteyen kadın, ilk olarak ilaçlara başvurur. Bu amaçla alınan ilaçların bir kısmı etkisiz, bir kısmı ise etkilidir.

Çocuk düşürmede etkisi bulunmamasına rağmen başvuru-
lan etkisiz ilaçlar arasında; Ada soğanı, Peygamber ağacı gibi diüretikler, pelin, papatya, tarçın gibi bitkiler ve Alman rakısı gibi müshiller sayılabilir.(13, 14, 60, 92)

Etkili ilaçlar zehirleyecek kadar tesir gösterenler ve kanama yaparak düşük yaptıranlar olarak 2 grupta incelenebilir.

- Zehirleyiciler: Fosfor, civa, kurşun, arsenik gibi ağır madeni zehir ihtiva eden ilaçlar ağız yolu ile alınmakta veya vaginaya tatbik edilmektedir. Bilhassa kibritletlerinin hap şeklinde hazırlanıp, vaginaya yerleştirilerek düşük yapma amacıyla kullanıldığı görülmüştür. (13, 14, 92)

- Asıl çocuk düşürücü olanlar: Bu grupta, Apio1, Sedef otu, Sabine (Kara-ağaç), Artemisia Vulgaris (Yaban karanfili) Ergot da Seigle (Çavdar mahmuzu) ve Kinin sayılabilir. (8, 13, 14, 92)

2- Mekanik Yöntemler: Kaba mekanik yöntemler arasında; yüksekte atlama, kan aldırma, çok sıcak banyolar, travma tatbiki, masaj, genital bölgeye sümk yapıştırma sayılabilir. (13, 14, 92)

İnce mekanik yöntemlerden vagina ve kolluma tatbik edilenler:

- Vagina'ya tampon, ilaçlı çıkın koyma,
- Vagina'ya ilaçlı soğuk ve sıcak sularla lavaj yapma,
- Servikal kanala potasyum permanganat tabletleri sokmadır.

Uterusa özellikle fetüse tatbik edilen mekanik yöntemler;

a- Amnios zarının delinmesi

b- Plasentayı yerinden ayırma.

olarak iki grupta incelenir. Kadın, kendi kendine şiş, tığ, çivi, tel, tavuk tüyü, inceltilmiş sabun, sıvrıltilmiş çeşitli çöpler, kibrit çöpü, ebegümece kökü, çıra, çengelli iğne, kundura çirişi, sarmaşık dalı gibi kirli ve zararlı cisimlerle amnios zarını delmek suretiyle düşük yapmaya teşebbüs edebilir. (8, 13, 14, 45, 60, 61)

Plasentayı yerinden ayırmak amacıyla, basit bir kateter veya puarla uterus içine su, tuzlu su, özellikle sabun solüsyonu zerkleri dünya'da en yaygın düşük metodu olarak uygulanmaktadır. (13, 14, 92, 110)

II- Tıbbi Yöntemler:

Birinci trimester, yani 12. haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasında vaginal yoldan boşaltma yolu tercih edilmektedir. (8, 13, 14)

1- Dilatasyon ve Küretaj: Lokal ya da genel anestezi altında serviks, Hegar bujileriyle ya da saniyede 90 kez titreşim yapan elektro vibratörlerle ya da Laminaria denilen bir tür ağaç özünden yapılan maddelerle dilate edilerek uterin kavite keskin küretlerle kürete edilir.

2- Vakum Aspirasyon: İlk kez 1958'de Çin'de kullanılan bu yöntem, 1960'dan sonra tüm dünyada kullanılmaya başlanmıştır. Serviksin dilatasyonundan sonra, uterus içindeki gebelik ürünü, metal veya plastik kanüllerle aspire edilir. Bu yöntemin, küretaja göre daha az travmatik ve daha az kanamaya neden olduğu kıyaslamalı çalışmalarda gösterilmiştir.

3- Menstrual Regülasyon: Son yıllarda geliştirilen ve tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir yöntemdir. Menstruasyon gecikmesinden sonra 8. haftaya kadar olan gebeliklerde endometrial materyalin plastik "Karman" küreti ile veya plastik bir enjektöre bağlı 4-6 mm. çapındaki plastik kanülle aspire edilip boşaltılmasıdır.

1.3.9- KAYGI VE KÜRTAJ

Kaygı ve korku, sağlığı tehdit edilen her normal insanın göstereceği en doğal tepkilerdendir. Kaygı'nın sözlükteki anlamı, "beklenen ve olması yakın bir kötülüğe karşı beyin-dimağın acı veren rahatsızlığı, huzursuzluğudur." Diğer bir deyişle genellikle bilinmeyen ve anlaşılmayan, yakın bir tehlikeyi beklemekte olmanın doğurduğu huzursuzluk ve gerginlik hissidir. Önceleri korku ile eş anlamlı kullanılmıştır. Halen korku-kaygı ayırımı tam anlamı ile yapılmış değildir. (65, 75, 90)

Ancak kaygı, herhangi bir dış uyarının boyutunun çok üstünde olan anormal bir korkudur.(95) Korku, bilinçli olarak tanınan, genel olarak dış baskı veya tehlike karşısında ortaya çıkan heyecansal bir tepkidir. Kaygı, kişi tarafından bilinmeyen tehlikeye karşı verilen heyecansal bir tepkidir. (31)

Genel poliklinik hastaların % 10-15'inde, yatan hastaların ise % 10'ında belirgin kaygı görülür. Normal popülasyonun % 25'i yaşamlarının herhangi bir döneminde belirgin olarak kaygılıdır ; bunların yaklaşık % 75'i belli bir ay süresince tanı konabilir kaygı bozukluğuna sahiptir. Psikiatri dışında pratikte karşılaşılan hastalarda da kombinasyonunu yansıtan bir kaygı bulunur. Kaygının bu tipleri özellikle medikal ve cerrahi hastalarda kolayca tanınır. (95)

Hepimiz tehlikeli gördüğümüz durumlarda bir miktar kaygı duyarız. Dişçi koltuğunda otururken, sınav kapısında beklerken, uçağa binmeden ya da bir ameliyata gitmeden önce tedirgin ve huzursuz oluruz. Tehlikeli koşulların yarattığı bu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygıyı oluşturur. Buna "durumluk kaygı" denir.(80,81) Yani durumluk kaygı bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur. Fizyolojik olarak otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve tit-

reme gibi fiziksel değişmeler bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergesi olarak görülür. (20, 72, 75, 80) Stresin yoğun olduğu zamanlar durumluk kaygı seviyesinde yükselme, stres ortadan kalkınca düşme olur.

Kimileri sürekli olan huzursuzluk içinde yaşar. Genellikle mutsuzdur. Doğrudan doğruya çevreden gelen tehlikelere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Özdeğerlerinin tehdit edildiğini zannetmesi ya da içinde bulunduğu durumları stresli olarak yorumlaması sonucu birey kaygı duyar. Buna da "sürekli kaygı" denir. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin huzursuzluklarını gidermede, hafifletmede ya da kontrol etmede karşı koyma ya da başa çıkma becerileri ya da savunmaları yetersizdir. Bu bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar. (80) Bu durum araştırma verileriyle de desteklenmiştir. (81)

Kaygı yaşantılarındaki bu ayırımın yapılması Spielberger'in (1966) iki faktörlü Kaygı Kuramı ile, kaygı türlerinin ölçülmesi de Spielberger ve arkadaşlarının (1970) Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteriyle mümkün olmuştur. (81)

Bilinmeyen, deneyimlenmemiş yeni bir durumla karşılaştığında kişinin kaygısı artar. (75, 31) Kumral (1979) yaptığı çalışmasında hastaların ameliyat öncesi, ameliyat

sonrası ve taburcu olmadan önce Durumluk-sürekli Kaygı Envanteri ile kaygı derecelerini ölçmüş; hastaneye daha önce yatmamış olanların Durumluk ve Sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Daha önce hastaneye yatmış bulunan bireylerin daha düşük durumluk kaygı göstermelerinin nedeni olacaklar hakkında daha önceden bilgi sahibi olmalarına bağlanmıştır. (69)

Güleç (1979) ameliyat öncesi ortaya çıkan korku ve kaygının hastaların sosyo ekonomik seviyeleri ile olan ilişkisini incelemiş, yüksek sosyo ekonomik seviyeden gelen cerrahi hastaların ameliyat öncesi kaygılarının diğerlerinden önemli seviyede daha yüksek olduğunu saptamıştır.(54) Bunun olası tehlikeler hakkında bilgi sahibi olmadan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ciddi stresler geçici olarak herkesin başa çıkma yeteneğini bozabilir. Eğer önemli simgesel anlamı varsa, küçük stresler bile travmatik olabilir. Kürtaj; kadınlar için canlıyı yok etmek olarak değerlendirilip suçluluk duygularına neden olduğundan kaygıya yol açar. Kadınlarla yapılan röportajlarda; kadınların bir kısmı kürtajdan korttukları için istemedikleri gebelikleri doğumla sonuçlandırırken, bir kısmı ise kürtaj oldukları için kendilerini suçlu gibi hissettiklerini söylemişlerdir. (70)

Bulut, tüm teknik gelişme ve kolaylıklara karşın kürtajın, kadın sağlığını ciddi biçimde tehdit ettiğini

ve çocuk aldırmanın anne adayları üzerinde olumsuz psikolojik etkiler yaptığını söylemektedir. (70)

Yapılan literatür taramasında kürtaj ile kaygı durumunun ilişkisi konusunda araştırmaya rastlanmamıştır. Yapılan tek bir araştırmada; kürtaja başvuran kadınların bir grubu kürtaj sırasında eşleri tarafından desteklenmiş diğer grubu desteklenmemiştir. Kürtaji takiben kadınlara uygulanan durumluk-sürekli kaygı envanterinde eşleri tarafından desteklenen grubun durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları oldukça düşük bulunmuştur. (71) Bu çalışma kadınların kürtaj sırasında desteğe ihtiyaçları olduğunu açık bir şekilde göstermektedir.

Türkiye'de Güçsavaş tarafından yapılan araştırmada da kürtaj için başvuran kadınların sağlık personelinde, özellikle hemşirelerden duygusal destek, anlayış, hoşgörü ve bilgi alma beklentilerinin olduğu saptanmıştır. (52)

B Ö L Ü M II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1- ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bilindiği gibi 24.5.1983 tarihinde çıkarılan Nüfus Planlaması Kanunu ile istenirse 10. haftalığa kadar olan gebelikler sonlandırılabilir. Bu çalışma, bu yasadan faydalanarak üç hastaneye başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve kürtaja başvurmalarına neden olan faktörleri belirlemek, kürtaja başvurduklarındaki kaygı durumlarını saptamak ve kürtaja ilk başvuranlarla daha önce kürtaj olanların durumluk kaygılarını karşılaştırmak amacı ile yapılmış tanımlayıcı, kesitsel ve analitik bir araştırmadır. (104)

2.2- ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Sağlık Bakanlığı'na bağlı İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Çalışma Bakanlığı'na bağlı Sosyal Sigortalar Kurumu Yenışehir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Bu hastanaların ele alınmasının nedeni; buralara başvuranların

farklı sosyo-ekonomik, kültürel düzeyde olması ve örneklerin heterojen olmasını sağlamak içindir.

2.3- ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE SÜRESİ

Bu üç hastaneye kürtaj olmak için başvuran kadınlar araştırmanın evreni olup, araştırma 1 Ocak - 28 Şubat 1991 tarihleri arasında İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde, 1 Mart - 30 Nisan 1991 tarihleri arasında Yenisehir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde, 10 Haziran - 10 Temmuz ve 1 Ağustos - 30 Ekim 1991 tarihleri arasında da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Kliniği'nde yürütülmüştür.

2.4- ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Evreni temsil edecek örnek büyüklüğü için başvuru teknik şöyledir. (104)

Toplumda görülen, ölçülerle tanımlanan olaylar incelenebilirken, örneğe kaç birey alınacağına kadar verebilmek için olayın görülme hızı biliniyorsa ve olayın o bölgede görülüş sıklığı incelenecek ise evrendeki birey sayısı bilinmiyorsa örneğe alınacak birey sayısı;

$$n = \frac{t^2 p q}{d^2}$$

formülü ile bulunur. Formülde;

n = örneğe alınacak birey sayısı.

p = incelenen olayın görülüş sıklığı (0.19) (gebeliklerin batıda % 19'u isteyerek yapılan düşükle sonlanıyor.)

q = incelenen olayın görülmemiş sıklığı ($1-p=0.81$)

t = Belirli Serbestlik derecesinde ve belirli güven düzeyinde teorik t değeri ($\alpha=0.05$ de t değeri 1.96)

d = olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \bar{d} sapma miktarı.

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,19 \cdot 0,81)}{(0,05)^2} = 236.$$

Evrende alınacak 236 denegin evreni temsil edecek büyüklükte olduğuna karar verildi.

2.5- VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Veri toplama yöntemi olarak görüşme yolu ile uygulanan anket formu ve durumluk - sürekli kaygı skalası uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. (Ek I.)

Anket formunun kapsamında kadınların sosyo-demografik özellikleri, (yaş, eğitim ve çalışma durumu, eş eğitimi, eş çalışma durumu, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi)

gebelik öyküleri, (gebelik, yaşayan çocuk, ölen çocuk sayısı) düşük deneyimleri (toplam düşük sayıları, isteyerek ve kendiliğinden olan düşüklükler) aile tipleri ve oturdukları konumlar (çekirdek, geniş aile; alt, orta ve üst konum) gebelik önleyici yöntem kullanıp kullanmamaları ile ilgili bilgiler yer almaktadır. (Ek I.)

Hazırlanan anket formu, araştırmacı tarafından, kadınlara kürtaj olmak için hastaneye geldikleri gün uygulandı. Anket formunun hemen ardından kadınların kaygı durumlarını ölçmek için Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, türk toplumunda geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış olan durumluk - sürekli kaygı skalası uygulandı.

Bu skala, bireyin geçici ve sürekli kaygı düzeyini yansıtmakla kullanılan, bireyin kendisini betimleyen 20 şer maddeden oluşan bir ölçektir. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir an ya da durumda kendisini nasıl hissettiğini ve duygularının şiddetine göre, (1) Hayır, (2) Biraz, (3) Oldukça ve (4) Tamamiyle gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği bireyin genellikle kendisini nasıl hissettiğini, duygularının sıklık derecesine göre; (1) Nadiren, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman ve (4) Her zaman gibi dört seçenekten bir tanesinin işaretlenmesini gerektirir. (Ek 2) (Ek 3) Anket formu ve skala deneklere araştırmacının kendisi tarafından uygulandı ve Uygulama süresi yaklaşık 20 dakika

olarak saptandı. Görüşme sonrasında kadınlara etkili kontraseptif yöntemleri kullanmaları konusunda sağlık eğitimi yapıldı. Bunun sonucunda Konak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde kürtaj olan kadınların çoğunun kürtajı takiben Rahim içi araç taktırdıkları gözlemlendi.

2.6- VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Soru kağıtları araştırmacı tarafından elde tek tek değerlendirilerek kodlandı ve veri kodlama kağıtlarına geçirildi. Min-Max ve tutarlılık kontrolü yapılarak, Ege Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Mühendisliği Bölümü'nde değerlendirildi.

Kadınların sosyo-demografik ve gebelik-düşük özellikleri, kontraseptif yöntem kullanıp kullanmamaları sayı ve yüzde olarak birinci aşamada gösterildi.

İkinci aşamada isteyerek düşük yapma sayısına (bağımlı değişken); kadınların yaşı, eğitimi, çalışma durumu evlilik süresi, evlilik yaşı, eşlerinin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, kadınların yaşayan çocuk sayıları, gebelik sayıları, gebelikler arası süreleri kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler, aile tipleri ve oturdukları mahallenin konumu gibi bağımsız değişkenlerin etkileri ki - kare ile incelendi. Deneklerin oturdukları mahallenin konumu sınıflandırılırken, Erefe ve arkadaşlarının İzmir Anakentinde

Aile ve Toplum Sağlığı öncelikleri konulu araştırmada kullandıkları dağılım tablosu kullanılmıştır. (38)

Üçüncü aşamada kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarına (bağımlı değişken) kadınların yaşı, eğitimi, çalışma durumu, evlilik süresi, evlilik yaşı, yaşayan çocuk sayıları, gebelik sayıları, kürtaj sayıları, oturdukları mahallenin konumu, aile tipleri gibi bağımsız değişkenlerin etkileri varyans analizi ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ile incelendi.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin puanlandırılması şöyle yapılmıştır. Her iki ölçek için cevap seçenekleri dörder tanedir. Seçeneklerin ağırlık değerleri 1'den 4'e kadar değişir. Ölçekler 20'şer ifadeden oluştuğuna göre, her ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilir. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. 1. doğrudan ya da düz (direct), 2. tersine dönmüş (reverse) ifadeler. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 33, 36, ve 39'uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler için toplam ağırlık puanları ayrı ayrı elde hesaplanmış, doğru-

dan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılmıştır. Elde edilen sayılara önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. (80, 81)

2.7- HİPOTEZLER

1- Kadınların kaygı durumlarını, sosyo-demografik özellikleri etkiler.

2- Kadınların daha önce kürtaj olup olmamaları kaygı durumlarını etkiler.

3- Kadının yaşı, eğitimi, mesleği, eşinin eğitimi, mesleği, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kürtaj sayısını etkiler.

B Ö L Ü M III

BULGULAR

3.1- ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırma kapsamına giren kadınların yaş, eğitim ve çalışma durumları, eşlerinin eğitim ve çalışma durumları, evlilik yaşları, ideal evlenme yaşları, evlilik süreleri, kardeş sayıları, oturdukları bölgeler ve aile tiplerini içeren sosyo-demografik özellikleri bu bölümde açıklanmıştır.

TABLO 9 : Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
15 - 19	4	1.67
20 - 29	114	47.50
30 - 39	102	42.50
40 - 49	20	8.33
T O P L A M :	240	100.00

Tablo 9'de görüldüğü gibi, kadınların % 49.17'si 29 yaş ve altında, % 50.83'ü 30 yaş ve üzerindedir. Kadınlar için ortalama yaş $29,9 \pm 0,40$ 'dir.

