

TC
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

GEBELİK VE GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA
KADIN VE ERKEKLERİN CİNSİYET FARKLILIĞI AÇISINDAN BAKIŞLARI

DOKTORA TEZİ

FEHMI ÖZÇELİK

TEZ DANIŐMANI
Doç.Dr. ÖMÜR ELÇİOĞLU

HAZİRAN 2010

TC
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜŐÜ
TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI

GEBELİK VE GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA
KADIN VE ERKEKLERİN CİNSİYET FARKLILIĞI AÇISINDAN BAKIŞLARI

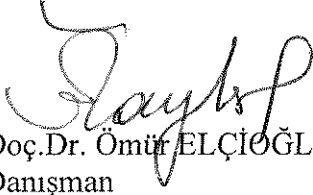
DOKTORA TEZİ

FEHMİ ÖZÇELİK

TEZ DANIŐMANI
Doç.Dr. ÖMÜR ELÇİOĞLU

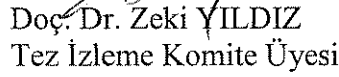
KABUL VE ONAY SAYFASI

Fehmi ÖZÇELİK'in Doktora Tezi olarak hazırladığı "Gebelik ve Gebeliğin Sonlandırılması Kararına Kadın ve Erkek Cinsiyet Farklılığı Açısından Bakışları" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "KABUL" edilmiştir.


Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Danışman

27.05.2010



Prof.Dr. İbrahim ÜNLÜOĞLU
Tez İzleme Komite Üyesi


Doç.Dr. Zeki YILDIZ
Tez İzleme Komite Üyesi

Prof. Dr. Ayşegül DEMİRHAN ERDEMİR
Üye


Doç.Dr. İbrahim ÖZDEN
Üye

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 01.06/2010 tarih ve 832../3846.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof.Dr. Ferruh YÜCEL
Enstitü Müdürü

ÖZET

Gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararı ile ilgili değerlendirmeler daha çok kadınlar ile yapılmış olan çalışmalarda açıklanmaya çalışılmıştır. Erkeklerin bu konudaki yaklaşımlarını ortaya çıkarmak ve cinsiyet farklılığı genelinde incelenmesi gereken konuları ortaya koymak gerekmektedir.

Türkiye’de gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili olarak “erkek görüşleri” tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada Eskişehir ilindeki resmi sağlık kuruluşlarına doğum ve gebeliği sonlandırma girişimi için başvuran çiftlerin görüşleri derlenerek gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararını cinsiyet farklılığı açısından değerlendirmek ve etik tartışmalara yeni bir boyut kazandırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmada 1002 kişiye ulaşılmış, 914 kişi soru kâğıtlarını yanıtlamıştır. Araştırmaya katılım %91,2 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmaya alınan yanıtlar halen otoriter ve ataerkil aile yapısının egemen olduğunu göstermektedir. Gebelik ve gebeliğin sonlandırılmasında kadınlar erkeklerin söz sahibi olduğu görüşündedirler. Kadınlar, kadın sağlığı ve üreme haklarını erkeklerden daha çok önemsemektedir. Eğitim fetüsün bir değer olarak görülmesinde önemli bir öğedir. Eğitim düzeyi arttıkça fetüse yüklenen değer artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelik sonlandırılması, cinsiyet farklılığı, erkekler, kadınlar, çiftler

ABSTRACT

Studies on abortion and pregnancy-related decisions and evaluations have been done generally on women. In order to clarify men's approach on this issues and examining gender differences in these topics is necessary.

Termination of pregnancy in Turkey, as "men's opinions" is not known exactly. In this study, by deriving the views of couples coming to public health institutions in Eskisehir Province for childbirth and pregnancy termination, it has been aimed to asses pregnancy and pregnancy termination decisions in terms of gender differences and give a new dimension on ethical debate of the issue.

This study has reached 1002 people, and 914 people have answered the questionnaire. Participation in research is 91.2%.

It is found in the study that the authoritarian and patriarchal family structure is still dominated. The women see the men as dominant in the decision making of the both pregnancy and termination of pregnancy. The women give more importance to their reproductive rights and health than the men do on behalf of the women. Education level of the participants is an important variable in accepting the fetus as valuable. The more educated the participants the more valuable the fetus is accepted.

Key Words: pregnancy, abortion, gender differences, men, women, spouses

İÇİNDEKİLER

ÖZET	I
ABSTRACT	II
İÇİNDEKİLER	III
TABLolar DİZİNİ	V
SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ	X
GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Gebelik Neden Sona Erdirilir?	4
2.2. Kendiliğinden Düşük	5
2.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması	5
2.4. Gebeliğin Sonlandırılmasıyla İlgili Farklı Görüşler	6
2.4.1. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Karşıtlarının Görüşleri	6
2.4.1.1. Kişilik Kriterlerine Bağlı Görüşler	6
2.4.1.2. Hakların Karşılaştırılması	7
2.4.1.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Karşıtlığıyla İlgili Toplumsal Tutumlar	8
2.4.2. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Yanlılarının Görüşleri	10
2.4.2.1. Kişilik Kriterlerine Bağlı Görüşler	10
2.4.2.2. Hakların Karşılaştırılması	10
2.4.2.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Yanlılarının Toplumsal Tutumları	11
2.5. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Tartışmalarının Felsefi Boyutları	12
2.6. Etik Konularla İlgili Felsefi Görüşler	14
2.7. Dinler ve Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması	20
2.7.1. İslam	20
2.7.2. Hıristiyanlık	21
2.7.3. Musevilik	22
2.7.4. Budizm	22
2.7.5. Hinduizm	23

2.8. Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Kadınlar	23
2.9. Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Erkekler	26
2.10. Toplum Aile ve Çocuk	28
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	30
4. BULGULAR	33
4.1. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran Kadın ve Onların Eşlerine (Çiftlere) Ait Bulgular	33
4.1.1. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran Çiftlere Ait Bulgular	33
4.1.2. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran Tek Kadınlara Ait Bulgular	36
4.1.3. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran ve Soru Kâğıdına Yanıt Vermeyen Kadınların Partnerlerine Ait Bulgular	38
4.2. Hastanelere Doğum İçin Başvuranlara Ait Bulgular	44
4.2.1. Hastanelere Doğum İçin Başvuran Tek Kadınlara Ait Bulgular	47
4.2.2. Hastanelere Doğum İçin Başvuran ve Soru Kâğıdına Yanıt Vermeyen Kadınların Partnerlerine Ait Bulgular	49
4.2.3. Ölçeğe Ait Bulgular	54
5. TARTIŞMA	71
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR DİZİNİ	89
EKLER DİZİNİ	94
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLÖLAR DİZİNİ

TABLO-1. Gebeliği Sonlandırmak İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımları	41
TABLO-2. Gebeliği Sonlandırmak İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Gebeliklerini Öğrenip Gebeliği Sonlandırma Başvurusu Yapmadan Önce İlk Görüştükleri Kişileri Açıklayan Bilgilerin Dağılımları	42
TABLO-3. Gebeliği Sonlandırmak İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Eş Dayanışması ve Bilgilenme Gereksiniminin Dağılımları	43
TABLO-4. Doğum İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımları	51
TABLO-5. Doğum İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Gebeliklerini Öğrenip Gebeliği Sonlandırma Başvurusu Yapmadan Önce İlk Görüştükleri Kişileri Açıklayan Bilgilerin Dağılımları	52
TABLO-6. Doğum İin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Eş Dayanışması ve Bilgilenme Gereksiniminin Dağılımları	53
TABLO-7. Katılımcı Grupları Arasında Öeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları	54
TABLO-8. Katılımcı Grupları Arasında Öeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Din, Ahlak ve Yasalardan Bağımsız Olmamalıdır” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları	55
TABLO-9. Katılımcı Grupları Arasında Öeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları	55

TABLO-10. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları	56
TABLO-11. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları	57
TABLO-12. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları	58
TABLO-13. Yaş Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları	59
TABLO-14. Kadın ve Erkek Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Test Sonuçları	60
TABLO-15. Kadın ve Erkek Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Test Sonuçları	60
TABLO-16. Eğitim Düzeyi Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları	61
TABLO-17. Üniversite Mezunlarının, İlkokul Mezunlarına Göre “Fetüs Bir Değerdir” Faktörünü Daha Olumlu Bulduklarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Kruskal Wallis Testinin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u	62

- TABLO-18. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 63
- TABLO-19. İllerde Yaşayanların Köylerde Yaşayanlara Göre “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörünü Daha Olumlu Bulduklarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Kruskal Wallis Testnin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u 63
- TABLO-20. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 63
- TABLO-21. İllerde Yaşayanların İlçe ve Köylerde Yaşayanlara Göre “Fetüs Bir Değerdir” Faktörünü Daha Olumlu Bulduklarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Kruskal Wallis Testnin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u 64
- TABLO-22. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 65
- TABLO-23. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 65
- TABLO-24. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı 31 ve Üzeri Olanlar ile 24-30 Yaş Gurubunun, 17 Yaşının Altında Çocuk Sahibi Olanlara Göre “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörüne Daha Olumlu Yanıt Verdiğini Gösteren Kruskal Wallis Testnin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u 66
- TABLO-25. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 66

TABLO-26. Toplam Doğum Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 67

TABLO-27. Toplam Doğum Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 68

TABLO-28. Toplam Gebeliği Sonlandırma Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 69

TABLO-29. Toplam Gebeliği Sonlandırma Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları 69

TABLO-30. Yaşayan Çocuk Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları. 70

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

Simge ve Kısaltma	Açıklama
AÇS/AP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
p	Anlamlılık Değeri
SD	Serbestlik Derecesi
St. Sapma	Standart Sapma
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
χ^2	Ki-Kare Değeri
Cronbach α	İç Tutarlılık Katsayısı

GEBELİK VE GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA KADIN VE ERKEKLERİN CİNSİYET FARKLILIĞI AÇISINDAN BAKIŞLARI

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre her yıl yaklaşık 210 milyon kadın hamile kalmaktadır. Bu gebeliklerin yarıya yakını canlı doğumla, yüzde 22'si isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır. Dünyada her yıl yaklaşık 46 milyon kadın da kürtaj olmaktadır. Yirmi milyona yakın kadın sağlıksız kürtajla hayatını riske atarken, içlerinden 80 bini yaşamını yitirmektedir. Bu durumun sebebi bir ölçüde birçok ülke insanının aile planlaması yöntemlerinden hâlâ habersiz olmasıdır. Aile planlaması yöntemleri bilinmemekte, bilinse de uygulanmamaktadır (1).

Sağlıklı olmayan koşullarda, ilkel yöntemlerle veya eğitimsiz kişilerce yapılan kürtajlarda oluşan komplikasyon ve sekeller, sağlıklı koşullarda denetim altında yapılan gebelik sonlandırılmalarına kıyasla çok daha tehlikelidir. Ölümcül de olabilen bu komplikasyonlar gebeliğin sonlandırılmasının yasal olmadığı ve küçük ailenin benimsendiği ülkelerde sık görülmektedir. Her ülkede gebeliğin sonlandırılması ile ilgili kurallar ve koşullar yasalarla belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemlerinin ve gebeliğin sonlandırılmasının yasal olup, devlet denetiminde uygulandığı ülkelerde ciddi ölümcül komplikasyonlar büyük ölçüde önlenmektedir. Gebeliğin sonlandırılması için başvuran kadına verilebilecek etkili bir danışmanlık hizmeti ile aile planlaması yöntemlerinin tanıtımı ve uygulanması kadının yeniden gebelik sonlandırma olasılığını azaltacaktır. Gebeliğin sonlandırılması, asla bir aile planlaması yöntemi olarak kabul edilmemeli ve aile planlaması yöntemlerinin yerine geçmemelidir. Hastane koşullarında hekim tarafından da yapılırsa gebeliğin sonlandırılması cerrahi bir girişimdir ve tamamen risksiz değildir. Kontraseptif yöntem kullanımı ülke düzeyinde yaygınlaştıkça gebeliğin sonlandırılması için gereksinim ve başvuru da giderek azalacaktır (2).

Kürtajla ilgili araştırmaların çoğu kadınlar üzerinde yoğunlaşmış olup kadınlara ilişkin çalışmalar son 30 yıl içerisinde önemli derecede artmıştır. Kadınların kürtajla

ilgili olarak, ilk reaksiyonların rahatlama şeklinde olmakta, ancak zamanla, bu rahatlamanın yerini, anksiyete ve depresyon gibi negatif reaksiyonlar almaktadır (58).

Klinik deneyimlerine dayanarak, Speckhard ve Rue kürtaj sonrası semptomların, travma sonrası stres bozukluğunun bir türü olarak anlaşılabileceğini savunmaktadırlar. Kürtajın kadınlar üzerindeki psikolojik etkisiyle ilgili olarak sürekli artan araştırmalar yapılmasına karşılık, erkekler üzerindeki bu etkileri inceleyen çok az araştırma bulunmaktadır. Bu durum sosyal, politik ve yasal nedenlerle açıklanabilir. Dünya'da bazı topluluklar hala kürtajı sadece kadınlara ilgili bir konu olarak görmeye devam etmektedir (60, 61).

Cinsiyetler arası eşitliğin temelini, toplumda mevcut olan fırsatlardan kadınlarla erkeklerin eşit yararlanma gereksinimleri oluşturmaktadır. Karar alma mekanizmalarına aileyi oluşturan bireylerin ortak katılımı kararların etkililiği ve ailenin esenliği açısından son derece önemlidir. Farklılık ve çeşitlilik üzerinde daha fazla durulan, içinde bulunduğumuz yüzyılda bile, karar alma mekanizmalarında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlandığını iddia etmek oldukça zordur. Aile içinde her bireyin karar alma mekanizmalardaki varlığı hayati bir ihtiyaçtır.

Türk toplumunda kadınların karar mekanizmalarında eksik temsili, bir insan hakkı olan "yönetime katılma" konusunda da, cinsiyetler arası eşitsizlik sorununu gündeme getirmektedir. Bununla birlikte kadınların karar alma süreçlerine eşit katılımı sadece adalet ve demokrasi talebi olmakla kalmayıp aynı zamanda kadının statüsünün geliştirilmesinin de gerekli bir koşuludur.

Yetki ve karar alma süreçlerinde kadın erkek eşitliğini sağlamaya yönelik atılacak adımlar aynı zamanda kadınların sorunları ve ihtiyaçlarıyla ilgili daha etkili çözüm önerilerinin geliştirilmesinin nn açacaktır (14).

Hem medya hem de politikacıların genel eğilimi kürtaj konusunun sonuçları itibariyle sadece kadını etkilediği yönündedir. Bunların sonucu olarak da, kürtaj konusunda en azından taraflardan biri olan erkekler konusunda yeterince çalışma

yapılmadığı düşünölmektedir. Şayet, kürtajla ilgili yasalar erkeklerin haklarını da dikkate alarak düzenlenirse, anne ve babaların yasal hak taleplerine karar verirken ciddi sorunların ortaya çıkabileceği kaygıları erkekleri biraz konunun dışında tutan bir diğör neden olarak görölebilir. Gerek gebeliğin oluşumunda, gerekse sonlandırılmasında erkekler de taraftır ve kürtajdan da bir şekilde etkilenmektedirler. Kürtajın erkekler üzerindeki etkisi ile ilgili olarak ampirik raporlar mevcuttur. Bu raporlardaki ortak bulgularda rahatlama, keder, üzüntü gibi duygusal reaksiyonların erkeklerde de mevcut olduğu, bu bağlamda hem erkeklerin eşlerini destekleme, hem de kendilerinin rehabilitasyonu için kürtaj sonrası danışma ve psikolojik yardım programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu programların ve kapsamlarının neler olacağı konusunda erkek görüşlerine ihtiyaç olduğu düşünölmektedir. (49).

AMAÇ

Türkiye’de gebeliğin sonlandırılmasıyla ilgili olarak “erkek görüşleri” tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, ilimizdeki resmi sağlık kuruluşlarına doğum ve gebeliği sonlandırma girişimi için başvuran çiftlerin görüşleri derlenerek gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararını cinsiyet farklılığı açısından değerlendirmek ve etik tartışmalara yeni bir boyut kazandırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Neden Sona Erdirilir?

Gebeliğin sonlandırılmasına yol açan nedenler genel olarak aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

Kontraseptif yöntemlerde başarısızlık: Hiç bir kontraseptif yöntem % 100 etkili değildir. Yöntem kullananlardaki istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, aile planlaması hizmetlerini desteklemek amacı ile uygulanır (2).

Kontraseptif yöntemlere ulaşmada zorluk: Bütün dünyada istenmeyen gebeliklerin en önemli etkenidir. İstenmeyen gebelik riskinde olan üç kadından ikisi etkili bir kontraseptif yöntemden yararlanamamaktadır.

Kontraseptif yöntem kullanımında sürekliliğin sağlanamaması: Kullanılan yöntemin sağlanmasındaki zorluğun yanı sıra, kişisel bilgi eksikliği veya deneyimsizlik nedeniyle yöntemi bırakanların ya da ara verenlerin sayısı oldukça yüksektir (23).

Fetal anomalilerin erken tanısı: Gelişen teknoloji nedeni ile fetal defektlere gebeliğin erken dönemlerinde tanı konabilmektedir.

Kişisel değişiklikler: Terk edilme, dul kalma, boşanma, ekonomik güçlük, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının bozulması, gebeliğin tecavüz ya da yakın akrabayla cinsel ilişkinin sonucu olması, annenin evlenmemiş olması, eğer çocuk doğarsa çocuğun gayri meşru olmasından dolayı anne ve yakınlarının duyacağı utanç gibi nedenler.

Toplumsal değişiklikler: Kadınların çalışma hayatına giderek daha aktif katılımı, toplumda küçük aile yapısının benimsenmesi.

2.2. Kendiliğinden Düşük

Kendiliğinden gerçekleşen düşüklere bütün düşüklerin yaklaşık % 10-15'ini oluşturmaktadır.

Kendiliğinden düşüklere yol açan nedenler genel olarak şöyle sıralanabilir.

1. Gebelik ürününe ait bozukluklar,
2. Anneye ait hastalıklar,
3. Babaya ait bozukluklar olarak ayrı başlıklar altında listelenebilir (15).

2.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması

İsteyerek gebelik sonlandırmanın nedenlerinden biri gebeliğin istenmemesidir. Doğumun istenmemesinin nedeni, kadının sağlığını bozacak muhtemel risklerin varlığından kaynaklanabileceği gibi, doğacak çocuğun muhtemel ciddi fiziksel ve mental problemlerinden de kaynaklanabilmektedir (46).

İsteyerek gebeliği sonlandırmayla ilgili olarak, yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Bu tartışmalarda görüş ayrılıkları farklı kutuplar oluşturacak ölçüde etik ve felsefi boyutlar taşımaktadır.

Eski yöntemlerle kıyaslandığında, modern tıp teknikleri isteyerek gebeliğin sonlandırılmasını daha kolay ve daha az riskli hale getirmiştir. Bu durum tartışmalara ivme kazandırmıştır (29).

2.4. Gebeliğin Sonlandırılmasıyla İlgili Farklı Görüşler

2.4.1. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Karşıtlarının Görüşleri

2.4.1.1. Kişilik Kriterlerine Bağlı Görüşler

Gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusundaki bir makalesinde Mary Anne WARREN, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili karşıt görüşlerin aşağıdaki görüşlere bağlı olduğunu ifade etmektedir.

*Masum insanı öldürmek yanlıştır.

* Fetüs masum bir insandır.

* Öyleyse fetüsü öldürmek de yanlıştır (63).

Ayrıca kişilik kavramının belirlenmesi amacıyla, belli kriterler koyma çabalarına da rastlanmaktadır.

1. Mantıksallık

2. Kendiliğinden hareket

3. İletişim kurma kapasitesi

4. Farkındalık

5. Bilinç sahibi olmak gibi özelliklere sahip olmak, kişi olmanın gerek şartı olarak görülmektedir (45).

Fetüs'ün (ağrıyı algılayabildiği zaman) en azından bu özelliklerden “bilinç” özelliğine sahip olduğu tartışılmaktadır. Ancak hangi özelliklerin yaşam hakkı ile ilişkili olduğu konusunda henüz ortak bir kanı oluşmamıştır.

Fetüs, yeni doğan ve malformasyonlu bebeklerin hakları konusunda yaşam hakkı ve yaşam kalitesi ile ilgili ikilemler yaşanmaktadır. Fetüsün birey sayılıp sayılmayacağı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Birey akıl, bilinç sahibi olan ve bunu ifade eden canlı olarak tanımlanmaktadır. Fetüs bir birey olmasa da bir canlıdır ve yaşamak her canlının temel hakkıdır. Öyle ise hiçbir canlıyı öldürme hakkımız yoktur. Fetüs canlı ve yaşama hakkını korumamız gerekir (76).

2.4.1.2. Hakların Karşılaştırılması

1971’de “Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının savunması” adlı makalesinde, Judith Jarvis Thomson, kişiliğin çocuğun ana rahmine düşmesiyle başladığını söylemiş ve kadının fetüsle ilişkisinde kendi isteklerinin önemli olmadığını ifade etmiştir. Sonuç olarak, J.J.Thomson annenin kararının yaşam hakkından önde gelemeyeceğini savunarak, kadının bedenindeki işgalcinin kadının rızasını almadan kadının rahminde bulunduğunu ve kadının bu işgalcinin ortaya koyduğu ızdırapları sonlandırma hakkının olmadığını ifade etmiştir (41).

Burada gebelik öngörülebilir veya uzlaşma ile ilgili bir sonuç değildir. Kadını yanlışa sürükleyen etken sadece fetüs değildir. Yaşamı savunanlar tarafından ortaya konan yaygın bir başka görüş ise yaşamın kutsallığının tüm insanlar için geçerli olduğudur. Yaşamı savunanlara göre, fetüsün yaşama hakkı kadının seçme hakkından daha önce gelir ve gebeliğin isteyerek sonlandırılması da cinayetle eş anlamda tutulmalıdır. Yaşam hakkı ihlal edilebilir bir hak olmayıp, tüm haklardan önce gelmektedir (41).

Kişilik kavramı evrensel olarak tanımlanamadığı için, fetüs’ün ne zaman kişi olduğu konusu hala belirlenmiş bir konu değildir ve tartışmalar sürmektedir. Kişiliğin başlama noktası dinlere, mezheplere ve din bilginlerine göre de farklılıklar göstermektedir (31, 74).

Yaşamın kutsallığı, insanın değeri gibi kavramlarla tartışılmakta olan gebeliğin sonlandırılması, kadına istemediği gebeliği sonlandırma hakkını kullanmasına yardımcı

olduğu gibi yaşamını tehlikeye atmasına da neden olabilmektedir. Tıbbi, psikolojik, sosyal ya da ekonomik gibi çeşitli nedenlerle verilen gebeliği sonlandırma kararı:

- Ülkelerin gebeliği sonlandırmaya ait yasal sınırları ve sınırlandırmaları göz önünde tutularak,
- Annenin yaşamını tehdit edebilecek olası sorunları önleyebilecek bir ortamda,
- Yeterli bilgi ve beceriye sahip hekim tarafından,
- Çiftin aydınlatılmış onamı alındıktan ve gönüllülüklerinden emin olunduktan sonra yerine getirilmelidir.

Eşlerden birinin gebeliğin sonlandırılmasını istemediği durumda; eşlere tıbbi ve psikolojik danışmanlık verilerek kararın gözden geçirilmesi sağlanmalı, anlaşmazlığın sürmesi halinde kadının seçimi yönünde davranılmalıdır (21).

Kişilik haklarıyla ilişkilendirildiğinde ve fetüsün kişi olmadığı düşünöldüğünde, kadının “istediğini tercih etme hakkı” savunulabilir, ancak bu koşullarda bile gebeliğin isteyerek sonlandırılması yöntemleri fetüs’e acı verir nitelikte olmamalıdır. Ayrıca, bütün bu koşullar karşılanırsa bile, bu konuda yalnızca kadının istekleri mi önemlidir? Fetüsün babasının, ya da diğer üçüncü kişilerin istekleri de dikkate alınmalı mıdır?

2.4.1.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Karşıthđı İle İlgili Toplumsal Tutumlar

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili toplumsal tutumlar tarihsel dönemler ve kültürlere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Bu tutumlarla ilgili bilgiler günümüzde anketler ve kamuoyu yoklamalarıyla elde edilmektedir.

