

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GEBELİKLERİNİ İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRAN
KADINLARIN YAŞADIKLARI ANKSİYETENİN
PSİKOSOSYAL DURUMLARINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Hemşire Özlem GÜL

YÜKSEK LİSANS TEZİ



İSTANBUL, 2014

**T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GEBELİKLERİNİ İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRAN
KADINLARIN YAŞADIKLARI ANKSİYETENİN
PSİKOSOSYAL DURUMLARINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Hemşire Özlem GÜL

**Tez Danışmanı
Prof.Dr. Ahsen ŞİRİN**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL, 2014

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarda etik dışı hiçbir davranışımın olmadığını, tezimdaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması sonucu elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlar için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Özlem GÜL



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASININ TARİHÇESİ.....	7
4.2. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASI HİZMETLERİNDE DÜNYA'DA GENEL DURUM	9
4.3. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASI HİZMETLERİNDE TÜRKİYE'DE GENEL DURUM	11
4.4. DİNLER AÇISINDAN GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASININ.....	14
4.4.1. İslam Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması	14
4.4.2. Hristiyanlık Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılmasını	14
4.4.3. Musevilik Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması ..	15
4.5. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINA BAŞVURMA NEDENLERİ	15
4.6. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASI YÖNTEMLERİ	17
4.6.1. Medikal Abortus (Tıbbi düşük)	18
4.6.2. Cerrahi Abortus (Düşük)	19
4.6.2.1. Menstrüel Regülasyon (MR)	19
4.6.2.2. VakumAspirasyonu	20
4.6.2.3. Dilatasyon ve Küretaj (D&C)	20
4.7. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINDA KOMPLİKASYONLAR	20

4.8.	GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINDA ANKSİYETE	21
4.8.1.	Anksiyete	21
4.8.1.1.	Anksiyetenin Nedenleri	22
4.8.1.2.	Anksiyetenin Belirtileri ve Sonuçları	23
4.8.2.	Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılmasına Ve Anksiyete	23
4.9.	EBE-HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI	25
5.	MATERYAL YÖNTEM	26
5.1.	ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ	26
5.2.	ARAŞTIRMANIN SORULARI	26
5.3.	ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	26
5.4.	ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	26
5.5.	VERİLERİN TOPLANMASI	27
5.6.	VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	27
5.7.	VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	27
5.8.	ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	28
6.	BULGULAR	29
6.1.	KADINLARIN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	29
6.2.	KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR	36
7.	TARTIŞMA	52
7.1.	KADINLARIN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	52
7.2.	KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	53
8.	SONUÇ	57
9.	TEŞEKKÜR	61
10.	KAYNAKLAR	62
EKLER		

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Bireşik Devletleri
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
D&C	: Dilatasyon Ve Küretaj
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
M.Ö	: Milattan Önce
M.S	: Milattan Sonra
MR	: Menstrüel Regülasyon
NPHK	: Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
PGE	: Prostaglandin E
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TNSA	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları

T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 25.07.2013 tarihinde 25.03.2013/10-65 kararı ile onaylanmıştır.

Araştırma Projesi: HEM/1302012

TABLolar

Tablo 4.6.1.1	Medikal ve Cerrahi Düşüğün Özellikleri.....	19
Tablo 6.1.1	Kadınların Kişisel Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı.....	29
Tablo 6.1.2	Kadınların Gebelik ve Doğum İle İlgili Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı.....	31
Tablo 6.1.3	Kadınlara Göre Küretaj Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı.....	35
Tablo 6.2.1	Kadınların Beck Anksiyete Ölçeği'ne Göre Anksiyete Düzeyi.....	36
Tablo 6.2.2	Kadınların Medeni Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi	36
Tablo 6.2.3	Kadınların Öğrenim Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi	37
Tablo 6.2.4	Kadınların Eşlerinin/Partnerinin Öğrenim Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi	37
Tablo 6.2.5	Kadınların Çalışma Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi....	38
Tablo 6.2.6	Kadınların Gelir Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	38
Tablo 6.2.7	Kadınların Sağlık Güvencesi Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	39
Tablo 6.2.8	Kadınların Aile Tipi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	39
Tablo 6.2.9	Kadınların Eşleriyle Aralarında Akrabalık Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	40
Tablo 6.2.10	Kadınların Kronik Hastalık Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	40
Tablo 6.2.11	Kadınların Sürekli Kullanılan İlaçlar İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi	41
Tablo 6.2.12	Kadınların Sigara İçme Durumları İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	41

Tablo 6.2.13	Kadınların Gebelik Sayısı İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	42
Tablo 6.2.14	Kadınların Düşük Sayısı İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	42
Tablo 6.2.15	Kadınların Küretaj Sayısı İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	43
Tablo 6.2.16	Kadınların Çocuk Sayısı İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	43
Tablo 6.2.17	Kadınların Daha Önceki Gebelikleriyle Şimdiki Gebelikleri Arasındaki Geçen Süre İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	44
Tablo 6.2.18	Kadınların İsteyerek/Planlayarak Hamile Kalma Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	45
Tablo 6.2.19	Kadınların Gebelikten Korunma Yöntemi Uygulaması İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	45
Tablo 6.2.20	Kadınların Gebelikten Korunma Yollarının Bilinmesi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	46
Tablo 6.2.21	Kadınların Gebelikten Önce Çocuk İstemesi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	46
Tablo 6.2.22	Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kaçınıcı Haftada Karar Verdiği İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	47
Tablo 6.2.23	Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kiminle Karar Verdiği İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	47
Tablo 6.2.24	Kadınların Gebelik Sonlandırmada Etkisi Olan Durumlar İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	48
Tablo 6.2.25	Kadınların Küretajın Zararlı Olduğunu Düşünmesi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	48
Tablo 6.2.26	Küretajın Günah Olma Düşüncesi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	49
Tablo 6.2.27	Küretajın Aile Planlaması Yöntemi Olduğunu Düşünmesi İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	49
Tablo 6.2.28	Kadınların Tekrar Çocuk Yapmayı Düşünme Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	50

Tablo 6.2.29	Kadınların İdeal Çocuk Sayısı İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi.....	50
Tablo 6.2.30	Kadınların Küretajın Nasıl Yapıldığını Bilme Durumu İle Anksiyete Düzeyinin İlişkisi	51



1. ÖZET

Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi

Gebeliklerin isteğe bağlı sonlandırılması kadın sağlığı açısından önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. İstenmeyen gebelikler genellikle küretaj ile sonlanmaktadır. Planlanmayan ve istenmeyen bir gebelikle karşılaşılması anksiyete, kararsızlık, suçluluk duygularını beraberinde getirdiği gibi karmaşık duygular yaşayan kadın huzursuz ve gergin olmaktadır.

Bu çalışma gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte planlandı. Araştırma İstanbul'da iki vakıf üniversitesi hastanesi, bir özel hastane olmak üzere üç hastanede gebeliklerini sonlandırmak için başvuran kadınlara işlemin hemen sonrasında uygulandı. Araştırma 90 kadın ile tamamlandı. Veri toplama araçları olarak "Anket Formu" ve "Beck Anksiyete Ölçeği" kullanıldı. Gerekli kurum izinleri alındı. Verilerin istatistiksel analizi SPSS programı kullanılarak gerçekleştirildi. Kadınların yaş ortalaması $29,23 \pm 7,66$ yıl bulundu. Kadınların Beck Anksiyete Ölçeğine göre "anksiyete" düzeyi ortalaması $22,356 \pm 11,063$ puan olarak orta düzeyde anksiyetelerinin olduğu saptandı.

Çalışma sonucunda kadınların ve eşlerinin öğrenim durumları ile anksiyete düzeyleri arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kadınların ve eşleri lise mezunu olanlarda anksiyete düzeyleri, öğrenim durumu üniversite mezunu olanların anksiyete düzeylerinden yüksek bulunmuştur. Kadınların daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasındaki geçen süreye göre anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Gebelikler arası süre arttıkça anksiyete düzeyinde düşüş görülmektedir. Gebelikten korunma yollarının bilinmesine göre anksiyete düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Gebelikten korunma yollarını bilmeyen kadınların anksiyete düzeyi gebelikten korunma yollarını bilen kadınların anksiyete düzeyinden yüksek bulunmuştur.

Bu araştırma doğrultusunda etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımının yaygınlaştırılmasının, küretajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı konusunda kadınlara ve eşlerine eğitim hizmetlerinin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelime: İstenmeyen gebelik, anksiyete, küretaj



2. SUMMARY

The Analysis of the Effects of the Anxiety Experienced By Women Who Terminates Their Pregnancy Voluntarily On Their Psychosocial Conditions

The voluntary termination of the pregnancy is an important problem in terms of female health that we confront. Unwanted pregnancies are usually terminated by abortion. Unplanned and unwanted pregnancy often causes emotions like distress, fear, indecision, anxiety, guilt and the woman becomes restless and stressful because of these complex emotions.

This research is planned as a descriptive and cross-sectional study in order to analyze the effects of the anxiety experienced by women on their psychosocial condition. It is carried out right after the procedure with women who applied for termination of pregnancy at two foundation university hospitals and a private hospital in Istanbul. This research has been completed with participation of 90 women. "Survey Form" and Beck's Anxiety Inventory (BAI)" are used as data collection tools. Necessary institutional permits are acquired. The statistical analysis of the data is performed by using SPSS software. The average age of the women is happened to be $29,23 \pm 7,66$ years. The average "anxiety" level of the women is determined to be $22,356 \pm 11,063$ point according to BAI, thus they have medium level anxiety.

According to the results of the study, the differences between the anxiety level with respect to educational background of the women and husbands , in high school graduates, women and husbands's anxiety levels was found hight from college-level ones. The anxiety level with respect to the duration between the previous pregnancy and the current one, as long as the decline is observed at the level of anxiety between pregnancies the anxiety level with respect to knowledge of contraceptive methods was found significantly. The level of anxiety of women who don't know their way through contraception from women who know their way through anxiety levels were higher.

As a result of the study, it is thought to be helpful to popularize the usage of family planning methods and to provide education services for women and their husbands about the abortion as it is not a family planning method.

Keywords: Unwanted pregnancy, curettage, anxiety.



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı tanımada olduğu gibi, üreme sağlığını: "Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olmasıdır" diye tanımlamaktadır. Ele alınan diğer kavram ise "Üreme Haklarıdır". Üreme hakları, bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgür ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standartlarına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve özellikle adölesan dönemden başlayarak, postmenapozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının, insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır (1,2). Üreme sağlığı kapsamında ele alınması önerilen diğer konular arasında istenmeyen gebelikler ve sağlıksız düşüklerde yer almaktadır (1).

Toplumun vazgeçilmez üyesi olan kadınlar, doğurganlıklarıyla insan soyunun sürekliliğini sağlarken üretkenlikleriyle de yaşam sürecine katkıda bulunurlar. Toplumun sürekliliği için, kadınların sağlıklarının korunmasının sosyal ve kültürel yapılarının güçlendirilmesinin yaşamsal önemi büyüktür (3).

İstenmeyen gebelikler, üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur ve aile planlamasında karşılanmayan gereksinim olarak ifade edilir. Pek çok gelişmekte olan ülkede kadınlar daha fazla çocuk sahibi olmak istemedikleri halde farklı nedenlerle herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır ve bu da doğurganlığı etkilemektedir (4).

İsteyerek yapılan düşük hakkında ahlaki ve dini tartışmalar konunun sağlık boyutunu genellikle gölgelemektedir (4). İsteyerek düşük, din, yasa ve sosyal normlarla çeşitli şekillerde ve derecelerde yasaklanarak kontrol altına alınmak istenmesine rağmen ilk çağlardan günümüze kadar doğurganlığın kontrolünde başvurulan bir uygulama olmuştur (5).

Tüm dünyada genel hatları ile üç grup ülke bulunur. Bu grupların;

- Birincisinde küretaj tamamen serbesttir.
- İkinci gruba giren ülkelerde ise şahsi kararlar ile küretaj yapılmaz ama tıbbi,

psikolojik ve sosyal nedenler varsa uygulanır.

- Son grupta yalnızca annenin hayatının gebelik nedeni ile tehlikeye girdiği kanıtlandığında küretaj yapılır (4).

Gebelikler; kalıtsal bozukluklar, annenin sağlığı, sosyal olarak kabul edilmeyen ilişkiler, kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin başarısızlığı, ekonomik sıkıntılar, ailelerin o zaman diliminde çocuk istememesi, gebelikler arası sürenin az olması, bakacak kimsenin olmaması gibi tıbbi ve sosyal nedenlerle istenmeyebilmekte ve bir doğurganlığı düzenleme davranışı olarak istenmeyen düşüklerle sonlandırılmaktadır (6).

Doğurgan bir çağdaki kadının planlamadığı ve istemediği bir gebelikle karşılaşması sıkıntı, korku, endişe ve karmaşık duygular yaratmaktadır. Aynı zamanda, kararsızlık, suçluluk ve pişmanlık duygularını da yaşayan kadın, huzursuz ve gergin olmaktadır. Gebeliğini sonlandırmak için başvuran kadının fiziksel, ruhsal ve emosyonel sağlığı etkilenmektedir (6).

Bu çalışmanın amacı, gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisinin incelenmesidir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASININ TARİHÇESİ

Tarihin eski dönemlerinden beri, istenmeyen gebelikler isteyerek yapılan düşüklerle sonlandırılmaktadır (3). Tarihten bugüne insanların en kalıcı sorunlarından biri cinsel arzularının etkisi ve sonuçları olmuştur. Cinsel birleşmenin sonucu olarak istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için tedbirler alınması insanlık tarihi kadar eskidir (7).

Yazının keşfinden önceki dönemlerde insanlar yiyecek elde etmedeki zorluklar karşısında nüfuslarını azaltacak yöntemlere başvurmuşlardır. Tarih öncesi dönemlerde nüfusu kontrol etmek için cinsel ilişkiden kaçınma, düşük, çocuk öldürme, yaşlıların öldürülmesi, cinsel ilişki zamanının tabularla belirlenmesi gibi yöntemler ilkel toplumlar tarafından kullanılmaktaydı. İnsanlığın ilk dönemlerindeki doğurganlığın düzenlenmesiyle ilgili uygulamalar tarih öncesi tıbbın özellikleriyle uyumlu olarak sihir, büyü ve doğaüstü nitelikleri barındırıyordu. Günümüzde de antropologların incelediği ilkel toplumlarda görülen düşük amacıyla gebe kadınların batın alt bölgesine baskı yapılması, bir ağaca bağlanarak beline sıkı kuşaklar sarılması ve rahim içine çubukların sokulması gibi uygulamaların tarih öncesi insanlar tarafından da uygulanmış olması mümkündür (8).

Gebelik sonlandırmayla ilgili ilk kaynaklar Milattan Önce (M.Ö.) 4000 yıllarında yazıldığı kabul edilen Ebers papiruslarında kayıtlıdır. Bu kayıtlarda gebelik sonlandırmanın endikasyonları ve yasakları yazılıdır (9). M.Ö. 2737-2696 yılları arasında yazılan bir Çin kitabında düşük yaptıracak oral alınan ilaçların bir reçetesi bulunmaktadır (9,3). M.Ö. yaşamış olan Çinli hekim T'ang Shenwei, yazdığı kitabında düşükler hakkında geniş bilgi vermiş ve düşük yapıcı maddelerin neler olduğunu tarif ettiği gibi, bunlardan cıvalı maddelerin çok etkili olduklarını belirtmiştir (10).

Antik Çin'de kadınlar hamileliği önlemek ve çocuk düşürmek için sıcak cıva içmişlerdir. M.Ö. 7. yüzyılda Sun Ssu-Mo daha fazla çocuk istemeyen kadınlar için "1000 Altın Gebeliği Önleme Tarifi" isimli bir eser yazmıştı. Bu eserde cıva ve yağın bir gün boyunca birlikte kaynatıldıktan sonra oral olarak alınmasının kısırlaştırıcı etkisinden bahsedilmiştir (7).

Yunanlılar dev rezene olarak bilinen “silphium” kullanmışlardır. Keskin sapı öksürük şurubu olarak kullanılan bu bitkinin kontraseptif ve düşüğe sebep olan özelliği olduğu biliniyordu. 3. ve 4. yüzyılda bitkinin soyu bu büyük ilgiden dolayı tükendi. Hayatta kalan benzer bitkiler vardı ama etkisi azdı (7).