TABLO 10 : Kadınların Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre
(A) Dağılımı

Eğitim ve Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okuma-yazma bilmiyor	41	17.08
Okuma-yazma biliyor	9	3.75
İlkokul mezunu	139	57.92
Orta ve dengi okul mezunu	16	6.67
Lise ve dengi okul mezunu	27	11.25
Yüksek okul ve fakülte mezunu	8	3.33
<u>Çalışma Durumu</u>		
Çalışmıyor - Ev kadını	195	81.25
Memur	22	9.17
İşçi	20	8.33
Çiftçi	3	1.25
T O P L A M :	240	100.00

Araştırma kapsamına giren kadınların % 17,08'inin okuma yazma bilmediği, % 57,92'sinin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır.

Örnekleme alınmış olan kadınların büyük bir çoğunluğu (% 81,25) ev kadını olup çalışmamaktadır, ancak toplam % 18,75'i çalışmaktadır. Çalışan kadınların % 9,17'si memur grubunu oluşturmaktadır.

TABLO 10 : Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı
(B)

Eğitim ve Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okuma-yazma bilmiyor	11	4.58
Okuma-yazma biliyor	4	1.67
İlkokul mezunu	138	57.50
Orta ve dengi okul mezunu	30	12.50
Lise ve dengi okul mezunu	48	20.00
Yüksek okul ve fakülte mezunu	9	3.75
<u>Çalışma Durumu</u>		
İşsiz	10	4.17
Memur	56	23.33
İşçi	125	52.08
Çiftçi	6	2.50
Esnaf, sanatkar	29	12.08
Serbest meslek (Avukat, vs)	10	4.17
Emekli işçi	4	1.67
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların eşlerinin eğitim ve çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 10'da gösterilmiştir. Eşlerin % 57.50'i ilkokul, % 12.50'si Orta ve dengi okul, % 20'si Lise ve dengi okul mezunudur. Çalışma durumlarına bakıldığında %52,08'inin işçi,%23,33'nün memur,%12,08'inin esnaf, sanatkar oldukları saptanmıştır.

TABLO 11 : Kadınların ve Eşlerinin Evlilik Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Evlilik Yaş Grubu	Sayı	Yüzde
<u>Kadın</u>		
15 yaşdan az	21	8.75
15-19 yaş	131	54.58
20-24 yaş	72	30.00
25 ve üzeri	16	6.67
<u>Eş</u>		
15-19 yaş	41	17.08
20-24 yaş	116	48.33
25 ve üzeri	83	34.58
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların ve eşlerinin evlilik yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir. Kadınların % 54.58'inin, kocalarının % 17.08'inin evlilik yaşı 15-19 arasındadır. 20-24 yaşları arasında evlenen kadınların oranı % 30 iken, eşler için bu oran % 48.33'dür. Kadınların hiçbirinin eşi 15 yaşın altında evlenmemiştir.

Kadınlar için evlilik yaşı ortalaması $18,97 \pm 0,22$, eşleri için $23,52 \pm 0,26$ 'dır.

TABLO 12 : Kadınların İdeal Evlenme Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

İdeal Evlenme Yaşı	Sayı	Yüzde
15 - 19	3	1.25
20 - 24	106	81.67
25 ve üzeri	41	17.08
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların ideal evlenme yaşlarına bakıldığında % 81,67'sinin 20-24, % 17.08'inin 25 ve üzeri yaşlarda evlenmiş olmak istedikleri saptanmıştır.

İdeal evlenme yaş ortalaması 21.94 ± 0.12 bulunmuştur.

TABLO 13 : Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

Evlilik Süresi	Sayı	Yüzde
Bir yıldan az	2	0.83
1 - 3 yıl	35	14.58
4 - 5 yıl	34	14.17
6 - 10 yıl	56	23.33
11 yıl ve üzeri	113	47.00
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların evlilik sürelerine göre dağılımlarına bakıldığında; % 47'sinin 11 yıl ve üzeri % 23.33'ünün ise 6-10 yıldır evli oldukları görülmektedir. (Tablo 13)

TABLO 14 : Kadınların ve Eşlerinin Kardeş Sayılarına Göre Dağılımı

Kardeş Sayısı	Kadın		Eş	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Tek çocuk	2	0.83	6	2.50
İki kardeş	11	4.58	21	8.75
Üç kardeş	39	16.25	38	15.83
Dört kardeş	48	20.00	40	16.67
Beş ve üzeri	140	58.33	135	56.25
T O P L A M :	240	100.00	240	100.00

Tablo 14'de görüldüğü gibi kadınların % 58,33'ü, eşlerinin ise % 56,25'i beş ve daha fazla kardeşe sahiptir. Dört kardeş olan kadınların oranı % 20, eşlerin oranı % 16,67'dir.

TABLO 15 : Kadınların Oturdukları Bölgelere Göre Dağılımı

Oturdukları Bölgenin Konumu	Sayı	Yüzde
Orta Konum	102	42.50
Alt Konum	138	57.50
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların % 57,50'unun alt konumda, % 42,50'unun ise orta konumda oturdukları saptanmıştır. Üst konumda oturan kadınlara rastlanmamıştır. (Tablo 15)

TABLO 16 : Kadınların Aile Tiplerine Göre Dağılımı

Aile Tipi	Sayı	Yüzde
Çekirdek Aile	194	80.83
Geniş Aile	46	19.17
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların % 80.83'ü çekirdek aile tipi, % 19,17'si ise geniş aile tipi yapısındadır. (Tablo 16)

3.2- ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN KADINLARIN GEBELİK, DÜŞÜK VE KONTRASEPTİF KULLANMA ÖYKÜLERİ

Bu bölümde kadınların yaşayan çocuk sayıları, gebelik sayıları, ölen çocuk sayıları, toplam düşük, isteyerek yapılan düşük ve kendiliğinden olan düşük sayıları, ideal çocuk sayısı, son gebeliklerinde yöntem kullanıp kullanmama durumları, kullandıkları yöntemler, yöntemleri kullanma süreleri ve bırakma nedenlerine verilen yanıtlarda elde edilen sonuçlar sunulmuştur.

TABLO 17 : Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde
Hiç yok	7	2.92
1 Çocuk	62	25.83
2 Çocuk	78	32.50
3 Çocuk	49	20.42
4 ve üzeri	44	18.33
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların % 32.50'sinin 2, % 25,83'ünün 1, % 20,42'sinin 3, % 18,33'ünün ise 4 veya daha fazla çocuğu vardır. (Tablo 17).

TABLO 18 : Kadınların Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

Gebelik Sayısı	Sayı	Yüzde
1	2	0.83
2	43	17.92
3	44	18.33
4	45	18.75
5	32	13.33
6	23	9.58
7	23	9.58
8	17	7.08
9	11	4.58
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların % 18,75'inin gebelik sayısı 4, % 18,33'ünün 3, % 17,92'sinin 2, % 13,33'ünün 5'dir. Gebelik sayısı 6 ve üzerinde olanlar % 30,82'dir.

TABLO 19 : Kadınların Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Ölen Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde
0	194	80,83
1	35	14,58
2	7	2,92
3	4	1,67
T O P L A M :	240	100.00

Tablo 19'da görüldüğü gibi kadınların % 80,83'ünün ölen çocuğunun olmadığı, % 19,17'sinin ise bir veya daha fazla ölen çocuğu olduğu saptanmıştır.

TABLO 20 : Kadınların Toplam Düşük, İsteyerek Yapılan Düşük ve Kendiliğinden Olan Düşük Sayılarına Göre Dağılımı

		Sayı (N = 240)	%
Toplam düşük	0	107	44,58
	1	75	31,25
	2	39	16,25
	3	10	4,17
	4	7	2,92
	5	1	0,42
	6	1	0,42
İsteyerek yapılan düşük	0	126	52,50
	1	70	29,17
	2	31	12,92
	3	7	2,92
	4	5	2,08
	6	1	0,42
Kendiliğinden olan düşük	0	205	85,42
	1	25	10,42
	2	9	3,75
	4	1	0,42

Kadınların % 44,58'i hiç düşük yapmamışken % 56,42'si bir veya daha fazla düşük yapmışlardır. (Tablo 20)

Kadınların % 29,17'si isteyerek bir düşük, % 12,92'si iki düşük yapmıştır. İki'den fazla isteyerek düşük yapanların oranı % 5,42'dir.

Kadınların % 10,42'si kendiliğinden bir düşük yapmışlardır.

TABLO 21 : Kadınların İdeal Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

İdeal Çocuk Sayısı	Kadın Sayısı	Yüzde
1	21	8.75
2	184	76.67
3	35	14.58
T O P L A M :	240	100.00

Kadınların % 76,67'si için ideal çocuk sayısı 2'dir. 3 çocuğa sahip olmayı ideal kabul eden kadınların oranı % 14,58'dir. 3 çocuktan fazlasına sahip olmak isteyen kadın yoktur. (Tablo 21)

TABLO 22 : Kadınların Son Gebelik Aralıklarına Göre Dağılımı

Son Gebelik Aralığı	Sayı	Yüzde
1 yıldan az	64	26.67
1 - 2 yıl	88	36.67
3 - 4 yıl	44	18.33
4 yıldan fazla	44	18.33
T O P L A M :	240	100.00

Tablo 22'de görüldüğü gibi son gebelik aralığı 1 yıldan az olan kadınların oranı % 26,67, 1-2 yıl olanların oranı % 36,67'dir.

TABLO 23 : Kadınların Son Gebeliklerinde Yöntem Kullanıp Kullanmamalarına Göre Dağılımı

Yöntem	Sayı	Yüzde
Kullanan	208	86,67
Kullanmayan	32	13,33
TOPLAM :	240	100.00

Kadınların % 86,67'sinin son gebe kaldıklarında yöntem kullandığı, % 13,33'ünün ise kullanmadığı saptanmıştır. (Tablo 23)

TABLO 24 : Yöntem Kullanan Kadınların Kullandıkları Yöntemlere Göre Dağılımı

Kullandığı Yöntem	Sayı	Yüzde
- Etkisiz (Geri çekme, yıkama, ve Etki sınırlı fitil, tablet vs.)	164	78,84
- Etkili (Hap, kılıf, RİA)	44	21,16
T O P L A M :	208	100.00

Tablo 24'de görüldüğü gibi yöntem kullanan kadınların % 78,84'ü etkisiz ve etkisi sınırlı olan yöntemleri, % 21,16'sı da etkili yöntemleri kullanırken gebe kalmışlardır.

TABLO 25 : Yöntem Kullanmayan Kadınların Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Kullanmama Nedeni	Sayı	Yüzde
Yöntemleri Bilmiyor	4	12,50
Kocası İstemiyor	3	9,37
Sağlığa zararlı buluyor	8	25.00
Sütü koruyor	17	53,13
T O P L A M :	32	100.00

Yöntem kullanmayan kadınların % 53,13'ü sütü koruduğu için, % 25'i sağlığa zararlı bulduğu için, % 12,50'u yöntemleri bilmediğinden kullanmadıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 25)

Durumlarına Göre Dağılımı

Yöntem	Bilen		Bilmeyen		Toplam		Kullanan		Kullanmayan		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hap	238	99,17	2	0,83	240	100,00	104	43,33	137	56,67	240	100,00
RIA	237	98,75	3	1,25	240	100,00	84	35,00	156	65,00	240	100,00
Kılıf	198	82,50	42	17,50	240	100,00	84	35,00	156	65,00	240	100,00
Fitil-Köpük tablet	98	40,83	142	59,17	240	100,00	9	3,75	231	96,25	240	100,00
Yıkama	66	27,50	174	72,50	240	100,00	10	4,17	230	95,83	240	100,00
Takvim	29	12,08	211	87,92	240	100,00	1	0,42	239	99,58	240	100,00
Geri Çekme	206	85,83	34	14,17	240	100,00	162	67,50	78	32,50	240	100,00

Tablo 26'de görüldüğü gibi kadınların % 99,17'si hepi bilmesine karşın kullananların oranı % 43,33'dür. RIA'yı bilen kadın oranı % 98,75, kullananlar ise % 35'dir. Kılıfı bilenlerin oranı % 82,50, kullananların oranı % 35'dir. Geri çekme yöntemini kadınların % 85,83'ü bilmekte, % 67,50'u kullanmaktadır.

TABLO 27 : Hap Kullanan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı

Kullanma Süreleri	Sayı	Yüzde
6 aydan az	42	40,38
6 - 12 ay	24	23,07
1 yıldan fazla	37	36,55
T O P L A M :	104	100.00

Hap kullanan kadınların % 40,38'i 6 aydan az, % 23,07'si 6-12 ay, % 36,55'i ise 1 yıldan fazla hap kullanmışlardır. (Tablo 27)

TABLO 28 : RİA Kullanan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı

Kullanma Süreleri	Sayı	Yüzde
6 aydan az	20	23,80
6 - 12 ay	22	26,20
1 yıldan fazla	42	50.00
T O P L A M :	84	100.00

RİA kullanan kadınların % 50'si 1 yıldan fazla, % 26,20'si 6-12 ay, % 23,80'i ise 6 aydan az RİA kullanmışlardır. (Tablo 28)

TABLO 29 : Kılıfla Korunan Kadınların Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı

Kullanma Süreleri	Sayı	Yüzde
6 aydan az	52	61,90
6 - 12 ay	23	27,38
1 yıldan fazla	9	10,72
T O P L A M :	84	100.00

Kılıfla korunan kadınların, % 61,90'nı 6 aydan az, % 27,38'i 6-12 ay, % 10,72'si ise 1 yıldan fazla bu yöntemi kullanmışlardır. (Tablo 29)

TABLO 30 : Hap Kullanan Kadınların Hapı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı

Bırakma Nedeni	Sayı	Yüzde
Gebe kalmak isteme	3	2,91
Baş ağrısı, migren	27	26,21
Sinirlilik	54	52,43
Şişmanlık	10	9,71
Kullanırken gebe kalma	9	8,74
T O P L A M :	104	100.00

Tablo 30'da görüldüğü gibi hap kullanan kadınların % 52,43'ü sinirlilik, % 26,21'i başağrısı, migren, % 9,71'i şişmanlık, % 8,74'ü de kullanırken gebe kaldığı için hapı bırakmışlardır.

TABLO 31 : RİA Kullanan Kadınların RİA'yı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı

Bırakma Nedeni	Sayı	Yüzde
Gebe kalmak isteme	8	9,41
Aşırı kanama, sancı	37	43,53
Rahimde yara	21	24,71
Spiralin düşmesi	3	4,71
Kullanırken gebe kalma	15	17,65
T O P L A M :	84	100.00

Tablo 31'de görüldüğü gibi kadınların % 43,53'ü aşırı kanama, sancı, % 24,71'i rahimde yara, % 17,65'i ise kullanırken gebe kaldığı için RİA'yı bırakmışlardır.

TABLO 32 : Kılıfla Korunan Kadınların Kılıfı Bırakma Nedenlerine Göre Dağılımı

Bırakma Nedeni	Sayı	Yüzde
Eşin memnun kalmaması	63	72,41
Kullanırken gebe kalma	21	27,59
T O P L A M :	84	100.00

Tablo 32'de görüldüğü gibi kılıfla korunan kadınların % 72,41'i eşlerinin memnun olmaması, % 27,59'i ise kullanırken gebe kaldıkları için kılıf kullanmayı bırakmışlardır.

TABLO 33 : Kadınların Kürtaj Olmalarına Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

Kürtaj Nedeni	Sayı	Yüzde
Yeterli sayıda çocuğunun olması	168	70,00
Bebeginin küçük olması	43	17,92
Hapla gebe kaldığı için	9	3,75
Ria ile gebe kaldığı için	7	2,92
Ekonomik nedenler	13	5,42
T O P L A M : 	240	100.00

Tablo 33'de görüldüğü gibi kadınların % 70'i yeterli sayıda çocuğa sahip olması, % 17,92'si bebeğinin küçük olması, % 5,42'si de ekonomik nedenlerle kürtaja başvurduklarını belirtmişlerdir. Etkili yöntem olan hap ve RIA kullanmasına karşın gebe olupta kürtaja başvuranların oranını % 6,67'dir.

3.3- ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN KADINLARIN KÜRTAJ SAYISINA ETKİ EDEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kadınların kürtaj sayısına etki eden; kadınların yaş grubu, eğitim durumları, çalışma durumları, evlilik süreleri, evlilik yaşları, eşlerinin çalışma ve eğitim durumları, yaşayan çocuk sayıları, gebelik sayıları, ideal çocuk sayısı, aile tipi ve oturdukları konumla ilgili elde edilen bulgular sunulmuştur.

TABLO 34 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Kadınların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	x	Kürtaj Sayısı						Toplam	
		0		1		2 ve üzeri		Sayı	%
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20 - 29		78	68.42	27	23.68	9	7.89	114	100.00
30 - 39		38	37.25	37	36.27	27	26.47	102	100.00
40 - 49		7	35.00	5	25.00	8	40.00	20	100.00
TOPLAM		123	52.12	69	29.24	44	18.64	236	100.00

2

$$X = 29.623 , S.D = 4 , p < 0,01$$

Kadınların yaş gruplarına göre kürtaj sayılarının farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, hiç kürtaj olmamış kadınların 20-29 yaş grubunda en yüksek (68.42), buna karşılık 2 ve daha fazla kürtaj olanların 40-49 yaş grubunda yüksek (%40.00) oranda olduğu görülmektedir. Bu dağılımın yapılan istatistik analizi ile anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. (Tablo 34)

$$(X^2 = 29.632 , S.D = 4 , p < 0.01)$$

* 15 - 19 yaş grubunda olan 4 kadın işleme katılmamıştır.