2003 yılında insan bilimleriyle ilgili bir araştırma komisyonu, Güney Afrikalıların tutumlarını belirlemek için bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmaya göre katılımcıların % 56’sı fetüsün kusurlu olması olasılığının çok güçlü olması halinde bile

gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yanlış olduğuna inandıklarını ifade etmiştir. Katılımcıların % 70'i ise ailenin gelir düzeyi düşük olsa ve bir diğer çocuğa bakma olasılığının olmaması halinde bile gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yanlış olduğunu belirtmiştir (37).

İrlanda'da 2005 yılının Eylül ayında yapılan bir kamuoyu yoklamasında, katılımcıların %36'sı gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasal olması gerektiğini söylerken, % 47'si buna karşı çıkmıştır (37).

Meksika'da aynı yılının Kasım ayında yapılan bir araştırmada, katılımcıların % 73,4'ü gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasallaşmaması gerektiğini söylerken, % 11,2'si gebeliğin isteyerek sonlandırılması yasal olmalıdır şeklinde görüş belirtmişlerdir (37).

Panama'da 2005 yılının Mayıs ayında yapılan bir kamuoyu yoklamasında, katılımcıların %89,4'ü gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına hayır derken, %8,3'ü evet demiştir(30).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2007 yılının Şubat ayında yapılan bir kamuoyu yoklamasında "Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili kişisel hisleriniz nedir?" şeklinde bir soru sorulmuş ve katılımcıların %30'u "gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının sadece, "Tecavüz, ensest ilişkiden doğan gebeliklerde ya da kadının hayatını kurtarmak" için yapılması gerektiği şeklinde görüş belirtirken, %31'i "gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına her durumda izin verilmeli", %16'sı "izin verilmeli ancak belli kısıtlamalar olmalıdır" demiştir. %12'si "gebeliğin isteyerek sonlandırılması sadece kadının hayatı tehlikede olduğunda serbest olmalı" derken, %5'i "gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına asla izin verilmemelidir" şeklinde görüş belirtmiştir (37).

2.4.2. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Yanlılarının Görüşleri

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasal olması ile ilgili iddiaların temelinde ise;

1. Kadının kendi vücudu üzerinde hakları olduğu ve bu hakların bizzat kendisi tarafından kontrol edilmesi gerektiği,
2. Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının bu hakkın doğrudan uygulaması olduğu,
3. Kanunların bu hakkı kadınların elinden alamayacağı yönündedir.

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasallığını savunan gruplar, genel olarak gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasının, kadın hayatına potansiyel bir tehdit oluşturduğunu ya da kadının sosyal hayatta hak ettiği yeri alması için üreme haklarına sahip olması gerektiği görüşünü savunmaktadırlar (32).

Dolayısı ile “Kadının kendi bedeni üzerindeki hakları fetüs’ün yaşam hakkından daha önceliklidir” görüşü gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlılarının desteklediği bir diğer görüş olmaktadır.

2.4.2.1. Kişilik Kriterlerine Bağlı Görüşler

Genel olarak gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlıları kişilik kavramının biyolojik özelliklerle sınırlandırılmaması gerektiğini ve yüksek düzeyde zekâ gibi farklı kavramların da kişilik özelliklerini belirlemede kriter olması gerektiğini savunmaktadırlar (31, 76).

2.4.2.2. Hakların Karşılaştırılması

Gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlıları, kadının kendi bedenini kontrol etme hakkına sahip olduğunu ve hiçbir ahlaki zorunluluğun kadının seçim hakkını ve kendi kendine karar verme hakkını elinden alamayacağını savunmaktadırlar.

Gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlılarına göre genel olarak kişilik kavramı evrensel olarak tanımlanamadığı için, fetüs'ün ne zaman kişi olduğu konusunda da hala belirlenmiş bir tanım bulunmamaktadır. Ancak, Peter Singer gibi bazı gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlıları da, bir şeyin kendinden ve sürekli farkındalığı varsa kişi olarak kabul edilebileceğini savunmaktadır. Singer'a göre fetüs kişilik tanımına uymadığından, gebeliğin isteyerek sonlandırılması ahlaki olarak kabul edilebilir (69, 41).

2.4.2.3. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Yanlılarının Toplumsal Tutumları

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili toplumsal tutumlar tarihsel dönemler ve kültürlere, bölgelere göre de farklılıklar gösterebilmektedir. Son yıllarda yapılan kamuoyu yoklamalarının bazılarında gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına taraftar olanların açıklamaları aşağıda sıralanmıştır (34).

Kanada'da 2001 yılının Aralık ayında gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili bir kamuoyu yoklamasında, "Gebeliğin isteyerek sonlandırılması her durumda yasal olmalı mıdır?", "Belli durumlarda mı yasal olmalıdır?", "Hiçbir şekilde yasal olmamalı mıdır?" sorularına, katılımcıların %32'si gebeliğin isteyerek sonlandırılması her durumda yasal olmalıdır, %52'si belli durumlarda yasal olmalıdır, %14'ü hiçbir durumda yasal olmamalıdır şeklinde yanıtlar vermiştir (37).

İngiltere'de 2005 yılının Ağustos ayında yapılan bir araştırmada katılımcıların %30'u 20'nci haftaya kadar gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili yasal sınırların azaltılmasını istemiş, % 25'i hali hazırdaki 24 haftalık kısıtlamayı desteklemiş, %19'u 12 haftalık sınırlamayı desteklemiş, %9'u gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının 12 haftadan daha önce yapılmasını istemiş ve % 6'sı gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının hiç yapılmaması yönünde görüş bildirmiştir. %2'lik bir kesim ise gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının gebelik boyunca yapılabileceğini söylemiştir (37).

Nikaragua’da 2006 yılının Ağustos ve Eylül aylarında yapılan bir araştırmada kadının hayatının kurtarılması için gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasallığı konusunda bir kamuoyu yoklaması yapılmış ve katılımcıların, %20’sinin kesinlikle gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasal olması gerektiğini söylerken, %49’u, yasal olması gerektiğini düşünüyorum şeklinde yanıt vermiştir. %18’i kesinlikle yasal olmamalıdır derken, %10’u yasal olmaması gerektiğini düşünüyorum şeklinde yanıt vermiştir (37).

Avusturya’da 2007 yılının Mayıs ayında yapılan bir araştırma, “Kişisel olarak gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının ahlaki bir olgu olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuyla gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının Avusturya toplumuna göre ahlaki olup olmadığını sorgulamış ve katılımcıların % 20’si her koşulda “evet”, % 59’u belli koşullarda evet derken, %19’u hiçbir şekilde “hayır” yanıtını vermiştir. Katılımcıların %2’si ise “emin değilim” yanıtını vermiştir (37).

Çek Cumhuriyeti’nde, katılımcıların %72’si bu ülkede gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına “kadının isteği dikkate alınarak” izin verilmesi, %19’u toplumsal nedenleri dikkate almak şartıyla izin verilmesi, %5’i kadının sağlığı risk altındaysa izin verilmesi gerektiğini ifade ederken, %1’i gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının tamamen yasaklanması gerektiğini söylemiştir (37).

2.5. Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması Tartışmalarının Felsefi Boyutları

Bazı otoriteler yumurtanın döllenme anını insan yaşamının başlangıcı olarak kabul etmektedir. Bu görüşe göre, döllenmiş yumurta insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. Daha da ileri giderek sperm ve yumurtanın da bir canlı olduğu, ancak döllenmedikçe böyle bir potansiyele sahip olmadığı ileri sürülmektedir (32). Bir başka görüşe göre, döllenmiş yumurta kadın bedeninin bir parçasıdır ve gelişmek için o bedene gereksinimi vardır (55).

Harris’in (1998) “Yaşamın Değeri” adlı kitabında belirttiğine göre; fetüse karşı davranışımızın fetüsün insanlık derecesine bağlı olmaktan çok, başkalarının, daha

doğrusu en yakını olan ana-babasının onun hakkındaki duygularına bağlı olduğunu ileri sürer. Buna göre fetüsün değerini annenin duyguları belirler. Bazı durumlarda fetüsle ilgili alınan kararlarda babanın kararının etkin olduğu görülmektedir. Bazı yazarlar “Babanın kendi bedeninde gerçekleşmeyen bir süreçte bu denli belirleyici olmasının etik açıdan kabul edilemez bir durum” olduğunu ileri sürülmektedirler (32).

ABD’de “Yüksek Mahkeme” 1973’te fetüsün anneden ayrılıncaya dek bir birey olamayacağına karar vermiştir. Ancak fetüs anne vücudundan ayrılıncaya ve bağımsız yaşamaya başlayıncaya kadar bir birey sayılmasa da bir takım haklara sahiptir. Fetüs bir birey olmasa da bir canlıdır ve yaşamak her canlının temel hakkıdır (76).

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili tartışmaların merkezini deontoloji ve haklar konuları oluşturmaktadır buna bağlı olarak, gebeliğin isteyerek sonlandırılması karşıtlarının görüşleri aşağıdaki görüşler (iddia) çerçevesinde şekillenmektedir (66).

1. İnsan hayatının ve ahlaki hakların döllemeyle başlaması,
2. İsteğe dayalı gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının kasıtlı olduğu ve fetüs haklarının ihlal edildiği,
3. Kanunların yaşam hakkının ihlalini önlemesi gerektiğini savunarak şekillenebileceği.

Özellikle medyada ve popüler yazında gebeliğin isteyerek sonlandırılması karşıtları fetüse ait hakları savunmaktadırlar. Politik ve etik bakış açılarıyla fetüsün insan olduğu ve sonuç olarak yaşam hakkına sahip olduğu düşüncesi gebeliğin isteyerek sonlandırılması karşıtlarının düşüncelerine temel oluşturmaktadır (44).

Fetüsün yaşaması gerektiğini savunanlar genel olarak insan yaşamının gebelikle ya da implantasyonla başladığına ve bu yaşam süresinin doğal ölümle sonlanması gerektiğine inanmaktadırlar. Çeşitli dini inançlarca da desteklenen bu anlayışa göre, fetüsün ölümüne yol açacak her eylem insanın ölümüne de yol açtığından etik ve ahlaki anlayışa ters düşmektedir (32).

2.6. Etik Konularla İlgili Felsefi Görüşler

Gebeliğin sonlandırılması, avcı toplayıcı topluluklardan, kırsal kesimde yaşayanlara, geliştirmekte olan ülkelerden günümüzün modern olarak tanımlanan toplumlarına kadar hemen her toplumda tarihin her döneminde görülen bir durumdur (28).

DSÖ'nün tanımlamasına göre düşük sınırı 22. gebelik haftasıdır. Bu gebelik haftasından sonra gebeliğin sonlandırılması "doğum" tanımına girmektedir (12, 74).

Yaşamın başlangıcı ve sonu hukuk, etik ve inanç sistemlerinin konusudur. Dini, hukuki ve etik açıdan yaşamın başlangıcı, fertilizasyon ve implantasyonla başlar. Hukuk da zigotu canlı olarak kabul etmekle beraber potansiyel birey olarak görür. Oysa; Medeni Kanun'un 28. maddesine göre "Çocuk, ana rahmine düştüğü andan itibaren medeni haklardan istifade eder", denmektedir. Fetüsün hakları implantasyon ile başlamakta ancak kişi olabilmesi için canlı ve tam doğum şartı aranmaktadır (76).

Bilim, teknoloji, tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, yaşam ve ölüm üzerindeki kontrolün artmasını, sakatlık ve deformitelerin belirlenmesini ve tedavisinin yeniden değerlendirilmesini olanaklı kılmıştır. Fetüste belirlenen patolojiler doğrultusunda gebeliğin sonlandırılması ya da sürdürülmesi konusundaki tartışmalar, yetişkin bir birey olarak kabul edilip edilmeyeceği yönündeki tartışmalara temellenmiştir. Fetüs bir birey midir? İnsan yaşamı ne zaman başlar? Fetüs ne zaman bir insan ya da birey olarak kabul edilebilir? İnsan olmanın ölçütleri nelerdir? Bu soruların yanıtlanabilmesi, fetüsle ilgili ahlaki ikilemlerin belirlenmesini sağlayacaktır (76).

Fetüsü gelecekte insan olarak tanımlayanlar gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına kesinlikle karşı çıkar. Bu görüşe göre; fetüs masum bir insandır. Gebeliğin isteyerek sonlandırılması ile insanın öldürülmesi ise cinayettir ve hiçbir zaman kabul edilemez. Hammurabi Kanunları'na göre Mezopotamya'da gebelik sonlandırma para cezası ile cezalandırılırken; Orta Asur Kanunları'nda ise ölüm cezası verildiği bilinmektedir. Yine

Eski Yunan'da da Hipokrat Andı'ndaki "...kadınlara çocuk düşürtmek için vasıtalar temin etmeyeceğim ..." sözlerinden Hipokrat okulunun gebelik sonlandırmaya karşı olduğu düşünülebilir. Dev'in'e göre fetüs fertilizasyondan itibaren doğmuş olan bir insanla aynı statüdedir ve insan türünün bir örneğidir, zaman içinde düşünecek, konuşacak, sevecek ve adalet duygusuna sahip olacaktır. Gebeliğin sonlandırılmasına karşı olanlara göre; gebelik tecavüz, ensest ilişki vb sonucunda oluşsa bile gebelik sonlandırılmaz (31,28).

Çağdaş felsefi yazında, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının ahlakiliği ile ilgili iki tür görüş bulunmaktadır. Bu görüşlerden bir tanesi fetüsün statüsü (Fetüsün yaşama hakkına sahip olup olmadığı) ve ahlaki bağlamda kişi kavramının ne olduğu ile ilişkilidir. Bu sorulara olumlu cevap verenler genellikle yaşam yanlısı görüşü desteklemektedir (16).

Diğer bir görüş, kadın bedenine ilişkin haklarla ilgilidir. Gebeliğin isteyerek sonlandırılması karşılarına göre kadının kendi bedeni üzerindeki hakları fetüs'ün yaşam hakkının önüne geçemez (68) .

Doğal Yasa Teorisi'ne göre üreme doğal insan durumuna has bir unsurdur. Gebe kalmak ve doğum yapmak doğal insan hayatının bir parçası olduğundan, gebeliğin isteyerek sonlandırılması, doğal sürece müdahale gibi algılanmaktadır ve yanlıştır.

İnsan, biyolojik, fizyolojik, psikolojik v.b. özellikleri bünyesinde taşıyan ve bir sosyal çevrede diğer insanlarla etkileşim içinde bulunan bir varlıktır. Biyolojik bir birim olarak insan, diğer canlılarda olduğu gibi yaşayabilmek için çevresine uyma zorunluluğu içinde bulunmakta, hayatını devam ettirebilmek için bir yandan üzerinde yaşadığı fiziki çevre şartlarına uyma öte yandan ise içinde yaşadığı biyolojik çevreden yararlanabilme çabasını göstermektedir. İnsan bu çabayı, birlikte yaşadığı diğer bireylerle ilişkiler kurduğu ve devam ettirdiği sosyal hayat alanı üzerinde gerçekleştirmektedir (11)

Sosyal hayat alanı, sosyal yapıda cereyan eden sosyal olayların, insanlar arası ilişkilerin ve hareketlerin alanıdır. Sosyal hayat alanı içinde insanlar daimi olarak sosyal ilişkiler halinde bulunmaktadır. Buna göre, biyolojik bir varlık olarak doğan fert, sosyal hayat alanında ilişkiler ağı içinde yer alan, sosyal yapının ham maddesi olarak kabul edilmektedir. Bu sosyal yapı içinde fert, doğduğu andan itibaren sosyalizasyon sürecine maruz kalmaktadır. Sosyalizasyon süreci, ferdin içinde bulunduğu grubun veya toplumun davranış normlarını, değerlerini, örflerini, adetlerini öğrenerek toplumun fonksiyonel bir üyesi haline alması gibi önemli bir işleve sahiptir. Böylece bir biyolojik varlık olarak doğan fert, sosyalizasyon süreci içinde çeşitli sosyal gruplara katılarak farklı roller ve statüler kazanmakta ve toplumsal ilişkiler ağı içerisinde bir sosyal varlık haline gelmektedir. Ancak, biyolojik bir varlıktan sosyal bir varlık haline geçen insanın, nesiller boyunca kalıtım yolu ile taşıdığı biyolojik özellikleri göz ardı edilmemelidir (11).

Fetüs de bir canlı olduğuna göre yaşamın kutsallığı ilkesi açısından fetüsün yaşamının korunması gerekir. Ancak doğuma kadar kadının bedeninin bir parçası olarak gelişimini sürdüren fetüsün geleceğine ilişkin kararlar da gebe kadına ait olmalıdır. Çünkü embriyo ve fetüsün yaşama hakkı kadar kadının da kendi bedeninde olanlara ve olacıklara karar verme hakkı vardır (55).

Kadının bedeni üzerindeki hakkı dikkate alınarak gebeliğin sonlandırılması kararı sadece anneye ait olabilir mi?”, “Sakat ya da hastalıklı doğacak bebeği aile istemediği zaman ne yapılmalıdır?”, “Annenin sağlığı için bebeğin yaşamı sonlandırılabilir mi?” gibi sorular günümüzde tartışmaya devam edilen alanlardır. Dünya Hekimler Birliği, Birleşmiş Milletler vb kuruluşlar fetüs de dahil olmak üzere tüm insanların yaşam haklarını savunan bildireler yayımlamışlardır (29).

Gebeliğin sonlandırılmasına taraftar olanlar ise "sosyal nedenler" veya "psikolojik unsurlar" da dahil "kadının sağlığının korunmasına" öncelik verirler. Bu görüşe göre fetüs bir insan/kişi değildir. Dolayısıyla gebeliğin isteyerek sonlandırılması; apendektomi gibi organik bir maddenin bedenden ayrılmasıyla eşdeğerdir. Fetüs kadın bedeninin bir dokusu, parçasıdır. Bu nedenle üreme kararında

olduğu gibi fetüs hakkında verilecek karar da kadına aittir. Bazı feminist yaklaşımlara göre; gebeliğin sonlandırılması kararında fetüsün durumunun değil, kadının fetüse karşı olan duyguları, partneri ile olan ilişkileri ve diğer çocuklarının içinde bulunduğu koşullar çerçevesinde gebeliği sonlandırma hakkının olduğunu savunulur. Tecavüz, ensest ilişki sonucu oluşan gebeliklerin ya da istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasının anne ve çocuk sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri azaltacağı düşünülür (28).

Bazı görüşler ise, gebeliğin sonlandırılmasına karşı olmakla birlikte anne sağlığının tehlikede olduğu durumlarda gebeliğin sonlandırılmasını kabul ederler. Bu görüşe göre fetüs, bir kişi olmamakla birlikte bu potansiyeli taşır, herhangi bir organik madde ile eşdeğer tutulamaz ve gebelik sonlandırma etik sorunlara neden olabilir. Gebeliğin sonlandırılmasının tecavüz, ensest ilişki gibi savunulabilir nedenleri olmalıdır ve olabildiğince erken dönemde gerçekleştirilmelidir. Günümüzde de yasa ile etik birlikte düşünülerek, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanması ile bu uygulamaların yasa dışı olarak uygunsuz koşullarda devam edebileceği ve kadın sağlığını tehlikeye atabileceğinden gebeliğin isteyerek sonlandırılması yasal olmalıdır.

Gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken özellikle etik ilkelere olan özerkliğe saygı ve yararlı olma ve zarar vermeme ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Mevcut kanun ve yönetmeliklere göre istek halinde ve gerekli şartların varlığında 10 haftaya kadar gebelik tahliyesi mümkündür. Yaşamla bağdaşmayan anomaliler ile karşılaşıldığında ya da gebelik annenin hayatını tehdit ettiğinde/ edeceğinde 10-22 gebelik haftaları arasında gebelik sonlandırılmasının yapılması medikal, legal ve etik yönlerden uygundur. Ancak gebeliğin 22. haftasından sonra yapılacak tahliye girişimleri ciddi hukuk ve etik problemlere yol açabilmektedir. Gebeliğin isteyerek sonlandırılması uygulaması sırasında dikkat çeken en önemli etik unsur hastadan onam /rıza alınmasıdır (76).

Gebeliğin sonlandırılmasında yaşanılan çevre ve kültür de önemlidir. Anne ve fetüs sağlığı açısından bir risk söz konusu değilken sadece doğacak çocuğun cinsiyeti nedeni ile gebeliğin sonlandırılması talebinde bulunulması bazı kültürlerde karşılaşılan

etik sorunlardan biridir. Sağlıklı bir fetüsün sadece cinsiyeti nedeni ile yaşamının sonlandırılması etik açıdan kabul edilemez (28).

Gebelik sonlandırma; üzerinde değişik görüş ve inançların sergilendiği, geniş etik tartışmaların yaşandığı oldukça karmaşık bir konudur. Özerkliğe saygı; gebe kadının hekim tarafından tüm tıbbi olasılıklar hakkında bilgilendirildikten sonra kendi bedenini tıbbi açıdan ilgilendiren bir konuda karar verme hakkına odaklıdır. Fetüsün lehine kadının davranışını veya kararını etkilemek kadının özerkliğini de ihlal edeceğinden özerklik ilkesi açısından sorun oluşturur (74).

Yararlı olma ilkesi ise gebelik sürecinin her aşamasında söz konusu olan bir ilkedir. Bu ilke, gebe kadını gebeliği süresince her türlü zarardan koruma yükümlülüğünü vurgular. Hekimin hem gebe kadına hem de fetüse karşı yararlı olma yükümlülüğü vardır

Eğer doğmamış olanlar "insan" veya "birey" ise "adalet ve zarar vermeme" ilkeleri gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının her türünü yasaklar. Doğmamış bir çocuğu öldürme istemi ve onun gelişimini engelleme de "zarar verme" girişimi olarak kabul edilir. Burada her canlının yaşama hakkı olduğu vurgulanmaktadır. Buna rağmen karşıt görüşte olanlar ise "gebeliğin isteyerek sonlandırılması kişisel bir özgürlük durumudur ve yasal olarak kabul edilmesi gerekir; gebeliğin isteyerek sonlandırılması yapılabilir ve bu olay tamamen kişisel bir tercihtir", demektedirler (74).

Yüzyıllar boyu değişik toplumlarda ve farklı dinler tarafından suç sayılan gebeliğin isteyerek sonlandırılması, aydınlanma felsefesiyle birlikte insan merkezli düşüncenin benimsenmesine koşut olarak insan hakları ve özellikle de kadın hakları ile ilişkilendirilmiş, daha sonra da devlet politikalarına yansyarak pek çok ülkede yasallaştırılmıştır. Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına ilişkin değer sorunlarında bazı sorulara yanıt aramak gerekir (74).

Fetüs ne zaman insan olarak değerlendirilmelidir?

- Gebeliğin isteyerek sonlandırılması bir aile planlaması ve bir doğum kontrol yöntemi olarak kabul edilebilir mi?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasal düzenlemelerde “hak” olarak tanımlanması, etik açısından da “doğru” olduğu anlamına gelir mi?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının yasaklanmasının ya da izin verilmesinin olası sonuçları nelerdir?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılması nasıl bir ahlaki eylemdir?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılması kararı bir kadın hakkı olarak kabul edilmeli midir?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusunda babanın seçme hakkı var mıdır?
- Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak hekimin rolü nasıl değerlendirilebilir?

2.7. Dinler ve Gebeliğin İsteyerek Sonlandırılması

Dinlerin ve dinlerden doğan geleneklerin çoğunda gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak farklı görüşler bulunmaktadır. Bu görüşler gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının kabulü ya da reddedilmesi arasında geniş bir perspektifte irdelenebilir.