Hammurabi Kanunnamesi'nde çocuk düşürmek yasaklanmış ve yapanların cezalandırılacağı belirtilmiştir. Tarihte ilk defa Aristo bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmamanın ailenin hakkı olduğunu savunarak, istedikleri takdirde istemli düşük yapabileceklerini savunmuş, Eski Yunanistan'da Aristo gibi Plato'da doğum kontrolünün gerekli olduğunu ve ideal nüfusu korumak için yeterli çocukları olan ailelerin istemli düşük yapabileceğini savunmuştur. Buna karşın Eski Yunan'da Lykurk ve Solon zamanında istemli düşük yapanların cezalandırıldığı bilinmektedir (3).

Hipokrat isteyerek düşük yapmak isteyenlere tavsiyelerde bulunmuş, fakat düşük için alet kullanılmasını yasaklamıştır (3,9).

Orta Çağ'da kullanılan en etkili kontraseptifler kimyasal karışımlardı. Orta Çağ insanları bazı bitki ve minerallerin gebeliği önlemekte ve oluşan gebeliği erken safhalarda sonlandırmakta olduğu bilgisine sahiplerdi. Bu bitkileri tek tek değil de daha çok karışımlar halinde kullanıyorlardı. Çünkü bu şekilde kullanılan kimyasalların daha etkili olacağına inanıyorlardı. Bitki yapraklarını ve köklerini ya yiyorlar ya da karışımlar hazırlayarak bu preparatları içiyorlardı (7).

İspanya, Fransa ve İngiltere'de Hristiyan kilise değerlerinin modern ceza yasalarına ilk kez yansıdığı 19. yüzyılın ilk dönemlerinde, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına karşı ceza hükümleri kullanılmaya başlanmıştır. İslam dininde ise fetüsün ana rahminde hareket etmesinden sonra sonlandırılması yasaklanmıştır (9).

İslam dini istemli düşüğü suç saymakla beraber, bu konu 8-10 haftalık gebelikler için tartışmalıdır. Milattan Sonra (M.S.) 979 yılında yaşamış olan ünlü İslam hekimi Avicenna yazmış olduğu "Kanuni Tıp" adlı kitabında düşüklerin sebeplerini, düşük belirtilerini ve düşük olduktan sonra kendisi tarafından kullanılan bazı aletlerin kullanma şekillerini anlatmıştır. Buna göre pelvis darlığı olanlar, gebelikle beraber ağır hastalığı bulunanlar doğum yapamayacağı için bu kadınların fetüslerinin tıbbi tahliye ile alınmasının gerekliliğini ileri sürmüştür (10).

Japonya'da Meji Hükümeti, Fransız Napolyoncu yasadan esinlenerek istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması yasasını çıkarmış ve bunu "suç" kabul etmişse de, geleneksel

Çin ve Japon hukuk sistemlerinde, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasıyla ilgili bir bilgi bulunmamaktadır (9).

Roma İmparatorluğu dönemlerinde ise normal bir tıbbi müdahale olarak görülen küretaj, aynı zamanda aile planlamasının bir parçası olarak değerlendirilmekteydi (11).

19.yüzyıldan beri çeşitli tekniklerle uygulanan teşhis amaçlı küretaj işlemlerinde de kavitenin aspirasyonuna başvurulmakta ise de modern “Menstruel Regülasyon (MR)” tekniğinin geliştirilmesi 1960'ların sonunda Dr.Harvey Karman tarafından bükülebilir polietilen kanüllerin modifiye edilmesi ve aspirasyon için uygun enjektörlerin imal edilerek kanüllere aplane edilmesi ile mümkün olmuş ve bugün pek çok ülkede resmen kabul edilmiş bir gebelik sonlandırma tekniğidir. Daha sonra geliştirilen sabit basınçlı enjektörler ve daha geniş çaplı kanüllerle yöntemin birinci trimester içinde gebeliği rahatlıkla sonlandırılabilir düzeye gelmesi sağlanmıştır (3).

4.2. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASININ HİZMETLERİNDE DÜNYA'DA GENEL DURUM

Küretaj: dış dünyada yaşama şansı bulunmayan fetüsün ana rahminden müdahale ile ayrılmasıdır. Küretaj yalnızca bir sağlık sorunu olarak değil politik, dinsel, sosyal ve etik yönleriyle de tartışılan bir konudur. Yetişkinlerin tartışmasız olarak kabul edilen haklarına karşın, embriyo ve fetüsün haklarının neler olduğu hala tartışılmaktadır. Küretajla ilgili tartışılan konulardan bir diğeri de yaşamın ne zaman başladığı ile ilgilidir. Döllenmiş yumurta insan olarak gelişme potansiyeli taşıyan ilk yapıdır. Abortusa karşı olan gruplar döllenme anının insan yaşamının başlangıcı olarak kabul edilmesi gerektiğini, bu nedenle gebeliğin her döneminde yapılacak girişimlerin insan öldürme eylemi olarak kabul edilebileceğini belirtmektedirler. Bazı yazarlar döllenmeden sonraki 14-15. günlerde primitif embriyonun insan özelliğini savunurken, bazıları da insana özgü niteliklerin sekizinci haftada ortaya çıktığını savunmaktadırlar. Feministler ise, gebeliğin sonlandırma kararının yalnızca kadın tarafından verileceğine inanmaktadırlar. Embriyo ve fetüsün yaşama hakkı kadar, kadınında kendi bedeninde olanlara ve olacaklara karar verme hakkı vardır (12).

Her ülkede gebeliklerin sonlandırılmasıyla ilgili yasalar bulunmaktadır. Bir ülkenin, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması hizmeti ile ilgili yasaları aşağıdaki nedenlerin bir

veya birkaçının bir arada olmasını gerektirir:

1-Kadının hayatının tehlikede olması,

2-Kadının fiziksel veya zihinsel sağlığının ya da ikisinin birden tehlikede olması,

3-Eğer doğarsa doğacak çocuğun ileride fiziksel veya zihinsel özürlü olma tehlikesi,

4-İncest, ırza geçme (reşit olmayan bir kızla ilişki dahil) ve diğer suç teşkil eden cinsel ilişki yoluyla gebelik,

5-Doğum yüzünden kadın ve ailesinin sağlığının, sosyal ve ekonomik refahının etkilenmesi,

6-Kadın ve ailesinin sosyal konumunun tehlikeye atılması,

7-Devamlı kullanılan kontraseptif yöntemin başarısızlığı.

Genellikle ilk trimesterde istek üzerine, daha sonraki dönemlerde ise diğer nedenlerle, gebelikler sonlandırılmaktadır (9).

İsteğe bağlı gebelik sonlandırma, bazı ülkelerde halen katı kurallar ve yasalarla engellenmeye çalışılmaktadır. Örneğin; tüm Arap ülkelerinde ve pek çok Müslüman ülkede isteğe bağlı gebelik sonlandırılması yasaktır. Bu ülkeler arasında ilk olarak Tunus 1973'te yasal düzenlemelerle isteğe bağlı gebelik sonlandırmayı serbest bırakmıştır. Öte yandan, Bangladeş, Endonezya ve Kenya gibi birçok ülkede, yasaların çok sıkı olmasına karşın, erken dönemdeki gebelikler "Karmen Aspirasyonu " tekniğiyle sonlandırılmaktadır (9).

1984 yılında Mexico City'de yapılan Dünya Nüfus Konferansı'nda belirlenen yeni politikalar, gebelik sonlandırması konusunda araştırma ve geliştirmeye kesin kısıtlamalar getirmiştir. Sonraki yıllar içinde karşı yönde gelişmeler olmuş, hızla tırmanan isteğe paralel olarak hizmet sunumu giderek artmıştır. Bu sayede gebelik sonlandırma için daha kolay ve güvenli müdahale yöntemleri geliştirilerek kapsamlı olarak hizmete sunulmaya başlanmıştır (9).

Ekim 1988'de 35 ülkeden kadın sağlığı uzmanları Rio De Jenerio'da 3.Dünya ülkelerinde kadın sağlığı üzerinde istenmeyen doğumların etkisi konulu uluslararası Tietre Sempozyumu'nda toplanmışlardır. Katılımcılar gizli ve el altından emniyetsiz olarak gerçekleştirilen gebelik sonlandırma işleminin, başta Latin Amerika ve Afrika ülkeleri olmak üzere kadınlarda 1/4-1/2 oranında ölüm nedeni olduğu saptanmıştır. Sağlık ve kadın yaşamında bu sonucun etkisi uluslararası politikalarla ele alınmıştır. Ayrıca toplantı sonucuna göre, istenmeyen gebeliklerde riskin medikal faktörlerden çok illegal kaynaklı oluşu dikkat çekicidir (9)

Dünyada her yıl yaklaşık olarak meydana gelen 210 milyon gebeliğin 75 milyonunu istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin % 22'si yani 46 milyonu isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır (13).

Dünyada her yıl meydana gelen 46 milyon isteyerek düşüğün yarısı güvenli olmayan koşullarda yapılmakta, bunun %95-%98'i gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır; bu da 80 bin anne ölümüne ve binlerce kadının sakatlığına neden olmaktadır (13,14,15). Güvenli olmayan düşükler anne ölümlerinin %13'ünden (8 kadından 1'i) sorumludur ve bazı ülkelerde en önemli anne ölüm nedenidir (13)

DSÖ'nün raporuna göre, bütün dünyada bir günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme olmakta, bunun sonucunda yaklaşık bir milyon gebelik oluşmakta ve meydana gelen gebeliklerin %25'ini planlanmamış, %25'ini ise istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır, istenmeyen gebeliklerin 125-150 bini ise isteyerek düşükle sonlanmaktadır(16).

Dünya'da 2003 yılı için 15-44 yaş arası 1000 kadında genel küretaj oranı Yeni Zelanda 21.0, Almanya 7.6, Hollanda 8.6, Finlandiya 10.7, İskoçya 11.5, Danimarka 14.7, Norveç 15.1, İngiltere ve Galler 16.6, Avustralya 19.7, İsveç 20.1'dir. Amerika Birleşik Devletleri 2002 yılında 15-44 yaş arası 1000 kadında kürtaj oranı 20.9'dur (17).

Düşükler yüksek sağlık risklerinin bulunması, ekonomik maliyetleri ve önlenebilirliği nedeniyle önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (1).

4.3. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASININ HİZMETLERİNDE TÜRKİYE'DE GENEL DURUM

Bireylerin istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olma kararlarını verebilmeleri, sahip olmaları gereken en doğal haklarıdır. Türkiye'de çiftlerin çoğu çocuk istemektedir. Fakat fazla çocuk sahibi olma, ekonomik güçlükler, doğum için zamanın uygun olmaması gibi nedenler sonucu bazen de gebelikler istenmemektedir (1).

Bir kadının gebeliği istememesinin pek çok nedeni olabilir. İstenmeyen bir gebelik, kadını istemediği bir evliliğe sürükleyebileceği gibi, psikolojik ya da fiziksel hastalıklara veya eğitim ve iş fırsatlarının kaçırılmasına neden olabilir. Nedeni ne olursa olsun, kadınların birçoğu istemediği gebelikleri sonlandırmaya çalışmaktadır. Ancak birçok ülkede kadınların fertilitelerini kontrol etmeleri sınırlandırılmıştır. Hristiyan dini

yasalarının ceza yasalarına yansıdığı dönemlerde, 19. yüzyılın ilk yarısında düşük yapanlara ve yaptırana ceza verilmeye başlanmıştır. Bazı İslam mezhepleri ise çocuğun uterusu hareket etmesinden sonra düşüğü yasaklamıştır (15).

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğu yıllarda, toplam nüfustaki genel kayıplardan öte, genç nüfusun çok azalmış olması, güvenli bir gelecek için nüfusu arttırıcı politikaların oluşturulmasına neden olmuştur. Gerekçelerin sürmesi nedeniyle sonraki on yıllarda "gebelik sonlandırma" yalnızca tıbbi bir müdahale olarak yapılmaktaydı. Gebelik sonlandırma işlemi ancak kadının yaşamı tehdit altında ise hastanelerde yapılabiliyordu. Sosyoekonomik ve politik atılım yılları olan 1950'lerde nüfusun kontrolsüz olarak artışı hızlanmıştır. Ancak bu dönemi izleyen yıllarda köyden kente göçün yoğunlaşması, politik ve ekonomik çalkantıların yanı sıra nüfusun plansız büyümesi de dikkat çeken bir olgudur. Buna bağlı olarak, kendisi gebelik sonlandırmaya kalkan kadın sayısında ve anne ölümlerinde gözlenen artış, tıp çevrelerinin bu konuya eğilmelerine ve sağlık politikalarında değişiklik istemelerine yol açmıştır (9).

1965 yılında kabul edilen 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a (NPHK)" göre; gebeliğin anne hayatını tehdit ettiği veya edeceği durumlarda ve tıbbi bir zorunluluk olmadıkça küretaj yasaklanmıştır (18).

Türkiye'de 27 Mayıs 1983'te 10 haftaya kadar olan gebeliklerin küretajla sona erdirilmesi ve gönüllü cerrahi sterilizasyon yöntemlerine izin verilmesi NHPK'da yapılan değişikliklerle sağlandı. Küretaj için evli kadınlara kocadan izin alma koşulu getirildi (12). Bekar kadınlarda ise küretaj ile gebeliğin sonlandırılması kadının rızası ile, kadın reşit değilse küçüğün rızası ile birlikte velisinin izni de gereklidir.

Gebelik süresi on haftadan büyükse, ancak gebeliğin anne hayatını tehdit ettiği/edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde, ilgili daldan uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile rahim tahliye edilmektedir (19). Bunun dışında rahim tahliyesi yasal olmayıp, 765 Sayılı Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 99.maddesinin 2. Fırkası da: "Tıbbî zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur." ifadesi yer alır (20).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre her 100 gebelik

için düşük (kendiliğinden ve isteyerek) ve ölü doğum oranları araştırma öncesi beş yıllık dönem boyunca her dört gebelikten neredeyse birinin canlı doğumla sonuçlanmadığı görülmektedir. Her 100 gebelikten sadece 2'si ölü doğumla sonuçlanırken yine her 100 gebelikten 15'i isteyerek olmak üzere toplam 23'ü düşükle sonuçlanmıştır (21).

1993 TNSA ve 1998 TNSA arasındaki dönemde isteyerek düşük düzeylerindeki eğilim sonuçlarına bakıldığında bu beş yıllık dönem boyunca isteyerek düşük oranlarının biraz azalarak her 100 gebelik için 18 düşüktan 15'e indiği görülmektedir. Kentsel yerleşimindeki kadınlar için 1993 TNSA'dan önceki 5 yıllık dönemde her 100 gebelikte 21'i isteyerek düşük ile sonlanırken 1998 TNSA' ya göre kentsel yerleşimdeki kadınlar arasında isteyerek düşük oranının her 100 gebelikte 16 olduğu görülmüştür (21).

2003 TNSA verilerine göre 100 gebelikten yalnızca biri ölü doğumla sonuçlanırken 11'i isteyerek olmak üzere 21 gebelik düşükle sonlanmıştır. İstemli düşük hızı 15-18 yaş grubunda aynı düzeyde olup diğer bütün yaş grupları için kentsel alanda kırsal alandan daha yüksektir (22).

2008 TNSA verilerine göre son beş yılda 100 gebelikten 10'u isteyerek olmak üzere 21 gebelik düşükle sonlanmıştır. İstemli düşük hızları refah düzeyi yüksek olan ve kentsel yerleşim bölgelerinde yaşayan kadınlarda daha yüksektir. TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %14'ü bir sonraki doğuma kadar en az iki yıl beklemek istediklerini, %67'si ise ileride başka çocuk istemediklerini belirtmiş olmalarına rağmen, modern aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %46, hiçbir yöntem kullanmayan kadınların oranı ise %27 olarak tespit edilmiştir. Bu olgular, Türkiye'de halen evli her 5 kadından 4'ünün, doğurganlıklarını sonlandırmak ya da ertelemek için aile planlaması hizmetlerinden yararlanmak ihtiyacında olduğunu ortaya koymaktadır (19).