TABLO 35 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
-Okur-yazar değil	21	51.22	14	34.15	6	14.63	41	100.00
-Okur-yazar+ İlk- okul bitirmiş	68	45.95	45	30.41	35	23.65	148	100.00
-Ortaokul ve üstü okul bitirmiş	37	72.55	11	21.57	3	5.88	51	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 13,464 , SD = 4 , p < 0.01$$

Tablo 35'de kadınların eğitim durumunun kürtaj sayısına etkisi görülmektedir. Her üç öğrenim grubundaki kadınlarda kürtaj olma sayıları bakımından dağılım 2 ve üstü kürtaj sayısında azalma şeklinde yer almaktadır. Bu azalma ortaokul ve üstü okul bitirmiş grupta daha fazla dikkati çekmektedir. En üst eğitim grubundaki kadınların % 72.55'i hiç kürtaja başvurmamış, % 5.88'i 2 ve daha fazla sayıda kürtaj olmuştur. Kadınların eğitim düzeyleri ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki istatistiksel analizde önemli bulunmuştur. ($\chi^2 = 13,464 , SD = 4 , p < 0.01$)

TABLO 36 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
Ev kadını + Çiftçi	101	51.01	60	30.30	37	18.69	198	100.00
Memur	16	72.73	3	13.64	3	13.64	22	100.00
İşçi	9	45.00	7	35.00	4	20.00	20	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 4.461 , SD = 4 , p > 0.05$$

Tablo 36'da kadınların çalışma durumlarıyla kürtaj olma sayıları arasındaki ilişki görülmektedir. Ev kadını, çiftçi ve işçi grubuna giren kadınların 2 ve daha üzeri kürtaj sayı ve oranları azalmakla birlikte, kadınların çalışma durumunun kürtaj olma sayılarına etkisi istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır.

$$(\chi^2 = 4.461 , SD = 4 , p > 0.05)$$

TABLO 37 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

Evlilik Süresi	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
1 yıldan az-3 yıl	35	94.59	2	5.41	-	-	37	100.00
4 - 10 yıl	56	62.22	28	31.11	6	6.67	90	100.00
11 yıl ve üzeri	35	30.97	40	35.40	38	33.63	113	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\bar{X} = 60.750, \quad SD = 4, \quad p < 0.01$$

Kürtaj sayısının, kadınların evlilik sürelerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 37), evlilik süresi 1 yıldan az - 3 yıl ve 4 - 10 yıl arasında olan kadınların kürtaj yaptırmamış olanlarının % 94.59 ve % 62.22 oranları ile daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların kürtaj sayısı ile evlilik sürelerine göre ilişki, yapılan istatistiksel analizde de çok anlamlı bulunmuştur.

$$(\chi^2 = 60.750, \quad SD = 4, \quad p < 0.01)$$

TABLO 38 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımı

Evlilik Yaşı	<u>Kürtaj Sayısı</u>							
	0		1		2 ve üzeri		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15 den az	10	47.62	6	28.57	5	23.81	21	100.00
15 - 19	63	48.09	42	32.06	26	19.85	131	100.00
20 - 24	40	55.56	19	26.39	13	18.06	72	100.00
25 ve üzeri	13	81.25	3	18.75	-	-	16	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 7.835, \quad SD = 6, \quad p > 0.05$$

Kadınların evlilik yaşlarına göre kürtaj sayıları incelendiğinde, tüm yaş gruplarında 1 ila 2 ve üzeri kürtaj olan kadınların sayısı giderek düşme göstermekle beraber, 25 yaş ve üzeri grupta 2 ve üzeri kürtaja başvuranın hiç olmadığı gözlenmiştir. Ancak kadınların evlilik yaşlarıyla kürtaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. ($\chi^2 = 7.835, \quad SD = 6, \quad p > 0.05$)

(Tablo 38)

TABLO 39 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Eşlerinin Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımı

Eşin Evlilik Yaşı	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
15 - 19	15	36.59	17	41.46	9	21.95	41	100.00
20 - 24	64	55.17	27	23.28	25	21.55	116	100.00
25 ve üzeri	47	56.63	26	31.33	10	12.05	83	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 8.780 , SD = 4 , p > 0.05$$

Kadınların eşlerinin evlilik yaşı ile kürtaj sayısının ilişkisine bakıldığında, (Tablo 39) eşleri 20 -24 ve 25 ve üzeri yaşlarda evlenen kadınların kürtaj sayı ve oranlarında belirgin azalma gözlenmekle beraber, bu dağılımın yapılan istatistik analizi ile anlamlı farklılıklar göstermediği saptanmıştır. ($\chi^2 = 8.780$, $SD = 4$, $p > 0.05$)

TABLO 40 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eşin Eğitim Durumu	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	5	45.45	4	36.36	2	18.18	11	100.00
Okur-yazar + ilkökul bitirmiş	68	47.89	47	33.10	27	19.01	142	100.00
Ortaokul ve üstü okul bitirmiş	53	60.92	19	21.84	15	17.94	87	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 4.496 , SD = 4 , p > 0.05$$

Tablo 40'da kadınların kürtaj sayılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Eşleri her üç eğitim grubunda olan kadınların kürtaj olma sayıları bakımından dağılım 2 ve üstü kürtaj sayısında azalma olarak görülmesine karşın, yapılan istatistiksel analizde eşlerin eğitim düzeyleri ile kadınların kürtaj sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2 = 4.496$, $SD=4$, $p > 0.05$)

TABLO 41 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Eşlerin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Eşin Çalışma Durumu	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
İşsiz+Çiftçi	4	25.00	8	50.00	4	25.00	16	100.00
Memur	29	51.79	15	26.79	12	21.43	56	100.00
İşçi+Emekli								
İşçi	72	55.81	34	26.36	23	17.83	129	100.00
Esnaf+ Za- naatkar	16	55.17	9	31.03	4	13.79	29	100.00
Serbest meslek	5	50.00	4	40.00	1	10.00	10	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 7.311, \quad SD = 8, \quad p > 0.05$$

Kadınların kürtaj sayılarıyla eşlerinin çalışma durumlarına bakıldığında, işsiz + çiftçi grubunun dışında eşleri diğer tüm çalışma gruplarında olan kadınların kürtaj olma sayıları bakımından dağılım 2 ve üstü kürtaj sayısında azalma olarak görülmektedir. Ancak yapılan analizde bu değişkene bağlı farklılıklar anlamlı bulunmamıştır.

($\chi^2 = 7.311, \quad SD = 8, \quad p > 0.05$) (Tablo 41)

TABLO 42 : Kadınların Kürtaj Sayılarının Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
0	7	100.00	-	-	-	-	7	100.00
1	45	72.58	14	22.58	3	4.84	62	100.00
2	42	53.85	25	32.05	11	14.10	78	100.00
3	18	36.73	16	32.65	15	30.61	49	100.00
4 ve üzeri	14	31.82	15	34.09	15	34.09	44	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 35.650 , \quad SD = 8 , \quad p < 0.01$$

Tablo 42'de kadınların yaşayan çocuk sayıları ile kürtaj sayıları arasındaki ilişki görülmektedir. Dört ve dörtten fazla çocuğu olan kadınların 1 ila 2 ve üzeri kürtaj olma sayıları en yüksek orandadır. (% 68.18) Kadının yaşayan çocuk sayısının kürtaj sayısının artmasına etken olduğu istatistiksel analizde çok anlamlı bulunmuştur.

$$(\chi^2 = 35.650, \quad SD = 8, \quad p < 0.01).$$

TABLO 43 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

Gebelik Sayısı	<u>Kürtaj Sayısı</u>						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
1 - 2	45	100.00	-	-	-	-	45	100.00
3 - 4	58	65.17	31	34.83	-	-	89	100.00
5 - 6	15	27.27	26	47.27	14	25.45	55	100.00
7 ve üzeri	8	15.69	13	25.49	30	58.82	51	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 134.110, \quad SD = 6, \quad p < 0.01$$

Kadınların gebelik sayılarına göre kürtaj sayılarının ilişkisi incelendiğinde, (Tablo 43) Gebelik sayısı 1-4 arasında olan kadınların hiçbiri 2 ve üzeri kürtaj olmamışken, 5-6 gebeliği olan kadınların % 25.45'i, 7 ve üzerinde gebeliği olan kadınların ise % 58.82'sinin 2 ve daha fazla kürtaj oldukları saptanmıştır. Yapılan önemlilik testinde de kadınların gebelik sayısı ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2 = 134.100$, $SD=6$, $p < 0.01$)

TABLO 44 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, İdeal Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

İdeal Çocuk Sayısı	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
1	11	52.38	5	23.81	5	23.81	21	100.00
2	99	53.80	55	29.89	30	16.30	184	100.00
3	16	45.71	10	28.57	9	25.71	35	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 2.407, \quad SD = 4, \quad P > 0.05$$

Kadınların sahip olmak istedikleri ideal çocuk sayısı ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım Tablo 44'de görülmektedir. Büyük bir çoğunluğu 2 çocuğu ideal kabul eden kadınların % 53.80'i hiç kürtaja başvurmamışken, % 29.89'u 1, % 16.30'u 2 ve daha fazla sayıda kürtaj olmuşlardır. İdeal çocuk sayısı ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analizde anlamlı bulunmamıştır.

$$(\chi^2 = 2.407, \quad SD = 4, \quad p > 0.05)$$

TABLO 45 : Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının, Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

İdeal Çocuk Sayısı	Yaş Grupları *						Toplam	
	20 - 29		30 - 39		40 - 49		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
1	11	52.38	8	38.10	2	9.52	21	100.00
2	93	51.67	76	42.22	11	6.11	180	100.00
3	10	28.57	18	51.43	7	20.00	35	100.00
Toplam	114	48.31	102	43.22	20	8.47	236	100.00

$$\chi^2 = 10.729, \quad SD = 4, \quad p < 0.05$$

Tablo 45'de kadınların ideal çocuk sayılarının yaş gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Tek çocuğu ideal kabul eden kadınların % 52.38'i 20 - 29 yaş grubunda iken, % 9.52'si 40 - 49 yaş grubundadır. 3 çocuğu ideal kabul eden kadınların % 28.57'si 20 - 29, % 51.43'ü 30 - 39, % 20.00'si 40 - 49 yaş grubundadır. Kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısı ile yaş grupları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analizde önemli bulunmuştur.

$$(\chi^2 = 10.729, \quad SD = 4, \quad p < 0.05)$$

* 15 - 19 yaş grubundaki 4 kadın işleme konmamıştır.

TABLO 46 : Kadınların İdeal Çocuk Sayılarının, Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.

İdeal Çocuk Sayısı	Okuma-yazma bilmiyor.		Eğitim Durumu				Toplam	
	Sayı	%	Okuryazar + İlkokul mezunu	%	Ortaokul ve üstü okul bitirmiş.	%	Sayı	%
1	1	4.76	15	71.43	5	23.81	21	100.00
2	27	14.67	113	61.41	44	23.91	184	100.00
3	13	37.14	20	57.14	2	5.71	35	100.00
Toplam	41	17.08	148	61.67	51	21.25	240	100.00

$$\chi^2 = 15.832 \quad SD = 4 \quad p < 0.01$$

Kadınların eğitim durumlarına göre sahip olmak istedikleri çocuk sayıları Tablo 46'da görülmektedir. Tek çocuğu ideal kabul eden kadınların oranı okuryazar ve ilkokul mezunu grupta % 71.43 iken okuma yazma bilmeyen grupta % 4.76, ortaokul ve üzeri eğitimi olan grupta % 23.81 olarak saptanmıştır. 3 çocuğu ideal kabul edenlerin % 37.14'ünü okuma-yazma bilmeyen kadınlar, % 5.71'ini ise ortaokul ve daha fazla eğitimi olan kadınlar oluşturmaktadır. Kadınların ideal çocuk sayıları ile eğitim durumları arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analizde anlamlı bulunmuştur. ($\chi^2 = 15.832$, $SD = 4$, $p < 0.01$)

TABLO 47: Kadınların Kürtaj Sayılarının, Kadınların ve Eşlerinin Kardeş Sayısına Göre Dağılımı.

Kadının Kardeş Sayısı	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0		1		2 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-2 Kardeş	8	61.54	1	7.69	4	30.77	13	100.00
3 Kardeş	21	53.85	12	30.77	6	15.38	39	100.00
4 Kardeş	25	52.08	14	29.17	9	18.75	48	100.00
5 ve üzeri	72	51.43	43	40.83	25	17.86	140	100.00
($\chi^2 = 3.756$, SD = 6 p > 0.05)								
Kocanın								
Kardeş								
Sayısı								
0-2 Kardeş	18	66.67	6	22.22	3	11.11	27	100.00
3 Kardeş	15	39.47	13	34.21	10	26.32	38	100.00
4 Kardeş	23	57.50	11	27.50	6	15.00	40	100.00
5 ve üzeri	70	51.85	40	29.63	25	18.52	135	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 5.621 \quad SD=6 \quad p > 0.05$$

Kadınların kürtaj sayılarının, kendilerinin ve eşlerinin kardeş sayılarına göre dağılımı incelendiğinde, istatistiksel analizde anlamlı ilişki bulunmamıştır. (Tablo 47)

TABLO 48: Kadınların Kürtaj Sayılarının, Oturdukları Konumlara Göre Dağılımı.

Oturulan Konum	Kürtaj Sayısı						Toplam	
	0 Sayı	%	1 Sayı	%	2 ve üzeri Sayı	%	Sayı	%
Orta Konum	54	52.94	33	32.35	15	14.71	102	100.00
Alt Konum	72	52.17	37	26.81	29	21.01	138	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 1.897, \quad SD = 2, \quad p > 0.05$$

Kadınların kürtaj sayılarının oturdukları konumlara göre dağılımına bakıldığında, orta konumda oturanların % 14.71'inin alt konumda oturanların % 21.01'inin 2 ve daha fazla sayıda kürtaja başvurdukları görülmektedir. Kadınların kürtaj sayılarıyla oturdukları konum arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analizde önemli bulunmamıştır.

$$(\chi^2 = 1.897, \quad SD = 2, \quad P > 0.05) \text{ (Tablo 48)}$$

TABLO 49 : Kadınların Kürtaj Sayılarının, Aile Tiplerine
Göre Dağılımı

Aile Tipi	<u>Kürtaj Sayısı</u>						Toplam	
	0		1		2 ve üzeri		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek Aile	99	51.03	59	30.41	36	18.56	194	100.00
Geniş Aile	27	58.70	11	23.91	8	17.39	46	100.00
Toplam	126	52.50	70	29.17	44	18.33	240	100.00

$$\chi^2 = 0.982, \quad SD= 2, \quad p > 0.05$$

Tablo 49'da kadınların kürtaj sayılarının aile tiplerine göre dağılımı görülmektedir. Çekirdek aile yapısı gösteren kadınların % 51.03'ü hiç kürtaj olmamışken, geniş aile yapısı gösteren grubta bu oran % 58.70 olarak bulunmuştur. Ancak yapılan istatistiksel analizde kadınların kürtaj sayılarıyla aile tipleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. ($\chi^2 = 0.982, SD=2, p > 0.05$)

3.4- ARAŞTIRMA KAPSAMINA GİREN KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARINI ETKİLEYEN ETMENLERE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde kürtaja başvuran kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarını etkileyen; kadınların yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, evlilik süreleri, evlilik yaşları, yaşayan çocuk sayıları, gebelik sayıları, kürtaj sayıları, oturdukları bölgenin konumu ve aile tipleri ile ilgili elde edilen bulgular sunulmuştur.

TABLO 50 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı

Kadın Yaşı	<u>Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
	N	\bar{X}	Ss.
15 - 19	4	63.750	5.620
20 - 29	114	60.553	7.656
30 - 39	102	57.010	8.017
40 - 49	20	53.950	7.790

<u>Varyasyon Kaynağı</u>	<u>Kareler Toplamı</u>	<u>Serbestlik Derecesi</u>	<u>Kareler Ortalaması</u>
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	1230.5	3	410.2
Grup içi	14362.9	236	60.9

$$F = 6.74 \quad p < 0.01$$

Kadın Yaşı	<u>Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
	N	\bar{X}	Ss.
15 - 19	4	43.250	4.500
20 - 29	114	44.693	4.626
30 - 39	102	46.167	5.052
40 - 49	20	47.750	4.951

<u>Varyasyon Kaynağı</u>	<u>Kareler Toplamı</u>	<u>Serbestlik Derecesi</u>	<u>Kareler Ortalaması</u>
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	240.5	3	80.2
Grup içi	5522.9	236	23.4

$$F = 3.43 \quad p < 0.05$$

Kadınların yaşlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 50'de görülmektedir. Kadınların yaşları arttıkça, durumluk kaygı puan ortalamalarında düşme gözlenmektedir. Bu fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmuştur. ($F = 6.74$, $p < 0.01$)

Yapılan ileri analizde 20 - 29 yaşları arasındaki kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları, 30 - 39 yaş grubundaki kadınlarinkinden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. ($t = 3.32$, $p < 0.01$) Yine bu yaş grubu kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları 40 - 49 yaş grubundakilerden de anlamlı olarak yüksektir. ($t = 3.55$, $p < 0.01$)

Kadınların yaşlarıyla sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında, kadınların yaşları arttıkça, sürekli kaygı puan ortalamaları da artmaktadır. Bu fark yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem seviyesinde anlamlı bulunmuştur. ($F = 3,43$, $p < 0.05$)

Yapılan ileri analizde 20 - 29 yaşları arasındaki kadınların sürekli kaygı puanları, 30 - 39 yaş grubundaki kadınlarinkinden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ($t = 2.24$, $p < 0.05$) Yine bu yaş grubu kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları 40 - 49 yaş grubundakilerden de anlamlı olarak düşüktür. ($t = - 2.70$, $p < 0.01$)

TABLO 51 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli
Kaygı Puan Ortalamalarının, Kadınların Eğitim
Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{X}	Ss.
Okuma-yazma bilmiyor	41	57.024	6.991
Okur-yazar+İlkokulu bitirmiş	148	57.628	7.636
Ortaokul ve üstü okul bitirmiş	51	62.451	9.023

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	15993.4	239	-
Gruplararası	997.2	2	498.6
Grup içi	14596.2	237	61.6

$$F = 8.10 \quad p < 0.01$$

Eğitim Durumu	Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{X}	Ss.
Okuma-yazma bilmiyor	41	47.219	3.213
Okur-yazar+İlkokulu bitirmiş	148	45.574	4.938
Ortaokul ve üstü okul bitirmiş	51	44.137	5.568