2.7.1. İslam

Genel olarak bakıldığında, Müslümanlar arasında gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusu, gebelikle ilgili durumlara bağlı olarak kabul edilebilir. Kadının hayatının tehlikeye girdiği durumlarda, Müslüman din bilginleri kötünün iyisi prensibine göre, gebeliğin isteyerek sonlandırılması (daha az kötü) annenin hayatını kaybetmesini (daha kötü) engelleyecekse izin verilir. Bu durumlarda ise, doktor din bilgininden daha iyi karar verebilecek pozisyonudadır. Müslüman din bilginleri arasında “yaşamın ne zaman başladığı” konusundaki görüşler farklılık göstermektedir. Ortaçağda, İmam Gazali, sperm kadının rahmine enjekte edildiği ve yumurtayla bütünleşmeye başladığı anda yaşamın da başladığını savunmaktadır. Bu inanca göre gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına “mekruh” gözüyle bakmaktadırlar Bazı din bilginleri gebeliğin ilk kırk gününde gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına izin verilmesini savunurken, bazıları da bu periyodun yüz yirmi gün olması gerektiğini ifade etmektedir (35).

Müslümanların genel inancına göre ruh ile beden 40. günde birleşmektedir. Hadislere göre ruhun bedenle birleşmesi için üç aşamadan geçmesi gerekir. Bunlar nutfa (zygote), alaka (implantasyon), ve mudga (kas ve iskelet sisteminin oluşmaya başlamasıdır. Bunun dışında 120nci günde ruhun bedenle birleştiği inancı da vardır. Bu konuda farklı mezhepler farklı günleri temel almaktadır. Bugün İslam dünyasında gebeliğin sonlandırılmasının kabul edilmediği ancak annenin yaşamının veya sağlığının tehlikede olduğu durumlarda veya ağır malformasyonlu bir doğum söz konusu olduğunda gebeliğin sonlandırılmasına izin verildiği söylenebilir. İslamiyet’in gebeliğin sonlandırılmasına daha hoşgörülü yaklaşması tıp tarihinde bazı Müslüman

hekimlerin bu konuda çeşitli yöntemleri tanımlanmasını da beraberinde getirmiştir. Örneğin batı ortaçağında pek çok hekimin, gebeliğin sonlandırılmasına yönelik teknikleri 1150 yılları civarında Cremona'lı Gerard tarafından Arapçadan Latinceye çevrilen İbni Sina'nın Kanun adlı eserinden öğrendiği söylenmektedir. Bu konuda 9. yy'da Razi'nin getirdiği yöntem ise 17.yüzyıla kadar etkili olmuştur (28).

2.7.2. Hıristiyanlık

İncil'de gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili hiçbir bahis bulunmamaktadır. Hıristiyanlar gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak farklı zamanlarda farklı inanç sistemlerine göre tutum sergilemektedirler. Katolik kilisesi iki bin yıldır gebeliğin isteyerek sonlandırılması ve yaşama ilişkin aynı inançlara tutunmaktadır. İncil'de bir ayet “İnsan hayatının değerli olduğunu ve insanın ana karnına düştükten itibaren korunması gerektiğini” ifade etmektedir. Birinci yüzyıldan itibaren kilise gebeliğin isteyerek sonlandırılmasını ahlaki açıdan kötü bir uygulama olarak görmüştür. Bu öğreti günümüze kadar değişmemiştir. Hıristiyanlık anlayışına göre, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasını yaptırmak ahlaki yasalara tam olarak zıttır. Tarihsel olarak bakıldığında, Koyu Protestanlar (Evangelistler) gebeliğin isteyerek sonlandırılması haklarını hiç desteklememişlerdir. Ancak 1980'e gelindiğinde tutucu Protestanlar gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili muhalefet yapmak konusunda organize olmaya başlamışlardır.

Roma Katolikleri tecavüz ve ensest ilişkiden doğan gebeliklerin sonlandırılmasına bir istisnai durum gözüyle bakmamışlardır ve her koşulda gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının günah olduğunu savunmuşlardır. Ancak, annenin hayatının yanında doğmamış çocuğun hayatına da “ikinci kötü etki” gözüyle bakmaktadır (35).

Günümüzde Katolik görüş, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının her türüne karşıdır. 1965'de toplanan II. Vatikan Konsülü gebeliğin sonlandırılmasını yasaklar ve fetüsün dölleme anından itibaren korunmasına olabilecek en büyük özenin gösterilmesini ister. Ancak annenin tedavisi sırasında fetüsün öleceği biliniyorsa

anneninin tedavisine izin verilir. Çünkü burada amaç fetüsü öldürmek değil annenin tedavi edilmesidir.

Diğer yandan Protestanlar da gebeliğin sonlandırılması ve ruhun bedenle birleşmesi konusunda Katolik'ler gibi tutucu bir görüş benimsediler. Bu konuda Martin Luther (1483-1546) ve John Calvin'nin (1509-1564) görüşleri Katolik görüşten pek de farklı değildi. 16. yüzyıldaki reformculara göre de fetüs dölleme anından itibaren bir insandı. Aristoteles ve Galen'in embriyoloji konusundaki görüşleri hala etkili olduğundan, bir başka deyişle yaşamın spermin içinde olup kadının rahminin sadece bu yaşamın gelişmesi için ortam hazırladığına inanıldığından temel anlayış ruhun tanrı tarafından yaratılarak erkekten gelen spermin içinde saklı olması idi. Bu nedenle fetüsün tüm gebelik boyunca insan ruhuna sahip olduğuna inanıyorlardı. Bunun bir uzantısı olarak da gebeliğin sonlandırılmasına gebeliğin her aşamasında karşı oldular. Embriyolojideki bilgilerin zaman içinde değişmesine rağmen, Protestanlar gebeliğin sonlandırılmasına karşı olan görüşlerini korudular (28).

2.7.3. Musevilik

Musevi dünyasının kutsal kitabı Talmud'da "ubar yerekh imo" batı dünyasında latince karşılığı "pars viscerum matris" olarak yer alan anlayış geçerlidir. Bir başka deyişle fetüs bağımsız bir varlık değil "annenin bir parçası" olarak kabul edilir. Fetüsün annenin bir parçası olarak kabul edilmesi göreceli olarak daha liberal bir yaklaşım olarak düşünülse bile bu Musevilerin üremeye olan geleneksel tutumları ile çelişir. Museviler yaşamın doğumdan sonra başladığına inandığından gebeliğin sonlandırılmasına olan temel yaklaşım annenin korunmasıdır. Bu nedenle annenin yaşamı tehlikede olduğu zaman gebeliğin sonlandırılmasına izin verilir. (35).

2.7.4. Budizm

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak tek bir Budist görüş bulunmamaktadır. Budizm'i Japonya ve Amerika'da yaşayanlar dünyanın başka yerlerindeki Budistlere göre gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak daha

ılımlı bir görüş sergilemektedir. Japonya’da kadınlar isteğe bağlı ya da istem dışı gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra “Miziko-Kuyo” diye bilinen bir dinsel törene katılmaktadırlar. Budizm’in ruhani lideri Dalai Lama gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının olumsuz bir prosedür olduğunu, ancak istisnai durumlarında gebeliğin isteyerek sonlandırılması yaptırılmasının bir sakıncası olmadığını söylemektedir. Ona göre, her durumda gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusuna farklı bakılması gerekmektedir (35).

2.7.5. Hinduizm

Hindular gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili olarak diğer dinlerden daha farklı bir bakışa sahiptirler. Bazı Hindu din bilimcileri kişiliğin ve dolayısıyla kişilik haklarının, gebeliğin üçüncü ayında başladığına ve beşinci ayına doğru geliştiğini savunurlar. Buradan, gebeliğin üçüncü ayına kadar gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusuna ılımlı bakıldığı sonucu çıkartılabilir. Üçüncü ayı geçen gebeliklerde gebeliğin isteyerek sonlandırılması yapılması halinde, ruhun yeniden canlanmasının engellenmesi gibi günah işlendiği anlaşılmaktadır. Hinduların bir kısmı ise, gebeliğin isteyerek sonlandırılması konusuna ve gebeliğin isteyerek sonlandırılmasıyla ilgili ilaçlara kadını güçlendiren konular olarak bakmaktadırlar (35).

2.8. Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Kadınlar

Kadının kendi bedeni üzerindeki hakları kadına gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkını verir mi? Kadın, “Bu benim bedenim, bedenime ne yapacağıma ben karar veririm” iddiasından yola çıkarak şu soruları sorabilir: “Kendi bedenimi kontrol hakkım yok mudur? Üreme özgürlüğüm yok mudur? Anne olup olmayacağıma ya da ne zaman anne olup olmayacağıma kendim karar veremez miyim?”, “Fetüsün bir kişi ya da küçük bir çocuk olduğunu kabul etsem bile, bedenimdeki bir çocuk olduğuna göre ve eğer ben bunu istemiyorsam, onu bedenimden atma hakkım yok mudur? Eğer bedenimde kalıyor ve onun yaşamını ben destekliyorsam, ne yapacağıma ilişkin karar verme hakkım yok mudur? Onun beni kullanmaya ve sömürmeye hakkı var mıdır? Onun yaşamını desteklemeli miyim? Şayet kendi yaşamıma bir tehdit unsuruyorsa onu

bedenimden atamaz mıyım? Kısaca, bu sorulardan yola çıkarak, kendi bedenim üzerinde hakkım vardır ve istenmeyen bir gebelikte gebeliğin isteyerek sonlandırılması yaptırarak gebeliğimi sonlandırabilirim diyebilir.

Burada üç farklı iddia bulunmaktadır. Bir kadınının çocuğu destekleme görevi yoktur. Kendi rahmindeki oluşumu bir işgalci gibi görerek kendi bedeninden atabilir ve kendi yaşamına tehdit unsuru olması durumunda kendi bedenini ve sağlığını koruyabilir. İlk iki iddia “kadın kendi bedeni üzerinde haklara sahip olduğundan gebeliğin isteyerek sonlandırılması yaptırabilir” teziyle ilgilidir. Üçüncü iddia ise daha özel bir iddiadır. Bu iddia kadının kendi sağlığına tehdit oluşturduğundan, kadının kendi bedeni üzerindeki hakkından dolayı gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkı iddiasına temel oluşturamaz (32).

Bir tecavüz ya da ensest ilişki varlığı kadına gebeliğin isteyerek sonlandırılması yaptırma hakkı verir mi? Gebeliğin sürmesi durumunda kimin sağlığı ve yaşamı tehlikeye girebilir? Bu sorulara cevap alındığında iki temel kabulde karşı karşıya geliriz. Birincisi, taraflara ilişkin endişelerdir. İkincisi ise “birine yardımcı olurken diğerine zarar vermemeliyiz” ilkesidir.

Gebeliğin isteyerek sonlandırılması genel olarak kadına yarar sağladığından kabul görmektedir. Ancak, çocuğa ve diğerlerinde de bazen yarar sağladığı savunulabilir. Çocuk için yarar söz konusu olduğunda temel olarak üç görüş bulunmaktadır. "Her çocuk istenen bir çocuk olmalıdır. İstenmeyen bir çocuk dünyaya getirilmemelidir", "Çocuk istismara uğrayacağına kürete olsun daha iyi", "Özürlü bir çocuğu dünyaya getirmemeliyiz" (69).

Feminizm, Fransız Devrimi döneminde tarih sahnesine çıkan ve iki yüz yılı geçen bir süredir etkili olan bir akımdır. XX. yüzyılın ikinci yarısında bu akım daha da güçlenmiştir. Ancak feminizmin ortaya çıkmasından beri tartışılan temel konu kadın-erkek eşitsizliği olmuş, bu eşitsizliğin nasıl giderilebileceği sorunu üzerinde durulmuştur.

İngiltere'de özellikle İşçi Partisi'nin, gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkının desteklenmesi, kadına çocuk yapma hususunda özgürlük tanınması, eşit çalışmaya eşit ücret verilmesi, kadın-erkek ayrımcılığının ret edilmesi konusunda aktif bir tutum içinde bulunduğu anlaşılmaktadır.

İsveç'te 1919-1921 yıllarında kadınlara oy hakkı verilmesi kabul edilmiştir. Sovyet Rusya'da ilk önce serbest bırakılan gebeliğin isteyerek sonlandırılması daha sonra yasaklanmış, gizli yapılan gebeliğin isteyerek sonlandırılmasını engellemek için 1955 yılında gebeliğin isteyerek sonlandırılması yeniden kanuni hale getirilmiştir.

Bilim ve tıp alanlarındaki yeni ilerlemeler doğum kontrolü araçlarının ve eğitimin gelişmesinde de rol oynamıştır. Bu şekilde cinselliğin doğurganlıktan ayrılması mümkün olmuş ve kadını baskı altında tutan kanunların değiştirilmesi yolunda önemli adımlar atılmıştır. Doğum kontrolünün ve aile planlamasının hukuki güvenceye kavuşturulması için verilen mücadele başarıya ulaşmıştır. "Bırakın yaşasınlar" sloganına karşı gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkı savunulmuştur. Gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkı İngiltere'de 1967, Fransa'da 1975, İtalya'da 1978 yılında kabul edilmiştir. İspanya'da gebeliği önleme yöntemleri ve gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının hukukileşmesi yolundaki çabalar 1978 yılında başarıya ulaşmıştır.

İngiltere'de ve Amerika Birleşik Devletleri'nde feminizm bazı çevrelerden gelen sert eleştirilere de muhatap olmaktadır. Konservatifler, devletin ekonomideki rolünü eleştirdikleri gibi, kadının rolü ve aile içindeki durumu ile ilgili olarak geleneksel değerleri günümüzde de savunmaktadırlar. Bu arada "Yeni Sağ" hareketi özellikle gebeliğin isteyerek sonlandırılması hakkına karşı çıkmakta, bu hakkın red edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Evlilik kurumu radikal feministlerin çoğunluğu tarafından benimsenmemektedir. Çünkü evlilik kadını baskı altında bulduran bir ilişki biçimidir, dolayısıyla radikal feminist bir kadının evlilik kurumuna karşı çıkması gerekmektedir. Kadınların çocuk doğurması çoğu kez bir devlet politikası özelliğini taşımaktadır. Bu politikayı erkekler tespit etmekte ve kadın bir vasıta olarak kullanılmaktadır. Aynı durum cinsel taciz,

tecavüz ve gebeliğin isteyerek sonlandırılması için de geçerlidir. Dolayısıyla bu durumlarla mücadele edilmesi gereklidir (68).

2.9. Gebeliğin Sona Erdirilmesi ve Erkekler

ABD`de kadınların gebeliği sonlandırma hakkına sahip olmaları, erkeklerin de ``baba olmayı reddetme hakkı`` elde etmek amacıyla anayasal mücadele başlatmaktadır.

``Erkeklerin de kadınlara tanınan özgürlük, ayrıcalık ve tercih hakkına sahip olması fikrini`` geliştirmek amacıyla 1987`de kurulan Amerikan Ulusal Erkek Merkezi, hiçbir zaman istemediği çocuğuna nafaka vermeyi reddeden 25 yaşındaki Matt Dubay`ın vakasından hareketle, erkeklerin de baba olmayı reddetme hakkı elde etmesi için anayasal mücadele başlatma kararı almıştır. Merkezin müdürü Mel Feit, ``Erkekler de kadınların zaten sahip olduğu hakka sahip olmalıdır demektir. Kadın ve erkeğin eşit olabilmesi için hiçbirinin diğerini kontrol etmemesi gerekmektedir. Erkek ve kadının, her ikisinin de gebeliği önlemek için uygulayabilecekleri yöntemler bulunmaktadır, ancak bu yöntemler işe yaramadığında iş sadece kadının kararına kalıyor`` ifadesi yine Feit`e aittir. Feit, kadınların üreme özgürlüğünün bulunduğu bir dönemde, babalığın ``basit bir DNA olayından daha fazla bir şey`` olması gerektiğini belirterek, ``Erkek de tıpkı kadının anne olmayı seçtiği gibi baba olmayı seçebilmelidir`` demektir (40).

Öte yandan fetüsün babası, fetüsün hayatta kalması konusunda ilgilidir. Fetüs onun genetik yapısının bir parçasını taşır ve baba da haklı olarak, fetüsün bir çocuk haline gelmesini ve yetişmesini isteyebilir. Babanın görüşlerinin dikkate alınacağını varsayarsak, bunun sonucunda ne olacaktır? Eğer babayla anne uzlaşıyorsa, fetüsün de hakları yok sayılırsa, sorun yokmuş gibi gözükmektedir. Babanın da görüşlerini bildirmeye hakkı vardır. Ama uzlaşmazlığa düştüklerinde neler olacaktır?

Hala, erkeklerin partnerlerinin gebeliğinin sona erdirilmesi ile ilgili tepkileri özellikle de psikolojik tepkileri tam olarak bilinmemektedir. Konu sosyolojik kökenli

bir konu olduğundan, araştırmaların da sosyolojik bir boyutta yapılandırılması gerekmektedir (61).

Shostak, gebeliklerin % 56'sı istenmeyen gebelikler olduğundan, gebeliğin sonlandırılması konusunun, erkeklerden bağımsız düşünülmemeyeceğini vurgulamaktadır. Ayrıca gebeliği sonlandıran kadınlarının çoğunluğunun %55'nin, 25 yaşın altında, % 21'inin 19 yaşın altında olması da konuyla ilgili önemli gerçeklerdir. En yüksek gebelik sonlandırma oranı evlenmemiş bekar yaşayan 18-19 yaşları arasındaki kadınlarda olmaktadır. Bu gruptaki kadınların erkek partnerleri hala bireyselliğini ve ekonomik özgürlüklerini kazanamamış gençlerdir (39). Aile planlaması perspektifinden bakıldığında, genç erkekler, her ne kadar kadının seçim hakkına saygı duyduklarını ifade etseler de, % 61'lik bir çoğunluğun, bir kadının erkek partnerinin itirazlarına karşın gebeliği sonlandırmasını onaylamadıklarını açıkça ifade etmektedirler. Erkekler için, dinsel inançlar, evlilikten önce cinsel beraberlik ve baba olma duygusundan daha az önemlidir. Genel olarak bakıldığında, seçim hakkını destekleyen ya da gebeliğin isteyerek sonlandırılması yanlısı kadınlara göre, erkeklerin büyük çoğunluğu kendilerini desteklemektedirler. Bir süredir, erkek partnerlerin gebeliğin sonlandırılmasından sonra, eşlerine ya da partnerlerine olumlu yönde destek sağladığı bilinmektedir. Gebeliği sonlandırma kararı ve psikolojik patolojilerle ilgili daha önceki çalışmalarda, ilişki faktörlerinin hem sonlandırma öncesi hem de sonlandırma sonrasıyla ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada, genç kadınların ailelerinden destek görmesiyle psikolojik olarak toparlanmaları arasında, olumlu bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Erkek partnerlerinden destek almayan kadınlar, daha fazla stres yaşamaktadır. Gebeliği sonlandırma deneyimi bulunan ve birkaç kez düşük yapmış kadınların, gebelik sonlandırmayla ilgili görüşleri, erkek partnerlerinin görüşlerine benzerlik göstermektedir. Genç yaşta kız arkadaşları hamile kalan erkeklerin, kız arkadaşları hamile kalmayanlara göre daha fazla stres altında kaldıkları görülmüştür. Erkekler genel olarak gebelik vakasından dolayı, partnerlerinden daha çok kendilerini suçlamaktadırlar. Anne rahmindeki çocuk realitesi dört temel kabulde temellendirilebilir (63).

Birincisi, anne rahmindeki oluşumla ilgili bilimsel gerçeklerdir. Anne rahmindeki oluşum hızlı bir gelişim sergilemekte, kısa sürede vücut organ ve parçaları şekillenmeye başlamakta ve bu organlar aktif işlev göstermektedir. Bu oluşum kısa sürede şekil olarak bir çocuğu anımsatabilmektedir.

İkincisi, ana rahmindeki oluşuma ait ultrason görüntülerinin ve rahimdeki oluşumun bir küçük bebeğe doğru gelişim göstermesidir.

Üçüncüsü, şekil olarak anne karnındaki oluşumla doğumdan sonraki bebek arasında çok büyük farklılıkların olmayışıdır.

Dördüncüsü, bütün bunların veya küçük farklılıkların ya da büyük farklılıkların bir oluşumun gerçek kişi olup olmadığı konusunda ne derecede ölçüt olabileceğidir (63).

2.10. Toplum Aile ve Çocuk

Türk ailesinde karar merci erkek liderdir. Ancak aile üyelerine de fikirleri zaman zaman sorulur. Özel yaşamı oluşturan unsurlar aile, arkadaşlar ve çalışılan işyerleridir. Bu unsurlar aynı zamanda bireyin karar sürecinde etkili olur. Karar sürecinde katılımcılar arasında anlaşmaya varıldıktan sonra, karar resmi açıdan (kanunlar v.s) tasdik ettirilir. Türk toplumunda duygular genel olarak dışa vurulur. Genel olarak ısrarcı, kendine güveni göstermek adına risk alınır.

Türk toplumunda belirgin bir hiyerarşik yapı bulunmaktadır. Eğitim toplumunda statünün temsilcisidir. Aile bireyleri ve yakın arkadaşlar dışındaki insanlara fazla güven duyulmaz. Her ne kadar yasalar kadın erkek eşitliğine vurgu yapıyorsa da, erkekler kadınlar üzerinde egemendir ve egemen olmak isterler. Yaşlılar da benzer şekilde gençler üzerinde egemenlik kurmak isterler (72).

Evrensel olmamakla birlikte, toplumlar dışı ve erkek üyeleri arasında doğumla sonuçlanacak cinsel bir ilişkiye izin vermeden önce bir evlenme ya da nikâh töreni

yaparlar. Törenin asıl amaçlarından biri evlenecek kadının doğuracağı çocuklarının babasını bilmesi ve çocuğun bakımını tüzel bir güvenceye bağlamaktır.

Çocuk, babanın sosyal/egitim/iş hayatını etkilemekte, annenin itibarını arttırmaktadır. Çocuk sahibi olan kadın olmayana göre daha itibarlı olarak kabul edilmektedir. Çocuktan büyüdüğünde anne ve babasına maddi katkı sağlaması beklenir. Ayrıca çocuk eşleri birbirine yakınlaştırır, ancak aile ekonomik durumunu göz önünde bulundurarak çocuk sahibi olmalıdır. Soyunun devamının erkek çocuk tarafından sağlanacağını bildiren erkeklerin oranı %44,6, kadınların oranı ise %36,4'tür. Erkeklerin %89,3'ü çocukların yaşlılıklarında anne-babalarına bakması gerektiğini düşünürken, kadınlarda bu şekilde düşünenlerin oranı %87,4'tür (71).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

ESOGÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, gebeliğin sonlandırılması konusunda erkeklerin bakış açısını ve bu konuyu etkileyen değişkenleri belirlemek ve ilişkisel olarak sorgulayabilmek amacıyla çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan soru kâğıtları hazırlanmış olup, gebeliği sonlandırmak ve doğum eylemi için gelen yetişkin, adolesan çiftlerden yanıtları alınmıştır.

Bu nedenle araştırmanın amacıyla uygun olarak geliştirilmesi planlanan ölçeğe ait olumlu ya da olumsuz ifadeler yazılarak madde havuzu oluşturulmuştur. Maddeler 5'li likert tipindedir. Bu maddelerin araştırma örneklemine ait 54 anket üzerinden güvenilirlik ve geçerlilik testleri yapılmıştır. Yapılan bu testler sonucunda güvenilirlik katsayısı olan Cronbach α : 0,76 olarak elde edilmiştir. Bu testler SPSS 10.0 İstatistik Paket Programı kullanılarak yapılmıştır.

Çalışmamızda bu hastanelere kürtaj için başvuran 100 çift soru kâğıdı verilmiş olup, bunlardan 50 çift, geriye kalan 50 çiftten sadece 33 kadın ve 10 erkek olmak üzere toplam 143 katılımcı soru kâğıtlarına yanıt vermiştir. 17 kadın ve 40 erkek çeşitli nedenlerle soru kâğıtlarına yanıt vermemiştir.

Hastanelere doğum için başvuranlardan 500 çift soru kâğıdı verilmiş olup, 500 çiftten, 372 çift soru kâğıtlarını yanıtlamış ve geriye kalan 128 çiftten ise, 108 tek kadın ve 99 tek erkek soru kâğıtlarını yanıtlamıştır. Yanıt vermeyenler heyecanlarını ve işlerinin o anki yoğunluğunu gerekçe göstermiştir.

Araştırmada 1002 kişiye ulaşılmış, 914 kişi soru kâğıtlarını yanıtlamıştır. Araştırmaya katılım %91,2 olarak gerçekleşmiştir.