2008 TNSA verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2.15; istenen doğurganlık hızı 1.6'dır. Buna göre kadınlar istediklerinden 0.6 çocuk fazla doğurmaktadır. 100 gebelikten 8'i isteyerek düşükle sonlandırılmaktadır. Aynı araştırmaya göre evli kadınlar arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullananların oranı %73, modern yöntem kullananların oranı %46'dır. buna göre kadınların yarıdan fazlası modern yöntem kullanamamakta ve bu nedenle istenmeyen gebeliklere maruz kalmaktadırlar. Modern yöntem kullanımı Batı'da %48.2 iken, Doğu'da %37.2'ye düşmektedir (23).

Karaman'ın (2007) belirttiği gibi Türkiye'de yılda iki milyon dolayında gebelik olduğunu ve bunların yaklaşık 284 bin kadarının istemli düşük ile sonlandırıldığı tespit

edilmiştir (1). Düşüklerin görülme sıklığı, ülkelere ve ülkelerin sosyoekonomik seviyelerine paralel olarak değişmektedir. Kadının toplumsal statüsünü belirleyen en temel faktör eğitimi, çalışması, sosyal güvencesinin olmasıdır. Araştırmalar, gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (24).

4.4. DİNLER AÇISINDAN GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASI

İnsanlık yaşamını farklı kurallarla çizen dinler, doğmamış bebeği, anneyi ve toplumu ilgilendiren, üzerinde çeşitli tartışmalar yapılan hassas bir konudur (25). Farklı dinler açısından küretaja bakış şöyledir:

4.4.1. İslam Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması

Çocuk doğurma, çocuk sayısının sınırlandırılması, iki doğum arasındaki sürenin ayarlanması, kısırlığın tedavi ettirilmesi gibi konularda da karı kocanın ortak isteğine göre, meşru ve emin çarelere başvurulması, İslam alimlerinin çoğunluğunca uygun görülmektedir. Ancak yinede konu din adamları arasında fikir ayrılığına yol açmaktadır.

Bir grup din adamı Kuran-ı Kerim'e dayanarak gebeliğin ilk döneminde ceninin kan pıhtısı halinde bulunduğunu henüz canlanmadığından bu dönemde küretajın günah olmadığını öne sürmüştür; diğer grup ise, yaşamın yumurtanın döllenmesi ile başladığı ve anne hayatının tehlikede olması durumu dışında küretajın günah olacağını belirtmişlerdir. Annede tedavinin gecikmesi sakıncalı olan bir hastalık varsa, gebelik dolayısıyla sütünün kesilmesi ve ailenin emmekte olan çocuğa süt veya süttanne bulma imkanının olmaması, gebeliğin devamının veya doğumun annenin hayatını tehlikeye sokacağı kesinlikle biliniyorsa, annenin hayatını kurtarmak için gebeliğin süresine bakılmaksızın, küretaj caiz görülmüştür (25).

4.4.2. Hristiyanlık Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması

Hristiyan dininde mezhepler arasında farklılıklar vardır: Protestan kiliselerinde ancak ana sağlığı yönünden gerekli ise çocuk düşürülebilir görüşünde olanların yanında, bu konuda yetkinin kadın ve ameliyatı yapacak hekime ait olduğu ve dinsel yönü olmadığı görüşünde olanlar da vardır. Katolik kilisesi, bu konuda çok katı olup, insan hayatının

döllenme ile başladığı, annenin hayatı tehlikede olsa bile, küretajın bir günahsız öldürme sayılabileceği görüşündedir (25).

Hristiyan dünyasında küretaj kanunen serbest olmasına rağmen günümüzde batı kamuoyunda tartışılmaya devam etmekte, başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmak üzere ülke gündeminde ağırlığını koruyabilmektedir. Bu ülkelerde "İnsan Hayatını Koruma Derneği" üyeleri, kilisenin de desteğiyle sık sık protesto yürüyüşleri yaparak küretaj aleyhine kampanyalarını sürdürmektedirler (26).

4.4.3. Musevilik Dini Açısından Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması

Bir grup haham küretaja sıcak bakmasa da Musevi dini birçok durumda eğer annenin hayatı tehlikede ise veya tecavüz gibi durumlarda gebeliğin sonlandırılmasına izin vermektedir. Ancak birçok düşünür ise kitaplardan ve din adamlarının görüşlerinden kanıtlar vererek doğmamış bir fetusun annenin parçası olduğu, kişiliğini doğduktan sonra kazandığı, bu nedenle küretajın bir canlının öldürülmesi sayılmayacağı görüşündedirler (27).

4.5. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINA BAŞVURMA NEDENLERİ

Toplumun küçük aileyi norm olarak kabul etmesindeki artış, hızlı kentleşme, eğitim düzeyindeki artış, tüm bunlara karşılık etkili kontraseptif yöntemlerin yeterli ölçüde halka ulaştırılamaması, halkın kontraseptif yöntemlerle ilgili yanlış bilgileri, eğitim eksikliği de isteyerek düşüğün ülkemizde halen yaygın olmasının nedenleridir (3).

Kadınların isteyerek düşüğe başvurmasının başlıca nedenleri arasında; henüz aile olmaya hazır olmama, bir bebeğin bakımını üstlenmeye yeterli durumda olmama, bir çocuk sahibi olmak için çok genç olma , köyden kente göç edenler, eşinin yada ailesinin kadının küretaj olmasını istemesi, ceninde ya da kendisinde sağlık sorunlarının ortaya çıkması, tecavüz sonucu oluşan bir gebeliğin olması, ensest ilişki sonucu oluşan gebeliklerin olması, çalışmak zorunda olmak ve çocuğa bakacak kimsenin olmaması, kadının kocasından ayrılması veya kocasının ölmesi ekonomik nedenler, ailevi sorunlar, çok çocuklu olmama isteği, başka çocuk istememe, evlilik dışı ilişki , istemeden gebe kalma,kadının yaşının ileri olması, gebelikler arası süre azlığı gelmektedir. İlgili araştırma

sonuçları da bu nedenleri desteklemektedir (3,9,28,29,30).

1993 TNSA verilerine göre, kadınların küretaja başvurma nedenleri; sahip olduklarından başka çocuk istememesi (%58), sosyoekonomik nedenler %17 , doktor tavsiyesi %12 ve %8'i bir önceki gebeliğinin bitiminden sonra çok kısa bir süre geçmiş olmasıdır (3).

1998 TNSA'ya göre her düşük yapan 10 kadından 6'sının belirttikleri neden, sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir. Bunu, %7 ile bir önceki gebeliğin bitiminden sonra çok kısa süre geçmiş olduğunu söyleyen kadınlar izlemektedir. İsteyerek düşük yapma nedeni olarak başka neden belirten kadınların çoğu gebeliklerini bazı sağlık nedenlerinden dolayı sonlandırdıklarını belirtmiştir (21).

2003 TNSA'ya göre düşük yapan her on kadından dördü daha fazla çocuk sahibi olmak istemediği için düşük yapmıştır. Bunu bir önceki gebelikleri yeni sonlandığı için düşük yapmayı tercih eden kadınlar, %17'lik bir düzeyde izlemektedirler. Dolayısıyla, kadınların yarısından fazlası doğurganlıklarını sonlandırmak ya da doğurganlıklarına ara vermek amacıyla isteyerek düşük yapmıştır. Bunların dışında neden belirten kadınlar çoğunlukla gebeliğini ekonomik veya ailevi nedenlerle sonlandırdığını belirtmiştir. Kadınların % 12'si için sağlık nedenleri son düşüklerinin en önemli nedenleridir (22).

Kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe, düşük nedeni olarak artık çocuk istememeyi öne sürenler çoğunluktadır. Sosyoekonomik nedenler, daha genç yaş gruplarınca daha sık belirtilmektedir. Otuz yaşın altındaki grupta, gebeliklerin % 12-16'sı bir önceki gebeliğin yakın zamanda bitmiş olması nedeniyle sonlandırılmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar, eğitim görmemiş olanlara oranla daha sık olarak sosyoekonomik nedenleri ve doğumların arasını açma arzusunu belirtmektedir. Eğitim görmemiş kadınların %17'si doktor tavsiyesini, %62'si artık başka çocuk istememeyi sebep göstermişlerdir. Düşüklerinin nedeni olarak en çok belirttikleri: sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir (%58), Güney Anadolu'da bir önceki gebelikten sonra kısa zaman geçmiş olması gösterilirken, kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir (3).

Düşüğün boyutlarını etkileyen faktörler sosyal, ekonomik, yönetsel, tıbbi ve dini faktörler olarak sıralanabilir:

1-Sosyal faktörler; endüstrileşme, kentleşme, kadınların eğitim düzeyi, aile ve toplum içindeki değeri, ev dışında çalışıyor olması, toplumda yaygın olan aile büyüklüğü normu, toplumun cinsiyet, gebelik ve düşüğe ilişkin konulardaki tutumu, kontraseptif kullanımı olarak sıralanabilir.

2-Ekonomik faktörler; topluma sağlık hizmeti sunmanın maliyetini dolayısıyla hizmetin kalitesini de etkilemekte, kadının, düşük yapması için ödemesi gereken para da, düşüğün boyutlarını etkilemektedir.

3-Yönetime ilişkin faktörler ve hükümetlerin nüfus politikaları, düşük yasalarının durumu aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliği düşüğün boyutlarını direkt ya da dolaylı olarak etkileyen faktörlerdir.

4-Tıbbi faktörler; özellikle sağlık servislerinin ve insan gücünün ülke çapında yayılışı, insan gücü sayısı, hastane yatağı sayısı, sağlık personelinin aile planlaması ve düşüğe karşı tutumu önerilen kontraseptif yöntemlerin etkinliği de, düşüğün boyutları konusunda önemlidir (3).

4.6. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASI YÖNTEMLERİ

İsteyerek düşükte başvuru alan yöntemlerden en tehlikeli olanı kadının kendi müdahalesi ile (uterusa yabancı cisim uygulanması, aşırı doz ilaç alma, vs.) düşüğün başlatılmasıdır. En ciddi komplikasyonların, ölümün meydana geldiği düşük şeklidir (10). İsteyerek düşüklerin bir sağlık personelinin müdahalesi ile yaptırılmasında uygulanan yöntemler ise genel olarak iki başlık altında sınıflandırılabilir: (13)

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında kullanılan yöntemler genel olarak iki başlık altında sınıflandırılabilir:

1. Medikal Abortus(Tıbbi Düşük)
2. Cerrahi Abortus(Cerrahi Düşük)

4.6.1. Medikal Abortus (Tıbbi Düşük):

Gebeliğin, genellikle dokuz haftadan önce, cerrahi müdahale yapılmaksızın, ilaçla sonlandırılmasıdır. Bu amaçla çeşitli ilaçlar kullanılır:

Antiprogesterin: Mifepristone

Antimetabolit: Methotrexate ve

Prostaglandin analogu: Misoprostol.

Mifepristone (RU-486) bir steroidtir ve bir prostaglandin ile kombine edildiğinde düşük yaptırır. Bunlara “düşük hapi” da denir. İlaç progesteronun normal işlevini bloke ederek döllenmiş yumurtanın uterus duvarına implante olmasına engel olur. İmplantasyon meydana gelmişse, uterus iç duvarının atılmasını sağlar. Bu ilaç son adet tarihinden itibaren dokuz hafta içinde ve ilacın alınımından iki gün sonra bir doz prostoglandinle takviye edilirse etkililiği en yüksek dereceye ulaşır. Yeni bir ilaç olmasına rağmen, oldukça güvenlidir (13).

Misoprostol: Prostoglandin E (PGE) analogudur. Mide pariyetal hücrelerini etkileyip gastrik asit sekresyonunu inhibe etmek suretiyle etki eden ve nonsteroid antiinfamatuvar ilaçlara bağlı olarak gelişebilecek gastrik ülserlerin önlenmesi için onaylanmış bir sentetik 15-deoksi-16-hidroksi-16 metil prostoglandin analogudur. Etki olarak uterin kontraksiyonlara ve serviksin olgunlaşmasına neden olmaktadır. Misoprostol; ucuz olması, kolay ulaşılabilirliği, genel anestezi ve skara bağlı sekonder infertilite riskleri bulundurmaması gibi nedenlerden dolayı medikal abortus, servikal olgunlaştırma ve doğum indüksiyonu amacıyla da kullanılmaktadır. Prostaglandin E'nin servikal olgunlaştırma amacıyla ruhsatlandırılmamış olması bu ilacın kullanımını kısıtlamaktadır. Buna rağmen düşük dozlardaki kullanımı devam etmektedir (31).

Mifepriston (200 mg) + 400 mcg misoprostol kullanılarak yapılan medikal abortusda

başarı %97-98'dir (13).

Medikal abortusun yan etkileri; (13)

- Ağrı
- Kanama
- Bulantı, kusma, diyare
- Kısa süreli ateş, üşüme
- Baş ağrısı

Tablo 4.6.1.1: Medikal ve Cerrahi Düşüğün Özellikleri

Medikal Düşük	Cerrahi Düşük
<ul style="list-style-type: none">• Yüksek başarı hızı (%95-98)• Genellikle cerrahi işlem yoktur• En az iki ziyaret gerektirir• Düşük, genellikle ikinci medikasyonu izleyen 24 saat içerisinde meydana gelir• Erken gebelikte uygulanabilir• Oral ağrı kesici kullanılabilir• Bazı işlemler evde yapılabilir• Medikasyon, spontan düşüğe benzer olaylara neden olur.	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek başarı hızı (%99)• Uterusa aletle müdahale edilir• Tek ziyarette yapılır• İşlem yaklaşık 5-10 dakikada tamamlanır• Erken gebelikte uygulanabilir• Anestezi ve sedasyon gerekebilir• İşlem bir klinikte veya muayenehanede yapılır• İşlemi sağlık personeli yapar• Cerrahi işlemin risklerini taşır

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2009. Sf:339.

4.6.2. Cerrahi Abortus (Düşük)

Cerrahi düşük, ise çeşitli cerrahi yöntemlerle yapılan düşüktür. Türkiye’de en sık kullanılan düşük yöntemi cerrahi bir yöntem olan Menstrüel Regülasyon'dur (MR).

Dilatasyon ve küretaj (D&C) ise yalnızca kadın doğum uzmanları tarafından uygulanabilen bir cerrahi yöntemdir. Farklı yöntemler kullanılmaktadır:

1. Menstrüel Regülasyon (MR)
2. Vakum Aspirasyonu
3. Dilatasyon ve Küretaj (D&C)

4.6.2.1. Menstrüel Regülasyon (MR)

Bu yöntemle, uterin kavitenin bir kanül ve enjektör yardımı ile aspire edilmesidir. İlk kez 1860’larda denenmiştir (13). MR yöntemi ilk kez 1927 yılında bir Rus hekim tarafından tanımlanmış, daha sonra Çinli bir hekim 1958 yılında bu yöntemi kullandığını rapor etmiştir. “Karman Aspirasyonu” tekniği olarak da bilinen bu yöntem, Avrupa’da 1960’larda yaygınlaşmış, Amerika’da ise 1970’lerde yaygın biçimde uygulanmaya başlanmıştır. Kaliforniya’da Harvey Karman’ın 1960 yılında aspirasyon için elastik, kolayca bükülebilen polietilen kanüller geliştirmesi ile MR yönteminde olumlu yönde bir

gelişme kaydedilmiştir, 1970'lerde elle çalıştırılabilen vakum enjektörler geliştirilmiş ve işlemin olumlu sonuçları 1971'de yayımlanmıştır (9).

Bu aspirasyon yöntemi son adet tarihinin üzerinden 5-6 hafta geçmeden önce uygulanır. Bu yöntem genel anestezi ve servikal dilatasyon gerektirmediğinden, az ağrılı, basit, güvenli, pahalı olmayan bir yöntem ve yan etkileri de az olduğundan, diğer gebelik sonlandırma yöntemlerinden üstün tutulmaktadır (9,13).

Gebelik henüz tespit edilmeden de uygulanabilir. Bu yöntem olası bir gebeliğin çok erken döneminde uygulandığı için çok küçük bir plastik kanül kullanılır. Kanülün diğer ucunda vakum etkisi yaratan bir enjektör vardır. Uterus yüzeyi embriyonik doku ve plasenta artığı kalmayacak şekilde temizlenir. 10 gün sonra izleme davet edilir. Adet gecikmesi olduğunda gebelik araştırılmadan adeti düzene sokmak amacıyla uygulanması öngörülmüş bir yöntemdir. Ancak ülkemizde kanıtlanmış gebelikleri sonlandırmak için yaygın şekilde kullanılmaktadır (13).