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	216.2	2	108.1
Grup içi	5547.2	237	23.4

$$F = 4.62, \quad p < 0.01$$

Tablo 51'de kadınların eğitim durumları gruplanarak durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Yapılan varyans analizinde eğitim durumu ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında $\alpha = 0.01$ önem düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. ($F = 8.10$, $p < 0.01$)

Yapılan ileri analizde okuma-yazma bilmeyen kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları ortaokul ve üstü okul bitirmiş kadınlarinkinden önemli derecede düşük bulunmuştur. ($t = 3.16$, $p < 0.01$) Okur-yazar+ ilkokulu bitirmiş kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları da ortaokul ve üstü okul bitirmiş kadınlarinkinden anlamlı olarak yine düşüktür. ($t = 3.71$, $p < 0.01$)

Kadınların eğitim durumları arttıkça, sürekli kaygı puan ortalamaları düşmektedir. Bu fark yapılan varyans analizinde anlamlı bulunmuştur. ($F = 4.62$, $p < 0.01$)

Yapılan ileri analizde okuma-yazma bilmeyen kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları, ortaokul ve üstü okul bitirmiş kadınlarinkinden önemli derecede yüksek bulunmuştur. ($t = 3.15$ $p < 0.01$)

TABLO 52 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kadınların Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Çalışma Durumu	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
Ev hanımı+Çiftçi	198	58.717	7.853
Memur	22	59.000	8.902
İşçi	20	56.400	9.394

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	102.4	2	51.2
Grup içi	15491.0	237	65.4

$$F = 0,78 \quad p > 0.05$$

Çalışma Durumu	Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
Ev hanımı+Çiftçi	198	45.778	4.915
Memur	22	43.364	5.019
İşçi	20	45.700	4.354

Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	115.9	2	57.9
Grup içi	5647.5	237	23.8

$$F = 2.43 \quad p > 0.05$$

Kadınların çalışma durumlarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları Tablo 52'de görülmektedir. Yapılan varyans analizinde değişkenler arasında $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($F = 0,78, p > 0.05$ ve $F = 2,43, p > 0.05$)

TABLO 53 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının, Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

Evlilik Süresi	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
0 - 3 yıl	37	63.595	6.627
4 - 10 yıl	90	60.422	7.573
11 yıl ve üzeri	113	55.407	7.639
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	2373.2	2	1186.6
Grup içi	13220.1	237	55.8
F = 21.27		p < 0.01	
Evlilik Süresi	Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
0 - 3 yıl	37	44.649	4.785
4 - 10 yıl	90	44.744	4.682
11 yıl ve üzeri	113	46.487	5.000
Varyasyon Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Kareler Ortalaması
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	187.6	2	93.8
Grup içi	5575.8	237	23.5
F = 3.99		p < 0.05	

Tablo 53'de kadınların evlilik sürelerine göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların evlilik süreleri arttıkça, durumluk kaygı puan ortalamalarında düşme gözlenmektedir. Bu fark yapılan varyans analizinde çok önemli bulunmuştur. ($F = 21.27, p < 0.01$) Gruplar arası yapılan ileri analizde, evlilik süreleri 0 - 3 yıl olan kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları, evlilik süreleri 4 - 10 yıl olan kadınlarinkinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($t = 2.22, p < 0.05$) Yine bu grup kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları 11 yıl ve daha fazla süredir, evli olan kadınlarinkinden çok daha anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($t = 5.84, p < 0.01$) Evlilik süresi 4 - 10 yıl olan kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları da 11 yıl ve daha uzun süredir evli olan kadınlarinkinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($t=4.66, p < 0.01$)

Kadınların evlilik süreleri arttıkça, sürekli kaygı puan ortalamalarında yükselme gözlenmektedir. Bu fark yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem seviyesinde anlamlı bulunmuştur. ($F = 3.99, p < 0.05$) Gruplararası yapılan ileri analizde evlilik süreleri 4 - 10 yıl olan kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınlarinkine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ($t = -2.54, p < 0.05$)

TABLO 54 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının, Kadınların Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı

Evlilik		<u>Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
<u>Yaşı</u>	<u>N</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>Ss.</u>	
15 den küçük	21	55.952	6.903	
15 - 19	131	58.389	8.179	
20 - 24	72	59.153	8.153	
25 ve üzeri	16	60.562	8.116	
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>	
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>	
Genel	15593.4	239	-	
Gruplararası	236.0	3	78.7	
Grup içi	15357.4	236	65.1	
F = 1.21 p > 0.05				
Evlilik		<u>Süreklilik Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
<u>Yaşı</u>	<u>N</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>Ss.</u>	
15 den küçük	21	47.048	3.956	
15 - 19	131	45.893	5.074	
20 - 24	72	44.375	4.542	
25 ve üzeri	16	46.062	5.615	
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>	
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>	
Genel	5763.4	239	-	
Gruplararası	166.1	3	55.4	
Grup içi	5597.3	236	23.7	
F = 2.33 p > 0.05				

Kadınların evlilik yaşlarına göre durumluk kaygı puan ortalamalarına bakıldığında, kadının evlilik yaşı yükseldikçe, durumluk kaygı puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. (Tablo 54) Ancak, bu fark varyans analizinde önemli bulunmamıştır. ($F = 1.21$ $p > 0.05$)

Kadınların evlilik yaşlarına göre, sürekli kaygı puan ortalamalarına ilişkin yapılan varyans analizinde de aradaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. ($F = 2.33$ $p > 0.05$)

TABLO 55 : Kürteja Başvuran Kadınların Durumluk-Süreklili Kaygı Puan Ortalamalarının, Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
0	7	57.714	4.386
1	62	61.790	7.431
2	78	59.962	8.203
3	49	56.633	8.046
4 ve üzeri	44	53.750	6.499
<u>Varyasyon</u> <u>Kaynağı</u>	<u>Kareler</u> <u>Toplamı</u>	<u>Serbestlik</u> <u>Derecesi</u>	<u>Kareler</u> <u>Ortalaması</u>
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	2005.2	4	501.3
Grup içi	13588.2	235	57.8
$F = 8.67 \quad p < 0.01$			
Yaşayan Çocuk Sayısı	Süreklili Kaygı Puan Ortalamaları		
	N	\bar{x}	Ss.
0	7	41.429	4.077
1	62	44.677	5.063
2	78	45.423	4.517
3	49	46.245	5.294
4 ve üzeri	44	46.886	4.611
<u>Varyasyon</u> <u>Kaynağı</u>	<u>Kareler</u> <u>Toplamı</u>	<u>Serbestlik</u> <u>Derecesi</u>	<u>Kareler</u> <u>Ortalaması</u>
Genel	5763.8	239	-
Gruplararası	269.6	4	67.4
Grup içi	5493.8	235	23.4

$$F = 2.24 \quad p < 0.05$$

Tablo 55'de kürtaja başvuran kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre, durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Kadınların yaşayan çocuk sayıları arttıkça, durumluk kaygı puan ortalamalarında belirgin düşme gözlenmektedir. Aradaki fark, yapılan varyans analizinde çok anlamlı bulunmuştur. ($F = 8.67$, $p < 0.01$) Yapılan ileri analizde bir çocuğu olan kadınların, durumluk kaygı puan ortalamaları üç çocuklu kadınlara göre ($t=3.50$, $p < 0.01$) ve dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlara göre ($t= 5.78$, $p < 0.01$) anlamlı derecede yüksektir. İki çocuğu olanların; üç çocuğu olan kadınlara göre ($t = 2.24$, $p < 0.05$), dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlara göre ($t= 4.31$, $p < 0.01$) durumluk kaygı puan ortalamaları anlamlı derecede yüksektir. Üç çocuğu olanların da dört çocuğu olan kadınlara göre ($t = 1.89$, $p < 0.05$) durumluk kaygı puan ortalamaları anlamlı bulunmuştur.

Kadınların yaşayan çocuk sayısı arttıkça, sürekli kaygı puan ortalamaları da artmaktadır. Aradaki fark, yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem seviyesinde anlamlı bulunmuştur. ($F=2.24$, $p < 0.05$)

Yapılan ileri analizde yaşayan hiç çocuğu olmayan kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları, yaşayan 2 çocuğu olan ($t=-2.26$, $p < 0.05$), yaşayan 3 çocuğu olan ($t=-2.30$, $p < 0.05$) ve yaşayan 4 ve daha fazla çocuğu olan ($t=-2.95$ $p < 0.01$) kadınlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

TABLO 56 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli
Kaygı Puan Ortalamalarının, Gebelik Sayılarına
Göre Dağılımı

Gebelik		<u>Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
<u>Sayısı</u>	<u>N</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>Ss.</u>	
1 - 2	45	63.933	6.024	
3 - 4	89	60.697	7.129	
5 - 6	55	56.418	6.965	
7 ve üzeri	51	52.353	7.722	
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>	
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>	
Genel	15593.4	239	-	
Gruplararası	3922.8	3	1307.6	
Grup içi	11670.6	236	49.5	
		F = 26.44	p < 0.01	
Gebelik		<u>Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
<u>Sayısı</u>	<u>N</u>	<u>\bar{x}</u>	<u>Ss.</u>	
1 - 2	45	44.911	5.178	
3 - 4	89	44.798	4.189	
5 - 6	55	46.255	5.532	
7 ve üzeri	51	46.667	4.954	
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>	
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>	
Genel	5763.4	239	-	
Gruplararası	159.9	3	53.2	
Grup içi	5603.8	236	23.7	
		F = 2.24 ,	p < 0.05	

Kadınların gebelik sayılarına göre, durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının dağılımına bakıldığında (Tablo 56) gebelik sayısı arttıkça durumluk kaygı puan ortalamalarının düştüğü gözlenmektedir. Aradaki fark yapılan varyans analizinde çok önemli bulunmuştur. ($F= 26.44$, $p < 0.01$)

Yapılan ileri analizde 1-2 gebeliği olan kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları; 3-4 gebeliği olan ($t= 2.61$, $p < 0.05$) 5-6 gebeliği olan ($t= 5.70$, $p < 0.01$) 7 ve daha fazla gebeliği olan kadınların durumluk kaygı puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. 3-4 gebeliği olan kadınların da durumluk kaygı puan ortalamaları, 5-6 gebeliği olan ($t= 3.53$, $p < 0.01$) 7 ve daha fazla gebeliği olan ($t= 5.79$, $p < 0.01$) kadınlarinkinden anlamlı derecede yüksektir. 5-6 gebeliği olan kadınların da durumluk kaygı puan ortalamaları, 7 ve daha fazla gebeliği olan kadınların durumluk kaygı puanlarından yine anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($t= 2.85$, $p < 0.01$)

Kadınların gebelik sayıları arttıkça sürekli kaygı puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Aradaki fark varyans analizinde anlamlı bulunmuştur. ($F=2.24$, $p < 0.05$)

Yapılan ileri analizde 1-2 gebeliği olan kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları, 7 ve daha fazla gebeliği olan kadınların sürekli kaygı puan ortalamalarına göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır. ($t= -1.70$, $p < 0.05$) Yine

3-4 gebeliği olan kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları da, gebelik sayısı 5-6 olan kadınlara göre ($t = -1.79$, $p < 0.05$) ve 7 ve daha fazla olan kadınlara göre ($t = -2.37$, $p < 0.05$) anlamlı derecede düşüktür.

TABLO 57 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli Kaygı Puan Ortalamalarının Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımı

Kürtaj	<u>Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
Sayısı	N	\bar{x}	Ss.
0	126	62.762	5.765
1	70	55.714	7.163
2 ve üzeri	44	51.000	7.764
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	5306.3	2	2653.1
Grup içi	10287.1	237	43.4
F = 61.12 p < 0.01			
Kürtaj	<u>Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları</u>		
Sayısı	N	\bar{x}	Ss.
0	126	45.825	4.543
1	70	44.800	4.850
2 ve üzeri	44	45.955	5.902
<u>Varyasyon</u>	<u>Kareler</u>	<u>Serbestlik</u>	<u>Kareler</u>
<u>Kaynağı</u>	<u>Toplamı</u>	<u>Derecesi</u>	<u>Ortalaması</u>
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	56.1	2	28.1
Grup içi	5707.3	237	24.1
F = 1.17 p > 0.05			

Kürtaja başvuran kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının, kadınların kürtaj sayılarına göre dağılımına bakıldığında (Tablo 57) Kürtaj sayısı yükseldikçe durumluk kaygı ortalamalarında belirgin bir düşme olduğu gözlenmektedir. Kürtaj sayısı ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur. ($F= 61.12$ $p < 0.01$) yapılan ileri analizde hiç kürtaja başvurmamış kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları daha önce 1 defa kürtaja başvurmuş kadınların ($t= 7.51$ $p < 0.01$) ve 2 ve daha fazla kürtaj olmuş kadınların ($t= 10.60$ $p < 0.01$) durumluk kaygı puan ortalamalarından çok anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Daha önce 1 defa kürtaja başvurmuş kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları da, 2 ve daha fazla kürtaja başvuranlarınkinden anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. ($t= 3.31$ $p < 0.01$)

Kürtaja başvuran kadınların kürtaj sayılarına göre sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki ilişki yapılan varyans analizine göre anlamlı bulunmamıştır. ($F = 1.17$, $p > 0.05$)

TABLO 58 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Süreklilik Kaygı Puan Ortalamalarının Oturdukları Bölgelerin Korumuna Göre Dağılımı

Oturduğu	Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
Konum	N	\bar{x}	Ss.
Alt Konum	102	57.676	7.870
Orta Konum	138	59.196	8.195
Varyasyon	Kareler	Serbestlik	Kareler
Kaynağı	Toplamı	Derecesi	Ortalaması
Genel	15593.4	239	-
Gruplararası	135.4	1	135.4
Grup içi	15458.0	238	64.9
$F = 2.08$, $p > 0.05$			
Oturduğu	Süreklilik Kaygı Puan Ortalamaları		
Konum	N	\bar{x}	Ss.
Alt Konum	102	45.853	4.311
Orta Konum	138	45.326	5.315
Varyasyon	Kareler	Serbestlik	Kareler
Kaynağı	Toplamı	Derecesi	Ortalaması
Genel	5763.4	239	-
Gruplararası	16.3	1	16.3
Grup içi	5747.1	239	24.1

$$F = 0.67 \quad p > 0.05$$

Tablo 58'de kürtaja başvuran kadınların oturdukları konumlara göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları görülmektedir. Orta konumda oturanların durumluk kaygı puan ortalamaları, alt konumdakilerden daha yüksek olmasına karşın, aradaki fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmamıştır. ($F = 2.08$ $p > 0.05$)

Kürtaja başvuran kadınların oturdukları konumlara göre, sürekli kaygı puan ortalamaları arasındaki fark yapılan varyans analizinde anlamlı bulunmamıştır. ($F = 0.67$ $p > 0.05$)

TABLO 59 : Kürtaja Başvuran Kadınların Durumluk-Sürekli
Kaygı Puan Ortalamalarının, Aile Tiplerine
Göre Dağılımı

Aile		Durumluk Kaygı Puan Ortalamaları		
Tipi	N	\bar{x}	Ss.	
Çekirdek Aile	194	58.655	8.095	
Geniş Aile	46	58.109	8.075	
Varyasyon	Kareler	Serbestlik	Kareler	
Kaynağı	Toplamı	Derecesi	Ortalaması	
Genel	15593.4	239	-	
Gruplararası	11.1	1	11.1	
Grup içi	15582.4	238	65.3	
$F = 0.17 \quad p > 0.05$				
Aile		Sürekli Kaygı Puan Ortalamaları		
Tipi	N	\bar{x}	Ss.	
Çekirdek Aile	194	45.387	5.038	
Geniş Aile	46	46.239	4.316	
Varyasyon	Kareler	Serbestlik	Kareler	
Kaynağı	Toplamı	Derecesi	Ortalaması	
Genel	5763.4	239	-	
Gruplararası	27.0	1	27.0	
Grup içi	5736.4	238	24.1	
$F = 1.12 \quad p > 0.05$				

Kürtaja başvuran kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının aile tipine göre dağılımı Tablo 59' de görülmektedir. Yapılan varyans analizinde durumluk kaygı puan ortalamaları ile aile tipi arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. ($F= 0.17$ $p > 0.05$)

Kadınların sürekli kaygı puan ortalamalarının aile tipine göre dağılımına bakıldığında, geniş aile tipi gösteren kadınların sürekli kaygı puan ortalaması biraz yüksek olmasına karşın, aradaki fark yapılan varyans analizinde önemli bulunmamıştır. ($F = 1.12$, $p > 0.05$)

BÖLÜM IV.

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1- TARTIŞMA

4.1.1- KADINLARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN
İNCELENMESİ

Araştırma sonuçlarına göre, araştırma kapsamına giren kadınların % 47,5'u 20-29, % 42,50'u 30-39 yaş grubundadır. (Tablo 9) Kadınların yaş ortalamaları $29,9 \pm 0,40$ 'dir.

Kadınların % 17.08'inin okuma yazma bilmediği, %57,92'sinin ise en az ilkokul mezunu oldukları saptanmıştır. (Tablo 10-A) Ülkemiz 15-19 yaş doğurgan çağ kadınlarının okuryazarlık oranına göre (% 77) araştırma kapsamındaki kadınların okur-yazarlık oranı yüksektir. (17) Bu farkın kadınların kentte oturmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü batı illerimizde okuma yazma oranı ülke ortalaması olan % 77'nin üstündedir, ayrıca kentlerde okur-yazarlık oranı daha da yüksektir.