Soru kâğıtlarıyla toplanan verilerin çözümlenmesinde, katılımcıların ele alınan değişkenler bakımından durumlarının betimlenmesinde, değişkenlerin ölçme düzeyleri dikkate alınarak aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzdelerden yararlanılmıştır.

Ölçeğin 1, 2, 4, 14, 25, 46, maddeleri ile “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir”, 3, 5, 6, 7, 10, 22, 24, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 50, 52 maddeleri ile “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir”, 9, 31, 45, 47, 48 maddeleri ile “fetüs bir değerdir”, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 20, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 49 maddeleri ile “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olamaz”, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 27, 38, 51, maddeleri ile “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülemez” başlıklı faktörler oluşturulmuştur.

Oluşturulan faktörlere faktör analizleri yapılmış olup, “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir”, faktörü için ($\alpha = 56,23$), “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü için ($\alpha = 78,91$), “fetüs bir değerdir” faktörü için ($\alpha = 69,73$), “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olamaz” faktörü için ($\alpha = 80,45$), “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülemez” faktörü için ($\alpha = 76,20$) değerleri elde edilmiştir.

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise, ölçek güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise, ölçek düşük güvenilirliktedir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise, ölçek oldukça güvenirlidir,

$0.80 \leq \alpha < 1$ ise, ölçek yüksek düzeyde güvenilir bir ölçektir (53).

Tüm veri analizleri SPSS 15.0 ve SigmaStat 3.1 paket programları ile yapılmıştır.

Katılımcıların demografik özellikleri ve hastanelere başvurma nedenleriyle, oluşturulan faktörler (bağımlı değişkenler) arasında istatistiksel olarak bir farklılık olup olmadığı sorgulanmış, sürekli nicel veriler; n, ortalama ve standart sapma olarak, nitel veriler ise n ve oran olarak ifade edilmiştir. Normalite testi sonrasında, normal dağılım göstermeyen verilerin grup sayısına bağlı olarak Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi, parametrik olmayan tek yönlü varyans analizi yöntemidir. Bu test üç ve üzeri bağımsız örneğin benzer ortanca değerleri toplamlarının rastgele örnekleri

olup olmadığını test etmek için kullanılır. Kruskal Wallis testinin çoklu karşılaştırmaları Dunn metodu ile yapılmıştır. Dunn metodu, üç ve üzeri Gruplardan birisinin diğer gruplara göre farklılığını test etmek için kullanılmaktadır. İki bağımsız grubun birbirleriyle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Mann Whitney U testi n_1 ve n_2 hacimli bağımsız iki örneğin aynı ortancalı popülasyondan alınmış rastgele örnekler olup olmadığını test etmek için kullanılmaktadır. $p < 0.05$ olasılık değerleri önemli olarak kabul edilmiştir (53).

4. BULGULAR

Katılımcıların 143'ü gebeliği sonlandırmak (%15,6), 771'i (%84,4) ise doğum için hastaneye gelen kadın ve onların eşlerinden oluşmaktadır. Hastaneye gebeliği sonlandırmak ve doğum için gelenlerin 517'si (% 56,56) kadın, 397'si (%43,44) bu kadınların eşleridir.

Araştırmaya katılan kadınlardan 85'i (%16,5) gebeliği sonlandırmak için, 432'si (%83,5) doğum için hastanelere gelmiştir. Kadınların eşlerinden 60'ı (% 15,11) eşlerinin gebeliği sonlandırması için, 337'si (% 84,89) ise eşlerinin doğumu amacıyla hastanelere gelenlerden oluşmaktadır.

4.1. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran Kadın ve Onların Eşlerine (Çiftlere) Ait Bulgular (Tablo 1. - 2. - 3.)

Hastanelere gebeliği sonlandırmak için başvuranlardan, 143 kişi soru kâğıdımıza yanıt vermiş olup bunlardan, 100'ü (50 çift, (% 69,9)), çiftlerden oluşurken, 33'ü (% 23,1) tek kadınlardan, (bu kadınların eşlerine ulaşılammıştır), 10'u da (% 7,0) soru kâğıtlarına çeşitli nedenlerle yanıt vermeyen kadınların eşlerinden oluşmaktadır.

Katılımcılardan kadınların yaşları minimum 17, maksimum 49'dur. Ortalama yaş $34,72 \pm 7,6$, erkeklerin yaşları minimum 18, maksimum 49'dur. Ortalama yaş $36,48 \pm 7,4$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan çiftlerden 50 erkek ve 50 kadından 6'sar çiftin (% 12) ilkokul, kadınların 8'i (% 16), erkeklerin 6'sı (% 12) ortaokul, kadınların 17'si (% 34) ve erkeklerin 21'i (% 42) lise, kadınların 19'u (% 38) ve erkeklerden 17'si (% 34) üniversite mezunudur.

Katılımcı kadınlardan 15'nin (%30) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 35'inin (%70) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır, bu kadınların eşlerinin ise 40'nun (%80) sürekli gelir getiren bir işi varken, 10'nun (% 20) sürekli gelir getiren bir

işî bulunmamaktadır.

Katılımcıların 88'i (% 88) ilde, 8'i (% 8) ilçede, 4'ü (%4) köyde yaşamaktadır.

Kadınların tamamı (% 100) birinci evliliklerini yapmıştır. 50 erkekten 1'i ise (%2) ikinci evliliğini yapmıştır.

Çiftlerin evlilik süreleri minimum 1, maksimum 25 yıldır ve ortalama evlilik süresi $12,86 \pm 6,3$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, kadınlarda minimum 15, maksimum 32 ve ortalama evlilik yaşı $23,08 \pm 3,2$, erkelerin evlilik yaşları ise minimum 18, maksimum 30 olup, ortalama evlilik yaşı $23,62 \pm 2,8$ olarak bulunmuştur.

Kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları 17 ile 43 yaşları arasında değişmekte olup, ortalama ilk çocuğunu doğurma yaşı $23,87 \pm 6,9$ olarak bulunmuştur.

Kadınların doğum sayıları 0 ile 5 arasında değişmektedir ve ortalama doğum sayısı $1,6 \pm 1,2$ olarak bulunmuştur.

Kadınların gebeliği sonlandırma sayıları 0 ile 3 arasında değişmektedir ve ortalama gebeliği sonlandırma sayısı $1,22 \pm 0,5$ olarak bulunmuştur.

Çiftlerin yaşayan çocuk sayısı 0–4 arasında değişmektedir ve ortalama yaşayan çocuk sayısı $1,66 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 30'u (% 30) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 17'si (% 17) rahim içi araç, 9'u (% 9) doğum kontrol hapı, 11'i (% 11) aylık iğne, 14'ü (% 14) üç aylık iğne, 19'u (% 19) kondom kullanmaktadır.

Katılımcı kadınlara gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusunu yapmadan önce kimlerle görüştükleri sorulduğunda, 12'si (%24) hiç kimseyle, 11'i (%)

22) erkek arkadaşlarıyla, 8'i (%16) kız arkadaşlarıyla, 8'i (%16) bir din görevlisiyle, 6'sı (% 12) erkek kardeşiyle, 3'ü (% 6) kız kardeşiyle ve 2'si (% 4) sadece eşiyile görüştüğünü belirtirken, erkek eşlerine eşlerinin gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusunu yapmadan önce kimlerle görüştüğü sorusu sorulduğunda, 4'ü (%8) hiç kimseyle, 4'ü (%8) erkek arkadaşlarıyla, 10'u (%20) kız arkadaşlarıyla, 5'i (%10) bir din görevlisiyle, 3'ü (% 6) erkek kardeşiyle, 8'i (% 16) kız kardeşiyle, 2'si (% 4) babasıyla, 2'si (% 4) bir sağlık görevlisiyle ve 6'sı (% 12) sadece eşiyile görüştüğünü ifade etmektedir.

Kadınların 23'ü (%46) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 27'si (%54) istememektedir.

Erkek partnerlerin 25'i (%50) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında olmak isterken, 25'i (%50) istememektedir.

Kadınların 28'i (%56) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 22'si (%44) istememektedir.

Erkek partnerlerin ise 29'u (%58) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşinin yanında olmak isterken, 21'i (%42) istememektedir.

Kadınların 26'sı (%52) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 24'ü (% 48) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Erkeklerin 27'si (% 54), bilgi ihtiyaçları olduğunu belirtirken, 23'ü (%46) bilgiye gerek olmadığını ifade etmektedir.

Kadınların 29'u (%58) aile planlaması konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu ifade ederken, 21'i (% 42) böyle bir bilgiye gerek duymadığını ifade etmektedir.

Erkeklerin ise, 30'u (% 60) bilgi gereksinimlerini ifade ederken, 20'si (% 40) gerek duymadıklarını ifade etmektedir.

Kadınların 27'si (%54) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda kendilerine bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 23'ü (% 46) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Aynı konuda erkeklerin 20'si (% 40) bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyeti önemli derken, 30'u (% 60) bunun önemsiz olduğunu belirtmektedir.

Kadınların 24'ü (%48) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 26'sı (% 52) aynı cinsiyetten olmasının önemli olmadığını ifade etmiştir.

Aynı konuda erkeklerin 17'si (% 34) danışmanın kendileri ile aynı cinsiyetten olması gerektiğini söylerken 33'ü (% 66) buna gerek olmadığını ifade etmektedir.

4.1.2. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran Tek Kadınlara Ait Bulgular (Tablo 1. - 2. - 3.)

Hastanelere gebeliği sonlandırmak için başvuranlardan, 33 kadın soru kâğıdımıza yanıt vermiştir ancak bu kadınların eşlerine ulaşamamıştır.

Katılımcıların yaşları minimum 24, maksimum 47 olup, ortalama $36,85 \pm 6,9$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan 33 kadından 5'i (% 15,15) ilkokul, 6'sı (% 18,18), ortaokul, 10'u (% 30,3) lise, 12'si (% 36,37), üniversite mezunudur.

Katılımcı kadınlardan 10'unun (%30,3) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 23'ünün (%70,7) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.

Kadınların 32'si (% 96) il'de, 1'i (% 4) ilçede yaşamaktadır.

Kadınların 32'si (% 96) birinci evliliklerini yaparken, 1 kadın (% 4) ikinci evliliğini yapmıştır.

Kadınların evlilik süreleri minimum 1, maksimum 24 yıldır ve ortalama evlilik süresi $12,91 \pm 7,6$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, kadınlarda minimum 15, maksimum 32 ve ortalama evlilik yaşı $23,94 \pm 3,7$ olarak hesaplanmıştır.

Katılımcı kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları 17 ile 32 yaşları arasında değişmekte olup, ortalama ilk çocuk doğurma yaşı $24,44 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur.

Kadınların doğum sayıları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama doğum sayısı $1,76 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların gebeliği sonlandırma sayıları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama gebeliği sonlandırmak sayısı $0,70 \pm 0,7$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı 0–4 arasında değişmekte olup, ortalama yaşayan çocuk sayısı $1,75 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 1'i (%3) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 9'u (% 27,25) rahim içi araç, 6'sı (% 18, 2) doğum kontrol hapi, 2'si (% 6,1) aylık iğne, 6'sı (% 18,2) üç aylık iğne, 9'nun ise (% 27,25) eşi kondom kullanmaktadır.

Katılımcılara gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusunu yapmadan önce kimlerle görüştükleri sorulduğunda, 10'u (%30,3) erkek arkadaşıyla, 6'sı (% 18,2) kız arkadaşlarıyla, 7'si (%21,2) bir din görevlisiyle, 3'ü (% 9,1) erkek kardeşiyle, 6'sı (% 18,2) kız kardeşiyle görüştüğünü ifade etmiştir.

Kadınların 14'ü (%42,4) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 19'si (%57,6) istememektedir.

Kadınların 16'sı (%48,5) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 17'si (%51,5) istememektedir.

Kadınların 20'si (% 60,6) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 13'ü (%39,4) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Kadınların 17'si (%51,5) aile planlaması ile ilgili bilgi gereksinimlerini ifade ederken, 16'sı(% 48,5) böyle bir bilgiye gereksinimi olmadığını ifade etmektedir.

Kadınların 17'si (%51,5) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 16'sı (% 48,5) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Kadınların 18'i (% 54,5) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 15'i (% 45,5) aynı cinsiyetten olmasının önemli olmadığını ifade etmiştir.

4.1.3. Hastanelere Gebeliği Sonlandırmak İçin Başvuran ve Soru Kâğıdına Yanıt Vermeyen Kadınların Partnerlerine Ait Bulgular (Tek erkekler) (Tablo 1. - 2. - 3.)

Hastanelere gebeliği sonlandırmak için başvuranlardan, 10 kişi soru kâğıdımıza yanıt vermiştir ancak bu erkeklerin kadın eşlerine ulaşamamıştır.

Katılımcıların yaşları minimum 24, maksimum 38 olup, ortalama $30,90 \pm 5,0$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan 10 erkekte 2'si (% 20) ilkokul, 3'ü (% 30), ortaokul, 5'i (% 50) lise mezunudur.

Katılımcı erkeklerden 9'unun (%90) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 1'nin (%10) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.

Erkeklerin 9'u (% 90) il'de, 1'i (% 10) ilçede yaşamaktadır.

Katılımcı erkeklerin tamamı 1'inci evliliğini yapmıştır.

Erkeklerin evlilik süreleri minimum 3, maksimum 16 yıldır ve ortalama evlilik süresi $7,20 \pm 4,1$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, erkeklerde minimum 21, maksimum 30 ve ortalama evlilik yaşı $23,70 \pm 2,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcı erkeklerin ilk çocuklarına sahip olma yaşları 17 ile 32 yaşları arasında değişmekte olup, ortalama çocuk sahibi olma yaşı $20,10 \pm 1,0$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama çocuk sayısı, $1,40 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 3'ü (% 30) rahim içi araç, 3'ü (% 30) doğum kontrol hapi, 4'ü (% 40) ise kondomu aile planlaması yöntemi olarak tercih ettiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara eşlerinin gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusunu yapmadan önce kimlerle görüştükleri sorulduğunda, 4'ü (%40) erkek arkadaşıyla, 2'si (% 20) kız arkadaşlarıyla, 1'i (%10) bir din görevlisiyle, 1'i (% 10) erkek kardeşiyle, 2'si (% 20) kız kardeşiyle görüştüğünü ifade etmiştir.

Erkeklerin 5'i (%50) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında olmak isterken, 5'i (%50) istememektedir.

Erkeklerin 5'i (%50) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşinin yanında olmak isterken 5'i (%50) istememektedir.

Erkeklerin 7'si (% 70) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 3'ü (%30) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Erkeklerin 6'sı (%60) aile planlaması ile ilgili bilgi gereksinimlerini ifade ederken, 4'ü(% 40) böyle bir bilgiye gerek olmadığını ifade etmektedir.

Erkeklerin 2'si (%20) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 8'i (% 80) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Erkeklerin 3'ü (% 30) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 7'si ise (% 70) bunun önemli olmadığını ifade etmiştir.

TABLO - 1.

Gebeliği Sonlandırmak İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

<u>YAS</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	17		49		34,72 ± 7,6					
Ç. Erkek	18		49		36,48 ± 7,4					
T. Kadın	24		47		36,85 ± 6,9					
T. Erkek	24		38		30,90 ± 5,0					
<u>EĞİTİM DURUMU</u>	<u>OKURYAZAR</u>		<u>İLKOKUL</u>		<u>ORTAOKUL</u>		<u>LİSE</u>		<u>ÜNİVERSİTE</u>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ç. Kadın			6	12,0	8	16,0	17	34,0	19	38,0
Ç. Erkek			6	12,0	6	12,0	21	42,0	17	34,0
T. Kadın			5	15,15	6	18,18	10	30,30	12	36,37
T. Erkek			2	20,0	3	30,0	5	50,0		
<u>İS</u>	<u>SÜREKLİ GELİR GETİREN İSİ VAR</u>				<u>SÜREKLİ GELİR GETİREN İSİ YOK</u>					
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ç. Kadın	15	30,0			35	70,0				
Ç. Erkek	40	80,0			10	20,0				
T. Kadın	10	30,30			23	70,70				
T. Erkek	9	90,0			1	10,0				
<u>YAŞANILAN YER</u>	<u>İL</u>		<u>İLCE</u>		<u>KÖY</u>					
	N	%	N	%	N	%				
Çiftler	88	88,0	8	8,0	4	4,0				
T. Kadın	32	96,0	1	4,0	-	-				
T. Erkek	9	90,0	1	10,0	-	-				
<u>EVLİLİK SAYISI</u>	<u>HİÇ EVLENMEMİŞ</u>				<u>1. EVLİLİK</u>		<u>2. EVLİLİK</u>			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ç. Kadın			50	100						
Ç. Erkek			49	98,0	1	2				
T. Kadın			32	96,0	1	4				
T. Erkek			10	100						
<u>EVLİLİK SÜRESİ</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Çiftlerin	1 yıl		25 yıl		12,86± 6,3					
T. Kadın	1 yıl		24 yıl		12,91± 7,6					
T. Erkek	3 yıl		16 yıl		07,20± 4,1					
<u>EVLİLİK YASI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	15		32		23,08 ± 3,2					
Ç. Erkek	18		30		23,62 ± 2,8					
T. Kadın	15		32		23,94± 3,7					
T. Erkek	21		30		23,70±2,9					
<u>İLK ÇOCUK DOĞURMA YASI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	17		43		23,87±6,9					
T. Kadın	17		32		24,44 ± 7,4					
T. Erkek eşleri	17		32		20,10 ± 1,0					
<u>TOPLAM DOĞUM SAYISI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	0		5		1,6±1,2					
T. Kadın	0		3		1,76 ±0, 9					
<u>TOPLAM GEBELİK SONLANDIRMA SAYISI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	0		3		1,22±0,5					
T. Kadın	0		3		0,70±0,7					
<u>YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Çiftler	0		4		1,66 ±0,9					
T. Kadın	0		4		1,75 ±0,9					
T. Erkek	0		3		1,40 ±0,9					
<u>DOĞ. KONT. YÖNT.</u>	<u>YÖNT. KULLANMIYOR</u>		<u>R.I.A</u>		<u>D.K.Hapı</u>		<u>A.İĞNE</u>		<u>3 A. İĞNE</u>	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Çiftler	30	30,0	17	17,0	9	9,0	11	11,0	14	14,0
T. Kadın	1	3,0	9	27,25	6	18,2	2	6,1	6	18,2
T. Erkek ve Eşl.			3	30,0			3	30,0	4	40,0

Ç. Kadın: Çiftlerin kadınları, Ç. Erkek: Çiftlerin erkekleri, T. Kadın : Partnerleri sorularımızı yanıtlayan kadınlar, T. Erkek: Eşleri sorularımızı yanıtlayan, ancak kendileri yanıtlayan erkekler.

TABLO - 2.

Gebeliği Sonlandırmak İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Gebeliklerini Öğrenip Gebeliği Sonlandırma Başvurusu Yapmadan Önce İlk Görüştükleri Kişileri Açıklayan Bilgilerin Dağılımı

	Hiç Kimseyle		Erkek arkadaş		Kız arkadaş		Din görevlisi		Erkek kardeş		Kız Kardeş		Babam		Annem		Sağlık görevlisi		Sadece eş	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ç. Kadın	12	24	11	22	8	16	8	16	6	12	3	6	-	-	-	-	-	-	2	4
Ç. Erkek	4	8	4	8	10	20	5	10	3	6	8	16	2	4	-	-	2	4	6	12
T. Kadın	-	-	10	30,3	6	18,2	7	21,2	3	9,1	6	18,2	-	-	-	-	-	-	-	-
T. Erkek	-	-	4	40	2	20	1	10	1	10	2	20	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLO - 3.

Gebeliği Sonlandırmak İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Eş Dayanışması ve Bilgilendirme Gereksiniminin Dağılımı (Çiftlerden Erkek Ve Kadınlar Arasındaki Ki-Kare Değeri (χ^2) Tabloda Verilmiştir.)

17. Gebeliği sonlandırma sırasında eşin yanında olma durumu					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	23	46,0	27	54,0	
Ç. Erkek	25	50,0	25	50,0	
T. Kadın	14	42,4	19	57,6	
T. Erkek	5	50,0	5	50,0	
18. Gebelik sonlandırma sonrası dinlenme odasında eşin yanında olması durumu					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	28	56,0	22	44,0	
Ç. Erkek	29	58,0	21	42,0	
T. Kadın	16	48,5	17	51,5	
T. Erkek	5	50,0	5	50,0	
19. Gebelik sonlandırmayla ilgili bilgi isteği					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	26	52,0	24	48,0	
Ç. Erkek	27	54,0	23	46,0	
T. Kadın	20	60,6	13	39,4	
T. Erkek	7	70,0	3	30,0	
$\chi^2=0,040$, sd=1, p=0,841, fark yok					
20. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgi isteği					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	29	58,0	21	42,0	
Ç. Erkek	30	60,0	20	40,0	
T. Kadın	17	51,5	16	48,5	
T. Erkek	6	60,0	4	40,0	
$\chi^2=0,041$, sd=1, p=0,839, fark yok					
21. Bilgi alınacak danışmanın cinsiyetinin önemli olup olmadığı					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	27	54,0	23	46,0	
Ç. Erkek	20	40,0	30	60,0	
T. Kadın	17	51,5	16	48,5	
T. Erkek	2	20,0	8	80,0	
$\chi^2=1,967$, sd=1, p=0,161, fark yok					
22. Danışmanın kendisiyle aynı cinsiyetten olup /olmaması isteği					
	Evet		Hayır		
	N	%	N	%	
Ç. Kadın	24	48,0	26	52,0	
Ç. Erkek	17	34,0	33	66,0	
T. Kadın	18	54,0	15	45,5	
T. Erkek	3	30,0	7	70,0	
$\chi^2=2,026$, sd=1, p=,0155, fark yok					

4.2. Hastanelere Doğum İçin Başvuran Çiftlere Ait Bulgular (Tablo 4.-5.-6)

Hastanelere doğum için başvuranlardan, 771 kişi soru kâğıdımıza yanıt vermiş olup bunlardan, 646'sı (% 83,8), çiftlerden oluşurken, 107'si (% 13,9) tek kadınlardan 18'i de (% 2,3) soru kâğıtlarına çeşitli nedenlerle yanıt vermeyen erkeklerin eşlerinden oluşmaktadır.

Katılımcılardan kadınların yaşları minimum 17, maksimum 49'dur ve ortalama yaş $31,55 \pm 7,2$, erkeklerin yaşları minimum 18, maksimum 49'dur ve ortalama yaş $33,02 \pm 7$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan çiftlerden 323 kadından 34'ü (% 10,6)okuryazar, 61'i (% 18,2) ilkokul, 71'i (% 22) ortaokul, 90'ı (% 27,9) lise, 67'si (% 21,30) üniversite mezunu olup; erkeklerin 55'i (% 15,2) ilkokul, 67'si (% 20,7)ortaokul, 106'sı (% 32,8) lise, 95'i (% 31,3) üniversite mezunudur.

Katılımcı kadınlardan 48'inin (%14,86) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 275'inin (%85,14) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır, bu kadınların eşlerinin ise 300'ünün (%92,87) sürekli gelir getiren bir işi varken, 23'ünün (% 7,13) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.

Katılımcıların 214'ü (% 66,3) ilde, 79'u (% 24,1) ilçede, 30'u (% 9,6) köyde yaşamaktadır.

Kadınların 309'u (% 96) 1 inci, 14'ü (% 4) ikinci evliliklerini yapmıştır. Erkeklerin 300'ü (%92,9) 1'inci, 20'si (% 6,5) ikinci, 3'ü (% 0,6) 3'üncü evliliklerini yapmıştır.

Çiftlerin evlilik süreleri minimum 1, maksimum 32 yıldır ve ortalama evlilik süresi $9,62 \pm 7,2$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, kadınlarda minimum 12, maksimum 40 ve ortalama evlilik yaşı

21,93 ± 3,7, erkeklerin evlilik yaşları ise minimum 16, maksimum 36 olup, ortalama evlilik yaşı 23,85 ± 3,4 olarak bulunmuştur.

Kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları 17 ile 42 yaşları arasında değişmekte olup, ortalama ilk çocuğunu doğurma yaşı 21,35±8,5 olarak bulunmuştur.

Kadınların doğum sayıları 0 ile 5 arasında değişmektedir ve ortalama doğum sayısı 1,21 ±0,5 olarak bulunmuştur.