4.6.2.2. Vakum Aspirasyonu

Gebeliğin 6-14. haftasında uygulanır. Gebelik daha büyük olduğu için daha büyük bir kanül kullanılır. On haftadan büyük gebeliklerde servikal dilatasyon gerekir (13).

4.6.2.3. Dilatasyon ve Küretaj (D&C)

Genellikle hastanede genel anestezi altında yapılır. 6-16. haftalık gebelikler için uygundur. İşlem sırasında servikal dilatasyon uygulanarak uterus içi kürete edilir, aspirasyon kullanılmaz. Yerini büyük oranda daha güvenli olan aspirasyona terk etmiştir (13).

4.7. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINDA KOMPLİKASYONLARI

İsteyerek düşükler, yasadışı veya sakıncalı olmalarına rağmen yıllardan beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldığı için, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmakta; üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (3).

Sağlıksız koşullarda yaptırılan düşüklerin komplikasyonlarının tedavisi, hastaneye

yatırılma, personel emeği ve ilaç, tıbbi bakım giderleri, araç-gereç açısından ele alındığında, halk sağlığı açısından önem arz ettiği görülür. İsteyerek düşüklerin yasal olmadığı ülkelerde, düşüğe bağlı komplikasyonların tedavisi için harcanan bütçe, diğer obstetrik hizmetlerin maliyetinin en azından 2-3 katıdır (3).

Güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükler sonucunda enfeksiyon, kanama, mekanik incinmeler kadının sağlığının bozulmasına, hatta ölüme neden olmakta, gebelik yasal, erken dönemde, eğitilmiş sağlık personeli tarafından uygun koşullarda sonlandırıldığında belirtilen komplikasyonların görülme olasılığı azalmaktadır (3).

Sağlıksız koşullarda küretaj olan kadınların %10-50'sinde komplikasyon tedavisi gerekmekte, sağlıklı koşullarda yapılan düşüklerde ölüm hızı 100.000'de 3 iken yasa dışı düşüklerde bu hız 100.000'de 100'e yükselmektedir (3).

Düşük esnasında ve düşük sonrası ilk 2 hafta içinde gelişebilecek komplikasyonlar, erken dönem komplikasyonları olup, bunlar; aşırı kanama, uterin perforasyon, servikal laserasyon, akut hematometra, düşük sırasında ya da sonrasında senkop geçirme, inkomplet abortus, gebeliğin devam etmesi, pelvik enflamatuvar hastalık, psikolojik sorunlar, anestezi komplikasyonları, tromboemboli, sepsis, parça retansiyonudur (3).

Geç dönem komplikasyonları düşükten iki hafta sonra ortaya çıkabilecek olan komplikasyonlardır. Bunlar; geçikmiş kanama, servikal stenoz, ektopik gebelik riski, enfeksiyona bağlı infertilite, rh sensitizasyonu , prematüre doğum riski, spontan abortus riski, yapışıklık, işlemin yapılamaması, meme kanseri riski(küretaj sonrası %140 artmaktadır), düşüğü provake etmek için kullanılan ilaç veya kimyasal maddelere karşı toksik reaksiyonlar, kronik pelvik ağrıdır (3).

4.8. GEBELİKLERİN İSTEĞE BAĞLI SONLANDIRILMASINDA ANKSİYETE

4.8.1. Anksiyete

Anksiyete sözcüğü sıkışma darlık anlamına gelen "angh" kökünden türemiştir. Değişik kültür ve dillerde farklı anlamlar çağırır. Almanca "angst" sözcüğü, İngilizce "dread "(önceden korkma) veya "foreboding" (kötü bir şey olacağını hissetme) anlamında kullanılır. Türkçe' de "bun", "bunaltı", "hoş olmayan heyecansal endişe hali" olarak tanımlanabilir (32). Sıklıkla fizyolojik belirtilerle birlikte. Bilemediğimiz ve

anlayamadığımız yakın bir tehlikeyi beklemekte olmaktan kaynaklanan huzursuzluk ve gerginlik hissidir. Kişinin beden bütünlüğü ya da güvenliğine yönelik tehlikeli bir tehdit olarak algılanan ve yorumlanan, bir iç ya da dış uyarının harekete geçmesi ile ortaya çıkan bir durumdur (33).

Freud'a göre anksiyete, her şeyden önce bir duygulanımdır. Hem içsel çatışmaların merkezinde yer alan bir psikolojik yapı, hem de çeşitli psikiyatrik hastalıkların belirtilerinden biridir (32).

Karen Homey'e göre korku, bir insanın karşılaşmış olduğu tehlike ile orantılı bir tepki olduğu halde, kaygı gerçek tehlike ile orantılı olmayan aşırı tepki, hatta hayal ürünü tepkilere karşı gösterilen aşırı tepkidir (3,34).

Jung'a göre, anksiyete kolektif bilinçaltından gelen irrasyonel güçlerin ve imajların insanın bilincini kaplamasına karşı kişinin reaksiyonudur. Anksiyete, kolektif bilinçaltının hakim özelliklerine karşı duyulan korkudur (32).

4.8.1.1. Anksiyetenin Nedenleri

Anksiyete çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehdit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişiklere bağlı olarak oluşur. Aynı zamanda bireyin biyolojik veya sosyal çevresindeki herhangi bir şeyin benlik bütünlüğünü tehdit etmesi de anksiyetenin kaynağını oluşturabilir (35).

- Biyolojik, psikolojik ve/veya sosyal bütünlüğe olan tehditler,
- Dayanma mekanizmalarının/kaynaklarının ineffektif kullanımı,
- Dayanma stratejilerinin tüketilmesi,
- Dayanma yeteneklerini aşan stres düzeyleri,
- Umutsuzluk,
- Güçsüzlük,
- Gerçekçi veya ulaşılabilir olmayan ihtiyaçların/beklentilerin karşılanmaması,
- Uzun dönemli hastalığa cevap, hospitalizasyon,
- Özgüvene tehdit,
- Biyolojik, psikososyal ve çevresel faktörler anksiyetenin nedenleri olarak sıralanabilir (35).

4.8.1.2. Anksiyete Belirti ve Sonuçları

Anksiyete, tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusu olarak ifade edilmektedir. Bu duyguya vücutta bazı duyular eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk duygusu ve hemen tuvalete gitme gereksiniminin doğması gibi duyular örnek olabilir. Huzursuzluk ve dolanıp durma isteği de anksiyetenin belirgin özelliklerinden biridir. Anksiyetenin ortada bir tehlike yokken yaşanması, sık ve şiddetli bir şekilde orta çıkması ve kişinin günlük yaşamını etkilemeye başlaması ciddi bir bozukluğun habercisi olabilir. Anksiyetenin yüksek düzeyde olmasıyla birlikte kişi kas gerginliği yaşayabilir ve bununla birlikte kas katılığı, kas spazmı, baş ağrısı veya boyun tutulması gibi şikâyetler dile getirebilir (36).

Anksiyete normal boyutlarda olduğu müddetçe yaşamın devamı için gerekli ve de faydalı bir duygu olarak tanımlanabilir. Fakat patoloji oluşturan anksiyete, nedenlerle orantısız şekilde yüksek düzeyde seyrederek kişinin hayatını ciddi şekilde etkiler. Fizyolojik ve psikolojik belirtileri kişinin normal yaşantısına devamını güçleştirir ve uzun vadede tükenmişlik ve yılgınlık duygularıyla birlikte, depresif ve somatik bazı şikâyetleri de beraberinde getirir (37).

4.8.2. Gebeliklerin İsteğe Bağlı Sonlandırılması ve Anksiyete

İstenmeyen gebeliklerin kadının yaşamındaki en stresli olaylardan biri olarak bilinmektedir. Gebelik sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık yada kayıp duygularını yaşamasına ve psikolojik tramvaya neden olabilmektedir. Özellikle istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasının yasal olmadığı durumlarda psikolojik travma daha ağır olabilmektedir. Dinsel inançlar, sosyal normlar ve kültürel yapı, istenmeyen gebeliğin sonlandırılması karşısında kadının tepkilerini etkileyebilmektedir. Araştırmalar kızgınlık, öfke, suçluluk, korku, ızdırap, utanma gibi duyguların değişik derecelerde sıklıkla yaşandığını göstermektedir (9).

Literatürde düşük yapan kadınların psikolojik yapıları ile en fazla ilgilenen kişi H.P. David olduğu görülmektedir. David, isteyerek düşük yapan kadınlarda oluşan psikolojik reaksiyonların istemedikleri bir durumdan kurtulmak isteyen kişilerde oluşan reaksiyonlara benzediğini belirtmektedir. Buna göre kadında psikolojik reaksiyonlar, çeşitli nedenlerle istemedikleri bir gebeliğin kendilerinde olduğunu hissettikleri andan itibaren

oluşmaktadır. Süreç daha sonra ailenin, çevrenin gelenek- görenek ve din, normlarında devreye girmesi ile iyice içinden çıkılmaz hal almaktadır. Sonuçlar farklılaştıkça kadındaki huzursuzluk nevrotik duruma gelmektedir. Karar gebeliği bir hastane ortamında düşürmek olunca sıkıntı iki biçimde kendini göstermektedir: Bir, o ülkenin yasaları buna izin vermeyebilmekte ve kadın illegal bu eylemi gayri sıhhi şartlarda gerçekleştirdiğinden dolayı hem yasa dışı bir işi yapmaktan endişelenmekte, hemde ölüm endişesini fazlasıyla hissetmektedir. Ülkenin yasaları operasyona izin verse bile kadında böyle bir operasyona girmenin getirdiği anksiyete oluşmaktadır. İkinci durum ise kadının süper egosu içindeki ambivalans duygulardır. Kadın bir yandan bir cana kıydığını düşünürken bir yandan da bunu gerçekleştirebilmek zorunda olduğunu düşünmektedir (6).

Handly, istemli düşüğün psikolojik ve sosyal görünüşü adlı makalesinde öz olarak David'in fikirlerine katılır iken gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlarda oluşan psikolojik reaksiyonların kadının içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel etkilere bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (6).

Aida Torres ve Jacqueline Darroch Forrest kadınlar niçin düşük yaparlar adlı makalesinde Handly'e katılarak düşüğün asıl zor olan yanının sosyal orijinli olduğunu belirtmektedirler (6).

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması işleminin cerrahi bir uygulama olmasının yanında, kadınlar için gebeliklerinin sonlandırılıyor olması da anksiyete kaynağı oluşturmaktadır. Onun için bu işlem, kadınların hem fiziksel hemde ruhsal sağlığını önemli derecede etkileyebilmektedir (9,38).

Kadınların uygulamadan önce ve sonra kısa bir stres ve üzüntü duydukları, fakat çoğunun işlem sonrasında rahatladıkları bilinmektedir. Kadın aynı anda olumlu ve olumsuz duyguları bir arada yaşayabilmektedir. Sağlıklı bir kadın, uygun destek ve bakıma çelişkili duyguları kısa bir süre içinde kolaylıkla çözümler. Buna karşın yoğun çelişkiler içinde bulunan ve karar verme güçlüğü olan kadınlar için istenmeyen gebeliğin sonlandırılması psikolojik yönden travmatik bir olaydır. Bu nedenle özel bakım ve desteğe gereksinim duyabilmektedirler (9).

4.9. İSTEĞE BAĞLI GEBELİKLERİN SONLANDIRILMASINDA EBE/HEMŞİRELERİN ROLÜ

Gebeliklerin isteğe bağlı sonlandırılması sonrasında kadınlara emosyonel yönden destek olunmalı ve yöntem kullanımı vurgulanmalıdır (27).

Ülkemizin nüfusunun dörtte birini üreme çağındaki kadınlar oluşturmaktadır. İsteğe bağlı gebeliklerin sonlandırılması hizmetlerinde hemşirelik bakımına duyulan ihtiyaç büyüktür (9).

507 sayılı kanunun yönetmeliğine göre ebe-hemşirenin yetki ve sorumlulukları; tek tek veya grup halinde her yaştaki kişiye eğitim vermek, yöntemleri açıklamak, kişi için uygun olanı seçmesini sağlamak, yöntemi nasıl kullanacağını sağlamak, olası yan etkileri hakkında bilgi vermek, toplumumuzda aile planlaması sorunları ve buna ilişkin girişimleri ele alan araştırmalarda ekip içinde yer almak, personel ile öğrenci eğitimine destek ve yardımcı olmak olarak belirtilmektedir (27).

Hemşireler özel bilgi ve becerileri ile hasta ya da sağlıklı bireyin eğitiminde, sorunların çözümünde ve aile planlaması çalışmalarında danışmanlık hizmeti sunmaktadırlar. Aile planlaması hizmetlerinde aile planlaması merkezi hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Ailelere ev ziyaretleri yaparak kapsamlı değerlendirme yapmak,
- Aile planlaması hizmetlerini yürütmek,
- Hizmet içi eğitim programlarına, seminer ve konferans gibi etkinliklere katılmak,
- Hemşirelik bakımında gerekli olan asepsi, sterilizasyon, dezenfeksiyon kurallarına uymak ve uygulanması sağlamak (39).

5. MATERYAL VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu çalışma, gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisini incelemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda anksiyete düzeyini belirlemek için planlanmış tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt arandı.

1. Araştırma kapsamına alınan isteğe bağlı gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların psikososyal durumları nasıldır?
2. Araştırma kapsamına alınan isteğe bağlı gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların anksiyeteleri ne düzeydedir?
3. Anksiyetenin psikososyal durum ile ilişkisi var mıdır?

5.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, İstanbul ili sınırları içinde yer alan iki vakıf üniversitesi hastanesi ve bir özel hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Haziran 2013- Mart 2014 tarihleri arasında yapıldı.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, İstanbul ili sınırları içinde yer alan iki vakıf üniversitesi hastanelerinde ve bir özel hastanenin, kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde gebeliklerini isteyerek sonlandıran kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme dahil edilme kriterleri; 1) Bu hastanelere küretaj için başvuran, 2) Araştırmayı kabul eden kadınlar olarak belirlendi.

Örnekleme dahil edileme kriterlerine uygun tüm küretaj yaptıran kadınlara

ulaşılmaya çalışılmış olup, örneklem gelişigüzel örnekleme yöntemi ile oluşturuldu.

Araştırmanın yürütüldüğü sürede toplamda 115 hastaya ulaşıldı. Araştırmaya davet edilen 115 hasta içinde 20 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediği için toplam 95 hasta çalışmaya dahil edildi. Ulaşılan 95 hastadan 5'i veri toplama aşamasında anket sorularını cevaplamaya devam etmek istemediği için değerlendirmeye alınmamış olup, çalışma 90 hasta ile tamamlandı.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Çalışmanın yapılabilmesi için araştırma yapılan hastanelerin yönetimlerinden gerekli yazılı izin alındı (EK 1,2). Çalışma öncesi elde edilen bilgilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı (EK 3). Alınan izinler doğrultusunda veriler aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak, anket yönteminden yararlanılarak elde edildi.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan, sosyodemografik özellikler, genel sağlık öyküsü, obstetrik ve jinekolojik öykü olmak üzere 3 bölümden oluşan toplam 30 soruluk "Anket Formu" (EK 3) ve anksiyete düzeyi Beck ve ark. tarafından 1988 yılında geliştirilen Ulusoy ve ark. tarafından 1998 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Turkish Version Of The Beck Anxiety inventory: Psychometric Properties" kullanılarak değerlendirildi (EK 3). Ulusoy ve ark. tarafından ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur. Toplam 21 maddeden oluşan Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesini sağlamaktadır. BAÖ 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekte 0 "Hiç", 1 "Hafif", 2 "Orta derecede" ve 3 "Ciddi derecede" yaşanan anksiyete şiddetini ifade etmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-63 arasında değişmektedir (40). BAÖ'den alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri düşük (0-17 puan), orta (18-24 puan), yüksek (25 puan ve üstü) şeklinde sınıflandırılmaktadır.

5.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verileri değerlendirilirken; Sayı, Yüzde,

Ortalama, Standart sapma kullanıldı.

Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı belirlemek üzere Man Whitney-U T-testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Whallis Testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Man Whitney-U testi kullanıldı.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu araştırma için ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0.920 olarak bulundu.