Görüşülen kadınların % 18,75'inin ev dışında çalıştığı saptanmıştır. (Tablo 10-A) Bölgede bulunan iş gücüne katılma oranı, ülkede kadınların kentlerde işgücünü katılma oranı olan 11,4'ün üstünde bulunmuştur. (126) Kadınların evlenme yaşı arttıkça, doğurganlığı azaldıkça, kentlerde iş gücüne katılma oranları artmaktadır. (126)

Kadınların eşlerinin okur-yazarlık oranı % 96,02'dir. Kadınlar her düzeyde eğitimi eşlerinden daha az almışlardır. (Tablo 10-B) Eşlerin çalışma durumu en yüksek oranlarda işçi (% 52,08) ve memur (% 23-33) dur. (Tablo 10-B)

Örneğe çıkan kadınların % 54,58'inin 15-19 yaş arası evlendiği saptanmıştır. Eşlerinin % 48,33'ü 20-24, % 34,58'i ise 25 ve üzeri yaşlarda evlenmişlerdir. (Tablo 11) Tüm kadınlar için ilk evlenme yaşı ortalaması 18,97 \pm 0,22, eşler için ise 23,52 \pm 0,26'dır. Türkiye çapında yapılan doğurganlık araştırmalarında da kentler de ilk evlilik yaşı; 18,2 Batı Anadolu kentlerinde 18,8 bulunmuştur. (57) Araştırma kapsamındaki kadınlar için bulunan değer, ülke ortalamasıyla paralellik göstermektedir.

Kadınların % 81,67'si ideal evlenme yaşını 20-24 olarak belirtmişlerdir. İdeal evlenme yaşı ortalaması 21,94 \pm 0,12 bulunmuştur. (Tablo 12)

Araştırma kapsamına giren kadınların yarısından fazlası 15-19 yaşları arasında evlenmiş olsalar da ideal evlenme yaşını 20-24 olarak düşünmeleri kadınlarımızın evlenme yaşlarını kendilerinin değil ailelerin karar vermesinden ileri geldiğine bağlanabilir..

Görüşülen kadınların % 23,33'ü 6-10 yıldır evli olup, 11 ve daha fazla yıl evli olanlar % 47'dir. (Tablo 13)

Kadınların % 58,33'ü, eşlerinin ise % 56,25'i beş ve daha fazla kardeşe sahiptir. (Tablo 14)

Araştırma kapsamına giren kadınların % 57,50'unun alt konumda, % 42,50'unun ise orta konumda oturdukları saptanmıştır. (Tablo 15) Üst konumda oturan kadınlara rastlanmamasının nedeni, o bölgelerde oturan kadınların kürtaaj olmak için bu üç hastane yerine daha çok özel hastanelere gitmelerine bağlanabilir.

Örneğe çıkan kadınların % 80,83'ünün aileleri çekirdek aile yapısı göstermektedir. (Tablo 16) Aile yapıları İzmir'deki kentsel aile yapısına uymaktadır. (38)

4.1.2- KADINLARIN GEBELİK, DÜŞÜK VE KONTRASEPTİF KULLANMA ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

Kadınların % 32,50'sinin 2, % 25,83'ünün 1, % 20,42'sinin 3 çocuğu vardır. (Tablo 17) Toplam yaşayan 1-3 çocuğu olan kadın oranı % 78,75'dir. Bulunan bu doğurganlık değeri, 1978, 1983 ve 1988 Türkiye doğurganlık araştırması sonuçlarına göre Batı Anadolu kentsel doğurganlık değerine uygunluk göstermektedir. (57, 58, 89)

Araştırmaya katılan kadınların % 17,92'sinin gebelik sayıları 2, % 18,33'ünün 3, % 18,75'inin 4'dür. (Tablo 18) Kadınların yarısının gebelik sayısı 4 ve 4'ün altında iken, yaklaşık diğer yarısının gebelik sayısı 5 ve 5'in üzerindedir.

Kadınların % 76,67'si 2 çocuğu ideal kabul edmektedir. (Tablo 21) Bu oran 1988 Türkiye araştırmasında elde edilen değerden yüksektir. 1988 Araştırmasında tüm evli kadınların %59,8'inin iki, % 71,4'ünün üç çocuk arzu ettikleri saptanmıştır. (58) Bizim araştırmamız da kadınların küçük aile normunu benimsemiş olmaları açıktır. İdeal çocuk sayısı düşük, gebelik sayısı yüksek olunca kadınlar istemedikleri bu gebeliklerini kürtajla sonlandırmak istemektedirler. Bu nedenle kadınların yarısı (% 52,50) isteyerek düşük yapmamışken, yaklaşık yarısı gebeliklerini kürtajla sonlandırmışlardır. (Tablo 20)

Kadınların % 80,83'ünün hiç ölen çocuğu yokken % 14,58'inin bir tane ölen çocuğu vardır. (Tablo 19) 1988 Türkiye araştırmasında da Batı bölgesinde yaşayan kadınların ölmüş çocuklarının oranı % 15,49 bulunmuştur. (58)

Görüşülen kadınların % 26,67'sinin son gebelik aralıkları 1 yıldan azdır. Gebelik aralığı 1-2 yıl olan kadınların oranı % 36,67'dir. (Tablo 22) Araştırma kapsamına giren kadınların yarısından fazlasının gebelik aralıklarının iki yıldan kısa oluşu, aile planlaması gereksinimlerini göstermektedir.

Gebelik önleyici yöntem kullanma oranı kadınlar arasında % 86,67'dir. (Tablo 23)

Yöntem kullananların ancak % 21,16'sı etkili yöntem kullanırken, % 78,84'ü etki derecesi sınırlı veya etkisiz,

geleneksel yöntemlerle korunmaktadır. (Tablo 24) Türkiye'de de 1988 yılında yapılan araştırmada kadınların % 77'sinin yöntem kullanmasına karşın, ancak bu oranın % 33,6'sını etkili yöntemler oluşturmaktadır. (58)

Her ne kadar bizim araştırmamızda yöntem kullanımının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülüyor ise de, etkili yöntem kullananların oranı Türkiye ortalamasından daha düşüktür. Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanımı üzerine yapılmış birçok araştırma sonuçları da aynı paralelliktedir. (12, 19, 41, 53, 67, 88, 100, 132)

Yöntem kullanmayanların % 53,13'ü sütü koruyor sanarak gebeliği önleyici yöntem kullanmamıştır. (Tablo 25) Bu durum; emzirmenin bizim toplumumuz için yaygın olmasına karşın, bunun bir gebeliği önleyici yöntem olmadığına kadınlara anlatılması gerektiğini göstermektedir.

Kadınların % 99,17'si hapı, % 98,75'i RİA'yı, % 82,50' u kılıfı bilmektedirler. (Tablo 26) Ancak bu etkili yöntemleri kullananların oranı düşüktür. 1988 Türkiye araştırmasında da etkili yöntemlerin bilinmesi yaygındır. Ülke çapında yapılan bu son araştırmada tüm evli kadınların % 97,5'u en az bir etkili yöntemi bilmektedir. Bizim araştırmamızla aynı paralellikte olan bir diğer durum kılıfın genellikle hap ve RİA'dan daha az derecede bilinmesidir. (% 76) (58)

Geri çekme yöntemini bilen kadınların oranı % 85,83, kullananların oranı ise % 67,50'dir. 1988 araştırmasında ise geri çekmeyi kullanan kadınların oranı % 31'dir. (58)

Etkili yöntem kullanan kadınların en uzun süre (1 yıldan fazla) kullandıkları yöntem RİA'dır. (Tablo 28) En kısa süre (6 aydan az) kullandıkları yöntem ise kılıftır. (Tablo 29)

Hap kullanan kadınların % 26,21'i baş ağrısı, migren, % 52,43'ü sinirlilik gibi yan etkilerden dolayı hapi bırakmışlardır. (Tablo 30)

RİA kullanan kadınların ise % 43,53'ü aşırı kanama, sancı, % 24,71'i rahimde yara nedeniyle bu yöntemi bırakmışlardır. (Tablo 31)

Kılıfla korunan kadınların ise % 72,41'i eşlerinin memnun olmaması, % 27,59'u kullanırken gebe kalma gerekçesiyle bu yöntemi terketmişlerdir. (Tablo 32)

Etkin yöntemler; gebelikten korunmak için etkisiz veya etki derecesi sınırlı yöntemlere göre daha güvenilir olmasına karşın bazı istenmeyen etkilerinden dolayı kadınlar tarafından terkedilmektedir. Bu konuda yapılmış araştırma sonuçları da bunu göstermektedir.(41, 53)

Kadınların % 70'i yeterli sayıda çocuğa sahip oldukları için, % 17,92'si bebeğinin küçük olmasından, % 5,42'si de ekonomik nedenler yüzünden kürtaja başvurmuşlardır. (Tablo 33)

Araştırmamızın sonuçları kadınların aile planlaması hizmet gereksinimlerini vurgulanaktadır.

Bu konuda yapılmış araştırma sonuçları da daha çok sosyo-ekonomik nedenlerle düşük yapıldığını göstermektedir. En çok öne sürülen sosyo-ekonomik nedenler; çok çocuklu olma, gebeliğin zamansız oluşu, gebelikler arası sürenin kısa oluşu, çalışmak zorunda olma, geçim sıkıntısı gibi durumlardır. (19, 35, 110, 111)

4.1.3- KADINLARIN KÜRTAJ SAYILARINA ETKİ EDEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Kadınların yaşları ilerledikçe daha fazla sayıda kürtaja başvurdukları saptanmıştır. (Tablo 34) 1988 Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsünce yapılan Türkiye çapındaki araştırmada da isteyerek yapılan düşüklüğün 35-39 yaşlarında en yüksek sayıda olduğu bulunmuştur. 20-24 yaş grubunda 10 gebelikten 1'i isteyerek yapılan düşükle sonlandırılırken, 30-35 yaş grubunda bu oran 10 gebelikte 4'e ulaşmaktadır. (58) İlk evliliğini 18 yaşında yapan ve gebelikler arası kısa aralık bırakan kadınlarımız, 25 yaşında ideal çocuk sayısına ulaşmaları nedeniyle bundan sonraki gebeliklerini sonlandırmak istemektedirler. Bu durum, bu yaşlardaki kadınların fertilitelerini kontrol etmeye doğru motivasyon gösterdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, etkili aile planla-

ması yöntemi kullanmak yerine kürtaja başvurmaları sağlıkları açısından tehlikelidir.

Kadınların eğitim durumlarıyla kürtaj sayıları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. (Tablo 35)

Her üç eğitim grubundaki kadınların 2 ve daha fazla kürtaja başvurma sayılarında azalma görülmüş bu oran ortaokul ve üstü eğitim almış grupta % 5,88 olarak saptanmıştır. 1988 Türkiye araştırmasında eğitim seviyesi ile isteyerek yapılan düşük sayısı arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmektedir. (58) Bizim araştırmamızda ortaokul ve üstü eğitim görmüş kadınların 2 ve üzeri kürtaj sayı ve oranının düşük olmasının nedeninin bu grup kadınların etkili yöntemleri daha başarılı kullanmış olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kadınların çalışıp çalışmama durumu ya da meslekleri kürtaj deneyimlerine engel olmamaktadır. (Tablo 36) Kentli doğurgan ev kadınlarında, dışarıda iş gücüne katılan kadınlar kadar modernleşme süreci içinde, sosyo-ekonomik baskı sonucu arzu etmediği gebeliklerini kürtajla sonuçlandırabilmektedir. Bazı literatür bulguları ise; meslek sahibi, çalışan kadınların daha yüksek oranlarda istemli düşük yaptıkları doğrultusundadır. (19,110) 1978 Türkiye araştırmasında da kazanç getiren herhangi bir işte çalışan kadınların istemli düşük yapmaya, çalışmayanlardan daha çok başvurdukları

görülmektedir. (2) Araştırma sonuçlarımızın literatür bulgularıyla paralel olmamasının nedeni; daha önce özel hekimlerce yapılan yasal olmayan kürtaja sadece çalışan kadınlar tarafından ulaşıyor olmasına, 1983 yasasından sonra ise bu imkandan her düzeydeki kadının faydalanmasına bağlanabilir.

Evlilik sürelerine göre kadınların kürtaj sayıları değerlendirildiğinde, evlilik süresi arttıkça kürtaj sayısının da arttığı gözlenmiştir. 4-10 yıllık evli olanlarda 2 ve daha fazla kürtaj olan kadın oranı % 6,67 iken, 11 yıl ve üzeri evlilik süresi olan kadınlarda bu oran % 33,63'e yükselmektedir. (Tablo 37)

Kadınların ilk evlilik yaşlarına göre kürtaj sayılarına bakıldığında; evlilik yaşı 19'un altında olan kadınların 2 ve daha fazla kürtaja başvurma sayısı ve oranı yüksektir. (Tablo 38) 25 yaş ve üzerinde evlenenler de 2 ve daha fazla kürtaja başvuran yoktur. Literatür araştırmalarında da düşük yüzdesinin; evlilik yaşı küçük, evlenme süresi 10 yılın üzerinde olanlarda en fazla olduğu saptanmıştır. (2, 19, 68, 110, 111)

Bu bulgular kadınların ilk evlenme yaşlarının küçük olması nedeniyle uzun evlilik süresi içinde ideal çocuk sayısına ulaştıklarını ve bu nedenle erken yaşlarda kürtaja başvurduklarını göstermektedir.

Eşlerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumları kadınların kürtaj sayılarını etkilememektedir. (Tablo 40 ve Tablo 41) Her ne kadar Türkiye çapında ve bölgesel olarak yapılan araştırmalarda eşin eğitim düzeyi ve mesleki statüsündeki azalmaya paralel olarak isteyerek yapılan düşük sayısının azalacağı saptanmışsa da bizim araştırmamızda böyle bir ilişki bulunmayışı, 1983 Yasasından herkesin faydalandığını düşündürmektedir.

Yaşayan çocuk sayıları kadınların kürtaj sayılarının artmasına etki eden en önemli faktördür. Dört ve dörtten fazla çocuğu olan kadınların 1 ila 2 ve üzeri kürtaja başvurma sayıları en yüksek orandadır. (% 68.18) (Tablo 42) Ulusal düzeyde yapılan araştırmalara göre 0-2, 7 ve daha fazla çocuğu olanlar en az, 3-6 çocuğu olanlar en fazla boyutlarda düşük yapmaktadır. (68, 111)

Dört ve dörtten fazla çocuğu olan kadınların kürtaj sayılarının artmasının nedeni olarak; yaşlarının ileri olması gerekçesiyle gebe kalmayacaklarını düşünmeleri ve bu nedenle yöntem kullanmamaları ve gebe kaldıklarında da bunu kürtajla sonlandırdıkları, böylece aile büyüklüklerini sınırlamada kürtajı bir yöntem olarak kullandıkları düşünülebilir.

Kadınların gebelik sayıları arttıkça kürtaj sayıları da artmaktadır. 3-4 gebeliği olan kadınların hiçbiri 2 ve daha fazla kürtaja başvurmamışken 7 ve daha fazla gebeliği

olanlarda 2 ve daha fazla kürtaja başvurma oranı % 58,82 olarak saptanmıştır. (Tablo 43) Gebelik sayısının evlenme yaşı ve evlilik süresi ile artacağı düşünülürse, bu sonucun evlilik süresi ile paralellik göstereceği açıktır. 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması, kadınların % 38'inin son gebeliklerinin istenmeyen gebelikler olduğunu göstermiştir.(120)

Kadınların kürtaj sayılarının ideal çocuk sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamış olmasına karşın (Tablo 44) eğitim durumları arttıkça ideal çocuk sayısında azalma (Tablo 46) yaş grupları arttıkça bu sayıda artma olduğu gözlenmektedir. (Tablo 45) Türkiye çapında yapılan araştırmalar da bu sonucu doğrulamaktadır. (57, 58)

Kadınların kürtaj sayılarının, kendilerinin ve eşlerinin kardeş sayılarıyla ilişkisi anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 47)

Kadınların alt veya orta konumda oturuyor almalarının kürtaj sayısını etkilememesine karşın alt konumda oturan kadınlarda 2 veya daha fazla kürtaja başvuranların oranı (% 21.01) orta konumda oturanlardan (% 14.71) daha yüksek saptanmıştır. (Tablo 48)

Artan iç göç nedeniyle, kentlileşme sürecindeki doğurgan kadın, sosyo-ekonomik baskı sonucu istemediği gebeliğini büyük bir olasılıkla kürtajla sonlandırmaya yönelecektir.(123)

Çekirdek aileye sahip olan kadınlar, geniş aileye göre daha fazla sayıda kürtaja başvurmuşlardır. (Tablo 49) Literatür araştırmalarında da, çekirdek aileye mensup kadınların özel yaşamları konusunda karar vermede daha bağımsız ve eşleri üzerinde oldukça etkili olduklarından istemli yapılan düşük sayısının bu kadınlarda fazla olduğu saptanmıştır. (110, 111, 123)

4.1.4- KÜRTAJA BAŞVURAN KADINLARIN DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI PUAN ORTALAMALARINI ETKİLEYEN ETMENLERİN İNCELENMESİ

Kürtaja başvuran kadınların genel durumluk kaygı puan ortalamaları (ortalama 58,550) genel sürekli kaygı puan ortalamalarından (ortalama 45,550) daha yüksek bulunmuştur. Durumluk kaygı puan ortalamasının yüksek olmasının nedeni olarak kürtajın kadınlar için aşırı bir stres yaratıcı etkisinin olmasından ileri geldiği düşünülmüştür. Stres yaratan durumların kişilerin durumluk kaygılarını yükselttiği birçok araştırmada saptanmıştır. (80)

Kadınların yaşları arttıkça durumluk kaygı puan ortalamalarında düşme gözlenirken, sürekli kaygı puan ortalamalarında artma saptanmıştır. (Tablo 50) Durumluk kaygı puan ortalamasının yaş arttıkça azalmasının nedeni olarak, ileri yaşlardaki kadınların kürtaj sayılarının fazla olması ve dolayısıyla kürtaji daha önce deneyimlemiş olmaları düşünül-

müştür. Sürekli kaygı puanlarının yükselmesinin nedenini yaşa bağlı daha değişik gerilimlerin oluşturduğu düşünülebilir. Ancak bütün yaş gruplarında ve 40-49 yaş grubunda da durumluk kaygı puan ortalamalarının sürekli kaygı puan ortalamalarından belirgin düzeyde yüksek olduğu izlenmektedir. İleri yaş faktörünün kürtaj olmadaki durumluk kaygıyı yumuşatmaya yetmediği söylenebilir. Diğer bir deyişle her yaş grubundaki kadın kürtaj olayı karşısında önemli düzeyde stresler almaktadır.