Kadınların gebeliği sonlandırmak sayıları 0 ile 3 arasında değişmektedir ve ortalama gebeliği sonlandırmak sayısı 1,15±0,04 olarak bulunmuştur.

Çiftlerin yaşayan çocuk sayısı 0–5 arasında değişmektedir ve yaşayan ortalama çocuk sayısı 1,66 ±0,9 olarak bulunmuştur.

Katılımcı çiftlerin 68'i (% 21,05) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 178'i (% 55,10) rahim içi araç, 32'si (% 9,90) doğum kontrol hapı, 13'ü (% 4) aylık iğne, 12'si (% 3,7) üç aylık iğne, 20'si (% 5,8) kondomu aile planlaması yöntemi olarak tercih ettiğini ifade etmiştir.

Katılımcı kadınlara gebelik durumunu öğrenip doğum başvurusu yapmadan önce durumu ilk kimlerle görüştikleri sorulduğunda, 160'ı (%49,5) hiç kimseyle, 22'si (% 6,8) erkek arkadaşlarıyla, 36'sı (%11,1) kız arkadaşlarıyla, 16'sı (%4,95) bir din görevlisiyle, 18'i (% 5,6) erkek kardeşiyle, 11'i (% 3,4) kız kardeşiyle, 3'ü (% 0,9) babasıyla, 9'u (% 2,8) bir sağlık görevlisiyle görüştüğünü belirtirken, 48 kişi (% 14,86) bu soruya yanıt vermemiştir. Erkek eşlerine, eşlerinin gebelik durumunu öğrenip kimlerle görüştüğü sorusu sorulduğunda, bu 4'ü (%1,23) hiç kimseyle, 10'u (% 3,9) erkek arkadaşlarıyla, 10'u (%3,9) kız arkadaşlarıyla, 5'i (%1,54) bir din görevlisiyle, 3'ü (% 0,92) erkek kardeşiyle, 8'i (% 2,47) kız kardeşiyle, 2'si (% 0,61) babasıyla, 2'si (% 0,61) bir sağlık görevlisiyle ve 4'ü (% 1,23) sadece eşiyile görüştüğünü ifade ederken 267 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Kadınların 213'ü (% 65,6) doğum sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 110'u (% 34,4) istememektedir.

Erkek partnerlerin 194'ü (%60,1) doğum sırasında eşinin yanında olmak isterken, 129'u (% 39,9) istememektedir.

Kadınların 207'si (% 64,1)doğumu takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 116'sı (% 35,9) istememektedir.

Erkek partnerlerin ise 211'i (% 65,3) doğumu takiben dinlenme odasında eşinin yanında olmak isterken, 112'si (% 34,7) istememektedir.

Kadınların 191'i (% 59,1) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 132'si (% 40,9) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Erkeklerin 190'ı (% 58,8), bilgi ihtiyaçları olduğunu belirtirken, 133'ü (% 41,2) bilgiye gerek olmadığını ifade etmektedir.

Kadınların 182'si (%56,3) aile planlaması ile ilgili bilgi gereksinimleri olduğunu ifade ederken, 141'i (% 43,7) böyle bir bilgiye gerek duymadığını ifade etmektedir.

Erkeklerin ise, 200'ü (% 61,9) bilgi gereksinimleri olduğunu ifade ederken, 123'ü (% 38,1) gerek duymadıklarını ifade etmektedir.

Kadınların 167'si (%51,7) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda kendilerine bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 156'sı (% 48,3) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Aynı konuda erkeklerin 153'ü (% 47,4) bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyeti önemli derken, 170'i (% 52,6) bunun önemsiz olduğunu belirtmektedir.

Kadınların 190'ı (% 58,8) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 133'ü (% 41,2) aynı cinsiyetten olmasının önemli olmadığını ifade etmiştir.

Aynı konuda erkeklerin 171'i (% 52,9) danışmanın kendileri ile aynı cinsiyetten olması gerektiğini söylerken 151'i (% 46,5) buna gerek olmadığını ifade etmektedir.

4.2.1. Hastanelere Doğum İçin Başvuran Tek Kadınlara Ait Bulgular (Tablo 4.-5.-6.)

Hastanelere doğum için başvuranlardan, 107 kadın soru kâğıdımıza yanıt vermiştir, ancak bu kadınların eşlerine ulaşamamıştır.

Katılımcıların yaşları minimum 18, maksimum 49 olup, ortalama $30,25 \pm 7,1$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan eşlerine ulaşamayan 107 kadından 30'u (% 28) ilkokul, 18'i (% 17), ortaokul, 28'i (% 27) lise, 31'u (% 28), üniversite mezunudur.

Katılımcı kadınlardan 24'ünün (%22,42) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 83'ünün (%77,57) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.

Kadınların 95'i (% 88,8) il'de, 9'u (% 8,4) ilçede, 2'si (% 0,9) köyde yaşamaktadır.

Kadınların 104'ü (% 96,9) 1nci evliliklerini yaparken, 3 kadın (%2,8) ikinci evliliğini yapmıştır.

Kadınların evlilik süreleri minimum 1, maksimum 26 yıldır ve ortalama evlilik süresi $7,20 \pm 4,1$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, kadınlarda minimum 17, maksimum 31 ve ortalama evlilik yaşı $20,72 \pm 7,4$ olarak hesaplanmıştır.

Katılımcı kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları 17 ile 37 yaşları arasında değişmekte olup, ortalama ilk çocuk doğurma yaşı $17,65 \pm 12,1$ olarak bulunmuştur.

Kadınların doğum sayıları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama doğum sayısı $1,10 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların gebeliği sonlandırmak sayıları 0 ile 3 arasında değişmekte olup, ortalama gebeliği sonlandırma sayısı $0,39 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı 0–4 arasında değişmekte olup, ortalama yaşayan çocuk sayısı $1,14 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 37'si (%34,6) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 44'ü (% 41,12) rahim içi araç, 26'sının ise (% 24,28) eşi kondomu aile planlaması yöntemi olarak tercih ettiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara gebelik durumunu öğrenip doğum başvurusu yapmadan önce, durumu ilk kimle görüştükleri sorulduğunda, 28'i (%26,2) hiç kimseyle, 14'ü (% 13,1) erkek arkadaşlarıyla, 16'sı (%15) kız arkadaşıyla, 18'i (% 16,8) bir din görevlisiyle 9'u (% 8,4) erkek kardeşiyle 4'ü (% 3,7) kız kardeşiyle ve 3'i (%2,8) annesiyle 4'ü (%3,7) sağlık görevlisiyle 11'i (% 10,3) sadece eşiyle görüştüğünü ifade etmiştir.

Kadınların 57'si (% 53,3) doğum sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 50'si (% 46,7) istememektedir.

Kadınların 60'ı (% 56,1) doğumu takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 47'si (% 43,9) istememektedir.

Kadınların 60'ı (% 56,1) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 47'si (% 43,9) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Kadınların 59'u (% 55,1) aile planlaması ile ilgili bilgi gereksinimlerini ifade ederken, 48'i (% 44,9) böyle bir bilgiye gerek olmadığını ifade etmektedir.

Kadınların 40'ı (% 37,4) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 67'si (% 62,7) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Kadınların 56'sı (% 52,3) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 51'i (% 47,7) aynı cinsiyetten olmasının önemli olmadığını ifade etmiştir.

4.2.2. Hastanelere Doğum İçin Başvuran ve Soru Kâğıdına Yanıt Vermeyen Kadınların Partnerlerine Ait Bulgular (Tek erkekler) (Tablo 4.-5.-6)

Hastanelere doğum için başvuranlardan, 18 kişi soru kâğıdımıza yanıt vermiştir ancak bu erkeklerin kadın eşlerine ulaşamamıştır.

Katılımcıların yaşları minimum 18, maksimum 33 olup, ortalama $25,22 \pm 4,3$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılan 18 erkekten 2'si (% 11,1), ortaokul, 4'ü (% 22,3) lise, 12'si (%66,6) üniversite mezunudur.

Katılımcı erkeklerden 15'inin (%83,3) sürekli gelir getiren bir işi olmasına rağmen, 3'ünün (%16,67) sürekli gelir getiren bir işi bulunmamaktadır.

Erkeklerin 17'si (% 94,4) il'de, 1'i (% 5,6) ilçede yaşamaktadır.

Katılımcı erkeklerin tamamı 1'inci evliliğini yapmıştır.

Erkeklerin evlilik süreleri minimum 1, maksimum 3 yıldır ve ortalama evlilik süresi $1,50 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Evlilik yaşları ise, erkeklerde minimum 17, maksimum 30 ve ortalama evlilik yaşı $21,61 \pm 8,4$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların yaşayan çocuk sayısı 0 ile 2 arasında değişmekte olup, ortalama

çocuk sayısı $0,39 \pm 6,08$ olarak bulunmuştur.

Katılımcıların 1'i (% 5,6) hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır, 5'inin eşi (%27,8) rahim içi araç, 12'si ise (% 66,6) kondomu aile planlaması yöntemi olarak tercih ettiğini ifade etmiştir.

Katılımcılara eşlerinin gebelik durumunu öğrenip doğum başvurusu yapmadan önce durumu ilk kimle görüştükleri sorulduğunda, 8'i (% 44,4) erkek arkadaşıyla, 6'sı (% 33,3) kız arkadaşlarıyla, 3'ü (%16,7) bir din görevlisiyle, 1'i (% 5,6) kız kardeşiyle görüşüğünü ifade etmiştir.

Erkeklerin 6'sı (% 33,3) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında olmak isterken, 12'si (%66,7) istememektedir.

Erkeklerin 9'u (%50) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşinin yanında olmak isterken 9'u (%50) istememektedir.

Erkeklerin 9'u (% 50) gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemekte, ancak 9'u (%50) bilgiye ihtiyacı olmadığını belirtmektedir.

Erkeklerin 8'i (% 44,4) aile planlaması ile ilgili bilgi gereksinimlerini ifade ederken, 10'u(% 55,6) böyle bir bilgiye gerek olmadığını ifade etmektedir.

Erkeklerin 8'i (%44,4) gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgi verecek sağlık görevlisinin cinsiyetinin önemli olduğunu, 10'u (% 55,6) önemli olmadığını ifade belirtmektedir.

Erkeklerin 3'ü (% 16,7) danışmanın kendileriyle aynı cinsten olması gerektiğini, 15'i ise (% 83,3) bunun önemli olmadığını ifade etmiştir.

TABLO - 4.

Doğum İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Demografik Bilgilerin Dağılımı

<u>YAS</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	17		49		31,55 ± 7,2					
Ç. Erkek	18		49		33,02 ± 7,0					
T. Kadın	18		49		30,25 ± 7,1					
T. Erkek	18		33		25,22 ± 4,3					
<u>EĞİTİM DURUMU</u>	<u>OKURYAZAR</u>		<u>İLKOKUL</u>		<u>ORTAOKUL</u>		<u>LİSE</u>			
<u>ÜNİVERSİTE</u>	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ç. Kadın	34	10,6	61	18,2	71	22	90	27,9	67	21,30
Ç. Erkek			55	15,2	67	20,7	106	32,8	95	31,3
T. Kadın			30	28,0	18	17,0	29	27,0	31	28,0
T. Erkek					2	11,1	4	22,3	12	66,6
<u>İŞ</u>	<u>SÜREKLİ GELİR GETİREN İŞİ VAR</u>				<u>SÜREKLİ GELİR GETİREN İŞİ</u>					
<u>YOK</u>	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ç. Kadın	48	14,86			275	85,14				
Ç. Erkek	300	92,87			23	7,13				
T. Kadın	24	22,42			83	77,58				
T. Erkek	15	83,33			3	16,67				
<u>YAŞANILAN YER</u>	<u>İL</u>		<u>İLCE</u>		<u>KÖY</u>					
Çiftler	214	66,3	79	24,1	30	9,6				
T. Kadın	95	88,8	9	8,4	2	0,9				
T. Erkek	17	94,4	1	5,6	-	-				
<u>EVLİLİK SAYISI</u>	<u>1. EVLİLİK</u>		<u>2 EVLİLİK</u>		<u>3 EVLİLİK</u>					
Ç. Kadın	309	%96	14	4	-	-				
Ç. Erkek	300	92,9	20	6,5	3	0,6				
T. Kadın	104	96,9	3	2,8						
T. Erkek	18	100								
<u>EVLİLİK SÜRESİ</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Çiftlerin	1 yıl		32 yıl		9,62±7,2					
T. Kadın	1 yıl		26 yıl		7,20± 4,1					
T. Erkek	1		3		1,50± 0,9					
<u>EVLİLİK YAŞI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	12		40		21,93 ± 3,7					
Ç. Erkek	16		36		23,85 ± 3,4					
T. Kadın	17		31		20,72± 7,4					
T. Erkek	17		30		21,61±8,4					
<u>İLK ÇOCUK DOĞURMA YAŞI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	17		42		21,35±8,5					
T. Kadın	17		37		17,65 ± 12,1					
<u>TOPLAM DOĞUM SAYISI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	0		5		1,21±0,5					
T. Kadın	0		5		1,10±0,9					
<u>TOPLAM GEBELİK</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Ç. Kadın	0		3		1,15±0,04					
T. Kadın	0		3		0,39 ±0,07					
<u>YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI</u>	<u>MİNİMUM</u>		<u>MAKSİMUM</u>		<u>ORTALAMA</u>					
Çiftler	0		5		1,66 ±0,9					
T. Kadın	0		4		1,14 ±0,9					
T. Erkek	0		2		0,39 ±6,08					
<u>DOĞ. KONT. YÖNT.</u>	<u>YÖNT. KULLANMIYOR</u>		<u>R.I.A</u>		<u>D.K.Hapı A.İÇNE</u>		<u>3 A. İÇNE</u>		<u>KONDOM</u>	
Çiftler	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
T. Kadın	68	21,50	178	55,10	32	9,90	13	4,0	12	3,70
T. Erkek ve Eşl.	1	5,60	44	41,12					26	24,28
			5	27,80					12	66,60

Ç. Kadın: Çiftlerin kadınları, Ç. Erkek: Çiftlerin erkekleri, T. Kadın: Partnerleri sorularımızı yanıtlamayan kadınlar, T. Erkek: Eşleri sorularımızı yanıtlamayan, ancak kendileri yanıtlayan erkekler.

TABLO - 5.

Doğum İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Gebeliklerini Öğrenip Gebeliği Sonlandırma Başvurusu Yapmadan Önce İlk Görüştükleri Kişileri Açıklayan Bilgilerin Dağılımı

	Hiç kimseyle		Erkek arkadaş		Kız arkadaş		Din görevlisi		Erkek kardeş		Kız kardeş		Babam		Annem		Sağlık görevlisi		Sadece eş	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ç. Kadın	160	49,5	22	6,8	36	11,1	16	5	18	5,6	11	3,8	3	0,9	-	-	9	2,8	-	-
Ç. Erkek	4	1,2	10	3,9	10	3,9	5	1,5	3	0,9	8	2,4	2	0,6	-	-	2	0,6	4	1,3
T. Kadın	28	26,2	14	13,1	16	15	18	16,8	9	8,4	4	3,7	-	-	3	2,8	4	3,7	11	10,3
T. Erkek	-	-	8	44,4	6	33,3	3	16,7	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLO - 6.
Doğum İçin Hastaneye Başvuran Katılımcılara Ait Eş Dayanışması ve Bilgilendirme Gereksiniminin Dağılımı (Çiftlerden Erkek ve Kadınlar Arasındaki Ki-Kare Değeri (χ^2) Tabloda Verilmiştir.)

17. Gebeliği sonlandırma sırasında eşin yanında olması durumu

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	213	65,6	110	34,4
Ç. Erkek	194	60,1	129	39,9
T. Kadın	57	53,3	50	46,7
T. Erkek	6	33,3	12	66,7

$\chi^2=2,397$, $sd=1$, $p=0,122$, fark yok

18. Gebelik sonlandırma sonrası dinlenme odasında eşin yanında olması durumu

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	207	64,1	116	35,9
Ç. Erkek	211	65,3	112	34,7
T. Kadın	60	56,1	47	43,9
T. Erkek	9	50,0	9	50,0

$\chi^2=0,108$, $sd=1$, $p=0,742$, fark yok

19. Gebelik sonlandırmayla ilgili bilgi isteği

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	191	59,1	132	40,9
Ç. Erkek	190	58,8	133	41,2
T. Kadın	60	56,1	47	43,9
T. Erkek	9	50,0	9	50,0

$\chi^2=0,006$, $sd=1$, $p=0,936$, fark yok

20. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgi isteği

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	182	56,3	141	43,7
Ç. Erkek	200	61,9	123	38,1
T. Kadın	59	55,1	48	44,9
T. Erkek	8	44,4	10	55,6

$\chi^2=2,075$, $sd=1$, $p=0,150$, fark yok

21. Bilgi alınacak danışmanın cinsiyetinin önemli olup olmadığı

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	167	51,7	156	48,3
Ç. Erkek	153	47,4	170	52,6
T. Kadın	40	37,4	67	62,7
T. Erkek	8	44,4	10	55,6

$\chi^2=1,214$, $sd=1$, $p=0,271$, fark yok

22. Danışmanın kendisiyle aynı cinsiyetten olmasını istiyor.

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Ç. Kadın	190	58,8	133	41,2
Ç. Erkek	171	52,9	152	47,1
T. Kadın	56	52,3	51	47,7
T. Erkek	3	16,7	15	83,3

$\chi^2=2,139$, $sd=1$, $p=0,144$, fark yok

4.2.3. Ölçeğe Ait Bulgular

Hastanelere doğum ve gebeliği sonlandırmak için başvuranlar ile ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” ve “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörleri arasında farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, iki grup arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark karşılaştırılmış ve bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür [T = 70641,500 (p = 0,072) T = 68634,000 (p = 0,268)].

Hastanelere doğum ve gebeliği sonlandırmak için başvuranlar arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, iki grup arasındaki ortanca değerleri arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (P= <0,001).

TABLO-7. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için	771	3	2,4	3,6
Gebeliği sonlandırmak için	143	2,6	2,05	3,15

T = 77273,500 (p = <0,001)

Hastanelere doğum için gelenlerin ortanca değerleri, gebeliği sonlandırmak için gelenlerin ortanca değerlerinden daha yüksek olduğu için, doğum için gelenler “fetüs bir değerdir” faktör’üne daha olumlu cevaplar vermişlerdir.

Hastanelere doğum ve gebeliği sonlandırmak için başvuranlar ile ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır” faktörü arasında farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, iki grup arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak görülmüştür (p = 0,021).

TABLO-8. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Din, Ahlak ve Yasalardan Bağımsız Olmamalıdır” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için	771	2,867	2,4	3,133
Gebeliği sonlandırmak için	143	2,733	2,4	3,4

T = 72125,500 (p = 0,021)

Hastaneye doğum için başvuranlar “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır” faktörünü, gebeliği sonlandırmak için gelenlerden daha olumlu görmektedirler.

Katılımcı gurupları arasında ölçeğin “Gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, iki grup arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,021).

TABLO-9. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için	771	2,987	2,4	3,575
Gebeliği sonlandırmak için	143	2,65	2,2	3,1

T = 72125,500 (p = 0,021)

Hastaneye doğum için başvuranlar “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörünü gebeliği sonlandırmak için gelenlere göre daha olumlu olarak bulmuşlardır.

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin doğumu için gelen, ancak eşlerine ulaşamadığımız erkekler, doğum için gelen çiftler, gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin gebeliği

sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler ve gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplar arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p = 0,028$).

TABLO-10. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için gelen tek kadınlar	107	2,833	2,5	3,333
Doğum için gelen tek erkekler	18	2,5	2,333	2,667
Doğum için gelen tek çiftler	646	2,667	2,167	3,167
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek erkekler	10	2,667	2,167	3,5
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek kadınlar	33	2,833	2,292	3,167
Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler	100	2,833	2,417	3,333

H = 12,538 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,028$)

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar ile gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin doğumu için gelen, ancak eşlerine ulaşamadığımız erkekler, doğum için gelen çiftler, gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin gebeliği sonlandırması için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler ve gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup gruplar arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = <0,001$).

TABLO-11. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için gelen tek kadınlar	107	2,6	2	3,2
Doğum için gelen tek erkekler	18	2,8	2,8	3,6
Doğum için gelen çiftler	646	2,6	2,2	3
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek erk	10	3,1	2,8	3,6
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek kadın	33	3	2,6	3,8
Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler	100	2,8	2,2	3,6

H = 23,550 5 derecelik serbestlikle (p = <0,001)

Gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar ile, eşlerinin gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler “fetüs bir değerdir” faktörüne daha olumlu yanıtlar vermiştir.

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin doğumu için gelen, ancak eşlerine ulaşamadığımız erkekler, doğum için gelen çiftler, gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin gebeliği sonlandırması için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler ve gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” ve “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır, ancak gruplar arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [(H = 7,876 5 derecelik serbestlikle (p = 0,163)), H = 8,122 5 derecelik serbestlikle (p = 0,150)].

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin doğumu için gelen, ancak eşlerine ulaşamadığımız erkekler, doğum için gelen çiftler, gebeliği sonlandırmak için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, eşlerinin gebeliğinin sonlandırılması için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler ve gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörü bakımından farklılık olup

olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplar arasındaki ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,002$).

TABLO-12. Katılımcı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Doğum için gelen tek kadınlar	107	2,6	2,2	3
Doğum için gelen tek erkekler	18	2,55	2,1	2,7
Doğum için gelen tek çiftler	646	2,7	2,2	3,1
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek erkekler	10	2,8	2,3	3,7
Gebeliği sonlandırmak için gelen tek kadınlar	33	2,8	2,275	3,4
Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftler	100	2,9	2,5	3,6

H = 18,966 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,002$)

Gebeliği sonlandırmak için gelenler gebeliğin sonlandırılması kararının aile bütünlüğü kavramı içinde düşünülmesi gerektiğini doğum için gelenlere göre daha fazla önemsemektedirler.

17-23, 24-30, 31-37, 38-44, 45 ve üzeri yaş grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü bakımından bir farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplar arasındaki ortalama değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,019$).

TABLO-13. Yaş Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
17-23	95	2,688	2,375	3,063
24-30	306	2,875	2,563	3,188
31-37	281	2,875	2,5	3,188
38-44	184	2,813	2,438	3,125
45 +	48	2,906	2,563	3,25

H = 11,824 4 serbestlik derecesiyle (p = 0,019)

45 ve üzeri yaş gurubu “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörüne diğerlerinden daha olumlu yanıt vermiştir.

17-23, 24-30, 31-37, 38-44, 45 ve üzeri yaş grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir”, “fetüs bir değerdir” “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmıştır, ancak gruplar arasındaki ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [(p = 0,168) , H = 4,823 4 derecelik serbestlikle (p = 0,306), H = 4,374 823 4 derecelik serbestlikle (p = 0,358)].

Kadın ve erkek grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,014).

TABLO-14. Kadın ve Erkek Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Test Sonuçları

Grup	N	Ortanca	%25	%75
Kadın	513	2,833	2,333	3,333
Erkek	401	2,667	2,167	3,167

T = 173728,500 (p = 0,014)

Bu iki gruptan kadınlar, “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörünü daha olumlu bulmuştur.

Kadın ve erkek grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü bakımından bir farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,014).

TABLO-15. Kadın ve Erkek Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Mann-Whitney U Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
Kadın	513	2,875	2,5	3,188
Erkek	401	2,813	2,438	3,125

T = 173772,500 (p = 0,014)

Bu iki gruptan kadınlar, “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Kadın ve erkek grupları arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir T = 180443,000 (p = 0,447).

Kadın ve erkek grupları arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir $T = 176784,000$ ($p = 0,092$).

Kadın ve erkek grupları arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir”, “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir”, “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Mann-Whitney U Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$T = 179497,000$ ($p = 0,317$), $H = 0,572$ 4 derecelik serbestlik ($p = 0,966$), $H = 1,277$ 4 derecelik serbestlikle ($p = 0,865$)].

Eğitim düzeyi grupları arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,001$).