5.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Anketin uygulanması için etik kurul izni ve hastane izinleri alındı (EK 1,2). Kadınlara çalışmaya katılma ve katılmama konusunda özgür olduklarını, katılmaları durumunda çalışmayı herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri sözel olarak araştırmacı tarafından anlatıldı.

Kadınların cevaplarının sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ad ve soyadı yazmadan rahat bir şekilde; kimsenin baskısı ve yönlendirmesi altında olmadan cevaplandırabilecekleri, cevapların sadece araştırmacıda kalacağı, başkasının ulaşmasına izin verilmeyeceği; saklanacağı konusunda güvence verilerek ‘sadakat –gizlilik’ ilkesine bağlı kalındı.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan kadınların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapıldı.

6.1. KADINLARIN SOSYO-EKONOMİK DURUMUNLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Yapılan araştırma sonucu kadınların sosyo-ekonomik bulguları aşağıda belirtilen şekilde saptandı.

Tablo 6.1.1: Kadınların Kişisel Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Kadınların Kişisel Özellikleri	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (\bar{X}) = 29,23 ± 7,66)	18-25 Yaş	37	41,1
	26-30 Yaş	14	15,6
	31-35 Yaş	21	23,3
	36-40 Yaş	10	11,1
	41-45 Yaş	8	8,9
Medeni Durum	Bekar	35	38,9
	Dul/ Boşanmış	18	20,0
	Evli	37	41,1
Öğrenim Durumu	Ortaokul Ve Altı	18	20,0
	Lise Mezunu	30	33,3
	Üniversite Mezunu	42	46,7
Eşinin/Partnerinin Öğrenim Durumu	İlkokul Mezunu	6	6,7
	Ortaokul Mezunu	5	5,5
	Lise Mezunu	41	45,6
	Üniversite Mezunu	38	42,2
Çalışma Durumu	Çalışıyor	33	36,7
	Çalışmıyor	57	63,3
Gelir Durumu	Zor Geçinen	21	23,3

	Orta Drecede İyi	31	34,5
	İyi	38	42,2
Sağlık Güvencesi	Yok	29	32,2
	Var	61	67,8
Aile Tipi	Çekirdek Aile	61	67,8
	Geniş Aile	6	6,7
	Yalnız Yaşıyorum	23	25,5
Eşinizle Aranızda Akrabalık Durumu	Yok	78	86,7
	Var	12	13,3
Kronik Rahatsızlık	Yok	80	88,9
	Var	10	11,1
Sürekli Kullanılan İlaç	Kullanmıyor	78	86,7
	Kullanıyor	12	13,3
Sigara	İçmiyor	66	73,3
	Gebelikte Bıraktım	2	2,2
	İçiyor	22	24,5
Süre (Yıl)	3,00	2	9,1
	4,00	3	13,6
	5,00	3	13,6
	6,00	3	13,6
	7,00	2	9,1
	10,00	4	18,3
	12,00	2	9,1
	15,00	3	13,6
Alkol	Kullanıyor	4	4,4
	Kullanmıyor	86	95,6
	Toplam	90	100

Yaş ortalamaları $29,23 \pm 7,66$ olan kadınların %41,1'i (n= 37) 18-25 yaş, %15,6'sı (n=14) 26-30 yaş, %23,3'ü (n=21) 31-35 yaş, %11,1'i (n=10) 36-40 yaş, %8,9'u (n=8) 41-45 yaş arası grupta yer aldığı; medeni durumlarına göre %41,1'inin (n=37) evli, %38,9'unun (n=35) bekar, %20,0'ünün (n=18) dul/boşanmış olduğu saptandı.

Kadınların öğrenim durumlarına göre %20,0'ının (n=18) ortaokul ve altı,%33,3'ünün (n=30) lise mezunu, %46,7'sinin (n=42) üniversite mezunu olduğu; eşlerinin/partnerinin öğrenim durumlarına göre %6,7'sinin (n=6) ilkokul mezunu, %5,5'inin (n=5) ortaokul mezunu, %45,6'sının (n=41) lise mezunu, %42,2'sinin (n=38) üniversite mezunu olduğu saptandı.

Kadınların %63,3'ü (n=57) çalışmaktadır ve grubun %42,2'sinin (n=38) gelir durumu algısı iyi düzeyde saptandı. Kadınların %67,8'inin (n=61) sağlık güvencesinin olduğu; %67,8'inin (n=61) çekirdek ailede, %25,5'inin (n=23) yalnız yaşadığı; %86,7'sinin (n=78) eşleriyle akraba olmadıkları; %11,1'inin (n=10) kronik bir rahatsızlığının olduğu; %13,3'ünün (n=12) sürekli ilaç aldığı; %24,5'inin (n=22) sigara içtiği; bunlardan %9,1'inin (n=2) 3 yıl, %13,6'sının (n=3) 4 yıl, %13,6'sının (n=3) 5 yıl, %13,6'sının (n=3) 6 yıl, %9,1'inin (n=2) 7 yıl, %18,3'ünün (n=4) 10 yıl, %9,1'inin 12 yıl, %13,6'sının (n=3) 15 yıl süre ile sigara içtiği; kadınların %4,4'ünün (n=4) alkol kullandığı saptandı (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2: Kadınların Gebelik ve Doğum İle İlgili Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

Kadınların Gebelik ve Doğum İle İlgili Özellikleri	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Haftası	4,00	6	6,7
	5,00	19	21,1
	6,00	20	22,2
	7,00	28	31,1
	8,00	15	16,7
	9,00	2	2,2
Gebelik Sayısı	1,00	36	40,0
	2,00	28	31,1
	3,00	19	21,1
	4,00	7	7,8
Doğum Sayısı	0,00	48	53,3
	1,00	18	20
	2,00	18	20
	3,00	6	6,7

Düşük Sayısı	0,00	79	87,8
	1,00	7	7,8
	2,00	4	4,4
Kürtaj Sayısı	1,00	80	88,9
	2,00	8	8,9
	3,00	2	2,2
Çocuk Sayısı	0,00	50	55,6
	1,00	19	21,1
	2,00	16	17,8
	3,00	3	3,3
	5,00	2	2,2
İki Gebelik Arasında Geçen Süre	İlk Gebelik	38	42,2
	9 Ay- 12 Ay	15	16,7
	13-24 Ay	6	6,7
	25-36 Ay	10	11,1
	36 Ay Ve üzeri	21	23,3
İsteyerek/Planlayarak Hamile Kalma Durumu	Hayır	78	86,7
	Evet	12	13,3
Gebelikten Korunma Yöntemi Kullanılması	Kullanmıyor	22	24,4
	Kullanıyor	68	75,6
Gebelikten Korunma Yollarının Bilinmesi	Bilinmiyor	12	13,3
	Biliniyor	78	86,7
Daha Önce Küretaj Yaptırma	Hayır	71	78,9
	Evet	19	21,1
Gebelikten Önce Çocuk İsteme	İstemiyor	79	87,8
	İstiyor	11	12,2
Gebeliği Sonlandırmaya Kaçınıcı Haftada Karar Verildiği	4 Hafta	26	28,9
	5 Hafta	43	47,8
	6 Hafta	10	11,1
	7 Hafta	5	5,6
	8 Hafta	5	5,6

	9 Hafta	1	1,1
Gebeliği Sonlandırmaya Kiminle Karar Verildiği	Kendi Kendime	26	28,9
	Eşimle	44	48,9
	Kayınvalidemle	1	1,1
	Kardeşimle	1	1,1
	Komşu/ Arkadaş	3	3,3
	Doktor	11	12,2
	Diğer	4	4,5
Gebelik Sonlandırmada Etkisi Olan Durumlar	Ekonomik Sorunlar	11	12,2
	Çok Çocuklu Olmama İsteği	17	18,9
	Son Çocuğun Küçük Olması	9	10,0
	Eşin İstememesi	7	7,9
	Şu Anda Çocuk İstememe	40	44,4
	Sağlıkla İlgili Problemler	3	3,3
	Diğer	3	3,3
Kürtajın Zararlı Olması	Zararlı Değil	23	25,6
	Zararlı	67	74,4
Kürtajın Günah Olması	Günah Değil	50	55,5
	Günah	40	44,4
Kürtajın Aile Planlama Yöntemi Olması	Yöntem Değil	80	88,9
	Yöntemdir	10	11,1
Tekrar Çocuk Yapmayı Düşünme	Düşünmüyor	34	37,8
	Düşünüyor	56	62,2
İdeal Çocuk Sayısı	1 Çocuk	10	11,1
	2 Çocuk	57	63,3
	3 Çocuk	19	21,1
	4-5 Çocuk	4	4,4

Kürtajın Nasıl Yapıldığını Bilme	Bilmiyor	32	35,6
	Biliyor	58	64,4
	Toplam	90	100,0

Tablo 6.1.2. de; kadınların, %6,7'sinin (n=6) gebeliklerinin 4 hafta, %21,1'inin (n=19) gebeliklerinin 5 hafta, %22,2'sinin (n=20) gebeliklerinin 6 hafta, %31,1'inin (n=28) gebeliklerinin 7 hafta, %16,7'sinin (n=15) gebeliklerinin 8 hafta, %2,2'sinin (n=2) gebeliklerinin 9 hafta olduğu; %40,0'ünün (n=36) bir kez, %7,8'inin (n=7) 4 kez gebe kaldığı saptandı.

Araştırmaya katılan kadınların 53,3'ünün (n=48) hiç doğum yapmadığı, %6,7'sinin (n=6) üç kez doğum yaptığı saptandı. Kadınların %87,8'i n=79 hiç düşüğünün olmadığını; %88,9'unun (n=80) küretaj sayısının bir olduğu; %55,6'sının (n= 50) çocuğunun olmadığı belirlendi.

Çalışma sonucunda; kadınların daha önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında geçen sürenin %16,7'si (n=15) 9 ay- 12 ay, %6,7'si (n= 6) 13-24 ay, %11,1'i (n=10) 25-36 ay, %23,3 (n=21) 36 ay ve üzeri olarak saptandı. Kadınların %42,2'sinin (n=38) şimdiki gebeliği ilk gebeliği olduğu belirlendi. Kadınlara isteyerek/planlayarak mı hamile kaldığı sorulduğunda %86,7'si (n= 78) hayır, %13,3'ü (n=12) evet olarak yanıtladığı bulundu. Kadınlar %24,4'ünün (n=22) gebelikten korunma yöntemi uygulamadıkları, %75,6'sının (n=68) gebelikten korunma yöntemi uyguladığı; gebelikten korunma yollarının bilinmesi konusunda %13,3'ünün (n=12) bilmediği, 86,7'sinin (n=78) bildiği bulundu.

Kadınlar daha önce küretaj yaptırma durumlarına göre %78,9'unun (n=79) yaptırmadığı, %21,1'inin (n=19) yaptırdığı saptandı. Kadınlar gebelikten önce çocuk isteme durumunu %87,8'i (n=79) hayır, %12,2'si (n= 11) evet olarak yanıtladı.

Kadınların gebeliği sonlandırmaya kaçınıcı haftada karar verdiğine göre %28,9'u (n=26) 4 hafta, %47,7'si (n=43) 5 hafta, %11,1'i (n=10) 6 hafta, %5,6'sı (n=5) 7 hafta, %5,6'sı (n=5) 8 hafta, %1,1'i (n=1) ise 9 hafta olarak yanıtladı.

Kadınların %28,9'unun (n=26) gebeliği sonlandırmaya kendileri, %48,9'unun (n=44) eşleriyle birlikte karar verdiği saptandı.

Kadınların şimdiki gebeliğini sonlandırmada etkisi olan konulara bakıldığında %12,2'si (n= 11) ekonomik sorunlar, %18,9'u (n=17) çok çocuklu olmama isteği, %10,0'u

(n= 9) son çocuğun küçük olması, %7,9'u (n=7) eşin istememesi, %44,4'ü (n=40) şu anda çocuk istememe, %3,3 (n=3) sağlıkla ilgili problemler, %3,3'ü (n=3) diğer olarak saptandı.

Kadınların kürtajın zararı konusunda yanıtları %25,6'sı (n=23)hayır, %74,4'ü (n=67) evet olarak belirlendi. Kadınların %55,5'i (n=50) küretajın günah olmadığını, %44,4'ü (n=40) küretajın günah olduğunu düşündükleri saptandı.

Kadınların %88,9'u (n=80) küretajın aile planlama yöntemi olmadığını; %62,2'si bu gebeliğinden sonra tekrar çocuk yapmayı düşündüğünü; %63,3'ü (n=57) ideal çocuk sayısının iki olması gerektiğini düşündükleri saptandı.

Kadınların %35,6'sı (n=32) kürtajın nasıl yapıldığını bilmediğini, %64,4'ü (n=58) küretajın nasıl yapıldığını bildiği belirlendi (Tablo 6.1.2.)

Tablo 6.1.3: Kadınlara Göre Küretaj Yaptırma Nedenlerinin Dağılımı

Kadınlara Göre Küretaj Yaptırma Nedenleri	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebeliğin Anne İçin Tehlikeli Olması	Evet	47	52,2
	Hayır	43	47,8
İstenmeyen Gebelikleri Sonlandırmak İçin	Evet	46	51,1
	Hayır	44	48,9
Doğacak Çocuğun Sakat Olma İhtimali	Evet	24	26,7
	Hayır	66	73,3
Evlilik Dışı Oluşan Gebelikleri Sonlandırmak İçin	Evet	44	48,9
	Hayır	46	51,1
Ailenin Bakacaklarından Fazla Çocuklarının olması	Evet	18	20,0
	Hayır	72	80,0
Diğer (Eşin ölümü vs.)	Evet	5	5,6
	Hayır	85	94,4
	Toplam	90	100,0

Kadınlara göre gebelik sonlandırma nedeni sorulduğunda; %52,2'si (n=47) gebeliğin anne için tehlikeli olması;%51,1'inin (n=46) istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için; %26,7'si (n=24) doğacak çocuğun sakat olma ihtimalinin olması;

%48,9'u (n=44) evlilik dışı oluşan gebelikleri sonlandırmak için; %20,0'ı (n=18) ailenin bakacaklarından fazla çocukları varsa, %5,6'sı (n=5) diğer (eşin ölümü vs.) cevabını verdikleri saptandı (Tablo 6.1.3).

6.2. ANKSİYETE DÜZEYİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde Beck Anksiyete Ölçeğine yönelik araştırma bulguları verildi.

Tablo 6.2.1: Kadınların Beck Anksiyete Ölçeği Dağılımı

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Anksiyete	90	22,356	11,063	3,000	57,000

Bu bölümde araştırmaya katılan kadınların Beck Anksiyete Ölçeğine göre "anksiyete" düzeyi ortalaması $22,356 \pm 11,063$ olarak saptandı (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.2: Kadınların Medeni Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Medeni Durum	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Bekar	35	23,857	10,896	3,668	0,160
	Dul/ Boşanmış	18	17,278	8,621		
	Evli	37	23,405	11,796		

Tablo 6.2.2'de araştırmaya katılan kadınların medeni durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların medeni durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; medeni durum ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.3: Kadınların Öğrenim Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Öğrenim Durumu	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Ortaokul ve Altı	18	22,778	7,581	6,441	0,040
	Lise Mezunu	30	26,167	12,545		
	Üniversite Mezunu	42	19,452	10,544		

Tablo 6.2.3’de araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların öğrenim durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; öğrenim durumu ile anksiyete düzeyi arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; öğrenim durumu lise mezunu olanların anksiyete düzeyleri ($26,167 \pm 12,545$), öğrenim durumu üniversite mezunu olanların anksiyete düzeylerinden ($19,452 \pm 10,544$) yüksek bulundu.

Tablo 6.2.4: Kadınların Eşlerinin/Partnerinin Öğrenim Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Eşlerin/Partnerin Öğrenim Durumu	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	İlkokul Mezunu	6	16,667	8,959	8,296	0,040
	Ortaokul Mezunu	5	26,600	6,189		
	Lise Mezunu	41	25,293	12,162		
	Üniversite Mezunu	38	19,526	9,697		

Tablo 6.2.4’de araştırmaya katılan kadınların eşlerinin/partnerinin öğrenim durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin/partnerinin öğrenim durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kadınların eşlerinin öğrenim durumu ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; eşinin öğrenim durumu lise mezunu olanların anksiyete düzeyleri ($25,293 \pm 12,162$), eşinin

öğrenim durumu üniversite mezunu olanların anksiyete düzeylerinden ($19,526 \pm 9,697$) yüksek bulundu.