Kadınların eğitim durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim düzeyi yükseldikçe durumluk kaygı puan ortalamaları artmakta sürekli kaygı puan ortalamaları ise azalmaktadır. (Tablo 51) Durumluk kaygı puan ortalamasının eğitim düzeyi yüksek kadınlarda daha yüksek bulunmasının nedeni bu kadınların kürtaj sayılarının daha az olmasına bağlanabilir. Eğitim düzeyi yükseldikçe sürekli kaygı puan ortalamalarının azalmasının nedeni de; eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin stresleri (baskıları) ve sıkıntıları gidermede diğerlerinden daha becerikli olmalarından kaynaklanabilir. Nitekim Spielberger (1978) eğitim düzeyi ile sürekli kaygı seviyesinin ters ilişki gösterdiğini bulmuştur. (80) Spielberger'e göre eğitim düzeyi yüksek olan bireyler stres ile baş etmede (coping) etkin beceriler geliştirmiş bulunmaktadır. (80)

Kürtaja başvuran kadınların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarına çalışma durumlarının etkilemediği saptanmıştır. (Tablo 51) White (1978) Almanya'nıniki şehrinde çalışan 36 Türk kadını ve yine bu şehirlerde yaşayan 36 Türk ev kadınının kaygı seviyelerini incelemiş, çalışan Türk kadınlarının kaygı seviyelerini Türk ev kadınlarından daha düşük bulmuştur. Bunun nedenini; çalışan Türk kadınlarının eğitim düzeylerinin ev kadınlarınıninkinden daha yüksek olmasına bağlamıştır. (80) Bizim çalışmamızda kürtaj olayının fark doğurmamış olmasının nedeni ; çalışmanın etkisinden çok daha fazla kişisel nedenlerin etkileyici olmasındandır.

Kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının evlilik sürelerine göre ilişkisi anlamlı bulunmuştur. (Tablo 53) Örneğe alınan kadınların evlilik süreleri arttıkça durumluk kaygı puan ortalamaları düşmektedir. Evlilik süresi 0-3 yıl olan kadınlarda durumluk kaygı puan ortalaması $\bar{x} = 63,595$ iken 11 yıl ve daha fazla süredir evli olanlarda bu ortalama $\bar{x} = 55,407$ 'ye düşmektedir. (Tablo 53) Bu durumun evlilik süresi uzun olan kadınların kürtaja başvurmalarının fazla olmasından ileri geldiği düşünülmektedir. Kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları ile evlilik süreleri arasında durumluk kaygı puan ortalamasına paralel bir ilişki gözlenmiş olup, 4-10 yıl arasında evli olanlarda sürekli kaygı puan ortalaması $\bar{x} = 44,744$ iken, 11 yıl ve daha fazla evli olanlarda ortalama $\bar{x} = 46,487$ bulunmuştur.

(Tablo 53) Yine bu durumun yaş faktöründen kaynaklandığı düşünülmüştür.

Kürtaja başvuran kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının ilk evlenme yaşlarına göre ilişkisi yapılan varyans analizinde anlamsız çıkmıştır. (Tablo 54) Ancak ilk evlilik yaşı 15'den küçük olan kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları $\bar{x} = 55,952$ iken 25 yaş ve üzerinde evlenen kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları $\bar{x}=60.592$ bulunmuştur. (Tablo 54) Evlilik yaşı yüksek olan kadınlar daha az kürtaja başvurduklarına göre, bu kadınların durumluk kaygı puanlarının yüksek olması olayı deneyimlememiş olmalarından dolayı beklenen bir sonuçtur.

Kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının ilişkisi yapılan varyans analizinde anlamlı bulunmuştur. (Tablo 55) Yaşayan tek çocuğu olan kadınların durumluk kaygı puan ortalaması $\bar{x} = 61.790$ iken, bu ortalama çocuk sayısı arttıkça azalma göstermiş, dört ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda ortalama $\bar{x} = 53.750$ 'ye düşmüştür. (Tablo 55) Durumluk kaygı puan ortalamasında bu düşmenin, yaşayan çocuk sayısı fazla olan kadınların eğitimlerinin düşük, kürtaj sayılarının fazla olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Sürekli kaygı puan ortalamasında ise yaşayan çocuk sayısı arttıkça yükselme görülmektedir. (Tablo 55) Yaşayan çocuk sayısının fazla olmasının yaşam koşullarını ve ekonomik durumu zorla-

ması, kadının iç ve dış çatışmalarına neden olabilmesi ve bu çatışmanın sürekli kaygıya yol açabileceği düşünülebilir.

Kadınların gebelik sayıları arttıkça durumluk kaygı puan ortalamalarında düşme, sürekli kaygı puan ortalamalarında yükselme gözlenmiştir. (Tablo 56) Gebelik sayısı 1-2 olan kadınların durumluk kaygı puan ortalaması $\bar{x} = 63.933$ iken, 7 ve daha fazla gebeliği olanlarda bu ortalama $\bar{x}=52.353$ 'e düşmüştür. Aradaki ilişki varyans analizinde çok anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.01$) (Tablo 56) Aradaki farkın bu kadar yüksek olmasına neden olarak; gebelik sayısı az olan kadınların, kürtaj sayılarının az olması veya daha önce hiç kürtaj deneyimlerinin olmaması, gebelik sayısı yüksek olan kadınların ise kürtaja sık sık başvurmuş olmaktan kaynaklanan bir deneyim faktörünün kalmadığı düşünülebilir.

Kürtaja başvuran kadınların kürtaj sayıları arttıkça durumluk kaygı puan ortalamalarında azalma olduğu saptanmıştır. (Tablo 57) Bu durum beklenen bir sonuçtur. Çünkü herhangi bir olayın deneyimlenmemiş olması kişinin korkmasına, bu da durumluk kaygısının artmasına neden olur. Kumral (1979), ameliyat olan genel cerrahi hastalarındaki kaygı seviyesi ile ameliyat sonrası ağrı duygusu ve hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmasında, hastaneye daha önce yatmış olan hastaların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarıyla, yatmamış olanlarınkini karşılaştırdığında, yatmış olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puan-

larını daha düşük bulmuştur. (69) Kumral hastaneye daha önce yatmış bulunan hastaların daha düşük durumluk-kaygı göstermelerinin nedeni, hastanede daha önce yatmış ve olacakları öğrenmiş olmasına bağlamıştır. Bizim çalışmamızda kadınların kürtaj sayılarının sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır. (Tablo 57)

Kadınların durumluk-sürekli kaygı durumlarının oturdukları bölgeye göre ilişkisi araştırıldığında, aradaki farkın varyans analizine göre anlamlı olmadığı bulunmuştur. (Tablo 58) Farkın varyans analizinde anlamlı çıkmamasına karşın, orta konumda oturanların durumluk kaygı puan ortalamaları ($\bar{x} = 59,196$) alt konumda oturanlarinkinden ($\bar{x} = 57.676$) daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 58) Bunun da sosyo-ekonomik ve kültürel duruma bağlı olarak daha önce saptanmış olan puan ortalamalarıyla paralellik gösterdiği söylenebilir. Güleç (1979) ameliyat öncesi ortaya çıkan korku ve kaygının hastaların sosyo-ekonomik seviyeleri ile olan ilişkisini incelemiş, düşük ve yüksek sosyo-ekonomik seviyeden 80 cerrahi hastasıyla, kontrol olarak kabul ettiği 80 dahiliye hastasının durumluk-sürekli kaygı ölçeği puanlarını karşılaştırmış ve varyans analizi tekniğini kullandığı bu karşılaştırmada yüksek sosyo-ekonomik seviyeden gelen cerrahi hastaların ve kadınların ameliyat öncesi kaygılarının diğerlerinden önemli seviyede daha yüksek olduğunu saptamıştır. (54)

Kürtaja başvuran kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamalarının aile tiplerine göre ilişkisine bakıldığında anlamlılık görülmektedir. (59)

4.2- SONUÇ

Kürtaja başvuran kadınların, kürtaj olmalarına neden olan faktörleri belirlemek, kadınların kürtaj öncesi aile planlaması yöntemi kullanıp kullanmadıklarını ortaya çıkarmak, kürtaja başvurduklarındaki kaygı durumlarını saptamak, kaygı puan ortalamalarını etkileyen faktörleri incelemek amacı ile yapılan araştırma bulgularına göre; araştırma kapsamına alınan kadınların kürtaj olmalarına neden olan faktörlerin başında; yeterli çocuğa sahip olmaları nedeniyle fazla çocuk istememeleri, ikinci planda ise gebelikler arası sürenin kısa oluşu ve çocuk yetiştirme açısından ekonomik olanakların kısıtlı oluşu gelmektedir.

Araştırmamızdaki kadınların yaş ortalamalarının 29.9 \pm 0.40, büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu ve ev kadını olduğu belirlenirken, eşlerinin de büyük çoğunluğunun ilkokul mezunu ve işçi oldukları saptanmıştır. Kadınların yarısından fazlası 15-19 yaşları arasında evlenmiş olmalarına karşın, % 81.67'si ideal evlenme yaşını 20-24 olarak belirtmişlerdir.

Kadınların % 78.75'inin yaşayan 1-3 çocuğunun olduğu, yaklaşık yarısının gebelik sayısının 5 ve 5'in üzerinde olup en az bir defa kürtaja başvurdukları saptanmıştır.

Kürtaja başvuran kadınların yarısından fazlasının son gebelik aralıkları 2 yıldan daha azdır. Gebeliği önleyici yöntem kullanım oranının % 86.67 olarak saptanmış olmasına karşın, ancak % 21,16'sının etkili yöntem kullanıp kalmasının geri çekme en fazla olmak üzere etki derecesi sınırlı veya etkisiz yöntem kullandıkları saptanmıştır. Hemen hemen tüm kadınların etkili yöntemleri bilmelerine ve küçük aile normunu benimsemiş olmalarına karşın, yeterince bu yöntemleri kullanmayıp, kürtaja başvurmaları, kadınlara kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığını anlatılması gerektiğini ortaya çıkarmaktadır.

Araştırma kapsamındaki kadınların bir kısmının etkili yöntemleri kullanırken yan etkilerinden dolayı bu yöntemleri terkettikleri saptanmıştır. Kadınlara basit bazı yan etkilerinden dolayı bu etkili yöntemleri bırakmaları, alternatif olarak etkili bir diğer yönteme geçmeleri anlatılmalı, gerçek koruyuculuğu yüksek olan yöntemlerin kullanma sürelerini artırmaya yönelik eğitimlerde bulunulmalıdır. Hiçbir yan etkisi olmayan kılıfla korunan kadın oranı % 35 olarak saptanmıştır. Ancak bu yöntemin en kısa süreli (6 aydan az) kullanılan yöntem olduğu (%61.90), eşin memnun kalmaması nedeniyle terkedildiği saptanmıştır.

Kadınların kürtaja başvurma sayılarını; yaşlarının, eğitim durumlarının, evlenme sürelerinin, ilk evlenme yaşlarının, yaşayan çocuk sayılarının gebelik sayılarının etkilediği bulunmuştur.

Kadınların çalışıp çalışmama durumlarının, eşlerinin eğitimleri ve çalışma durumlarının, kendilerinin ve eşlerinin kardeş sayılarının, oturdukları bölgelerin kürtaja başvurma sayılarını etkilemediği saptanmıştır.

Kürtaja başvuran kadınların durumluk-sürekli kaygı puan ortalamaları incelendiğinde; durumluk kaygı puanlarının ortalama 58.550 puan, sürekli kaygı puan ortalamasının ise 45.550 puan olduğu gözlenmiştir. En düşük puanın 20, en yüksek puanın 80 olacağı düşünülürse, kadınların sürekli kaygı puan ortalamaları 40 dolayında olmasına karşın, durumluk kaygı puan ortalamalarının önemli derecede yüksek düzeyde (60'a yakın) bulunduğu kabul edilmelidir.

Kadınların yaşları arttıkça; kürtaj olayını deneyimlemiş olduklarından dolayı durumluk kaygı puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır. Sürekli kaygı puan ortalamalarında ise yaşla birlikte artma gözlenmiş olup, bunun nedeninin yaşla birlikte değişik gerilimlerden kaynaklanan birikime bağlı olduğu düşünülmüştür.

Eğitim düzeyleri yüksek olan kadınların eğitime paralel olarak kürtaj olayının kadın sağlığı açısından tehlikeli olabileceğini bilmelerinden kaynaklandığı düşünülen du-

rumluk kaygı puan ortalamalarının artmakta, stresler ile baş etmede etkin beceriler geliştirebilmiş olmalarından dolayı da sürekli kaygı puan ortalamalarının düşmekte olduğu saptanmıştır.

Kadınların çalışma durumlarının ve ilk evlenme yaşlarının durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

Kürtaja kaşvuran kadınların evlilik süreleri arttıkça, durumluk kaygı puan ortalamalarının düştüğü ve sürekli kaygı puan ortalamalarının yükseldiği bulunmuştur. Evlilik süresi 0-3 yıl olan kadınlarda durumluk kaygı puan ortalamasının $\bar{x} = 63.595$ iken 11 yıl ve daha fazla evli olanlarda $\bar{x} = 55.407$ 'ye düştüğü saptanmıştır.

Yaşayan çocuk sayısı ve gebelik sayısı yüksek olan kadınların kürtaja başvurduklarında durumluk kaygı puan ortalamaları, bu kadınların daha önce kürtaj olayını deneyimlemiş olmalarından dolayı daha düşük olduğu saptanırken, çocuk sayısının fazlalığı yaşam koşullarını ve ekonomik durumu zorlamasından kaynaklandığı düşünülen sürekli kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Daha önce kürtaja başvurmuş kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları hiç kürtaj olmamış kadınlara göre olayı daha önce deneyimlemiş olmalarından dolayı daha düşük bulunmuştur.

Kadınların oturdukları bölge ve aile tiplerinin durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır.

4.2.1- ÖNERİLER

Kürtaj, kadın sağlığını ciddi bir şekilde tehdit ettiğinden ve kadınların bu olaydan psikolojik olarak olumsuz yönde etkilenip yüksek derecede kaygı duydukları bu araştırma bulgularıyla da saptanmış olduğundan kürtaja başvurmanın bir aile planlaması yöntemi gibi yaygın kullanımının önlenmesi gerektiği savunulabilir. Ülkemizde, kadın sağlığının korunması ve kürtaja başvurmanın önlenmesinde, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması zorunludur. Ancak aile planlaması hizmetlerinde etkinlik kazanıldıktan sonra gebelik önleyici yöntemlerin etki sınırlılığı ve kullanımındaki yanlış uygulamalar nedeniyle ortaya çıkacak gebeliklerin kürtaj yoluyla sonlandırılmasına gidilebilir. Aksi halde kadınların yasanın bu açıklığından yararlanarak bu serbestliği gebelik önleyici yöntem olarak kullanabilecekleri göz önünde tutulmalıdır. Bu nedenle;

1- Kürtaja başvurma ve gebelik önleyici yöntem kullanımındaki ilişki kompleks olup her ikisi de istenmeyen doğumları önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Araştırmamızda kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanmakla birlikte faz-

la boyutlarda kürtaj oldukları da görülmüştür. Bu durum, yöntem kullanan kadınların daha çok geri çekme gibi etkili olmayan geleneksel yöntemlerle korunmaya çalıştıklarını ve diğer etkin yöntemleri de uygularken hata yaptıkları gerçeğini yansıtmaktadır. Bu nedenle, kadınların etkili gebelik önleyici yöntemler konusunda bilgi; onların anlayabileceği şekilde yazılmış kitaplar, broşürler, radyo ve televizyonda, Ana-çocuk Sağlığı Merkezleri ve Antenatal Polikliniklerde, toplumumuzun sosyal yapısına uygun eğitim programlarının hazırlanıp uygulanması ile kazandırılabilmesine inanılmaktadır.

2- Araştırmamızdaki kadınların bazı yan etkilerinden dolayı etkili yöntemleri terkettikleri saptanmış olduğundan, ailelere eğitim yapılırken kürtajın kadın sağlığını ciddi biçimde etkilediğini, çok sayıda kürtajın kadını rahim kanserine kadar götürebildiğini, basit yan etkilerinden dolayı etkili yöntemlerin terkedilmemesi gerektiğini vurgulayan eğitimler verilmelidir.

3- Aile planlaması konusunun yalnızca kadının sorunu olmadığı, bu konuda erkeklerin de çok büyük sorumluluklar taşıması gerektiği eşlere yapılacak eğitimlerde anlatılmalı ve erkeklere hiç bir sistemik yan etkisi olmayan, çabuk, emin, kolay ve ucuz bir işlem olarak dünyada ilgi gören aile planlaması yöntemi olan vazektomi konusunda bilgi verilmelidir. Çünkü bu konuda yapılan araştırmalar iyi bir vazektomi

hizmeti sunulduğunda erkeklerin bu hizmetle ilgilendiğini ve yöntemi istediğini göstermektedir.

4- Genellikle ülkemizdeki aile planlaması programları, kadına istemediği kadar çok sayıda çocuğa sahip olduktan sonra ulaşmaktadır. Ülkemiz için, nüfus artışı önemli bir sorun olduğuna göre, okul döneminde ders programlarına konulacak olan aile planlaması eğitiminin kız ve erkek çocuklarda bilgi - tutum - davranış şekillenmesi yapacağından oldukça yararlı olacağı düşünülmektedir.

5- Aile planlaması ve Ana-çocuk Sağlığı konusunda, yaygın eğitimde en fazla görev yapan ebe ve hemşire gibi sağlık personelinin eğitimi de çok önemlidir. Bu personel grubu iyi eğitildiği takdirde, toplumla ilişkileri çok daha yakın olduğundan özellikle aile planlaması hizmetlerini kabul ettirmede daha etkin olacakları ve hizmeti çok iyi bir düzeyde verebilecekleri düşünülmektedir.

6- İç güçler, kentsel alanlardaki doğurganlığı artırırken, gebeliği önleyici yöntem kullanım oranını düşürmektedir. Göçle gelen kadınların büyük çoğunluğunun genç, eğitimsiz, tecrübesiz oldukları göz önünde tutularak sağlık hizmetinin sunulmasında önceliğin gecekodu bölgelerine verilmesi gerekmektedir.