TABLO-16. Eğitim Düzeyi Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	N	Ortanca	%25	%75
Üniversite	252	2,8	2,2	3,4
Lise	281	2,6	2,2	3,2
Ortaokul	180	2,6	2	3
İlkokul	201	2,6	2,1	3,125

$H = 18,355$ 4 derecelik serbestlikle ($p = 0,001$)

Eğitim düzeyi yükseldikçe fetüs bir değerdir kavramı daha olumlu bulunmaktadır denilebilir.

TABLO-17. Üniversite Mezunlarının, İlkokul Mezunlarına Göre “Fetüs Bir Değerdir” Faktörünü Daha Olumlu Bulduklarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Kruskal Wallis Testnin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u

Kıyaslama	Derecelerin farklılığı	Q	P<0,05
Üniversite ile ilkokul	91,739	3,464	Fark var
Üniversite ile ortaokul	69,417	2,694	Fark yok
Üniversite ile lise	9,29	0,406	Test edilemiyor
Lise ile ilkokul	82,448	3,178	Test edilemiyor
Lise ile ortaokul	60,127	2,386	Test edilemiyor
Ortaokul ile ilkokul	22,322	0,783	Test edilemiyor

Üniversite mezunları, ilkokul mezunlarına göre “fetüs bir değerdir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Eğitim düzeyi grupları arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır”, “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [H = 1,136 4 derecelik serbestlikle (p = 0,888), H = 4,637 4 derecelik serbestlikle (p = 0,327)].

Yaşanılan yer grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından arasında farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,039).

TABLO-18. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
İl	673	2,667	2,333	3,333
İlçe	174	2,667	2,167	3,333
Köy	67	2,5	2,042	2,958

H = 6,502 2 derecelik serbestlikle (p = 0,039)

İllerde yaşayanlar köylerde yaşayanlara göre “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

TABLO-19. İllerde Yaşayanların Köylerde Yaşayanlara Göre “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörünü Daha Olumlu Bulmalarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u

Kıyaslama	Derecelerin farklılığı	Q	P<0,05
İl ve köy	85,77	2,536	Fark var
İl ve ilçe	11,943	0,532	Fark yok
İlçe ve köy	73,827	1,945	Fark yok

Yaşanılan yer grupları arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = <0,001).

TABLO-20. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
İl	673	2,6	2,2	3,2
İlçe	174	2,4	2	3
Köy	67	2,4	2	2,8

H = 14,186 2 derecelik serbestlik (p = <0,001)

TABLO-21. İllerde Yaşayanların İlçe ve Köylerde Yaşayanlara Göre “Fetüs Bir Değerdir” Faktörünü Daha Olumlu Bulmalarını Gösteren Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u

Kıyaslama	Derecelerin farklılığı	Q	P<0,05
il ve köy	94,632	2,798	Fark var
il ve ilçe	64,256	2,862	Fark var
ilçe ve köy	30,376	0,8	Fark yok

İllerde yaşayanları ilçe ve köylerde yaşayanlara göre “fetüs bir değerdir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

İlçelerde yaşayanla da köylerde yaşayanlara göre “fetüs bir değerdir” faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Yaşanılan yer grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir”, “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır”, “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörleri bakımında farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [H = 2,260 2 derecelik serbestlik (p = 0,323), H = 3,217 2 serbestlik derecesiyle (p = 0,200), H = 4,587 2 serbestlik derecesiyle (p = 0,101)].

İlk çocuk sahibi olma yaşı grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

TABLO-22. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	N	Ortanca	%25	%75
17-23	491	2,667	2,167	3,167
24-30	382	2,833	2,333	3,333
31+	20	3	2,583	3,333
>17	21	2,5	2,292	2,625

H = 14,039 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,003)

İlk çocuk sahibi olma yaşı 31 ve üzeri olanlar diğer guruplara “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörüne daha olumlu yanıt vermişlerdir.

İlk çocuk sahibi olma yaşı grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, guruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,003).

TABLO-23. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	N	Ortanca	%25	%75
17-23	491	2,813	2,438	3,125
24-30	382	2,875	2,5	3,25
31+	20	3,031	2,781	3,313
>17	21	2,688	2,313	2,813

H = 13,973 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,003)

TABLO-24. İlk Çocuk Sahibi Olma Yaşı 31 ve Üzeri Olanlar ile 24-30 Yaş Gurubunun, 17 Yaşının Altında Çocuk Sahibi Olanlara Göre “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörüne Daha Olumlu Yanıt Verdiğini Gösteren Kruskal Wallis Testnin Çoklu Karşılaştırma Metodu Olan Dunn's Method'u

Kıyaslama	Derecelerin farklılığı	Q	P<0,05
31+ ve >17	229,861	2,787	Fark var
31+ ve 17-23	95,91	1,593	Fark yok
31+ ve 24-30	54,483	0,9	Test edilemiyor
24-30 ve >17	175,377	2,964	Fark var
24-30 ve 17-23	41,427	2,3	Test edilemiyor
17-23 ve >17	133,951	2,277	Fark yok

(p = 0,003)

İlk çocuk sahibi olma yaşı 31 ve üzeri olanlar ile 24-30 yaş gurubu, 17-23 yaş gurubunda çocuk sahibi olanlara göre “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörüne daha olumlu yanıt vermişlerdir.

İlk çocuk sahibi olma yaşı grupları arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,031).

TABLO-25. Yaşanılan Yer Grupları Arasında Ölçeğin “Fetüs Bir Değerdir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
>17	21	2,4	2,2	2,65
17-23	491	2,6	2,2	3
24-30	382	2,6	2,2	3,4
31+	20	3	2	3,5

H = 8,862 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,031)

İlk çocuk sahibi olma yaşı yükseldikçe “fetüs bir değerdir” faktörüne daha olumlu yanıtlar verilmiştir.

İlk çocuk sahibi olma yaşı grupları arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır”, “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir”, “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [H = 1,199 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,753), H = 0,278 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,964), H = 3,558 2 serbestlik derecesiyle (p = 0,169)].

Toplam doğum sayısı grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,040).

TABLO-26. Toplam Doğum Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
0	432	2,667	2,167	3,167
1	223	2,833	2,333	3,333
3	79	2,667	2,333	3,292
2	152	2,833	2,333	3,333
4	19	3	2,375	3,167
5+	9	2,5	2,042	2,708

H = 11,629 5 serbestlik derecesiyle (p = 0,040)

Toplam doğum sayısı 4 olanlar diğerlerine göre, gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörüne daha olumlu yanıtlar vermişlerdir

Toplam doğum sayısı ile ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü arasında farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış

olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,022$).

TABLO-27. Toplam Doğum Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
0	432	2,813	2,438	3,125
1	223	2,938	2,625	3,25
3	79	2,813	2,453	3,188
2	152	2,875	2,5	3,25
4	19	2,938	2,469	3,125
5+	9	2,688	2,406	2,891

$H = 13,136$ 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,022$)

Toplam doğum sayısı, 4 olanlar diğerlerine göre, “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörüne daha olumlu yanıtlar vermişlerdir.

Toplam doğum sayısı grupları arasında ölçeğin “fetüs bir değerdir”, “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır”, “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [$H = 1,415$ 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,923$.), $H = 3,669$ 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,598$), $H = 2,473$ 5 serbestlik derecesiyle ($p = 0,781$)].

Toplam gebelik sonlandırma sayısı grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p = 0,022$).

TABLO-28. Toplam Gebeliği Sonlandırma Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Kadının Sağlığı ve Üreme Hakkı Önceliklidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
1	180	2,875	2,5	3,188
0	683	2,875	2,438	3,125
2	40	3,031	2,531	3,313
3+	11	3,250	2,984	3,703

H = 9,588 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,022)

Gebeliği sonlandırma sayısı 3 ve üzeri olanlar “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir” faktörüne daha olumlu bakmaktadırlar.

Toplam gebeliği sonlandırma sayısı grupları arasında ölçeğin “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,041).

TABLO-29. Toplam Gebeliği Sonlandırma Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebeliğin Sonlandırılması Kararı Aile Bütünlüğü Kavramından Ayrı Düşünülmemelidir” Faktörü Bakımından Farklılığın Araştırıldığı Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
1	180	2,8	2,4	3,2
0	683	2,6	2,2	3,1
2	40	2,8	2,3	3,15
3+	11	3	2,7	3,825

H = 8,266 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,041)

Gebeliği sonlandırma sayısı 3 ve üzeri olanlar “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir”, faktörüne diğerlerine göre daha olumlu bakmaktadırlar.

Toplam gebeliği sonlandırma sayısı grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir”, “fetüs bir değerdir”,

“gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [H = 3,558 with 2 degrees of freedom (p = 0,169), H = 4,676 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,197), H = 6,875 3 serbestlik derecesiyle (p = 0,076)].

Yaşayan çocuk sayısı grupları arasında ölçeğin “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörü bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p = 0,037).

TABLO-30. Yaşayan Çocuk Sayısı Grupları Arasında Ölçeğin “Gebelik ve Gebelik Sonlandırılması Kararında Erkekler Söz Sahibidir” Faktörü Bakımından Bir Farklılık Olduğunu Gösteren Kruskal Wallis Test Sonuçları

Grup	n	Ortanca	%25	%75
0	134	2,833	2,333	3,167
1	352	2,667	2,333	3,333
2	250	2,667	2,167	3,167
3	134	2,667	2,333	3,167
4	28	2,833	2,5	3,167
5 +	16	2,167	1,833	2,583

H = 11,837 5 serbestlik derecesiyle (p = 0,037)

Yaşayan çocuk sayısı 1 olanlar diğerlerine göre “gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir” faktörüne daha olumlu bakmaktadırlar.

Yaşayan çocuk sayısı grupları arasında ölçeğin “kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir”, “fetüs bir değerdir”, “gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır”, “gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir” faktörleri bakımından farklılık olup olmadığını görmek için Kruskal Wallis Testi yapılmış olup, gruplara ait ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir [H = 5,542 5 serbestlik derecesiyle (p = 0,353), H = 4,619 5 serbestlik derecesiyle (p = 0,464), serbestlik derecesiyle (p = 0,908), H = 2,284 5 serbestlik derecesiyle (p = 0,809)].

5. TARTIŞMA

Gebelik ve gebeliğin sonlandırması kararı ile ilgili değerlendirmeler daha çok kadınlar ile yapılmış olan çalışmalarda açıklanmaya çalışılmıştır. Erkeklerin bu konudaki yaklaşımlarını ortaya çıkarmak ve cinsiyet farklılığı genelinde incelemek gerekmektedir (19).

Araştırma bulgularımıza göre hastanelere gebeliği sonlandırmak için başvuran çiftlere ait kadınların yaş ortalaması $34,72 \pm 7,6$, gebeliği sonlandırmak için gelmiş eşlerine ulaşamadığımız (tek) 33 kadının yaş ortalaması $36,85 \pm 6,9$ olarak hesaplanmıştır.

Doğum için gelen çiftlerden kadınların yaş ortalaması $31,55 \pm 7,2$ eşlerine ulaşamayan kadınların (tek) yaş ortalaması $30,25 \pm 7,1$ 'dir.

Araştırmamızda doğum için hastanelere başvuran kadınların yaş ortalamaları, gebeliği sonlandırmak için gelenlerden daha düşüktür.

Dündar ve arkadaşları tarafından yapılan 103 hastanın yer aldığı bir araştırmada kadınların gebelik sonlandırma yaş ortalamaları $26,28 \pm 5,10$ olarak bulunmuştur. Araştırma bulgularımız Dündar ve arkadaşlarının bulgularına göre yüksek olarak değerlendirilmiştir (18).

Özbaşaran ve arkadaşlarının çalışmasında da gebelik sonlandırmak için başvuran kişilerin 30-39 yaş grubunda olduğu da görülmüştür. Araştırma bulgumuz katılımcıların yaşları açısından Özbaşaran ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzer değerlendirilmiştir (51).

Araştırmamıza katılan gebeliği sonlandırmak için hastanelere başvuranların eğitim düzeyi doğum için hastanelere başvuranların eğitim düzeylerinden daha yüksek olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'de kentlerde yaşayan kadınların kırsal alanlarda yaşayanlara oranla daha eğitilmiş olduğu görülmektedir. Kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan kadınların yüzde 28'i herhangi bir eğitim düzeyini tamamlamamış iken, bu oran kentlerde yaşayan kadınlar arasında yüzde 15'e inmektedir. Kentlerde yaşayan kadınların yüzde 26'sı en az lise mezunudur; ancak kırsal alanlarda yaşayan kadınlar arasında bu oran yüzde 7'dir (42).

Araştırmamıza katılan kadınların eğitim düzeyleri TNSA 2008 verilerinden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bunun nedeni araştırmamızın yapıldığı yerin eğitim düzeyi yüksek olan bir ilde, Eskişehir'de olmasından kaynaklanmaktadır.

Gebeliği sonlandırmak için hastanelere başvuran kadınların 15'nin (%30), doğum için başvuran kadınların 48'inin (% 14,86) sürekli gelir getiren bir işi vardır.

Araştırma sonuçları TÜİK 2007 kadınların istihdam oranı Türkiye için kadınlarda %22, erkeklerde ise % 64 olarak verilmektedir (50).

Araştırma bulgularımız TÜİK 2007 bulguları ile değerlendirildiğinde gebeliği sonlandırmak için hastanelere başvuran kadınların istihdam oranı Türkiye ortalaması üzerinde değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda gebeliği sonlandırmak ve doğum için başvuran kadınların tamamına yakını ilk evliliğini yapmıştır.

TNSA 2008 araştırma sonuçlarına göre doğurgan çağdaki kadınların çoğunluğunun halen evli (yüzde 65), üçte birinin hiç evlenmemiş (yüzde 31), ve kalan yüzde 4'ünün de boşanmış, ayrı yaşıyor veya eşi ölmüş olduğunu göstermektedir. Hiç evlenmemiş kadın oranı yaşla birlikte hızla düşmektedir, bu oran en gençlerde yüzde 90 iken, yirmili yaşların sonlarındaki kadınlar için yüzde 23'tür. Otuzlu yaşların sonlarındaki kadınların yüzde 4'ü ve 45-49 yaşları arasında olup üreme çağının sonuna gelen kadınların ise sadece yüzde 0,1'i hiç evlenmemiştir (42).

Bu veriler Türkiye'de evliliğin çok yaygın olduğunu doğrulamakta ve araştırmamızı desteklemektedir.

Gebeliği sonlandırmak için başvuran grubun ortalama evlilik süreleri doğum için başvuranların ortalama evlilik sürelerinden daha uzundur.

Gebeliği sonlandırmak için gelenlerin ortalama evlilik yaşları doğum için gelenlerden daha yüksek olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre ortalama evlilik yaşı kadınlar için 20,8'dir. DİE' nün verilerine göre de erkekler için bu ortalama evlilik yaşı 26'dır (42).

Araştırmamız, kadınlar için TNSA 2008 verilerine uyum göstermesine karşılık, erkekler için DİE' nün verilerinden düşük olarak değerlendirilmiştir.

Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftlerden kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları ortalama $23.87 \pm 6,9$, tek kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları $24,44 \pm 7,4$, tek erkeklerin ilk çocuklarına sahip olma yaşları ortalama 20.10 ± 1.0 bulunmuştur.

Doğum için gelen çiftlerden kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları ortalama $21,35 \pm 8,5$, tek kadınların ilk çocuklarını doğurma yaşları ortalama $17,65 \pm 12,1$ olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre ilk çocuk doğurma yaş ortalaması 22,3' tür (42). Bu durum araştırmamıza paralellik göstermekte olup aradaki küçük farkın ise bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftlerden kadınların doğum sayıları ortalama 1.6 ± 1.2 , tek kadınlarda doğum sayısı ortalama $1.76 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Doğum için gelen çiftlerden kadınların doğum sayıları ortalama 1.21 ± 0.5 , tek kadınlarda doğum sayısı ortalama $1.10 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre kırsal alanda ortalama doğum sayısı 2.68, kentte 2, Türkiye genelinde ise, 2,16'dır (42).

Araştırmamızın bulguları TNSA 2008 araştırma bulgularından daha düşük düzeydedir.

Gebeliği sonlandırmak için gelenlerde ortalama sonlandırma sayısı $1,22 \pm 0,5$, tek kadınlarda ise ortalama kürtaj sayısı $0,70 \pm 0,7$ olarak bulunmuştur.

Doğum için gelenlerde kadınların kürtaj sayıları 0 ile 5 arasında değişmekte olup, ortalama gebeliği sonlandırma sayısı $1,15 \pm 0,04$, tek kadınlarda ise ortalama kürtaj sayısı $0,39 \pm 0,07$ olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre ortalama gebelik sonlandırma sayısı 0.29 olarak belirtilmektedir (42).

Shekhar ve arkadaşlarının 2010 yılında yayınladıkları araştırma bulgularına göre kadınların ortalama kürtaj sayısı 1,6'dır (61).

Araştırma bulgularımız ortalama kürtaj sayısı bakımından TNSA 2008 bulgularından yüksek, Shekhar ve arkadaşlarının araştırma sonuçlarından daha düşük bulunmuştur.

Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftlerin ortalama yaşayan çocuk sayısı $1,66 \pm 0,9$, tek kadınlarda $1,75 \pm 0,9$, tek erkeklerde $1,40 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur.

Doğum için gelen çiftlerin yaşayan çocuk sayısı ortalama $1,66 \pm 0,9$, tek kadınlarda yaşayan çocuk sayısı ortalama $1,14 \pm 0,9$, tek erkeklerde yaşayan çocuk sayısı ortalama $0,39 \pm 0,08$ olarak bulunmuştur.

TNSA 2008 verilerine göre ise yaşayan çocuk sayısı ortalama, gebelikler dâhil 2,3 tür (42). Araştırmamızda gebelikler hariç tutulmuş olup, bulunan yaşayan çocuk sayısı ortalaması TNSA 2008 verilerine göre düşük olarak saptanmıştır.

Gebeliği sonlandırmak için gelen kadınlardan 30'u (% 30) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 17'si (% 17) rahim içi araç, 19'unun eği ise (% 19) kondom kullanmaktadır.

Doğum için gelen kadınların 68'i (% 21,5) herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmazken, 178'i (%55,10) rahim içi araç, 20'sinin ise (% 6,25) eği kondom kullanmaktadır.

Gebeliği sonlandırmak için hastanelere başvuran kadınların 30'u (%30), doğum için gelenlerin 68'i (% 21,5) herhangi bir AP yöntemi kullanmamaktadır. Tokuç ve arkadaşlarının araştırma bulguları gebelik sonlandırma / doğum gibi hastaneye başvuru ayrımı ortaya koymasa da, kadınların %74,7'sinin herhangi bir AP yöntemi kullanmadığını ortaya çıkarmıştır. Herhangi bir AP yöntemi kullanmama bakımından araştırma bulgularımız adı geçen çalışma verilerine göre daha düşük düzeyde değerlendirilmiştir (67). Koyuncuer'in araştırma bulgularına göre katılımcıların %20'si RİA, %8'i kondom kullanmaktadır. Gebeliği sonlandırmak için başvuran grupta RİA kullanımı Koyuncuer'in çalışmasına yakın, doğum için başvuran grupta RİA kullanımı ise aynı araştırma bulgusundan daha yüksek olarak değerlendirilmiştir (43).

TNSA 2008 verilerine göre ise bulgular yaklaşık her dört evli kadından birinin geri çekme yöntemi kullandığını ortaya koymaktadır. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem yüzde 17 ile RİA' dır. En yaygın olarak kullanılan ikinci yöntem yüzde 14 ile kondomdur (42).

Araştırmamız RİA ve kondom kullanımı konusunda TNSA 2008 verileriyle paralellik göstermektedir.

Özbaşaran ve arkadaşlarının çalışma bulgularında katılımcıların % 7'si herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamakta olduğunu; %12'si kondom kullandığını açıklamıştır. Hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmama açısından çalışmamızla bir benzerlik göstermemektedir (51).

Araştırmamıza katılanlar gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusu yapmadan, benzer şekilde gebelik durumunu öğrenip doğum başvurusu yapmadan önce kimlerle görüştünüz sorusuna farklı yanıtlar vermişlerdir. Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili olarak her dört kadından biri bu durumu hiç kimseyle konuşmamayı seçerken, doğum başvurusu yapmış olan her iki kadından biri suskunluğu tercih etmiştir. Gebelik, doğum ve gebeliğin sonlandırılması ile bir din görevlisinin görüşüne başvuranlar çoğunlukla kadınlar olmuştur. Her iki durumda da arkadaşlar, en çok görüşülen fikir alınan grubu oluşturmuştur.

Finken ve Jacobs'un araştırmasında da gebelik, gebelik sonlandırma ve doğum girişimlerinde önce görüşülen kişiler arkadaşlardır. Bu açıdan araştırma bulgularımız adı geçen çalışma ile benzer değerlendirilmiştir. Ayrıca, sıralamada sağlık profesyonellerinin yer almaması düşündürücü bir konu olarak değerlendirilmiştir (24).

Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftlerden kadınların 23'ü (%46) gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 27'si (%54) istememekte, erkek eşlerinden %50'si eşinin yanında olmak isterken, 25'i (%50) istememektedir. Tek kadınların 14'ü (%42,4) eşini yanında isterken, 19'si (%57,6) istememekte, tek erkeklerin 5'i (%50) eşinin yanında olmak isterken, 5'i (%50) istememektedir.

Rasch ve arkadaşlarının araştırma bulgularına göre erkeklerin çoğunluğu gebelik sonlandırma girişimi sonrası eşlerinin yanında olup onlara destek olmak istemektedir. Araştırma bulgumuz gebelik sonlandırma girişimi sonrası erkeklerinin eşlerinin yanında olmayı istemesi bakımından Rasch ve arkadaşlarının araştırması ile benzer değerlendirilmiştir(57).

Bazı çalışmalarda erkeklerin, gebelik sonlandırma girişimi sonrası eşlerinin yanında olmayı istemeleri kadınların tutumlarına bağlı görülmüştür (50, 59).

Doğum için gelen çiftlerden kadınların 213'ü (% 65,6) doğum sırasında eşinin yanında bulunmasını isterken, 110'u (% 34,1) istememekte, erkek eşlerinden 194'ü (%60,1) eşinin yanında olmak isterken, 129'u (% 39,9) istememekte, tek kadınların 57'si

(% 53,4) eşinin yanında bulunmasını isterken, 50'si (% 46,7) istememekte, erkeklerin 6'sı (% 33,3) eşinin yanında olmak isterken, 12'si (%66,7) istememektedir.

Gebeliği sonlandırmak için gelen çiftlerin kadın eşlerinden 28'i (%56) gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 22'si (%44) istememekte, çiftlerin erkek eşlerinden 29'u (%58) eşinin yanında olmak isterken, 21'i (%42) istememekte, tek kadınların 16'sı (%48,5) eşini yanında isterken 17'si (%51,5) istememekte, tek erkeklerin 5'i (%50) eşinin yanında olmak isterken 5'i (%50) istememektedir.

Doğum için gelen çiftlerden kadın eşlerin 207'si (% 64,1) doğumu takiben dinlenme odasında eşini yanında isterken 116'sı (% 35,9) istememekte, erkek eşlerden 211'i (% 65,3) eşinin yanında olmak isterken, 112'si (% 34,7) istememekte, tek kadınlardan 60'ı (% 56,1) eşini yanında isterken 47'si (% 43,9) istememekte, tek erkeklerin 9'u (%50) eşinin yanında olmak isterken 9'u (%50) istememektedir.

Erkeklerin %60,1'i doğum sırasında, eşlerinin gebeliğini sonlandırma için hastanelere başvuran erkeklerin %58'i de eşlerinin yanında olmayı istemektedirler. Araştırma bulgumuz "Bir çocuğun doğumu babanın yaşamı için önemli bir deneyimdir" ifadesi ile açıklığa kavuşturulan literatür ile uyumlu bulunmuştur (19).

Araştırmamızda, gebelik sonlandırmak için gelen kadınlardan yarısından fazlası gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgi almak istemektedir. Yarısına yakını da adı geçen konuda bilgi istememektedir.

Araştırmamızda doğum için gelen çiftlerden, kadın ve erkeklerin yaklaşık %60'ı gebeliğin sonlandırılması konusunda bilgi ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir.

Hem gebeliği sonlandırmak hem de doğum için hastanelere başvuran kadın ve erkeklerin yarısından çoğu gebelik sonlandırılması ile ilgili bilgi istediklerini açıklamıştır.