Tablo 6.2.5: Kadınların Çalışma Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Çalışma Durumu	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Çalışmıyor	33	25,303	11,004	721,00	0,066
	Çalışıyor	57	20,649	10,827	0	

Tablo 6.2.5'te araştırmaya katılan kadınların çalışma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çalışma durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; çalışma durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.6: Kadınların Gelir Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Gelir Durumu	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Zor Geçinen	21	24,714	12,495	1,534	0,464
	Orta Drecede İyi	31	20,936	10,899		
	İyi	38	22,211	10,432		

Tablo 6.2.6'da Araştırmaya katılan kadınların gelir durumları ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gelir durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kadınların gelir durumu ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.7: Kadınların Sağlık Güvencesi Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Sağlık Güvencesi	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Yok	29	21,690	9,189	879,000	0,962
	Var	61	22,672	11,909		

Tablo 6.2.7’de araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencesi durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sağlık güvencesi durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda kadınların sağlık güvencesi durumu ile arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.8: Kadınların Aile Tipi İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Aile Tipi	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Çekirdek Aile	61	23,738	11,434	5,599	0,061
	Geniş Aile	6	14,333	5,989		
	Yalnız Yaşıyorum	23	20,783	10,247		

Tablo 6.2.8'de araştırmaya katılan kadınların aile tipi ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların aile tipine göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; aile tipi ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.9: Kadınların Eşleriyle Aralarında Akrabalık Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Eşleriyle Aralarında Akrabalık Durumu	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Yok	78	21,954	11,784	232,500	0,603
	Var	12	19,417	8,712		

Tablo 6.2.9’da araştırmaya katılan kadınların eşleriyle aralarında akrabalık durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eşleriyle aralarında akrabalık durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda kadınların eşleriyle aralarındaki akrabalık durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.10: Kadınların Kronik Hastalık Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Kronik Hastalık Durumu	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Yok	80	23,163	10,888	254,500	0,061
	Var	10	15,900	10,847		

Tablo 6.2.10’da araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda kronik hastalık durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.11: Kadınların Sürekli Kullanılan İlaçlar İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Sürekli Kullanılan İlaçlara	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Kullanmıyor	78	23,192	11,060	326,5	0,092
	Kullanıyor	12	16,917	9,839		

Tablo 6.2.11'de araştırmaya katılan kadınların sürekli ilaç kullanma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sürekli ilaç kullanma durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; sürekli ilaç kullanma durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.12: Kadınların Sigara İçme Durumları İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Sigara	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	İçiyor	22	19,032	9,361	655,500	0,059
	İçmiyor	66	24,268	11,767		

Tablo 6.2.12'de araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; sigara içme durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.13: Kadınların Gebelik Sayısı İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Gebelik Sayısı	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	1,00	36	22,917	11,736	3,567	0,312
	2,00	28	22,179	12,824		
	3,00	19	19,842	8,275		
	4,00	7	27,000	4,397		

Tablo 6.2.13'de araştırmaya katılan kadınların gebelik sayıları ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; gebelik sayısı ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.14: Kadınların Düşük Sayısı İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Düşük Sayısı	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	yok	79	21,456	10,829	10,410	0,005
	1	7	35,000	8,387		
	2	4	18,000	4,619		

Tablo 6.2.14'de araştırmaya katılan kadınların düşük sayısı ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların düşük sayısına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; düşük sayısı ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; düşük sayısı 1 olanların anksiyete düzeyleri ($35,000 \pm 8,387$), düşüğü olmayanların anksiyete düzeylerinden ($21,456 \pm 10,829$) yüksek bulundu. Bir düşüğü olanların anksiyete düzeyleri ($35,000 \pm 8,387$), iki düşüğü olanların anksiyete düzeylerinden ($18,000 \pm 4,619$) yüksek bulundu.

Tablo 6.2.15: Kadınların Küretaj Sayısı İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Küretaj Sayısı	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	1,00	80	23,125	10,934	5,236	0,073
	2,00	8	18,250	11,042		
	3,00	2	8,000	0,000		

Tablo 6.2.15'te araştırmaya katılan kadınların kürtaj sayısı ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kürtaj sayısına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kürtaj sayısı ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.16: Kadınların Çocuk Sayısı İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Çocuk Sayısı	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	yok	50	21,540	11,020	5,062	0,281
	1,00	19	21,158	13,969		
	2,00	16	26,188	8,557		
	3,00	3	23,333	4,041		
	5,00	2	22,000	0,000		

Tablo 6.2.16'da araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısı ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çocuk sayısına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; çocuk sayısı ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.17: Kadınların Daha Önceki Gebelikleriyle Şimdiki Gebelikleri Arasındaki Geçen Süre İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Önceki Gebelikle Şimdiki Gebelik Arasındaki Geçen Süre	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	İlk Gebelik	38	22,868	11,416	17,068	0,002
	9 Ay- 12 Ay	15	31,000	11,039		
	13-24 Ay	6	15,500	8,240		
	25-36 Ay	10	14,000	7,483		
	36 Ay Ve üzeri	21	21,191	8,310		

Tablo 6.2.17'de araştırmaya katılan kadınların iki gebelik arasındaki geçen süre ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süreye göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasındaki süre ile anksiyete düzeyi arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay- 12 ay olanların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), ilk gebeliği olanların anksiyete düzeylerinden ($22,868 \pm 11,416$) yüksek bulundu. İlk gebeliği olanların anksiyete düzeyleri ($22,868 \pm 11,416$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay- 12 ay olanların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 13-24 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($15,500 \pm 8,240$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay-12 ay olanların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay-12 ay olanların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeylerinden ($21,191 \pm 8,310$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeyleri ($21,191 \pm 8,310$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında

geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu.

Tablo 6.2.18: Kadınların İsteyerek/Planlayarak Hamile Kalma Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	İsteyerek/Planlayarak Hamile Kalma Durumu	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Hayır	78	22,154	10,335	453,500	0,863
	Evet	12	23,667	15,506		

Tablo 6.2.18'de araştırmaya katılan kadınların isteyerek/planlayarak hamile kalma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların isteyerek/planlayarak hamile kalma durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda isteyerek/planlayarak hamile kalma durumu ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.19: Kadınların Gebelikten Korunma Yöntemi Uygulaması İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Gebelikten Korunma Yöntemi Uygulaması	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Uygulamıyor	22	26,909	14,855	606,500	0,183
	Uyguluyor	68	20,882	9,187		

Tablo 6.2.19'da araştırmaya katılan kadınların gebelikten korunma yöntemi uygulaması ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelikten korunma yöntemi uygulamasına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kadınların gebelikten korunma yöntemi uygulaması ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.20: Kadınların Gebelikten Korunma Yollarının Bilinmesi İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Gebelikten Korunma Yollarının Bilinmesi	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Bilinmiyor	12	32,500	7,937	68,500	0,044
	Biliniyor	78	21,835	11,050		

Tablo 6.2.20'de araştırmaya katılan kadınların gebelikten korunma yollarının bilinmesi ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelikten korunma yollarının bilinmesine göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; gebelikten korunma yollarının bilinmesi ile anksiyete düzeyi arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Gebelikten korunma yollarını bilmeyenlerin anksiyete düzeyleri ($32,500 \pm 7,937$), gebelikten korunma yollarını bilenlerin anksiyete düzeylerinden ($21,835 \pm 11,050$) yüksek bulundu.

Tablo 6.2.21: Kadınların Gebelikten Önce Çocuk İsteme Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Kadınların Gebelikten Önce Çocuk İstemesi	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	İstemiyor	79	21,848	10,407	379,000	0,493
	İstiyor	11	26,000	15,093		

Tablo 6.2.21'de araştırmaya katılan kadınların gebelikten önce çocuk isteme durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelikten önce çocuk isteme durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kadınların gebelikten önce çocuk isteme durumu ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 6.2.22: Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kaçınıcı Haftada Karar Verdiği İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kaçınıcı Haftada Karar Verdiği	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	4 Hafta	26	23,462	9,836	5,208	0,391
	5 Hafta	43	21,721	10,620		
	6 Hafta	10	24,600	12,483		
	7 Hafta	5	21,200	6,686		
	8 Hafta	5	17,800	21,936		
	9 Hafta	1	27,000	0,000		

Tablo 6.2.22'de araştırmaya katılan kadınların gebeliği sonlandırmaya karar verdiği hafta ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebeliği sonlandırmaya karar verdiği haftaya göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kadınların gebeliği sonlandırmaya karar verdiği hafta ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.23: Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kiminle Karar Verdiği İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Kadınların Gebeliği Sonlandırmaya Kiminle Karar Verdiği	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Kendi Kendime	26	19,269	9,974	11,477	0,075
	Eşimle	44	24,386	10,319		
	Kayınvalidemle	1	21,000	0,000		
	Kardeşimle	1	47,000	0,000		
	Komşu/ Arkadaş	3	31,667	21,939		
	Doktor	11	20,273	10,640		
	Diğer	4	13,000	3,464		

Tablo 6.2.23'de araştırmaya katılan kadınların gebeliği sonlandırmaya kiminle karar verdiği ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebeliği sonlandırmaya kiminle karar verdiğine

göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kadınların gebeliği sonlandırmaya kiminle karar verdiği ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.24: Kadınların Gebelik Sonlandırmada Etkisi Olan Durumlar İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Kadınların Gebelik Sonlandırmada Etkisi Olan	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	Ekonomik Sorunlar	11	19,273	13,085	4,201	0,649
	Çok Çocuklu Olmama İsteği	17	22,177	7,135		
	Son Çocuğun Küçük Olması	9	24,889	10,787		
	Eşin İstememesi	7	27,143	14,369		
	Şu Anda Çocuk İstememe	40	20,975	10,824		
	Sağlıkla İlgili Problemler	3	33,667	20,232		
	Diğer	3	23,000	3,464		

Tablo 6.2.24'de araştırmaya katılan kadınların gebeliği sonlandırmada etkisi olan durumlar ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sonlandırmada etkisi olan durumlara göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; sağlık problemleri olan kadınlarda anksiyete düzeyi ($33,667 \pm 20,232$) anlamlılık derecesinde olmasa da yüksek saptandı. Kadınların gebelik sonlandırmada etkisi olan konular ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.25: Kadınların Küretajın Zararlı Olduğunu Düşünmesi İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Küretajın Zararlı Olması	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Hayır	23	21,957	12,858	732,500	0,725
	Evet	67	22,493	10,481		

Tablo 6.2.25'de araştırmaya katılan kadınların kürtajın zararlı olduğunu düşünmesi ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kürtajın zararlı olduğunu düşünmesine göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kürtajın zarar durumu ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.26: Küretajın Günah Olma Düşüncesi İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Küretajın Günah Olması	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Günah Değil	50	21,167	9,366	844,500	0,332
	Günah	40	24,250	12,794		

Tablo 6.2.26'da araştırmaya katılan kadınların küretajın günah olmasını düşünmesine ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kürtajın günah olmasını düşünmesine göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; küretajın günah olmasının düşünülmesi ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.27: Küretajın Aile Planlaması Yöntemi Olduğunu Düşünme İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Küretajın Aile Planlaması Yöntemi Olduğunu Düşünme	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Hayır	80	22,400	11,148	394,500	0,944
	Evet	10	22,000	10,924		

Tablo 6.2.27'de araştırmaya katılan kadınların küretajın aile planlaması yöntemi olma durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kürtajın aile planlaması yöntemi olduğunu düşünme durumlarına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kadınların kürtajın aile

planlaması yöntemi olduğunu düşünme durumları ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.28: Kadınların Tekrar Çocuk Yapmayı Düşünme Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Tekrar Çocuk Yapmayı Düşünme	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Düşünmüyor	34	22,529	10,279	902,500	0,680
	Düşünüyor	56	22,250	11,603		

Tablo 6.2.28’de araştırmaya katılan kadınların tekrar çocuk yapmayı düşünme durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların tekrar çocuk yapmayı düşünme durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kadınların tekrar çocuk yapmayı düşünme durumu ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.29: Kadınların İdeal Çocuk Sayısı İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	İdeal Çocuk Sayısı	N	Ort	Ss	KW	p
Anksiyete	1 Çocuk	10	20,200	12,100	2,706	0,439
	2 Çocuk	57	22,807	9,947		
	3 Çocuk	19	23,684	14,380		
	4-5 Çocuk	4	15,000	1,155		

Tablo 6.2.29’da araştırmaya katılan kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısı ile Beck Anksiyete Ölçeği'ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısına göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; kadınların düşündükleri ideal çocuk sayısı ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.30: Kadınların Küretajın Nasıl Yapıldığını Bilme Durumu İle Anksiyete Düzeylerinin İlişkisi

	Küretajın Nasıl Yapıldığını Bilmesi	N	Ort	Ss	MW	p
Anksiyete	Bilmiyor	32	23,969	12,416	823,000	0,375
	Biliyor	58	21,466	10,246		

Tablo 6.2.30’da araştırmaya katılan kadınların küretajın nasıl yapıldığını bilme durumu ile Beck Anksiyete Ölçeği’ne göre anksiyete düzeyinin ilişkisi gösterilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların küretajın nasıl yapıldığını bilme durumuna göre anksiyete düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda; kadınların küretajın nasıl yapıldığını bilme durumu ile anksiyete düzeyleri arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde; kadınların sosyo-ekonomik durumlarını tanımlamak ve anksiyete düzeylerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada bulgular iki başlık altında tartışıldı:

- 1.Kadınların sosyo-ekonomik durumlarına ilişkin bulguların tartışılması
- 2.Kadınların anksiyete düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

7.1. KADINLARIN SOSYO-EKONOMİK DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalamaları $29,23 \pm 7,66$ yıldır. Yıkılkan ve ark.'nın (2012) çalışmasında yer alan kadınların yaş ortalamaları ($31 \pm 6,2$) bu araştırma benzerlik göstermektedir (5).

Kadınların eğitim düzeyine göre dağılımları incelendiğinde, kadınların %46,7'sinin üniversite, %33,3'ünün lise mezunu olduğu görülmektedir. Literatürde gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınlar üzerinde yapılan benzer araştırmalarda gebelerin eğitim durumu bu çalışmaya kıyasla düşük bulundu (16). Literatürdeki çalışmalar ile arasındaki farkın, bu çalışmanın örnekleminin vakıf üniversitesi hastanesinde ve özel hastanede gebeliklerini sonlandıran kadınların üzerinde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %67,8'inin çekirdek aile olduğu saptandı. Şahin ve ark. (2006) 'nın çalışmalarında kadınların %66.7'sinin çekirdek aile olduğu görülmektedir. Sonuçlar aile tipi açısından bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (41).

Araştırma kapsamına alınan kadınların %86,7'si eşleri ile akraba olmadığı %13,3'ünün eşleriyle aralarında akraba oldukları belirlendi. Serap'ın (2005) çalışmasında % 28.6'sının eşleri ile akraba olduğu; Pehlivan ve ark.'nın (1998) çalışmasında %16,9'unun kocasıyla birinci dereceden akraba, %4,4'ünün birinci derece dışında akrabalık olduğu bildirilmektedir (27,42). Bu bulgular, akraba evliliklerinin sakıncalarının sürekli dile getirilmesine rağmen, toplumda geleneksel yapının korunmasının istenmesinin sonucu olabilir. Bununla birlikte bu çalışmanın sonuçlarına göre akraba evliliğinin daha az oranda görülmesi bu çalışmaya katılan kadınların eğitim seviyesinin yüksekliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların %88,9'u küretajın bir aile planlaması yöntemi olmadığını bilmektedir. Yıkılkan ve ark.'nın (2012) çalışmasında bu oran %59'dur. Yıkılkan ve ark.'nın (2012) çalışmasında yer alan kadınların küretajın aile planlaması olmadığı görüşü yapılan çalışma ile benzerlik göstermemektedir (5). İki çalışmanın farklı çıkması eğitim seviyesindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan kadınları %37,8'inin ileride tekrar çocuk istemedikleri saptandı. Geçer'in (2005) çalışmasında %89,7'sinin ileride tekrar çocuk istemedikleri gösterilmektedir. Bu çalışmanın sonucu, literatürdeki çalışmalara kıyasla düşük bulundu. Bunun nedeni olarak çalışmaya katılan kadınların genç olmaları ve %40,0'ının ilk gebeliği olması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (25).