7- Aile planlaması hizmetlerinde görev alan sağlık insan gücünün ülke düzeyinde eşit dağılımı sağlanmalı, ya-

pılacak çalışmalar için bütçeden yeterli pay ayrıldığı gibi değişik sektörlerin bu ulusal konuya katkı yapmaları teşvik edilmelidir.

8- Aile planlaması hizmetlerinde başarılı olmak için bireylerin ikna edilmek suretiyle katılımları sağlanmalıdır.

Ö Z E T

Bu araştırma, 24.5.1983 tarihinde çıkarılan "Nüfus Planlaması Kanunu"ndan yararlanarak kürtaja başvuran kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve kürtaja başvurmalarına neden olan faktörleri belirlemek, kürtaja başvurduklarındaki kaygı durumlarını saptamak ve kürtaja ilk başvuranlarla daha önce kürtaj olanların durumluk kaygılarını karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı hastaneler ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Araştırma kapsamına evreni temsil edecek örnek büyüklüğü olan 240 denek alınmıştır. Araştırma 1 Ocak 1991 - 30 Ekim 1991 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak görüşme yolu ile uygulanan araştırmacı tarafından geliştirilmiş anket formu ve Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş durumluk-sürekli kaygı skalası kullanılmıştır.

Anket formunun kapsamında kadınların sosyo-demografik özellikleri, (yaş, eğitim ve çalışma durumu, eş eğitimi, eş çalışma durumu, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi) gebelik öyküleri, (gebelik, yaşayan çocuk, ölen çocuk sayısı) düşük sayıları (toplam düşük sayıları, isteyerek ve kendiliğinden

olan düşükler) aile tipleri ve oturdukları konumlar (çekirdek, geniş aile; alt, orta ve üst konum) gebelik önleyici yöntem kullanıp kullanmamaları ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik, Ki-kare, varyans analizi ve t testi (ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi) kullanılmıştır.

Araştırmanın sonuçlarına göre; kadınların yeterli çocuğa sahip olma, sık gebe kalma, maddi olanaksızlıklar nedeniyle kürtaja başvurdukları saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması 29.9 ± 0.40 olup çoğunluğu ilkokul mezunu ve ev hanımıdır. Yaklaşık yarısının gebelik sayısının 5 ve 5'in üzerinde olduğu, son gebelik aralığının 2 yıldan daha az ve en az bir kez kürtaja başvurdukları saptanmıştır. Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı % 86.67 olup, kadınların ancak % 21.16'sının etkili yöntem kullandığı bildirilmiştir.

Kadınların kürtaja başvurma sayılarını; yaşlarının, eğitim durumlarının, evlenme sürelerinin, ilk evlenme yaşlarının, yaşayan çocuk sayılarının, gebelik sayılarının etkilediği; çalışıp çalışmama durumlarının, eşlerinin eğitimleri ve çalışma durumlarının, kendilerinin ve eşlerinin kardeş sayılarının, oturdukları bölgelerin etkilemediği saptanmıştır.

Kürtaja başvuran kadınların genel durumluk kaygı puanlarının ortalama 58.550, genel sürekli kaygı puanlarının ortalama 45.550 puan olduğu gözlenmiştir. Daha önce kürtaja başvurmuş kadınların durumluk kaygı puan ortalamaları, hiç kürtaj olmamışlara göre daha düşük saptanmıştır.

Sonuçlar araştırma hipotezini destekleyici nitelikte bulunmuştur.

Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda, ülkemizde kadın sağlığının korunması ve kürtaja başvurma önlenmesinde, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının zorunlu olduğu, etkin yöntemlerin kullanımındaki başarısızlıklar sonucu ortaya çıkacak gebeliklerin kürtaj yoluyla sonlandırılmasına gidilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu nedenle; etkili yöntemler konusunda toplumun eğitilmesi, bu eğitimin okul döneminde ders programlarına konulması, bu eğitimi halka verecek olan ebe ve hemşire gibi sağlık personelinin iyi eğitilmiş olması, önceliğin gecekondü bölgelere verilmesi, bunlar için bütçeden yeterli pay ayrılması gerektiği önerilmiştir.

SUMMARY

This research has been made to establish the socio-demographic characteristics of women who attempt abortion by taking advantage of the Family Planning Law, which was legislated in 24.5.1983, and to determine the factors which led to their abortion as well as their anxiety when they, abort and to compare the anxieties of women in their first abortion attempt to other women who attempted abortion before.

The research has been made in the hospitals of the Ministry of Health and the Social Welfare Institution and at the Maternity Ward of the Gynaecology Clinic at the Faculty of Medicine of Ege University. 240 test subjects were included to the scope of the research, which had a sampling size big enough to represent the world. The research was carried out between January -1-1991 and October.30.1991.

In the research form the following were used ; 1) A questionnaire form established by and filled out by the researcher by interviewing the subjects 2) Temporary - Permanent Anxiety Scale which was improved by Spielberger et al.

The questionnaire form included knowledge about the following;

- 1) The socio-demographic characteristics of women (Age, education, employment, first marriage age, period of marriage)
- 2) History of pregnancies (Pregnancy, the number of dead and alive children)
- 3) The number of abortions (Total number of abortions deliberate and natural abortions)
- 4) Family types and their status. (Immediate family, large family and lower, middle, upper status).

Percentage χ^2 - Square variant analyze and t test (the importance test of the differences among averages) were used in the evaluation of data.

In view of the results of the research it was seen that women attempted abortion due to having too many children, frequent pregnancies and a low income level in the family. The average age of these women was $29,9 \pm 0,40$, and most of them were housewives only with primary school education. It was seen that in about half of these women 1- The number of pregnancies was 5 or more 2- The last interval of pregnancy was less than 2 years 3- They had attempted abortion at least once. The percentage of the use of contraceptive methods was 86,67 % and it was mentioned that only 21,16 % of the women used effective contraceptive methods.

It was observed that the number of the abortion attempts were affected by their age, education level, the marriage period, first marriage age, the number of children alive, the number of pregnancies. However, these attempts were not affected by their employment and unemployment the number of both their siblings and their husbands' siblings and areas where they lived.

It has been observed that general temporary anxiety levels were 58.550 and general permanent anxiety points were about 45.550 in women who attempted abortion. The average anxiety levels in women who had attempted abortion before was found to be lower than who never attempted abortion. The results obtained were found to be supportive to the research hypothesis.

In view of these results it was indicated that there was a great need to make the family planning services more common in the society in order to protect the health women and to prevent abortion and the pregnancies due to failures using the effective birth control methods should be ended by abortion, Therefore it has been suggested that; 1- The public should be trained about the effective birth control methods, 2- This education should be put in schedules in schools, 3- Midwives and nurses who give this education to public should be trained well, 4- The priority in education should be given to people in slum areas, 5- A sufficient sum of money should be allocated in the budget for all these services.

K A Y N A K L A R

- 1- Akadlı, B., Tunçbilek, E. "An Evaluation on the Relation Between Birth Spacing and Infant Mortality in Turkey", Nüfus Bilim Dergisi/Turk. J. Popul. Stud., C: 9, (1987), 27-38.
- 2- Akadlı, B. "Düşüklerle ilgili bir kesit analiz çalışması", Nüfus Bilim Dergisi/Turk. J. Popul. Stud., C: 7, (1985), 27-41.
- 3- Akdur, R. "Abidinpaşa eğitim ve araştırma bölgesinde doğum kontrolüne başvurma ve yöntem seçimini etkileyen faktörler", Sağlık Dergisi, 58, 10, (1984), 40-48.
- 4- Akın, A. "Kontraseptif Etkinlik" (Ayşe Akın Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde) Ankara Matbaası, 1983, 30-31.
- 5- Akın, A. "Ana ölümleri" (Mimograf, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği, tarihsiz.)
- 6- Akın, A. "Doğurganlığın ana sağlığına etkisi", (Mimograf, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği, tarihsiz)
- 7- Akın, A. "Kadın sağlığı yönünden düşük sorunu", (Doçentlik tezi, Hacettepe Üniv. Toplum Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 1976)

- 8- Akın, A. "Abortus (Sosyo-Medikal Yönü)", (Ayşe Akın Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde) Ankara Matbaası, 1983, 122-131.
- 9- Akın, A. "Nüfus ve eğitim", (Editör Güler Kanra, Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu içinde) S.S.Y.B. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battelle Enstitüsü, Ankara, 1983, 93-116.
- 10-Alkın, E. "Sosyo-ekonomik kalkınma ve nüfus", (Editör. Güler Konra, Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu içinde) S.S.Y.B. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battelle Enstitüsü, Ankara, 1983, 71-92.
- 11-Alma Ata 1978 Temel sağlık hizmetleri Çev. UNICEF-TETM, Ankara, 1980.
- 12-Amato, Z., Tatlıdil, R. "Kentsel bir bölgede kontraseptif yöntemlerin kullanımı", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl: 9, s: 3, (1988), 1.
- 13-Arısan, K. Doğum Bilgisi, Çeltüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., İstanbul, 1978.
- 14- Arısan, K. Kadın Hastalıkları, Çeltüt Matbaacılık Sanayi ve Ticaret A.Ş., İstanbul, 1983.
- 15-Arslan, A. "Aile planlamasında hemşirenin rolü", (Panel konuşması), Türk Hemşireler Dergisi, 36, 2, (1986), 50-51.

- 16- Ayıter, A. "Nüfus ve hukuk", (Editör: Güler Kanra, Türkiye'nin Gelişmesinde Hüfus Olgusu içinde) S.S. Y.B. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battelle Enstitüsü, Ankara, 1983, 37-50.
- 17- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Türkiye İstatistiği Cep Yıllığı, 1990.
- 18- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Genel Nüfus Sayımı 1990, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1991.
- 19- Bayık, A. "Bornova sosyalizasyon bölgesi ilçe merkezinde evli doğurgan çağıdaki kadınlar da düşüklerin epidemiyolojik incelenmesi", (Doktora Tezi, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu, 1983)
- 20- Baymur, F. Genel Psikoloji, İnkılap Yayınevi, İst., 1984.
- 21- Baysal, İ.C., User, A.N. "Türkiye'de Kriminal abortuslar ve aile planlaması", Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 3 (1), 24, (1971)
- 22- Baysal, A. "Türk kadınının beslenme sorunları", (Editör: Nermin Abadan - Unat, Türk Toplumunda Kadın içinde) Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, Kadın Araştırması Serisi, Ankara, 1979, 133-148.
- 23- "Bebek ölümlerine anne yaşının, doğum sırasının, doğum ağırlığının etkileri", Tabip Odası Bülteni, 21, 2, (1977), 4-6.

- 24- Bilgel, N. "Anne ölümleri", Sağlık Dergisi, 61, 2, (1989) 76-81.
- 25- Bölükbaşı, S. "Anne ölüm nedenleri ve alınması gereken önlemler", Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Yeni Tıp Dergisi, 7, 3, (1990), 187-194.
- 26- Bölükbaşı, S. "Gebelik sonlanmasının demografik ve tıbbi yönleri: 469 vakanın retrospektif ve prospektif analizi", (Uzmanlık tezi, Hac. Üniv. Tıp Fak. Ana sağlığı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı, 1974)
- 27- Bulut, A. "Çubuk merkez sağlık ocağı bölgesinde düşüklerin incelenmesi", (Çoğaltılmış uzmanlık Tezi. Hacet. Üniv. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Bilim Dalı, Ankara, 1979)
- 28- Cillov, H. "Aşırı nüfus sorunu", Nüfus bilim Dergisi/ Turk. J. Popul. Stud., C:4, (1982), 3-6.
- 29- Cohen, S. "Health care policy and abortion. A comparison", Nursing Outlook, vol: 38, Number. 1, January/ February 1990.
- 30- Cook, R.J., Dickens B.M. "International developments in abortion laws: 1977-1988", Am. Jour. Public Health, 78, (1988), 1305-1311.
- 31- Çifter, İ. Psikiatri, 1986, 313-317.

- 32- Çoruh, M. "Sağlık ve nüfus", (Editör: Güler Kanra, Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu içinde) S.S. Y.B. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Battelle Enstitüsü, Ankara, 1983, 1-36.
- 33- Daling, J.R., Emanuel, I. "Induced Abortion and Subsequent Outcome of Pregnancy in Series of American Women", The New England Journal of Medicine, Vol. 297, number: 23, December 8 (1977),
- 34- Demirel, N. ve arkadaşları, Sağlık Mevzuatımız: Umumi Hıfzısıhha Kanunları. İstanbul, Garanti Matbaası, 1969.
- 35- Dirican, M.R., Aytekin, A.H. "Genlik Bölgesinde Düşük Prevalansı, Sağlık Dergisi, 58, 4, (1984), 50-55.
- 36- Dirican, R.M. Ebe-hemşire ve gebe el kitabı, 3. Baskı, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi, 1985, 76-111.
- 37- Erder, L. "Demografik açıdan Türkiye'nin kadın nüfusu", (Editör: Nermin Abadan - Unat, Türk Toplumunda kadın içinde) Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, Kadın Araştırması Serisi, Ankara, 1979, 51-71.
- 38- Erefe, İ., Kocaman, G., Bahar, Z. Bayık, A. Aydemir, G. İzmir anakentinde aile ve toplum sağlığı öncelikleri Ege Üni. Rektörlüğü Araştırma Fonu Proje No: HEM/002, İzmir, 1988.

- 39- Eren, N. Köy, ilçe ve illerde sağlık yönetimi ve mevzuatı. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1984, 448-454.
- 40- Fadiloğlu, Ç., Yılmaz, D. "Adölesan annelerin gebeliğe uyumlarının incelenmesi", Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4, 3, (1988), 33-44.
- 41- Fadiloğlu, Ç., Yılmaz, D. "Kadınların gebeliği önleyici yöntem kullanma durumları üzerine bir inceleme", 2, 1, (1986), 26-37.
- 42- Fişek, N. "2000 yılında herkese sağlık için hemşirenin rolü ne olmalıdır ?" (Panel konuşması), Türk Hemşireler Dergisi, 33, 2, (1983), 4-6.
- 43- Fişek, N. "Türkiye'de hastalıklarda savaşta önceliklerin saptanması üzerine bir inceleme", Toplum ve Hekim, 1, 1978, 45-53.
- 44- Fişek, N. "Dünya'da ve Türkiye'de nüfus sorunu", (Ayşe Akın, Hekimler için Aile Planlaması El Kitabı içinde) Ankara Matbaası, 1983, 1-22.
- 45- Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş ,Ankara, 1983, 81-90.
- 46- Fişek, N. "Türkiye'de aşırı doğurganlık ve kullanılan gebeliği önleyici yöntemler", (Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması içinde) Hacet. Üniv. Yayınları, D-25, Ankara, 1978, 97-112.

- 47- Fişek, N. "Türkiye'de gebeliği önlemek için ailelerin kullandıkları usuller", Hacettepe-Tıp Cerrahi Bülteni, 5,4, (1972), 352-359.
- 48- Fişek, N. "Unwanted Pregnancies and Abortion", Acta Reprod. Turc, 1, 2, (1979), 61-68.
- 49- Forrest, J.D. and Fordyce R.R. "U.S. women's contraceptive attitudes and Practice: How have they changed in the 1980's?", Family Planning Perspectives, 20, (1988), 112-118.
- 50- Grant, J. "Maternal mortality: A 50 % reduction", The State of the World's Children 1991, Oxford University Press.
- 51- Grant, J.P. Dünya çocuklarının durumu 1989, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), 1989.
- 52- Güçsavaş, N. "Aile planlaması hizmetleri içinde infertilite ve kürtaj durumlarında hemşirenin rolü" (Panel konuşması), Türk Hemşireler Dergisi, 36, 2, (1986), 50-51.
- 53- Gülesen, Ö., Bilgel, N., AYTEKİN, A.H. "Engürücük ve Umurbey köylerinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlamasıyla ilgili bilgi-tutum ve davranışları", S.S.Y.B. adına Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Sağlık Dergisi, 60,2, (1988), 83-96.

- 54- Güleç, C. "Yetişkin cerrahi hastalarda ameliyat öncesi anksiyete", XV. Ulusal Psikiatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bildiri Özetleri, 18-21 Eylül, İstanbul, 1979.
- 55- Günay, O. "Gençlerin sağlık hizmetlerinden yararlanma sorunları", Toplum ve Hekim, C: 39, (1985),10-13.
- 56- Güvenç, B. İnsan ve Kültür, 4. Basım, Büyük Fikirler Dizisi, 20, İstanbul: Remzi Kitapevi Yayınları, 1984, 266-275.
- 57- Hacettepe University Institute of Population Studies (HIPS) 1983, Turkish Population and Health Survey, Ankara-Turkey, 1987.
- 58- Hacettepe University Institute of Population Studies (HIPS) 1988, Turkish Population and Health Survey, Ankara-Turkey, 1989.
- 59- Hammer slough, C.R. "Characteristic of women who stop using contraceptives", Family Planning Perspectives, 16, 1, (January/February. 1984), 14-18.
- 60- Hatcher, R.A. ve ark. Kontraseptif yöntemler: Uluslararası basım. Çeviri Editörü: Ayşe Akın, Ankara: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yayın No: 1, 1990.
- 61- "Her yönü ile abortusun incelenmesi ve tartışma", I. Türk Milli Jinekoloji Kongresi, 5-6 Ekim, Ankara, 1972.

- 62- Hubrich, W. "Alma Atadan on yıl sonra temel sağlık hizmetlerine genel bir bakış", Sağlık ve Toplum, 4, (Temmuz-Ağustos 1990), 72-73.
- 63- Kabir, M. ve arkadaşları. "Characteristics of users of traditional contraceptive methods in Bangladesh", J. Biosoc. Sci., Vol: 18, (1986),23-33.
- 64- Kağıtcıbaşı, Ç. Çocuğun Değeri: Türkiye'de değerler ve doğurganlık, Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul, Ocak 1980.
- 65- Karanisoğlu, H. "Anksiyete ve ankisiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımı", Hemşirelik Bülteni, 1, 3 (1983), 37 - 45
- 66- Karanisoğlu, H. "İstemli düşüklerin önlenmesi ve hemşirenin rolü", Hemşirelik Bülteni, 3, 12, (1988), 19-24.
- 67- Kazan, H. "Kazan sağlık ocağı bölgesinde doğum aralıkları ve buna etki eden föktörler üzerinde bir araştırma", (Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniv.1977).
- 68- Kişnişçi, A.H. ve Akın, A. "Türkiye'de düşüklerle ilgili epidemiyolojik bir araştırma", (Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması içinde) Hacet. Üniv. Yayınları, D-25, Ankara, 1978, 113-132.