Tulsiani ve arkadaşlarının araştırma bulgularına göre erkekler üreme sağlığı genel başlığı altında yer alan konularda bilgi ve sorumluluk almaya isteklidirler (70). Erkek katılımcıların yanıtları literatür ile uyumlu değerlendirilmiştir.

Literatürde kadınlar istenmeyen gebelikleri önlemek ve doğurganlıklarını da devam ettirmek için bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Aile planlaması yöntemleri gebelik sonlandırma işlemi sonrasında sağlık profesyonelleri tarafından sunulmalı ve izlenmelidir.

Araştırmamıza katılan kadın ve erkeklerin %50'sinden çoğu aile planlaması konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir. Gılıç ve arkadaşlarının çalışmasında da katılımcılar ana ve çocuk sağlığını geliştirmek ve aile ve ülke ekonomisine katkıda bulunmak için aile planlaması konusunda bilgi istediklerini ifade etmişlerdir. Aile planlaması konusunda belirtilen bilgi isteği Gılıç ve arkadaşlarının çalışması ile benzer bulunmuştur (26).

Araştırmamızda gebeliği sonlandırmak ve doğum için başvuran kadınların yarıdan fazlası kendilerine gebeliğin sonlandırılması için AP konularında bilgi verecek danışmanın cinsiyetinin önemli olduğu kanısındadırlar. Erkek katılımcıların da yarıya yakını bu görüşü taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

Türkiye'de üreme çağındaki kadınların %62,1'i artık çocuk istememektedir (3). Çiftlerin istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için AP konusunda verilen danışmanlık hizmetleri çok önemlidir. Her türlü çaba ve girişime rağmen verilen danışmanlık hizmetlerinin varılmak istenen noktaya ulaşamadığı söylenebilir.

Araştırma bulgularımıza göre kadın katılımcıların yarıdan fazlası için erkek katılımcıların da yaklaşık yarısı için danışmanlık hizmeti verecek kişinin cinsiyeti önemlidir .

Hasta ve danışman arasındaki iletişimde cinsiyetin önemli bir faktör olduğu bazı çalışmalarda ortaya konmuştur. Araştırma bulgularımız bu kapsamda literatürle benzer

değerlendirilmiştir (10). Pehlivan'ın 2004 tarihli araştırmasında aile planlaması konusunda danışman cinsiyeti tercihi sorulduğunda, katılımcıların ortalama %59,9'u kendi cinsinden bir danışman tercih ettiğini açıklamıştır. Araştırmamız Pehlivan'ın araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (56).

Jinekoloji ve obstetrik alanlarında sağlık problemlerinde aynı cinsiyete ait doktor ve danışman seçimi giderek artmaktadır (59).

Araştırmamızda hastanelere doğum için gelenler kürtaj için gelenlere göre "fetüs bir değerdir", gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olamamalıdır", faktörlerini daha olumlu bulmuşlardır.

Gebe kadının fetüsle özel bir ilişkisi olduğu kabul edilirse, bu ilişki aracılığıyla kadının fetüsle ilgili belli kararları verebilecek yetkiye sahip olduğunun da kabul edilmesi gerekir. Fetüsün potansiyel bir kişi olması; gebelik, bebeklik ve çocukluk gibi dönemlerde normal gelişimini sürdüreceği varsayımıyla anlam kazanır ve fetüs ancak bu durumda bir birey haline gelebilir. Bu yüzden fetüsle ilgili kararlarda onun "ne olduğundan çok, "ne olacağı" sorusuna yanıt aranabilir. Örneğin fetüsün istenip istenmediği gibi sorular yanıtlanmalıdır (76).

Araştırmamızda doğum için gelenlerin fetüsü istediği için kürtaj için gelenlere oranla "fetüs bir değerdir" faktörüne daha ılımlı bakması da beklenen bir sonuçtur.

Hastanelere doğum için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar, kürtaj için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar ile kürtaj için gelen çiftler "gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Kadınlar ebeveyn olmak ya da gebeliği sonlandırmak arasında bir seçim yapmaya zorlanmaktadır. Bu durum sosyal bir dayatma ya da aile kavramının bir yansıması olarak görülmektedir (33).

Kadınların ve erkeklerin sahip oldukları tutum ve davranışlara dikkat edildiğinde, genellikle toplumsal alanda bir ilişkisinin ve karşılığının bulunduğu görülür. Örneğin Türkiye'deki kadınlar üzerine yapılan çalışmalara bakıldığında, erkeklere oranla aile değerlerine kadınların daha çok önem verdikleri tespit edilmiştir (20). Esasında kadınların aileye, erkeklere oranla çok daha fazla önem vermeleri, toplumsal yapının cinsiyet rollerine yönelik beklentisiyle de uygunluk göstermektedir. Toplumsal yapı, kadınların sosyal ilişkilerde duygusal beklentilere daha fazla önem vermelerini beklemekte ailenin bütünlüğünü sağlamada kadına aktif bir rol vermektedir. Bu çerçevede tarihten günümüze süzülerek gelen "Yuvayı dışı kuş yapar" atasözü, aile içerisinde kadının rolünü ve önemini ifade etmektedir. Buna karşılık erkeklerin ülkenin iyiliği ve geleceği gibi konulara daha fazla önem vermesi, öteden beri kabul edilen erkeğin sorumluluk, koruyuculuk ve hâkimiyet gibi toplumsal rollerine ve görevlerine uygun düşmektedir.

Kürtaj için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız kadınlar ile eşlerinin kürtajı için gelen ve eşlerine ulaşamadığımız erkekler "fetüs bir değerdir" faktörüne daha olumlu yanıtlar vermişlerdir.

Bu sonuca göre soru kâğıtlarını eşi yanında yokken dolduran tek erkek ve tek kadınların fetüs lehine düşündüğü kanaatine varılmıştır.

Kürtaj için gelenler gebeliğin sonlandırılması kararının aile bütünlüğü kavramı içinde düşünülmesi gerektiğini doğum için gelenlere göre daha fazla önemsemektedirler.

TNSA 2008 verilerine göre kadının ve eşinin ortak kararı sonucu gerçekleşen isteyerek gebelik sonlandırmalar en fazla Türkiye'nin Güney ve Orta bölgelerinde gerçekleşmekte ve isteyerek gebelik sonlandırma konusunda karar veren kişi, kadınların sahip olduğu eğitim ve refah düzeyine göre belirgin bir değişim göstermemektedir (42).

Hayat pahalılığı, başka bir bebek istememek, evlilik ve aile bütünlüğü gibi nedenler isteyerek gebelik sonlandırma nedenleri arasında bulunmaktadır.

Bu yüzden kürtaj için gelenlerin aile bütünlüğü kavramına önem vermesi ve aile bütünlüğü kavramını kürtajın getirdiği diğer olumsuz sonuçların önünde tutmaları beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmekte ve araştırmamızın TNSA 2008 bulgularına paralellik gösterdiği söylenebilir.

45 ve üzeri yaş gurubu "kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir" faktörüne diğerlerinden daha olumlu yanıt vermiştir.

Weibe ve Adams'ın çalışmalarına göre de çocuk sahibi olan ve kırklı yaşların sonlarına yaklaşmış kadınlar üreme sağlığının önemine vurgu yapmaktadırlar (73).

Kadın sağlığı ve üreme hakkının önceliği konusunda almış olduğumuz yanıtlar Weibe ve Adams'ın çalışma sonuçlarına göre uyumlu değerlendirilmiştir.

Kadınlar, "gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörünü daha olumlu bulmuştur.

Dudgeon ve arkadaşlarına göre erkeğin kadının üreme sağlığı üzerinden bir etkisi vardır ve bunun toplumsal olarak algısının açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bulgumuz Dudgeon ve arkadaşlarının çalışması ile uyumlu bulunmuştur (17).

Cook'un kitabında bahsettiği kadının tarihsel açıdan birincil görevi erkeğin çocuğunu özellikle erkek çocuğunu doğurmaktır. Ailenin temelini kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmamıza katılan gebelik ve gebelik sonlandırma kararında erkekleri söz sahibi gören kadınların da benzer düşüncede oldukları söylenebilir (13).

Kadınlar, "kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir" faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Araştırmamıza katılan kadınlar açısından üreme sağlığı ile ilgili bir farkındalık geliştirdikleri söylenebilir. Bazı çalışmalarda kadınların üreme sağlığı ve hakları ile farkındalık geliştirebilmeleri için eğitim programları önerilmektedir (62).

Eğitim düzeyi yükseldikçe fetüs bir değerdir kavramı daha olumlu bulunmaktadır denilebilir. Üniversite mezunları, ilkokul mezunlarına göre "fetüs bir değerdir" faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

İllerde yaşayanlar köylerde yaşayanlara göre "gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörünü daha olumlu bulmuşlardır.

Köyü içinde canlandıramadığımız, köy Őehir ikiliğini ortadan kaldıramadığımız, köyü ve köylüyü kalkındıramadığımız için köylü köyünden kalkıp kente gelmiştir (25).

Kent yaşamına adapte olma sürecinde eğitim yetersizliği ve vasıfsızlık kadını ev dışı işlerde çalışma olanağı bulamaması nedeniyle ve geleneksel kültürün edilgen baskısı kadının yeri evidir söylemi ile eve kapatmıştır.

Toplumda genel kabul gören Őekli ile hane reisi evin lideri erkek / babadır. Babanın aile içindeki yeni ve geleneksel otoritesi ailede ocuk sahibi olma / olmama kararında erkeğin gücünün devam ettiğini göstermektedir (9).

İlk ocuk sahibi olma yaşı 31 ve üzeri olanlar diğer guruplara "gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörüne daha olumlu yanıt vermişlerdir.

İlk ocuk sahibi olma yaşı 31 ve üzeri olanlar ile 24-30 yaş gurubu, 17-23 yaş gurubunda ocuk sahibi olanlara göre "kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir" faktörüne daha olumlu yanıt vermişlerdir.

İlk ocuk sahibi olma yaşı yükseldikçe "fetüs bir değerdir" faktörüne daha olumlu yanıtlar verilmiştir.

Bunun nedeni yaşa bağlı olarak gelişen bilinç düzeyi ile açıklanabilir.

Toplam doğum sayısı 4 olanlar diğerlerine göre, gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörüne daha olumlu yanıtlar vermişlerdir

Toplam doğum sayısı, 4 olanlar diğerlerine göre, "kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir" faktörüne daha olumlu yanıtlar vermişlerdir.

Üreme sağlığı içinde ifade edilen haklar sosyal sorumlulukların önemini kavramaya bağlıdır. Kadınlar yaşadıkları doğum deneyimi ile bağlantılı olarak kadının sağlığı ve üreme haklarını öncelikli görmektedirler. Bu bağlamda araştırma bulgumuz Dixon, Mueller ve arkadaşlarının çalışması ile paraleldir (48).

Üç ve üzeri kürtaj yaptıranlar "kadının sağlığı ve üreme hakkı önceliklidir" faktörüne daha olumlu bakmaktadırlar.

Üç ve üzeri kürtaj yaptıranlar "gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir", faktörüne diğerlerine göre daha olumlu bakmaktadırlar.

Sadece doğum anı değil doğuma ait duygu ve çocuğa ait sevgi bir aidiyet duygusundan yeni bir aidiyet duygusuna geçişi de sağlamaktadır. Bunun nedeni gebeliğin sonlandırılması kararı kadının tek başına verdiği bir karar olmaması, özellikle de eşinin kararda söz sahibi olduğu ile açıklanabilir (19, 54).

Yaşayan çocuk sayısı 1 olanlar diğerlerine göre "gebelik ve gebelik sonlandırılması kararında erkekler söz sahibidir" faktörüne daha olumlu bakmaktadırlar.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararına kadın ve erkeklerin cinsiyet farklılığı açısından bakışlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmada;

Gebelik, gebelik sonlandırma ve doğum girişimleri öncesi bu işlemlerle ilgili başvuru yapılmadan görüşülen kişiler arasında sağlık çalışanlarının olmadığı saptanmıştır.

Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili olarak;

Kadın ve erkek katılımcıların yarısı gebelik sonlandırma sırasında, yarısından çoğu da girişim sonrası eşinin yanında olmayı istemektedir.

Kadın ve erkek katılımcıların yarısı gebelik sonlandırma ve aile planlaması ile ilgili bilgi almak istemektedir.

Kadınların yarısından çoğu danışmanlarının cinsiyetinin önemli olduğu düşüncesinde olup kendileri ile aynı cinsten bir danışmandan bilgi almak istemektedir.

Doğum başvurusu ile ilgili olarak;

Erkeklerin çoğu doğum sonrası eşlerinin yanında olmayı istemektedir.

Kadın ve erkeklerin gebelik sonlandırmak için gelenlere göre daha çok bilgi gereksinimleri vardır.

Kadınlar için danışmanın cinsiyeti önemlidir.

Erkeklerin yarısından fazlası danışmanlık hizmeti alacakları kişinin kendi cinslerinden olmasını tercih etmektedir.

Hastanelere doğum için başvurular fetüs bir değerdir, gebeliğin sonlandırılması kararı din, ahlak ve yasalardan bağımsız olmamalıdır faktörünü gebeliği sonlandırmak için gelenlerden daha olumlu görmektedir.

Doğum için başvurular, gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramından ayrı düşünülmemelidir görüşünü gebelik sonlandırmak için gelenlere göre daha çok desteklemektedir.

Yeni bir çocuk sahibi olmakla ailenin tamamlandığı görüşü ağırlık kazanmaktadır.

Gebeliği sonlandırmak ve doğum için hastanelerde başvuran ancak çeşitli nedenlerle eşlerinden yanıt alamayan kadınlar, gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararında erkekleri söz sahibi görmektedir.

Doğum için gelen kadınlar, aynı nedenle hastanede olan eşlerinden yanıt alınamamış erkekler fetüsü bir değer olarak görenlerdir.

Anne olmak, baba olmak, yeni bir sosyal rol ve statü getirdiğinden gebelik döneminden başlayarak fetüse bir değer yüklenmiştir.

Gebeliğin sonlandırılması kararı aile bütünlüğü kavramı içinde önemli bir karardır. Doğurganlık dönemi içinde yaş ilerledikçe kadının sağlığı ve üreme hakkı öncelikli olmaktadır.

Gebelik ve gebeliğin sonlandırılmasında kadınlar erkeklerin söz sahibi olduğu görüşündedirler.

Kadınlar, kadın sağlığı ve üreme haklarını erkeklerden daha çok önemsemektedir.

Doğurganlık dönemi içindeki yaşanmışlıklar, sağlık hakkı konusunda bir duyarlılık gelişmesinde önemlidir.

Fetüsün bir değer olarak ele alınmasında cinsiyete bağlı bir fark görülmemiştir.

Eğitim fetüsün bir değer olarak görülmesinde önemli bir öğedir. Eğitim düzeyi arttıkça fetüseye yüklenen değer artmaktadır.

İl merkezlerinde yaşıyanlar gebeliğin sonlandırılmasında daha çok erkeği söz sahibi görmektedir.

İlk çocuk sahibi olma yaşı arttıkça gebelik ve gebeliğin sonlandırılması kararında erkeklerin söz sahibi olduğu görülmüştür.

İlk çocuk sahibi olma yaşı yükseldikçe fetüsün bir değer olarak görülmeye başlamaktadır.

Toplam doğum sayısının artması erkeğin kararını daha çok desteklenir düzeye getirmektedir.

Gebeliğin sonlandırılma sayısı arttıkça kadının sağlığı ve üreme hakkı daha çok önemsenmektedir.

Araştırmaya alınan yanıtlar halen otoriter ve ataerkil aile yapısının egemen olduğunu göstermektedir.

Yaşama eşit olarak katılmak için, yaşamı eşit olarak paylaşmak gerekmektedir. Çağdaşlaşma süreci içinde istenen ilerleme adımları her iki cins tarafından birlikte atılabilirse başarıya ulaşabilir.

İster gebelik sonlandırma ve ister doğum girişimi olsun katılımcıların üreme sağlığı konusunda bilgi gereksinimleri karşılanmalıdır.

Erkeklerin önemli bir bölümü AP konusunda bilgi almak istemektedir.

Erkeklere yönelik üreme sağlığı ve aile yapısı eğitim ve danışmanlık birimleri kurulmalı, yaygınlaştırılmalıdır.

Erkeklere verilecek eğitim konusunda doktorlarla işbirliği arttırılmalıdır.

Büyük iş yerleri oluşturulmuş sağlık birimlerinde danışmanlık birimlerini de hizmete sokmalıdır.

Daha çok kadınlar için düşünülen eğitim, program ve konferanslar erkekler içinde düşünülmelidir.

Ülkemizde geniş kapsamlı verilmekte olan danışmanlık hizmetleri nitelik ve nicelik açısından gözden geçirilmeli, gereksinimleri üst düzeyde karşılayacak şekilde yeniden düzenlenmeli, ulusal bir program geliştirilmelidir.

Üreme sağlığı hizmetlerine ilişkin kadın ve erkeğin bilgilendirilme süreçleri detaylandırılmalı, hizmet alacakların danışman seçme hakları desteklenmelidir.

Danışmanlık hizmetlerinin verildiği ortamlar gizliliğin sağlanabilmesine olanak verecek niteliğe kavuşturulmalıdır.

Mevcut kontraseptif yöntemlerin seçimini çoğaltmak suretiyle üreme sağlığı hizmetlerinde kalite toplum olarak kontraseptif uygulamayı arttıracak, fertilitede bir azalma yaratacaktır. Bu yaklaşım hizmet alanların otonomisini de arttıracaktır.

İster gebeliğin sonlandırılması ister doğum girişimi olsun kadın hayatında çok önemli deneyimlerin birikmesine neden olan olaylardır. Böylesi özellikli girişimlerde eş desteğine olanak verecek düzenlemeler yapılmalıdır.

Erkekler özellikle doğum ve sonrasında daha çok eşlerinin yanında olmak istemektedirler. Doğum klinikleri bu bağlamda yeniden yapılandırılmalıdır.

Kadınlar üreme sağlığı alanında eşleriyle birlikte karar alıp, yaşamı düzenlemede istekli konuma getirilmelidir. Danışmanlar bu konuda destekleyici bir tutum sergileyebilmelidirler.

Erkekler AP konusunda sorumluluk almak üzere desteklenmelidir.

KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Ahman, E., Shah, I., 2004, Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000, World Health Organization, Geneva, 35p.
2. Akın, A., (Ed.), 2003, Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın, Ankara, Hacettepe Üniv. Yay., Ankara, 219-227 s.
3. Akın, A., 2008, Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi, 2. Baskı. Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 109-39 s.
4. Akın, L., Özyayın, N., Aslan, D., 2006, Türkiye’de evli erkeklerin aile planlaması yöntemlerini kullanmalarını etkileyen faktörler, Gülhane Tıp Dergisi, 48(2):63-69 s.
5. Arda, B., Şahinoğlu, S., Kayı, AÇ., 1993, Yardımcı üreme tekniklerinin (IVF'nin) getireceği tıbbi etik sorunlar, T Klin Tıbbi Etik, 1:53-56 s.
6. Aydın, E., 2006, Tıp etiği, Güneş Kitabevi Ltd., Ankara,
7. Banerjee, N., Sinha, A., Kriplani, A., Roy, KK., Takar, D., 2001, Factors determining the occurrence of unwanted pregnancies, Natl Med J India, 14, 4, 211-214 p.
8. Barnett, B., 1997, Family planning needed after abortion, Network Summer, 17, 4, 26-9 p.
9. Bilir, M., 2004, Kentleşme sürecinde yetişkinlerin eğitim gereksinimi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 37, 1, 98-121 s.
10. Brink-Muinen, A.V., 2002, the role of the gender in healthcare communication, Patient Education and Counseling, 84, 3, 199-200 p.
11. Burcu, E., Evrimci teoreminin sosyolojik düşünce üzerindeki etkileri ve sosyobiyojji, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 15, 2, 175-186 s.
12. Cihat, Ş.ve Yayla, M., 2002, Fetüs hakları ve korunması, Perinatoloji Dergisi, 10, 2, 43 - 46 s.
13. Cook, R., 1992, International protection of women's reproductive rights, J. 24 N.Y.U. J. Int'l L. & Pol. 645 p.
14. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, 2007, Toplum ve Çocuk, T.C.Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 27s.
15. http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/program_pdf/cerceve_programlar/cerceve_cocuk.pdf (2010-03-01)
16. Decherney, Alan H. and Lauren N., 2009, Current obstetrics and gynecology, The Mcgraw Hill Companies, ninth Edition, 272-290 p.
17. Doğan, İ., 2005, İnsan hayatını koruma yükümlülüğü ve insan embriyosunun ahlaki statüsü, Kamu Hukuku Arşivi, 8, 2, 104-112 s.
18. Dudgeon, M. R., & Marcia, C., 2004, Men's influences on women's reproductive health, Social Science & Medicine, 59, 7, 1379-1395 p.
19. Dündar , C., Süren C., Ordulu F., Kaynar , E., Peşken Y., 2002, Samsun il merkezinde 15-49 yaş evli kadınlarda aile planlaması yöntemi kullanma durumu ve etkileyen faktörler, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 23-28 Eylül, Diyarbakır Kongresi Kitabı 1, 163-165 s.