Yapılan çalışmada kadınların gebelik sonlandırmaya %28,9'unun kendisinin, %48,9'unun eşi ile karar verdikleri belirlendi. TNSA 2008 verilerine göre düşüğü olan kadınların % 48 gebeliği sonlandırma kararını kendisi ve eşi baraber verdiklerini bildirmişlerdir. Sonuçlar gebeliğin sonlandırmaya karar veren kişi açısından Türkiye geneli ile benzerlik göstermektedir (43).

7.2. KADINLARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan kadınların anksiyete düzeyi orta düzeyde saptandı. Şahin'in (1988) çalışmasında kadınların orta düzeyde anksiyetelerinin olduğu görülmektedir. Sonuçlar anksiyete düzeyi açısından yapılan çalışmada benzerlik göstermektedir (9).

Çalışmaya katılan kadınların öğrenim durumlarının anksiyete üzerinde etkisi değerlendirildi. Çalışma sonucunda öğrenim durumu ile anksiyete düzeyi ortalaması arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Lise mezunu olanların anksiyete düzeyleri (26,167 ±12,545) üniversite mezunu olan kadınların anksiyete düzeylerinden (19,452±10,544) yüksek bulundu. Bunun nedeni olarak eğitim düzeyi düşük olan kadınların karşılaştıkları sorunlar karşısında zorlanacakları bu yüzden anksiyete düzeyinin artacağı düşünülmektedir ($p<0,05$).

Yapılan çalışmada kadınların eşlerinin öğrenim durumlarının anksiyete üzerine etkisi değerlendirildi. Çalışma sonucunda eşlerin öğrenim durumu ile anksiyete düzeyi ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Eşleri lise mezunu

olanların anksiyete düzeyleri (25,293±12,162), eşleri üniversite mezunu olan kadınların anksiyete düzeylerinden (19,526±9,697) yüksek bulundu. Bunun nedeni olarak eğitim durumu yüksek olan erkeklerin eşlerinin karşılaşacağı zorluklar ve sorunlar karşısında onlara daha fazla destek olacakları, sorun çözme becerilerinin daha fazla gelişmiş olması ile açıklanabilir ($p < 0.05$).

Çalışan kadınların ekonomik durumlarından dolayı çalışmayan kadınlara kıyasla özgüvenlerinin daha yüksek olacağı ve gebeliğin istemli sonlandırılmasında anksiyetenin daha az yaşanacağı düşünüldüğü çalışma durumunun anksiyete üzerine etkisi değerlendirildi. Yapılan çalışmada çalışma ve gelir durumu ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Şahin'in (1998) ve Çelik'in (2008) çalışmalarında da çalışma durumları ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Sonuçlar çalışma ve gelir durumu açısından yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir. (3,9)

Yapılan çalışmada kadınların yaşadıkları aile tipinin anksiyeteyi etkileyeceği, geniş ailede yaşayan kadının gebelik sonlandırma konusunda bağımsız karar veremeyeceği bundan dolayıda sıkıntı, kaygı ve korkunun artacağı düşünüldüğü aile tipinin anksiyete üzerine etkisi değerlendirildi. Çalışma sonucunda aile tipi ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanma durumunun anksiyeteyi arttıracığı, var olan sağlık problemi nedeniyle kadının cerrahi bir operasyon olan gebelik sonlandırma işlemini kaygıyla karşılaması beklendi. Çalışma sonucunda kronik hastalık ve sürekli ilaç kullanımı ile anksiyete arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan kadınların sigara içme durumlarının anksiyeteyi ve stresi azaltacağı düşünüldüğü sigara içme durumunun anksiyete üzerine etkisi değerlendirildi. Çalışma sonucunda sigara içme durumu ile anksiyete arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$).

Yapılan çalışmada kadınların yaşanan düşük sayısı ile anksiyetenin kadının psikolojisi üzerinde etkisinin olup olmadığı merak edildiğinden düşük sayısı ile anksiyete düzeyi değerlendirildi. Çalışmada düşük sayısının anksiyete üzerine etkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Buna göre düşük sayısı bir olanların anksiyete düzeyi (35,000±8,387), düşüğü olmayanların anksiyete düzeyinden (21,456±10,829) ve düşük sayısı iki olanların anksiyete düzeyinden (18,000±4,619) fazla bulundu. Bu durum

düşük sayısı bir olan kadınların düşüğü yaptırdığı sırasında hoş olmayan durumlar deneyimlediğini bu yüzden de stres ve korkuyu daha fazla yaşadığını akla getirmektedir ($p<0,005$).

Daha önce küretaj olan kadınların anksiyete düzeyinin, ilk kez küretaj olanlara göre daha az olduğu yapılan araştırmada bulundu. Ancak çalışma sonucuna göre küretaj sayısı ile anksiyete düzeyi arasındaki fark istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmada elde edilen sonuca göre anlamlılık derecesinde olmasa bile küretaj sayısı yükseldikçe anksiyete düzeyinin azaldığı gözlenmektedir. Ulufer'in (1992) çalışmasında küretaja başvuran kadınların anksiyete düzeylerinin kadınların küretaj sayılarına göre dağılımına bakıldığında küretaj sayısı arttıkça anksiyete düzeyinde bir düşme gözlenmektedir ve kürtaj ile anksiyete arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan bu çalışmada küretaj olan kadınların anksiyete düzeyi ortalamasının yüksek olması kadınların ilk gebelikleri nedeniyle olduğu düşünülmektedir (44).

Yapılan çalışmada ideal çocuk sayısına ulaşamayan ya da istediğinden daha fazla çocuğa sahip olan kadınların beklentilerinin farklı olmasına bağlı olarak gebelik sonlandırma işlemi karşısında anksiyete düzeylerinin farklı olması beklenmektedir. Ancak çalışma sonucuna göre ideal çocuk sayısına ulaşamayan ya da istediğinden daha fazla çocuğa sahip olan kadınlar ile anksiyete düzeyi arasındaki fark istatistiksel açıdan fark anlamlı bulunmadı ($p>0,05$). Şahin'in (1988) çalışmasında da yaşayan çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı gözlenmiştir. Sonuçlar yaşayan çocuk sayısı ve ideal çocuk sayısı açısından yapılan araştırmalar ile benzerlik göstermektedir (9).

Yapılan çalışmada kadınların önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel açıdan fark anlamlı bulundu. ($p<0,05$). Buna göre; daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay- 12 ay olanların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), ilk gebeliği olanların anksiyete düzeylerinden ($22,868 \pm 11,416$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 13-24 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($15,500 \pm 8,240$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeylerinden ($21,191 \pm 8,310$), yüksek bulundu. Bunun nedeni olarak kadınların bir önceki gebeliklerini doğumla

sonuçlandırdıkları ve doğumların arasını açmak amacıyla gebeliklerini sonlandırmak zorunda kaldıkları için korku ve stres yaşıyor olabilirler. İlk gebeliği olanların anksiyete düzeyleri ($22,868 \pm 11,416$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Bunun nedenin, kadının ilk gebeliği olduğu için yapılan işlem hakkında bilgi eksikliği, tecrübesizlik gibi etmenler anksiyete düzeyini arttırmada etkili olabilmektedir. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeyleri ($21,191 \pm 8,310$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Bunun nedeni olarakta kadınlarının yaş etkeninden dolayı küretaja karar verdikleri veya kullandıkları korunma yönteminin etkisiz olması gibi nedenlerle küretaja başvurmuş olabilirler bu da kadında pişmanlık, suçluluk, sinirlilik duygularının oluşmasında etkili olmuş olabilir.

Yapılan çalışmada gebelikten korunma yollarının bilinmemesi kadını istemediği bir gebelikle karşı karşıya bıraktığı gibi oluşan bu gebeliği sonlandırmak için verilen kararın anksiyete düzeyi üzerine etkili olabileceği düşünülerek gebelikten korunma yollarının bilinmesi ile anksiyete üzerine etkisi değerlendirildi. Çalışma sonucunda gebelikten korunma yollarının bilinmesi ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Gebelikten korunma yollarının bilinmemesi durumunda kadınların anksiyete düzeyi ($32,500 \pm 7,937$), gebelikten korunma yollarını bilenlerin anksiyete düzeylerinden ($21,835 \pm 11,050$) yüksek bulundu.

8. SONUÇ

Gebeliklerini isteğe bağı sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen sonuçları şunlardır;

1. Sosyo- ekonomik durumları incelendiğinde;

- Kadınların yaş ortalaması $29,23 \pm 7,66$ yıl olarak belirlendi.
- Örneklemin %38,9'u (n=35) bekar, %41,1'i (n=37) evli bulundu.
- Kadınların eğitim düzeyi sorgulandığında, %33,3'ü (n=30) lise, %46,7'si (n=42)'si üniversite mezunu olduğu bildirildi.
- Kadınların eşlerinin eğitim düzeyi sorulduğunda , %45,6'sı (n=41) lise, %42,2'si (n=38) üniversite mezunu olduğu bildirildi.
- Kadınların %63,3'ü (n=57) çalışmaktadır ve %42,2'sinin (n=38) gelir durum algısı iyi düzeyde olduğu belirlendi.
- Kadınların %67,8'inin (n=61) çekirdek ailede yaşadıkları bildirildi.
- Kadınların %13,3'ünün (n=12) akraba evliliği yaptığı rapor edildi.
- Kadınların kronik hastalığı sorulduğunda, grubun %11,1'i (n=10) kronik bir hastalığı olduğu bildirildi.
- Kadınların sürekli ilaç kullanma durumlarına bakıldığında, %13,3'ünün (n=12) sürekli ilaç kullandıkları belirlendi.
- Kadınların %24,5'inin (n=22) sigara kullandığı belirlendi.

2. Kadınların gebelik ve doğum ile ilgili özellikleri incelendiğinde;

- Kadınların 53,3'ünün (n=48) hiç doğum yapmadığı, %87,8'i (n=79) hiç düşüğünün olmadığı; %88,9'unun (n=80) bir kez küretaj olduğu; %55,6'sının (n= 50) çocuğunun olmadığı belirlendi.
- Örneklemin %16,7'si (n=15) daha önceki gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında geçen sürenin 9 ay- 12 ay, , %23,3' (n=21) 36 ay ve üzeri olduğu bulundu.
- Kadınların %42,2'si (n=38) şimdiki gebeliğinin ilk gebeliği olduğunu bildirdi.
- Örneklemin %13,3'ü (n=12) isteyerek/planlayarak gebe kaldığı saptandı.

- Kadınlar %24,4'ünün (n=22) gebelikten korunma yöntemi uygulamadıkları, %86,7'sinin (n=78) gebelikten korunma yollarını bildiği saptandı.
- Kadınların %78,9'unun (n=71) daha önce küretaj yaptırmadığı saptandı.
- Kadınların %28,9'unun (n=26) gebeliği sonlandırmaya kendileri, %48,9'unun (n=44) eşleriyle birlikte karar verdiği belirlendi.
- Kadınların %44,4'ü (n=40) şu anda çocuk istememe, %18,9'u (n=17) çok çocuklu olmama isteği, %12,2'si (n= 11) ekonomik sorunlar nedeniyle şimdiki gebeliğini sonlandırmaya karar verdikleri belirlendi.
- Kadınların %74,4'ü (n=67) küretajın zararlı olduğunu düşündüğü belirlendi.
- Kadınların %88,9'u (n=80) küretajın aile planlaması yöntemi olmadığını; %62,2'si bu gebeliğinden sonra tekrar çocuk yapmayı düşündüğü; %63,3'ü (n=57) ise ideal çocuk sayısının iki olması gerektiği ni düşündüğü belirlendi.
- Kadınların %64,4'ünün (n=58) küretajın nasıl yapıldığını bildiği saptandı.

3. Kadınların anksiyete düzeyleri incelendiğinde;

- Kadınların Beck Anksiyete Ölçeğine göre "anksiyete" düzeyi ortalaması $22,356 \pm 11,063$ olarak orta düzeyde saptandı.
- Kadınların medeni durumu, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik sayısı, küretaj sayısı, çocuk sayısı ile BAÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$).
- Kadınların öğrenim durumu ile anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Öğrenim durumu lise mezunu olan kadınların anksiyete düzeyi ($26,167 \pm 12,545$), öğrenim durumu üniversite mezunu olan kadınların anksiyete düzeylerinden ($19,452 \pm 10,544$) yüksek bulundu.
- Kadınların eşlerinin öğrenim durumuna göre anksiyete düzeyi, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Eşinin/partnerinin öğrenim durumu lise mezunu olanların anksiyete düzeyleri ($25,293 \pm 12,162$), eşinin/partnerinin öğrenim durumu üniversite mezunu olanların anksiyete düzeylerinden ($19,526 \pm 9,697$) yüksek bulundu.
- Kadınların düşük sayısı ile anksiyete düzeyi, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Düşük sayısı bir olan kadınların anksiyete düzeyleri ($35,000 \pm 8,387$), düşüğü olmayan kadınların anksiyete düzeylerinden ($21,456 \pm$

10,829) yüksek bulunmuştur. Bir düşüğü olanların anksiyete düzeyleri ($35,000 \pm 8,387$), iki düşüğü olanların anksiyete düzeylerinden ($18,000 \pm 4,619$) yüksek bulundu.

- Kadınların daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre ile anksiyete düzeyi, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay- 12 ay olan kadınların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), ilk gebeliği olan kadınların anksiyete düzeylerinden ($22,868 \pm 11,416$) yüksek bulundu. İlk gebeliği olan kadınların anksiyete düzeyleri ($22,868 \pm 11,416$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olan kadınların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay- 12 ay olan kadınların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 13-24 ay olan kadınların anksiyete düzeylerinden ($15,500 \pm 8,240$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay-12 ay olan kadınların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olan kadınların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 9 ay-12 ay olan kadınların anksiyete düzeyleri ($31,000 \pm 11,039$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeylerinden ($21,191 \pm 8,310$) yüksek bulundu. Daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 36 ay ve üzeri olanların anksiyete düzeyleri ($21,191 \pm 8,310$), daha önceki gebelikleriyle şimdiki gebelikleri arasında geçen süre 25-36 ay olanların anksiyete düzeylerinden ($14,000 \pm 7,483$) yüksek bulundu.
- Kadınların gebelikten korunma yollarının bilinmesi ile anksiyete düzeyi, arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Gebelikten korunma yollarını bilmeyenlerin anksiyete düzeyleri ($32,500 \pm 7,937$), gebelikten korunma yollarını bilenlerin anksiyete düzeylerinden ($21,835 \pm 11,050$) yüksek bulundu.

Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular sonucunda;

- Bu çalışmanın farklı özellikte ve daha geniş bir örneklem grubunda tekrarlanması,
- İstenmeyen gebelik ve istemli düşük sonucu oluşan küretaj oranının azaltılabilmesi için isteyerek düşük hizmeti sunan kuruluşlara başvuran kadınlara gerekli eğitim ve hizmetin verilmesi,
- Aile planlaması hizmetleri kapsamında kadınlara gebelik sonlandırmanın bir aile planlaması yöntemi olmadığına benimsenmesi
- Aile planlaması hizmeti sunarken kullanılacak yöntemle eşlerle ortak karar verilmesi sağlanması
- Bu araştırmada gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisi üzerinde durulmuştur. gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların yaratacağı diğer durumların (sinirlilik, suçluluk vb.) detaylı bir şekilde araştırılması önerilmektedir.