- 69- Kumral, A. "Durumluk-Sürekli anksiyete, postoperatif ağrı ve hemşirelik etkileşimin ilişkileri", (Doçentlik tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 1979)
- 70- "Kürtaj korkutuyor", Sabah Gazetesi, (18 Haziran 1990), 14.
- 71- Lewelyn, S.P and Pytches, R. "An investigation of anxiety following termination of pregnancy", Journal of Advanced Nursing, 13, (1988), 468-471.
- 72- Luckman and Sorensen. Medical- Surgical Nursing, F.A. Davis Company, Philadelphia, 1977.
- 73- Mahler, H. "The safe motherhood initiative: a call to action", The Lancet, March 21, (1987), 668-670.
- 74- Maini, D. "Family planning: its impact on the health of women and children", Center for population and Family Health, Columbia University, 1981.
- 75- Neylan, M.P. "Anxiety", The American Journal of Nursing, (May 1962), 2, 5, 110-115.
- 76- Neyzi, O. "1990'lı yıllarda Türkiye'de çocuk sağlığı", Sağlık ve Toplum, 4, (Temmuz-Ağustos 1990), 14-16.
- 77- Obaidullah, M., Gould, P. "Maternal and abortion deaths in Bangladesh, 1978-1979" (Abstract), International Journal of Gynaecology and Obstetrics, April 19, 2, 1981, 155-164.

- 78- Okumuş, H. "Kadınların kullandıkları gebeliği önleyici yöntemler ve etkin yöntem kullanmama nedenleri", (Doktora Tezi, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu, 1984)
- 79- Omu A. E., Oronsaye, A.U. "Adolescent Induced abortion in Benin City, Nigeria" (Abstract), International Journal of Gynaecology and obstetrics, December 19, 6, (1981), 495-499.
- 80- Öner, N., Le Compte, A. Durumluk-Sürekli Kaygı envanteri el kitabı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.
- 81- Öner, N. "Durumluk-Sürekli Kaygı envanterinin Türk toplumunda geçerliği", (Yayınlanmamış doçentlik tezi, Hacet. Üniv., Ankara, 1977).
- 82- Özbay, F. "Türkiyede Kırsal/Kentsel kesimde eğitimin kadınlar üzerinde etkisi", (Editör: Nermin Abadan-Unat, Türk Toplumunda Kadın içinde) Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayınları, Kadın Araştırması Serisi, Ankara, 1979, 191-216.
- 83- Özet temel ve klinik bilimler "halk sağlığı", Editör: Saraçoğlu, F.Ö., C: 3, Ankara. Güneş Kitabevi, Lt. Şrt. 1989, 1349-1383.
- 84- Özgen, E. "Çocuk düşürme ve düşürtme suçlarında ülkemizdeki son durum", Nüfus Bilim Dergisi/Türk. J. Popul. Stud., C:6, (1984), 5-25.

- 85- Öztekin, Z. Temel sağlık hizmetleri, Hacettepe Univ. Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No: 86/33, Kısa Dizi No: 1, Ankara, 1986.
- 86- Öztekin, Z. "Nüfus planlaması mı, aile planlaması mı ?" Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl. 10, S.2, (1989), 1-2.
- 87- Öztekin, Z. "Aile planlamasının bebek ölümlerine etkisi", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl. 5, S.3, (1984), 10.
- 88- Özyurda, F. Durmuşoğlu, M. "Park eğitim sağlık ocağı bölgesinde kadınların aile planlaması konusundaki bilgi, tutum ve davranışları", Nüfusbilim Dergisi, c: 11, (1989), 61-75.
- 89- Peker, M. "Türkiye'de gebeliği önleyici teknik kullanımını etkileyen faktörler", Sosyoloji Dergisi, s: 1, (1987), 99-121.
- 90- Pektekin, Ç. "Hastaneye kabulde hastaların anksiyetelerinin değerlendirilmesi", Hemşirelik Bülteni, 1, 2, (1982), 27-32
- 91- Population reports. "Family planning programs", Series J., Number. 14, (March, 1977),
- 92- Population reports. "Pregnancy termination", Series F., Number. 7, (July, 1980),

- 93- Population reports. "Intrauterine devices", Series B., Number. 5, (March, 1988)
- 94- Population reports. "Family planning programs" Series J., Number. 38 (December, 1989)
- 95- Scully, H. J. Psikiatri, Çeviri Editörü: Refet Saygılı Çevirenler: Erhan Bayraktar, Erol Özmen, Ege Univ. Basımevi, İzmir, 1990.
- 96- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1979-81. Yayın No: 498, Ankara.
- 97- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1982-1986. Yayın No: 526, Ankara.
- 98- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Ana sağlığı programı. Ankara, (Ağustos 1986)
- 99- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı. Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü Aile Planlaması. Yayın No: 458, Ankara, 1977, 4-26.
- 100-Sert. S., Doğusan, R. "Ana çocuk sağlığında aile planlamasının önemi", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, s. 3, (1988), 3.
- 101-Songa, R. "İmdat..... Kürtaj serbest bırakılıyor", Türk Kültürü, Yıl, 19, s. 221, Ankara, 1981.
- 102-Sophocles, A.M. and all. "Birth control failure among patients with unwanted pregnancies: 1982-1984", The Journal of Family Practice, 22, 1, (1986), 45-48.

- 103- Sümbüloğlu, K. Sağlık alanına özel istatistiksel yöntemler. TTB Ankara Tabip Odası Yayını, No: 4, Ankara, 1982.
- 104- Sümbüloğlu, K. Sağlık bilimlerinde araştırma teknikleri ve istatistik. Çağ Matbaası, Ankara, 1978.
- 105- Taşkın, L., İnanç, N., Güçsavaş, N., Doğan, N.S. "Kadın sağlığı sorunları ve hemşirenin rolü" Türk Hemşireler Dergisi, 35, 4, (1985), 27-30.
- 106- Taşkın, L. "Ankara il sınırları içinde sağlık örgütü olan ve olmayan iki köyde 15-44 yaş arası evli ve düşük yapmış kadınların düşük konusundaki bilgi tutum ve uygulamaları", (Doktora Tezi. Hacet. Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara, 1972)
- 107- Taşkın, L., İnanç N., Kömürcü, N., Güçsavaş, N., Gençalp, S. "Kürtaja başvuran kadınların duygularının incelenmesi", I. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 13-14 Eylül 1985, Ege Üniv. Hemşirelik Yüksek Okulu, İzmir.
- 108- Tatlıdıl, E. Kentleşme ve gecekondu. Ege Üniv. Edebiyat Fakültesi Yayınları No: 47, İzmir, 1989.
- 109- Tekin, N., Coşkun, A., Özsoy, S. "Aile planlaması hizmetlerinin tarihsel gelişimi, ebe ve hemşirenin değişen sorumlulukları", Hemşirelik Bülteni 3, 12, (1988), 8-11.

- 110- Tezcan, S. Ve Fişek, N.H. Çocuk düşürme: Önemli tıbbi ve sosyal bir sorun. Hacettepe Üniv. Toplum Hekimliği Enstitüsü, No: 12, Ankara, 1980.
- 111- Tezcan, S. ve diğerleri. Türkiye'de çocuk düşürme. Hacettepe Üniv. Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1980.
- 112- Tezcan, S. "Türk kadınının sağlık sorunları", (Nermin Abadan-Unat, Türk Toplumunda Kadın içinde) Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayını, İstanbul, 1978, 73-88.
- 113- Timur, S. Türkiye'de aile yapısı. Hacettepe Üniv. Yayın No: D-15, Ankara, 1972.
- 114- Timur, S. "Türkiye'de aile yapısının belirleyicileri", (Nermin Abadan-Unat, Türk Toplumunda Kadın içinde) Türk Sosyal Bilimler Derneği Yayını, İstanbul, 1978, 117-132.
- 115- Tokgöz, T. "Ülkemizde aşırı doğurganlığın yarattığı sorunlar ve aile planlaması hizmetleri", Sağlık Haberleri, 1, 3, (1986), 47-52.
- 116- Tokgöz, T., Akın, A. "Türkiye'de aile planlaması çalışmaları" (Ayşe Akın, Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı içinde) Ankara Matbaası, 1983, 22-29.

- 117- Torres, A., Forrest, J.D. "Why do women have abortions?"
Family Planning Perspectives, 20, 4, (July /
August-1988) 169-176.
- 118- Tuncer, B. Gelecekte Türkiye nüfusu ve ekonomisi. Tür-
kiye Kalkınma Vakfı Yayını, Ankara, 1977, 38.
- 119- Tuncbilek, E. "Türkiye'de bebek ölümleri, 1978-1988 a-
rasındaki değişimler ve risk faktörleri", Sağ-
lık ve Toplum, s:4, (Temmuz-Ağustos 1990),5-13.
- 120- Turkish Fertility Survey 1978. First Report. Volume 1:
Methodolog and finding, Hacettepe Institute of
population Studies, (1980).
- 121- Turkish Family Health and Planning Foundation. Poyraz
Reklam A.Ş. Pan Matbaası, Report of Activities.
1989-1990.
- 122- Turkish Family Health and Planning Foundation. Poyraz
Reklam A.Ş. Pan Matbaası, Report of Activities.
1991-1992.
- 123- Tümerdem, Y. İstenmeyen çocuk Sorununu çözümlenmede kadı-
nın bilgi ve görüşü. İstanbul Tıp Fakültesi Mec-
muası, 42, 372, İstanbul, 1979.
- 124- Türkiye Aile Planlaması Vakfı. El Broşürü.
- 125- Üner, S. Nüfus bilim sözlüğü. Hacet. Üniv. Yayınları,
Yayın No: D-17, Ankara: Mars Tic. ve San. A.Ş.
Matbaası, 1972, 53-63.

- 126- Üner, S. "Gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye'de işgücüne katılma", Nüfusbilim Dergisi, Yıl: 1, s: 1, (1979), 93-118.
- 127- Üner, S. "Nüfus artışı, göçler ve kentleşme", (Güler Kanra. Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu içinde) S.S.Y.B. Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü/Battelle Enstitüsü, 1983, 50-70.
- 128- World Health. "A planned family is a healthy family", The Magazine of the World Health Organization, June, 1984, 16-17.
- 129- World Health. "Primary health care", The Magazine of the World Health Organization, September, 1983, 6-9, 21-24.
- 130- WHO Global Strategy for Health for All by the Year 2000. "Health for All" Series, No: 3, Geneva, 1981.
- 131- WHO, Intrauterin devices: their role in family planning care. World Health Organization Offset Publication, No: 75, Geneva, 1983.
- 132- Yıldırım. N. "Çubuk Sağlık Ocağı bölgesinde doğurganlık çağındaki evli kadınlarda jinekolojik hastalıklar ve gebeliği önleyici yöntemler", (Uzmanlık Tezi, Hacet. Univ. 1978).

- 133- Yörükoğlu, A. Değişen toplumda aile ve çocuk. 3. Baskı, İstanbul. Özgür Yayın Dağıtım, 1989.
- 134- Yurtcan, E. Türk hukukunda kürtaj ve uygulaması. 1. Baskı, İstanbul. Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1985, 101-126.
- 135- Zabin, L.S., Hirsch ,M.B. "When urban adolescents choose abortion: Effects on education, psychological status and subsequent pregnancy", Family Planning Perspectives, 21, 6, (November-December 1989) 248-255.

EK I.

ANKET FORMU

1- Denek Sıra No:

2- Kaç yaşındasınız ?

- 1) 15-19 2) 20-29 3) 30-39 4) 40-49

3- Eğitim durumunuz nedir ?

- 1) Okuma yazma bilmiyor 2) Okur-yazar
3) İlkokul Mezunu 4) Orta ve dengi okul mezunu
5) Lise ve dengi okul mezunu 6) Yüksek okul mezunu

4- Çalışma durumunuz nedir ?

- 1) Çalışmıyor-Ev kadını 2) Memur 3) İşçi
4) Çiftçi 5) Esnaf-Zanaatkar 6) Serbest meslek 7) Diğer

5- Kaç yıldır evlisiniz ?

- 1) Bir yıldan az 2) 1-3 yıl
3) 4-5 yıl 4) 6-10 yıl 5) 11 yıl ve üzeri

6- Evlendiğinizde siz kaç yaşındaydınız ?

- 1) 15 den küçük 3) 20 -24
2) 15-19 4) 25 ve daha fazla

7- Evlendiğinizde kocanız kaç yaşındaydı ?

- 1) 15 den küçük 3) 20 - 24
2) 15-19 4) 25 ve daha fazla

8- Eşinizin eğitim durumu nedir ? ...

- 1) Okuma-yazma bilmiyor 2) Okur-yazar
3) İlkokul mezunu 4) Orta ve dengi okul mezunu
5) Lise ve dengi okul mezunu 6) Yüksek okul mezunu

9- Eşinizin çalışma durumu nedir ?

- 1) İşsiz 2) Memur 3) İşçi 4) Çiftçi
5) Esnaf-zanaatkâr 6) Serbest meslek 7) Diğer

10- Size göre bir kadın için evlenme yaşı kaçtır ?.....

- 1) 15-19 2) 20-24 3) 25 ve üzeri

11- Halen yaşayan kaç çocuğunuz var ?

- 1) Hiç yok 2) 1 3) 3 4) 3 5) 4 ve üzeri

12- Kaç kez gebe kaldınız ?

13- Ölen çocuğunuz varmı ?

- 1) Evet 2) Hayır (Soru 15'e geç)

14- Kaç çocuğunuz öldü ?

15- Toplam olarak kaç düşük yaptınız ?.....

İsteyerek

Kendiliğinden

16- Size göre sizin koşullarınızda bir ailenin kaç çocuğu olmalıdır ?

17- Son gebeliğinizle bu gebeliğiniz arasında süre ne kadardır ?

- 1) 1 yıldan az 3) 3-4 yıl
2) 1-2 yıl 4) 4 yıldan fazla

18- Son gebe kaldığınızda aile planlaması yöntemi kullanıyordunuz ?

- 1) Evet
2) Hayır (Soru 20'ye geç)

19- Hangi yöntemi kullanıyordunuz ?

20- Niçin kullanılmıyordunuz ?

- 1) Yöntemleri bilmiyor.
- 2) Kocasını istemiyor.
- 3) Sağlığa zararlı buluyor.
- 4) Dine aykırı buluyor.
- 5) Diğer.

21- Kürtaj kararını kim verdi ?

- 1) Eşim
- 2) Kendim
- 3) Beraber

22- Niçin kürtaj olmayı düşündünüz ?

(Kürtaj olmanızı etkileyen nedenler nelerdir ?)

23- Kaç kardeşsiniz ?

- 1) Tek çocuk
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5 ve üzeri

24- Eşiniz kaç kardeş ?

- 1) Tek çocuk
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 5 ve üzeri

25- Nerede oturuyorsunuz ?

- 1) Alt konum
- 2) Orta konum
- 3) Üst konum

26- Ailenizde kaç kişi var ? (Aileden yaşayan fertleri sayı olarak söyleyiniz)

- 1) Geniş aile
- 2) Çekirdek aile

27- Aşağıdaki yöntemlerden siz hangilerini duydunuz ? Kullandınız ?

Ne kadar süre kullandınız ? Neden bıraktınız ?

Ne kadar

Duydunuz mu ? Kullandınız mı ? Süre kullandınız ? Neden bıraktınız ?

1-Evet 2-Hayır 1-Evet 2-Hayır

- Hap	_____	_____	_____	_____
- Spiral	_____	_____	_____	_____
- Kılıf	_____	_____	_____	_____
- Fıtil, Köpük Tablet, vb.	_____	_____	_____	_____
- Yıkama	_____	_____	_____	_____
- Takvim	_____	_____	_____	_____
- Geri Çekme	_____	_____	_____	_____

EK II.

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

	Hayır	Biraz	Olduk- ça	Tama- miyle
1. Şu anda sakinim.	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3. Şu anda sınırlarım gergin.	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

EK III.

SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

	Nadiren	Bazen	Çoğu	Hemen
			<u>zaman</u>	<u>her zaman</u>
21. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum.	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıtırırım.	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissederim.	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim.	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31. Herşeyi ciddiye alır ve etkilerim.	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissederim.	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissederim.	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	()	()	()	()
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

1960 Kırkağaç'ta doğdu. İlk, Orta ve Lise eğitimini Kırkağaç'ta tamamladı. 1977-1981 yıllarında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda öğrenim gördü. 1982-1983 öğretim yılında S.S.Y.B. Malatya Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersleri öğretmeni olarak görev yaptı. Eylül-1983'te Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları bölümüne Araştırma Görevlisi olarak atandı. Aynı yıl hemşirelikte yüksek lisans çalışmalarına başladı, 1985'de tamamlayarak bilim uzmanı oldu. 1985'de Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nun düzenlediği Hemşirelik Esasları dersinin öğretimi kursuna katılarak sertifika aldı. 1985-1987 yılları arasında doktora derslerini alarak, 1987 yılında doktora yeterlilik sınavını başarıyla verdi. Bu tarihten itibaren doktora tez çalışmalarını sürdürmektedir. Bu arada 1985'de İzmir'de I. Ulusal Hemşirelik Kongresi'ne, 1987'de Hemşirelikte Kalite Güvenliği Seminerine, İstanbul'da 1986'da I. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Simpozyumuna, 1988'de II. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Simpozyumuna, 1989'da I. Ana Çocuk Sağlığı Simpozyumuna, 1992'de I. Ege Geriatri Kongresine katıldı. Türk Hemşireler Dergisi ve Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi'nin değişik sayılarında makale, çeviri ve araştırmaları yayınlanan aday İngilizce bilmektedir.