20. Erlandsson, K. and H., Lindgren, From belonging to belonging through a blessed moment of love for a child, the birth of a child from the fathers' perspective, *Journal of Health*, 6, 4, 338-344 p.
21. Ersoy, E., 2009, Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın Ve Erkek Kimliği (Malatya Örneği) Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, ELAZIĞ, 19, 2, 209-230 s.
22. Etik Bildirgeler, 2008, Birinci Baskı, Haziran, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 55 s.
23. Evlenme ve boşanma istatistikleri 2008, 2009, TÜİK Yay., <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4077>, (30-12-2009).
24. Faridah, A., Syed M. I., Badar S.A., Naveed Z.J., 2009, Association of various reproductive rights, domestic violence and marital rape with depression among Pakistani women, *BMC Psychiatry*, 12, 1, 9-77 p.
25. Finken, L., Jacobs, J., 1996, Consultant choice across decision contexts, *J. Adolesc. Res*, Apr., 11, 2, 235-260 p.
26. Geray, C., 2004, Kentleşme sürecinde yetişkinlerin eğitim gereksinimi, 37, 1, 98-121 s.
27. Gılıç, E., Ceyhan, O., Özer, A., 2009, Niğde doğumevinde doğum yapan kadınların aile planlaması konusundaki bilgi tutum ve davranışları, *Fırat Tıp Dergisi*, 14, 4, 237-241 s.
28. Giray, H., Keskinoglu, P., Işıkkent, (2006) Sağlık ocağı'na başvuran 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemi kullanımı ve etkileyen etmenler, *Sted*, 15, 2, 23-26 s.
29. Görkey, Ş., 2001, Gebeliğin sonlandırılmasında karşılaşılan etik sorunlar, İçinde: Hatemi, H., Doğan, H., (Editörler), *Medikal etik (Doğum, ölüm süreçleri ve yaşamın anlamı)*, İstanbul, Yüce Yay., 80-109s.
30. Guriz, A., 1997, Feminizm postmodernizm and etik, bir inceleme, *Adalet Matbaacılık, Tic. Lim. St.* Ankara.
31. Günay, T., Kılıç, B., Kartal, M., Şahin, A., 2007, Erkeklerin aile planlamasına katılımını arttırmak için bir adım: Erlere yönelik aile planlaması eğitimi, *T Klin J Gynecol Obst.*, 17:283-91 s.
32. Gündüz, G., Etik açıdan gebeliğin sonlandırılması ve fetüs hakları, *Derleme*, <http://www.androloji.org.tr>, (2009-4-5)
33. Harris, J., 1998, *Hayatın Değeri*, (Çev: Sertabiboğlu, S.), Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
34. Holmgren, K., Uddenberg, N., 1994, Abortion ethics - women's post abortion assessments, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 73, 6, 492 - 496 p.
35. <http://en.wikipedia.org/wiki/Pro-life>, (2009-5-10)
36. http://en.wikipedia.org/wiki/Religion_and_abortion, (2009-5-21)
37. <http://pewforum.org/docs/?DocID=351>, (2009-7-21)
38. <http://www.angus-reid.com/polls/view/7331>, (2009-7-18)
39. <http://www.catholic.com/library/Abortion.asp>, (2009-9-10)
40. <http://www.futureshaping.com/shostak/pages/essay/Abortion.html>, (2010-1-10)
41. <http://www.nationalcenterformen.org/page7.shtml>, (2009-10-11)

42. Judith, J.T., 1971, A defense of abortion from philosophy & public affairs, <http://www.jstor.org/pss/20126773>, (2009-10-11)
43. Koç, İ., Yiğit, EK., Çoşkun, Y., 2009, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Ankara, TÜBİTAK Yay., 347 s.
44. Koyuncuer, A., 2004, Kontrasepsiyon ve Türkiye’de durum, *Sted*, 13, 12, 455-459 s.
45. M., Mori, 1994, Abortion and health care ethics, John Wiley & Sons Chichester, 533-538 p.
46. Mappes, T.A., and DeGrazia, D., 1996, *Biomedical Ethics*, 4th ed New York, McGraw-Hill Inc., 434-440 p.
47. Michelle Grewal, MD., & Ronald T. Burkman, MD, *Contraception & Family Planning*, *Obstetric & Gynecologic* <http://www.webmedbooks.com/content/productnotavailable.aspx/upc=5FE6A04A-210C-408B-8999-588208F3B004/>
48. Mishell., DR., 2007, Family planning: contraception, sterilization, and pregnancy termination, İçinde In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM, eds., *Comprehensive Gynecology*. 5th ed., Philadelphia, Pa., Mosby Elsevier;chap 14, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/001946.htm>, (2009-10-5)
49. Mueller, R.D., Germain, A., Bourne, K., Fredrick, B. E., 2009, Towards a sexual ethics of rights and responsibilities reproductive health matters, 17, 33, 111-119 p.
50. Naziri, D., 2007, Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 12, 2, 168-174 p.
51. Nüfus ve kalkınma göstergeleri, 2007, TÜİK Yay., <http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=3>, (30-12-2009).
52. Özbaşaran, F. ve TAŞPINAR, A., 1998, Manisa Doğumevinde kürtaj olan kadınların doğurganlık özellikleri ve yöntem tercihlerine eğitim düzeyinin etkisi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1, 2, 110-111 s.
53. Özcebe, H., Akın, L., Aslan, D., 2004, A peer education example on HIV/AIDS at a high school in Ankara. *Turk J Pediatr*, 46(1): 54-59 s.
54. Özdamar, K., 2004, Paket programlar ile istatistiksel veri analizi, Kaan Kitabevi, Eskişehir, 213-230, 279-351 s.
55. Özdemir, İ., Yıldırım, U., Demirci, F., Duras, G., Yücel O., 2002, Düzce’de yaşayan 15-49 yaş grubu evli kadınların kontraseptif yöntemi kullanma ve kullanmama nedenleri, *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 4, 3, 19-22 s.
56. Öztürk, H., 1997, Abortus ve etik sorunlar: Etik bunun neresinde, Ankara, Ankara Tabip Odası Yay., 75-83 s.
57. Pehlivan, K. ve ark., 2005, Psikiyatrik hastalıkları olan kadınlarda aile planlaması ve kontraseptif kullanım gereksinimleri, *Uzmanlık Tezi*, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 135 s. (yayınlanmamış)
58. Rasch, V., & Lyaruu, M.A., 2005, Unsafe abortion in Tanzania and need for involving men postabortion contraceptive counseling, *Stud. Fam. Plann. Dec.*, 36, 4, 301-310 p.

59. Rodrigues, MM., Hoga, LA., 2005, Men and miscarriage: Narrative of shared experiences, *Rev Esc Enferm USP.*, Sep., 39, 258-67 p.
60. Roter, D.L., Geller, G., Bernhart, B.A., Larson, S.M., Doksum, T., 1999, Effect of obstetrician gender on communication and patient satisfaction *Obstetrics & Gynecology*, 93, 5, 485-491 p.
61. Rue, V.M., 1996, The effects of abortion on men, *Ethics and Medics*, 21, 4, 3-4 p.
62. Shekhar C., Sekher TV., Suilamanova A., 2010, Role of induced abortion in attaining reproductive goals in Kyrgyzstan, A sudy based on KRDHS, *J Biosoc. Sci.*, March 30, 1-16 p.
63. SI-Mujer Londoño ML., 1989, Abortion counseling: attention to the whole woman, *Zut & Gynecol oghy Abstetrics*, 3, 167-74 p.
64. Simon, M.Y., 1997, Effects of Abortion on men: Male partners and the psychological squeal of abortion: A Psychodynamic-Relational View
65. Speckhard, A., Rue, V., 1992, Post abortion syndrome: an emerging public health concern. *J Soc Issues*, 48, 3, 95-119 p
66. Sternberg, P., Hubley, J., 2004, Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion, *Health Promot Int.*, 19, 3, 389-96 p.
67. Şahinoğlu, S., Örs, Y., 2003, Kadın sağlığında tıbbi etik ve sorunları, İçinde: Akın, A., (Ed.), *Toplumsal cinsiyet, sağlık ve kadın*, Ankara, Hacettepe Üniv. Yay., 219-227 s.
68. Tokuç, B., Eskiçoçak M., Ekuklu, G., Saltık A., 2005, Edirne merkezinde 15-49 yaş evli kadınların aile planlaması yöntemleri konusundaki bilgi düzeyleri ve yöntem kullanım oranları, *Sted.*, 14, 1 8-14 s.
69. Tong, Rosemarie P., 2006, *Feminist Düşünce*. (Çev: Cihnioglu, Z.) Gündoğan Yayınları İstanbul, 115-146 s.
70. Tooley, M., 1983, *Abortion and Infanticide*, Michael Tooley Clarendon Press; Oxford University Press, Oxford, New York, 350p.
71. Tulsiani , DR., Abou-Haila, A., 2010, How close are we in achieving safe affordable and reversible male contraception, *Endocr Metab Immune Disor Drug Targets*, March 29
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20350290?dopt=Abstract>, (2010-04-01)
72. TÜİK, Aile Yapısı Araştırması, 2006, <http://www.tuik.gov.tr/aileyapi/menu.do> (2010-15-01)
73. Wayne A., Terri M., Conaway, G., 1994, Kiss, bow, or shake hands: How to do business in sixty countries, Holbrook, MA, 58-59, 110-111 p.
74. Wiebe, E.R. and Adams, L., 2009, Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*; 14(2):97-102 p.
75. Yayla, M. ve Şen C., 2001, Adli tıp ve fetal etik kavramı, *Klinik Adli Tıp*, 1, 1, 67-77 p.
76. Yetki ve karar alma sürecinde kadın, 2008, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Politika Dokümanı, Ankara. <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/kararalma.pdf> (2010-25- 02).
77. Yiğit, R., 2002, Fetus - yenidoğan hakları ve hemşirelik, *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6, 2, 50-56 s.

EKLER DİZİNİ

CEVAPLAYICILARA AİT TEMEL BİLGİ FORMU ve ÖLÇEKLER

SORU KÂĞIDI
(Kadınlar İçin)

GEBELİK VE GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA KADIN VE ERKEKLERİN CİNSİYET FARKLILIĞI AÇISINDAN BAKIŞLARINI ARAŞTIRMAYA YÖNELİK ANKET

Bu anket, doktora tez çalışması ile ilgili olup, Eskişehir ilindeki sağlık kurumlarına gebeliğin sonlandırılması için başvuran kadınların ve eşlerinin gebeliğin sonlandırılması konusundaki görüşlerini derlemek amacıyla düzenlenmiştir. Soruların tümüne eksiksiz cevap vermeniz anket sonuçlarının anlamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır. Anketimize ayracağınız zamanla, birey ve toplumumuzun gebeliğin sonlandırılması konusunda bilinçlendirilmesine ve konu ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına büyük katkılarınız olabilecektir. Desteğiniz için teşekkür ederim...

Fehmi ÖZÇELİK

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: K () E ()
3. Eğitim Durumunuz:
Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
4. İşiniz:
5. Yaşadığınız yer
İl () İlçe () Köy ()
6. En uzun süreyle yaşadığınız yer ve süresi:
7. Kaç yaşında evlendiniz:
8. Kaçınıcı evliliğiniz:
9. Evlilik süresi:.....
10. Gebeliği sonlandırma giderlerini nasıl karşılıyorsunuz?:
11. İlk çocuğunuz doğduğunda kaç yaşındaydınız?:
12. Toplam doğum sayınız :
13. Kürtaj (çocuk aldırma) sayınız :
14. Yaşayan çocuk sayınız ve cinsiyetleri:
15. Eşiniz ve siz gebeliği önlemek için hangi aile planlaması yöntemlerini hangi süreler ile kullandınız? :
Öncelik sırasına göre yazınız.
Hiç yöntem kullanmadık : ()
 1. Rahim içi araç () süresi :
 2. Doğum kontrol hapı () süresi :
 3. Aylık iğne () süresi :
 4. 3 aylık iğne () süresi :
 5. Kondom / kılıf / prezervatif () süresi :
 6. Geri çekme () süresi :
 7. Takvim () süresi :
 8. Diğer () süresi :

Son gebelikten önce kullandığımız yöntem ve süresi.....

Bir önceki gebelikten önce kullandığımız yöntem ve süresi

16. Gebelik durumunu öğrenip, gebelik sonlandırma başvurusunu yapmadan önce durumu ilk kimlerle görüştünüz?
Erkek arkadaşlarla __ Kız arkadaşlarla __ Bir din görevlisiyle __ Erkek kardeşlerimle __ Kız kardeşlerimle __ Babamla __ Annemle __ Bir sağlık görevlisiyle __ Sadece eşimle __ Diğer (lütfen açıklayınız.)

17. Gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinizin yanınızda olmasını ister miydiniz?
Evet () Hayır ()

18. Gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşinizin yanınızda olmasını ister miydiniz?
Evet () Hayır ()

19. Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgilendirilmek ister miydiniz?
Evet () Hayır ()

20. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgilendirilmek ister miydiniz?
Evet () Hayır ()

21. Gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirilmek isterseniz, bilgi verecek danışmanın cinsiyeti sizin için önemli midir?
Evet () Hayır ()

22. Danışmanın sizinle aynı cinsiyetten olmasını ister miydiniz?
Evet () Hayır ()

23. Neden?

Not: Burada "fetüs" sözcüğü, döllenmeden doğuma kadar olan dönemdeki insan yavrusunu tanımlamak için kullanılmaktadır.

Lütfen ilgili alana "X" işareti koyunuz.

	Kesinlikle Doğru	Doğru	Kararsız	Yanlış	Kesinlikle Yanlış
1. Sadece evli erkekler çocuk sahibi olmak ister.					
2. Evli olmayan erkekler de çocuk sahibi olabilirler.					
3. Kadın isterse kendine ait olan fetüsü kürtaj yöntemiyle alabilir.					
4. Kadın fetüsün babasından onay alarak gebeliği sonlandırabilir.					
5. Fetüs anneye aittir.					
6. Kadının kendi bedeninde karar verme hakkı vardır.					
7. Kadın kendi haklarını istediği gibi kullanabilir.					
8. Fetüs mevcut hali ile bir birey değildir.					
9. Gebeliğin sonlandırılması fetüsün acı					

çekmeyeceği bir şekilde yapılmalıdır.					
10. Annenin kararı fetüsün yaşamasından daha önemlidir.					
11. Yasal güç bende olsa düşükle bir canlının hayatını sonlandırma konusunda karar verirdim.					
12. Gebeliği sonlandırmanın yanlış olduğunu düşünüyorum.					
13. Kitleleri etkileyecek bir pozisyonda olsam gebeliği sona erdirici ilaçların dağıtılmasını ve serbest şekilde eczanelerde satılmasını önleyen kararların altına imza atardım.					
14. Bana göre gebeliğin sorumlusu eşimdir.					
15. Sebebi ne olursa olsun, gebeliğin sonlandırılması günahdır.					
16. Gebeliğin sonlandırılmasının doğru olduğuna inanmıyorum, ancak eşimin kararına da saygı duyarım.					
17. Çiftler kendilerini hazır hissettiklerinde çocuk sahibi olmalıdırlar.					
18. Eşimin gebeliğin sonlandırılmasından sonra neler hissedebileceğini tahmin edebiliyorum.					
19. Gebeliği sonlandırmanın yapılacak en iyi şey olduğu konusunda eşim de benimle aynı fikirde olmalıdır.					
20. Gebeliğin sonlandırılması çok zor bir karardır.					
21. Gebeliğin sonlandırılması esnasında eşler aile birlikteliği açısından bir arada olmalıdır.					
22. Sağlık için gerekliyse, gebelik sonlandırılabilir.					
23. Karar sürecinde kadın ve erkeğin yanında diğer aile üyeleri de olmalıdır.					
24. Kararı sadece kadın vermelidir.					
25. Kararı sadece erkek vermelidir.					
26. Kararı sadece eşler vermelidir.					
27. Kürtaj caniliktir.					
28. Gebeliğin sonlandırılması bir doğum kontrol yöntemidir.					
29. Gebeliğini sonlandıran kadına ceza verilmelidir.					
30. Kürtaj yaptıran kadının eşinin bundan haberi varsa o da suç ortağı sayılmalıdır.					
31. Fetüs bir bireydir.					

32. Gebeliği sona erdirmek ahlaki açıdan yanlıştır.					
33. Gebeliği sona erdirme yasa dışı kabul edilmelidir.					
34. Masum bir kişiyi öldürmek ahlaki açıdan yanlıştır.					
35. Kadının kendi vücudu ile ilgili karar verebilme hakkı gebeliği sona erdirme hakkını da verir.					
36. Kadının üreme hakkını kullanma özgürlüğü vardır.					
37. Ne zaman anne olacağına kadın kendisi karar vermelidir					
38. Kadın kendi bedenindeki fetüsü hayatta tutmak zorundadır					
39. Kadın fetüsü kendi bedenindeki bir işgalci gibi görürse bu işgalciyi bedeninden atmaya karar verme hakkına sahip olmalıdır					
40. Fetüs kadının hayatını tehdit ediyorsa, kadın kendi bedenini savunmalıdır					
41. Kadının fetüsü koruma görevi yoktur					
42. Kadınlı fetüs arasında özel bir bağ vardır					
43. Gebeliğin sonlandırılmasında kadın birinci derecede mağdurdur					
44. Hiç kimse kadının gebeliğini sonlandırması konusunda yapacaklarına karışmamalıdır					
45. Gebeliği sonlandırma girişiminde fetüs birinci derecede mağdurdur					
46. Gebeliği sonlandırmada baba birinci derecede mağdurdur.					
47. Birinci derecede korunması gereken fetüstür					
48. Gebeliğin sonlandırılması fetüsün yaşam haklarına saldırıdır					
49. Yasalar fetüsün haklarını korumalıdır					
50. Gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken, konu aile yapısı, insan ilişkileri ve diğer çocuklar açısından da değerlendirilmelidir					
51. Gebeliğin sonlandırılması kararı anne ve babanın yanında, diğer aile bireylerini de yakından ilgilendirir					
52. Yasalar izin vermese de gebelik sonlandırılabilir					

SORU KAĞIDI
(Erkekler İçin)

GEBELİK VE GEBELİĞİN SONLANDIRILMASI KARARINA KADIN VE ERKEKLERİN CİNSİYET
FARKLILIĞI AÇISINDAN BAKIŞLARINI ARAŞTIRMAYA YÖNELİK ANKET

Bu anket, doktora tez çalışması ile ilgili olup, Eskişehir ilindeki sağlık kurumlarına kürtaj için başvuran kadınların ve eşlerinin kürtaj konusundaki görüşlerini derlemek amacıyla düzenlenmiştir. Soruların tümüne eksiksiz cevap vermeniz anket sonuçlarının anlamlılığı açısından büyük önem taşımaktadır. Anketimize ayıracağınız zamanla, birey ve toplumumuzun kürtaj konusunda bilinçlendirilmesine ve konu ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına büyük katkılarınız olabilecektir. Desteğiniz için teşekkür ederim...

Fehmi ÖZÇELİK

23. Yaşınız:
24. Cinsiyetiniz: K () E ()
25. Eğitim Durumunuz:
Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
26. İşiniz:
27. Yaşadığınız yer
İl () İlçe () Köy ()
28. En uzun süreyle yaşadığınız yer ve süresi:
29. Kaç yaşında evlendiniz:
30. Kaçınca evliliğiniz:
31. Evlilik süresi:.....
32. Gebeliği sonlandırma giderlerini nasıl karşılıyorsunuz?:
33. İlk çocuğunuz doğduğunda kaç yaşındaydınız?:
34. Yaşayan çocuk sayınız ve cinsiyetleri:
35. Eşinizin kürtaj (çocuk aldırma) sayısı.....
36. Eşiniz ve siz gebeliği önlemek için hangi aile planlaması yöntemlerini hangi süreler ile kullandınız?
Öncelik sırasına göre yazınız.
Hiç yöntem kullanmadık : ()
1. Rahim içi araç () süresi :
2. Doğum kontrol hapı () süresi :
3. Aylık iğne () süresi :
4. 3 aylık iğne () süresi :
5. Kondom / kılıf / prezervatif () süresi :
6. Geri çekme () süresi :
7. Takvim () süresi :
8. Diğer() süresi :
- Eşinizin son gebeliğinden önce kullandığınız yöntem ve süresi.....
- Eşinizin bir önceki gebeliğinden önce kullandığınız yöntem ve süresi
37. Eşinizin gebelik durumunu öğrenip, gebeliği sonlandırma başvurusunu yapmadan önce durumu ilk kimlerle görüştünüz?
Erkek arkadaşlarla ___ Kız arkadaşlarla ___ Bir din görevlisiyle ___ Erkek kardeşlerimle ___ Kız kardeşlerimle ___ Babamla ___ Annemle ___ Bir sağlık görevlisiyle ___ Sadece eşimle ___ Diğer (lütfen açıklayınız).

38. Gebeliğin sonlandırılması sırasında eşinizin yanında olmak ister miydiniz?
Evet () Hayır ()
39. Gebeliğin sonlandırılmasını takiben dinlenme odasında eşinizin yanında olmak ister miydiniz?
Evet () Hayır ()
40. Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili bilgilendirilmek ister miydiniz?
Evet () Hayır ()
41. Aile planlaması yöntemleriyle ilgili bilgilendirilmek ister miydiniz?
Evet () Hayır ()
42. Gebeliğin sonlandırılması ve aile planlaması yöntemleri konusunda bilgilendirilmek isterseniz, bilgi verecek danışmanın cinsiyeti sizin için önemli midir?
Evet () Hayır ()
43. Danışmanın sizinle aynı cinsiyetten olmasını ister miydiniz?
Evet () Hayır ()
44. Neden?

Not: Burada “fetüs” sözcüğü, döllenmeden doğuma kadar olan dönemdeki insan yavrusunu tanımlamak için kullanılmaktadır.

Lütfen ilgili alana “X” işareti koyunuz.

	Kesinlikle Doğru	Doğru	Kararsız	Yanlış	Kesinlikle Yanlış
1. Sadece evli erkekler çocuk sahibi olmak ister.					
2. Evli olmayan erkekler de çocuk sahibi olabilirler.					
3. Kadın isterse kendine ait olan fetüsü kürtaj yöntemiyle alabilir.					
4. Kadın fetüsün babasından onay alarak gebeliği sonlandırabilir.					
5. Fetüs anneye aittir.					
6. Kadının kendi bedeninin üzerinde karar verme hakkı vardır.					
7. Kadın kendi haklarını istediği gibi kullanabilir.					
8. Fetüs mevcut hali ile bir birey değildir.					
9. Gebeliğin sonlandırılması fetüsün acı çekmeyeceği bir şekilde yapılmalıdır.					
10. Annenin kararı fetüsün yaşamasından daha önemlidir.					
11. Yasal güç bende olsa düşükle bir canlımın hayatını sonlandırma konusunda karar verirdim.					
12. Gebeliği sonlandırmanın yanlış olduğunu					

düşünüyorum.					
13. Kitleleri etkileyecek bir pozisyonda olsam gebeliği sona erdirici ilaçların dağıtılmasını ve serbest şekilde eczanelerde satılmasını önleyen kararların altına imza atardım.					
14. Bana göre gebeliğin sorumlusu eşimdir.					
15. Sebebi ne olursa olsun, gebeliğin sonlandırılması günahtır.					
16. Gebeliğin sonlandırılmasının doğru olduğuna inanmıyorum, ancak eşimin kararına da saygı duyarım.					
17. Çiftler kendilerini hazır hissettiklerinde çocuk sahibi olmalıdırlar.					
18. Eşimin gebeliğin sonlandırılmasından sonra neler hissedebileceğini tahmin edebiliyorum.					
19. Gebeliği sonlandırmanın yapılacak en iyi şey olduğu konusunda eşim de benimle aynı fikirde olmalıdır.					
20. Gebeliğin sonlandırılması çok zor bir karardır.					
21. Gebeliğin sonlandırılması esnasında eşler aile birlikteliği açısından bir arada olmalıdır.					
22. Sağlık için gerekliyse, gebelik sonlandırılabilir.					
23. Karar sürecinde kadın ve erkeğin yanında diğer aile üyeleri de olmalıdır.					
24. Kararı sadece kadın vermelidir.					
25. Kararı sadece erkek vermelidir.					
26. Kararı sadece eşler vermelidir.					
27. Kürtaj caniliktir.					
28. Gebeliğin sonlandırılması bir doğum kontrol yöntemidir.					
29. Gebeliğini sonlandıran kadına ceza verilmelidir.					
30. Kürtaj yaptıran kadının eşinin bundan haberi varsa o da suç ortağı sayılmalıdır.					
31. Fetüs bir bireydir.					
32. Gebeliği sona erdirmek ahlaki açıdan yanlıştır.					
33. Gebeliği sona erdirmeye yasa dışı kabul edilmelidir.					
34. Masum bir kişiyi öldürmek ahlaki açıdan yanlıştır.					
35. Kadının kendi vücudu ile ilgili karar verebilme hakkı gebeliği sona erdirmeye hakkını da verir.					

36. Kadının üreme hakkını kullanma özgürlüğü vardır.					
37. Ne zaman anne olacağına kadın kendisi karar vermelidir					
38. Kadın kendi bedenindeki fetüsü hayatta tutmak zorundadır					
39. Kadın fetüsü kendi bedenindeki bir işgalci gibi görürse bu işgalciyi bedeninden atmaya karar verme hakkına sahip olmalıdır					
40. Fetüs kadının hayatını tehdit ediyorsa, kadın kendi bedenini savunmalıdır					
41. Kadının fetüsü koruma görevi yoktur					
42. Kadımla fetüs arasında özel bir bağ vardır					
43. Gebeliğin sonlandırılmasında kadın birinci derecede mağdurdur					
44. Hiç kimse kadının gebeliğini sonlandırması konusunda yapacaklarına karışmamalıdır					
45. Gebeliği sonlandırma girişiminde fetüs birinci derecede mağdurdur					
46. Gebeliği sonlandırmada baba birinci derecede mağdurdur.					
47. Birinci derecede korunması gereken fetüstür					
48. Gebeliğin sonlandırılması fetüsün yaşam haklarına saldırıdır					
49. Yasalar fetüsün haklarını korumalıdır					
50. Gebeliğin sonlandırılması kararı verilirken, konu aile yapısı, insan ilişkileri ve diğer çocuklar açısından da değerlendirilmelidir					
51. Gebeliğin sonlandırılması kararı anne ve babanın yanında, diğer aile bireylerini de yakından ilgilendirir					
52. Yasalar izin vermese de gebelik sonlandırılabilir					

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Fehmi ÖZÇELİK

Doğum Tarihi ve Yeri: 04.03.1969 / ÇİÇEKDAĞI

Uyruğu : T.C.

Medeni Durumu : Evli

İletişim Adresleri : Cunudiye Mahallesi Kargapınar Sok No 24 ESKİŞEHİR

Eğitim Durumu

İlkokul : Kavaklıöz Köyü İlkokulu - 1979

Ortaokul : Çiçekdağı Ortaokulu - 1982

Lise : Çiçekdağı Lisesi -1985

Üniversite : Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi İngilizce Öğretmenliği -1999

Osmangazi Üniversitesi Eğt. Bil. Eğt. Yönetimi (Yüksek Lisans) -2002