Araştırma Sorularının Yanıtları

- Çalışmaya katılan isteğe bağlı gebeliklerini sonlandırmak isteyen kadınların gergin ve tedirgin oldukları saptandı.
- Çalışmaya katılan isteğe bağlı gebeliklerini sonlandırmak isteyen kadınlar orta düzeyde anksiyete yaşadıkları ancak bu durumla başa çıkabildikleri saptandı.
- Kadınların yaşadıkları anksiyete içinde buldukları durum, ve bilgi düzeyleri ile doğrudan ilişkilidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışmanın sadece vakıf üniversitesi hastaneleri ve özel hastanede yapılmış olması,
- Çalışmaya katılan kadın sayısının az olması Araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

9. TEŞEKKÜR

Çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen, ilgi ve anlayışı ile her zaman destek olan saygı değer danışman hocam Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'e,

Verilerin istatistiksel analizlerinin gerçekleştirilmesi aşamasında yardımlarını esirgemeyen sayın Fatih SONTAY'a

Çalışmamın yürütülmesi sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen;

İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Başhekimliği ve Başhemşireliği'ne, doğumhane ekibindeki çalışma arkadaşlarıma,

Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği ve Başhemşireliği'ne, Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktoru Doç.Dr. Erdin İLTER'e

Özel Batı Bahat Hastanesi Başhekimliği ve Başhemşireliği'ne, verilerin toplanması aşamasında yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen Kadın Hastalıkları ve Doğum Doktoru Op.Dr. Mehmet Ali Serkan ÖZKUL'a

Tüm eğitimim boyunca beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan ve her zaman destek olan annem, babam ve kardeşlerime sevgi ve saygılarımla,

TEŞEKKÜR EDERİM

10. KAYNAKLAR

1. Karaman D. Çalışan ve Çalışmayan Fertil Çağdaki Kadınlarda İstemsiz Gebelik Sıklığı ve Gebe Kalmak İstememe Nedenleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Afyon, 2007.
2. Sağlık Bakanlığı, Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2009.
3. Çelik Y. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılması Öncesinde Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
4. Öztürk H, Okçay H. İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 2003,2:6,63-70
5. Yıkılkan H, Dilbaz B, Kestel Z. Aile Planlaması Polikliniğine Yasal Tahliye İstemiyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2012, 10-14)
6. Özdemir U. İsteyerek Düşük Yapan Kadınların Aile İşlevleri ve Ruhsal Belirti Düzeylerinin Sistem Yaklaşımı İçinde Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 1992.)
7. Kuloğlu BU, Cansu Ç, Kılıç D, Aydın S, Önel Z. Geçmişten Günümüze Doğum Kontrol Yöntemleri. tip.baskent.edu.tr/egitim/mezuniyetoncesi/calismagrp/.../14.P6.pdf. Erişim Tarihi 21.05.2014
8. Çokar M. Dünyada ve Türkiye’de İsteyerek Düşüğü Yasal Boyutunun Etik Açından Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2006
9. Yılmaz T. İstenmeyen Gebeliğin Sonlandırılması Öncesinde Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1998).
10. Senger R. Menstrüel Regülasyon Sonrası Seçilen Kontraseptif Yöntemin Bir Yıl Sonraki Devamlılığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2007.

11. Yalçın E. Yaşama Hakkı: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin Verdiği Kararlar Bağlamında Kavramın Devletler ve Özellikle Güvenlik Birimleri Açısından Ortaya Koyduğu Anlamının Değerlendirilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 2006, 8, 1: 25-54.
12. Vural G. Kadın Sağlığı Alanında Etik Konular, Editör: Ahsen Şirin, Oya Kavlak, Kadın Sağlığı Kitabı, Berday Basın Yayıncılık Ltd.Şti.,2008,İ stanbul sf:46-56.
13. Sağlık Bakanlığı, Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2009.
14. WHO and Guttmacher İnstitute, Facts on induced abortion worldwide; *In Brief*. (January 2012)
15. Koçoğlu OG. İsteyerek Düşüklerde Yeni Bir Yaklaşım. *Toplum Hekimliği Bülteni* . (www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2000/sayi_4/baslik4.pdf erişim tarihi 07.01.2014))
16. Terzioğlu F, Zeyneloğlu S, Yılmaz DV, Türk R, Gözükara F, Taşkın L. İsteğe Bağlı ve Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. sf: 18-29. Ankara, 2010
17. Ewing I. Abortion Statistics:Year ended december 2004-hot of the press 15 June 2005 http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/AbortionStatistics_HOTPDec04/Commentary.aspx Erişim Tarihi 01.02.2014
18. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun Resmi Gazete İle yayımı:10.04.1965-Sayı 11976 Kabul Tarihi: 01.04.1965 Erişim Tarihi: 04.04.2014
19. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3,1:67-99.
20. Kiziroğlu KS. Türk Ceza Hukukunda Çocuk Düşürtme, Düşürme ve Kısırlaştırma Suçları. Okan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı.
21. Ergöçmen AB, Ünalın T. Düşükler ve Ölü Doğumlar. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1988, HÜNNE, Ankara, 1999.Bölüm 5, sf:69-75.
22. Tezcan S, Bozbey ÇA, Düşükler ve Ölü Doğumlar. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, HÜNNE, Ankara, 2004.Bölüm 6, sf: 81-89.
23. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 9.Baskı 2009.

24. Öner S. Adana Doğumevi Hastanesinde Menstrüel Regülatör Uygulanan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 1996.
25. Geçer N. Trabzon'da İki Farklı Sosyoekonomik Yerleşim Yerinde 20 – 44 Yaş Arası Evli Kadınların İsteyerek Düşük ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, 2011.
26. Erşahin M. İslam Hukuku Açısından Kürtaj ve Çocuk Sahibi Olma. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temel İslam Bilimleri Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Konya, 2002
27. Serap H. İstemli Kürtaj Olan Kadınların Kürtaj Olma Nedenleri ve Kürtaj Sonrası Yöntem Seçimi Dağılımının İncelenmesi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2005.
28. Bozkurt KÖ. Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2011.
29. Tezcan S, Ergöçmen BA. Türkiye'de İsteyerek Düşükler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, Özel Sayı 1:10;2012, sf:36-42.
30. Eroğlu K. İsteyerek Yapılan Düşüklerin Önlenmesinde Sağlık Eğitiminin Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi, Ankara, 1995.
31. Kaya H, Söğüt Ö, Gökdemir MT, Dokuzoğlu AM. Medikal Abortus İçin Oral ve Vaginal Misoprostol Kullanımı. *Akademik Acil Tıp Olgu Sunumları Dergisi* 2011;2(2):33-35 .
32. Taşdemir A. Stai Testi İle Preoperatif ve Postoperatif Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi Bornova - 2012
33. Kocabaş P. Jinekolojik Muayeneye Bağlı Anksiyetenin Azaltılmasında Özel Muayene Giysisi İle Müziğin Etkisinin Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.

34. Homey K. Çağımızın Tedirgin İnsanı, Çev.: Yörükan, A., Tür Yayınevi, İstanbul.1990.)
35. Savaş E. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşanan Anksiyete İle Ameliyat Sonrası Ağrı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü, Yüksek Lisans Programı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2011.
36. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, Ankara, 2004 Ek-4, 12-16.
37. Öksüz G. Kadın ve Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul , 2012.
38. Coşkun A. Ülkemizde Ana Çocuk Sağlığı ve Sorunları, 1. Ulusal Ana -Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1992.
39. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik. Aile Planlaması. Ankara, 2012 megep.meb.gov.tr Erişim Tarihi 14.07.2014.
40. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1998, 12 (2): 163-172.)
41. Şahin S, Cevahir R, Sözeri C. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesine İsteğe Bağlı Kürtaj İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1:1, 2006.
42. Pehlivan E, Genç FM, Güneş G. Yeşilyut (Malatya) Merkezindeki 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bazı Demografik Özellikleri ve Doğurganlığı Etkileyen Faktör *Journal of Turgut Özal Medical Center* 5(1):1998
43. Tezcan S, Ergöçmen B, Tunçkanat FH. Düşükler ve Ölü Doğumlar. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, HÜNNE, Ankara, 2009, Bölüm 6, sf:97-107.
44. Ulufer F. Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi.Ege Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Doktora Tezi İzmir 1992.

EKLER

EK 1



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462 /126
KONU: Anket hk.

TARİH :07/06/2013

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

Istanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem GÜL'ün, Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'in tez danışmanlığımı yürüttüğü "Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

SAYI : 62111416/3435
KONU: Anket izni hakkında.

TARİH: 18 Ocak 2013

T.C. MALTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE,
Maltepe/İSTANBUL

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem GÜL'ün, Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu Üniversiteniz Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uygulayabilmesine dair gereken iznin verilmesi hususunda bilginiz ve gereğine arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet Nejat ÖZBAL
Rektör Yardımcısı

EK-1- Enstitü Müdürlüğü yazısı ve ekleri (9 sayfa)

17.12.2012	Memur	
17.12.2012	Şef	
17.12.2012	Daire Başkanı	X
17.12.2012	Genel Sekreter	83



T. C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/301
KONU: Anket hk.

TARİH :11/12/2013

ÖZEL BATI BAHAT HOSPITAL BAŞHEKİMLİĞİ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem GÜL'ün, Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunu uygulayabilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

EK 2



T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ



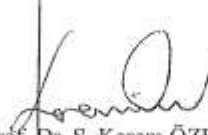
Sayı : 67356813/589
Konu: Anket hk.

Tarih:14.06.2013

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Özlem GÜL'ün, Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'in tez danışmanlığını yürüttüğü "Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışmasını gerçekleştirebilmesi için ekte göndermiş olduğunuz anket formunu uygulaması tarafımızca uygundur.

Bilgilerinize saygılarımla arz ve rica ederim.


Prof. Dr. Ş. Kerem ÖZEL
Başhekim

SAYI: 63316977/0002 - 37
KONU: Anket

Istanbul, 21.01.2014

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İLGİ: 18 Haziran 2013 tarih ve 3435 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Özlem GÜL'ün "Gebeliklerini İsteğe Bağlı Sonlandıran Kadınların Yaşadıkları Anksiyetenin Psikososyal Durumlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket uygulamasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz/rica ederim.

Kemal Köymen
Prof. Dr. Kemal KÖYMEN
Rektör

8P/254' iş/Da/214
23/01/2014

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
Rektörlüğü
Gelen Evrak
Tarih: 23.01.2014
Sayı: 257

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
GELEN EVRAK
Tarih: 23.01.2014 Sayı: 114
İlgilisi:

05.03.2014

Sayı 234

T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İLGİ: 11.12.2013 tarih ve 301 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda belirtildiği üzere öğrencilerinizden Özlem GÜL'ün "Gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınların yaşadıkları anksiyetenin psikososyal durumlarına etkisinin incelenmesi başlıklı tez çalışması ile ilgili anket formunun hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr.Mehmet Ali Serkan ÖZKUL'un kendi hastalarına uygulamasına izin verilmiştir.

Bilgilerinize sunulur.



EK 3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcı, bu çalışma bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN AMACI: Bu çalışmada gebeliklerini isteğe bağlı sonlandıran kadınların yaşadıkları korku ve endişenin psikososyal durumları üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmaya katılmanız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman herhangi bir cezaya yada yaptırıma maruz kalmaksızın, araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya araştırmadan çekilebilirsiniz.

İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacaktır. Araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

“Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hemşire tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

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

GÖNÜLLÜ

ARAŞTIRMACI

ADI-SOYADI:

Özlem GÜL

İMZASI:

İMZA:

TARİH:

TARİH:

YER:

YER:

ANKET FORMU

A-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1- Yaşınız:.....

2- Medeni durumunuz? (Dini Nikâh ise lütfen belirtiniz)

- Bekar Dul / Boşanmış Evli Evlilik Yaşı/ Süre/.....

3- Öğrenim durumunuz?

- Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

4- Eşinizin öğrenim durumu?

- Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise Üniversite

5- Çalışıyor musunuz?

- Hayır Evet

6- Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- Kötü Ancak geçinebiliyorum Orta derecede iyi İyi Çok iyi

7- Herhangi bir sağlık güvenceniz var mı?

- Yok Var ise belirtiniz:

8- Aile tipiniz nasıldır?

- Çekirdek Aile Geniş Aile Yanlız yaşıyorum

9- Eşinizle aranızda akrabalık durumu var mı?

- Yok Var

B- GENEL SAĞLIK ÖYKÜSÜ

1- Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (yüksek tansiyon, diyabet, guatr vb.)

- Yok Var ise belirtiniz: Süre :

2- Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

- Yok Var ise belirtiniz: Süre :

3- Sigara, alkol ya da madde kullanımınız var mı?

- Yok Gebelikte bıraktım Var ise belirtiniz: Süre :

C- OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

1- Son Adet tarihiniz:.....Gebelik haftası:.....

**2- Gebelik sayısı:.....Doğum sayısı:.....Düşük sayısı:.....Küretaj sayısı:.....
Çocuk sayısı:.....**

3- Daha önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasında süre ne kadardır?

İlk Gebelik 9 ay -12 ay 13-24 ay 25-36 ay 36 ay ve üzeri

4- İsteyerek/ Planlayarak mı gebe kaldınız?

Hayır Evet

5-Bu gebeliğinizden önce gebelikten korunma yöntemi uyguluyor muydunuz?

Hayır Evet ise belirtiniz.....

6-Bu gebeliğinizden önce siz ve ya eşiniz gebelikten korunma yöntemlerinden birini biliyor muydunuz ?

Hayır Evet ise belirtiniz.....

7-Daha önce küretaj yaptırdınız mı?

Hayır Evet ise nedenini belirtiniz.....

8-Bu gebeliğinizden önce çocuk istiyor muydunuz?

Hayır Evet

9-Bu gebeliğinizi sonlandırmaya gebeliğin kaçınıcı haftasında karar verdiniz?

4 5 6 7 8 9

10-Bu gebeliğinizi sonlandırmaya kimlerle karar verdiniz?

Kendi kendime Eşimle Annemle Kayınvalidemle
 Kardeşlerimle Komşu/Arkadaş Doktorla Diğer

11-Bu gebeliğinizi sonlandırmada etkisi olan konular nelerdir?

Ekonomik sorunlar Eşin istememesi
 Çok çocuklu olmama isteği Şu anda çocuk istememe
 Son çocuğun küçük olması Sağlıkla ilgili problemler
 Bakacak kimsenin olmaması Diğer

12- Sizce küretaj zararlı olabilir mi?

Hayır Evet

13-Sizce küretaj günah mıdır?

Hayır Evet

14-Küretaj sizce bir aile planlaması yöntemi midir?

- Hayır Evet

15-Bu gebeliğinizi küretaj ile sonlandırdıktan sonra tekrar çocuk yapmayı düşünüyor musunuz?

- Hayır Evet

16-Sizce bir ailenin ideal çocuk sayısı kaç olmalıdır?

- 1 2 3 4 5'den fazla

17-Küretajın nasıl yapıldığını biliyor musunuz?

- Hayır Evet ise belirtiniz

.....
.....

18-Sizce küretaj neden yapılır?

- Doktor gebeliğin anne için tehlikeli olduğunu söyleirse
 İstenmeyen gebelikleri sonlandırmak için
 Doktor doğacak çocuğun sakat olma ihtimali var derse
 Evlilik dışı oluşan gebelikleri sonlandırmak için
 Ailenin bakacaklarından fazla çocukları varsa
 Diğer

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin, bugün dahil son bir haftadır sizi ne kadar rahatsız ettiğini aşağıdaki ölçekten yararlanarak, maddenin yanındaki uygun yere (X) işareti koyarak belirleyiniz.

Sizi ne kadar rahatsız etti?

	Hiç	Hafif Derecede	Orta Derecede	Ciddi Derecede
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuřma veya karıncalanma.	0	1	2	3
2. Sıcak / ateş basmaları.	0	1	2	3
3. Bacaklarda halsizlik, titreme.	0	1	2	3
4. Gevşeyememe.	0	1	2	3
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu.	0	1	2	3
6. Baş dönmesi veya sersemlik.	0	1	2	3
7. Kalp çarpıntısı.	0	1	2	3
8. Dengeyi kaybetme duygusu.	0	1	2	3
9. Dehşete kapılma.	0	1	2	3
10. Sinirlilik.	0	1	2	3
11. Bođuluyormuş gibi olma duygusu.	0	1	2	3
12. Ellerde titreme.	0	1	2	3
13. Titreklik.	0	1	2	3
14. Kontrolü kaybetme korkusu.	0	1	2	3
15. Nefes almada güçlük.	0	1	2	3
16. Ölüm korkusu.	0	1	2	3
17. Korkuya kapılma	0	1	2	3
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi.	0	1	2	3
19. Baygınlık.	0	1	2	3
20. Yüzün kızarması.	0	1	2	3
21. Terleme (sıcağa bağlı olmayan).	0	1	2	3