

M.ÇETINKAYA

KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PINARHİSAR'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARDA
DÜŞÜKLER VE BELİRLEYİCİLERİ**

MERAL ÇETİNKAYA

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AĞUSTOS
2018**

**T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PINARHİSAR'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
BÖLGESİNDE YAŞAYAN 15-49 YAŞ KADINLARDA
DÜŞÜKLER VE BELİRLEYİCİLERİ**

MERAL ÇETİNKAYA

**DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ YELİZ MERCAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AĞUSTOS
2018**

TEZ ONAYI

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans öğrencisi Meal ÇETİNKAYA tarafından Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN ’nın danışmanlığında hazırlanan “**Pınarhisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri**” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 12/07/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Nurettin AKA

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Ebelik Bölümü Başkanı

Jüri

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN (Danışman)

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Sağlık Yönetimi Bölümü

Jüri

Prof. Dr. Burcu TOKUÇ

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Meral ÇETİNKAYA



İTHAF

Oğlum İbrahim Arda etinkaya'ya ithafen...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle her zaman yol gösteren, ilgisiyle sürekli yanımda hissettiğim ve hayatım boyunca hep örnek alacağım kıymetli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN'a, tez sürecim boyunca takıldığım her konuda bana yardımcı olan ve bunu hep keyifle yapan dostum Uzm. Dr. Buket Yılmaz BÜLBÜL'e, başarımın mimarı güçlü çınarım annem Şaziye ÇELİK'e ve her anımda yanımda olan beni cesaretlendiren eşim Can ÇETİNKAYA'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ.....	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İstenmeyen Gebelikler.....	4
2.1.1. İstenmeyen Gebeliklerin Görülme Sıklığı.....	4
2.1.2. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri.....	6
2.1.3. İstenmeyen Gebeliklerin Olası Sonuçları.....	8
2.1.4. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma.....	9
2.1.4.1. Aile Planlaması	10
2.1.4.2. Acil Kontrasepsiyon.....	12
2.2. Düşükler	14
2.2.1. Kendiliğinden Düşükler (Spontaneous Abortion).....	15
2.2.2. İsteyerek Düşükler (Induced Abortion).....	15
2.2.3. Düşüklerin Görülme Sıklığı	16
2.2.4. Düşüklerin Nedenleri	17
2.2.5. Düşüklerin Olası Sonuçları	19
2.2.6. Düşük Yöntemleri	20
2.2.6.1. Cerrahi Düşük Yöntemleri	20
2.2.6.2. Tıbbi Düşük:	20
2.2.7. Düşük Sonrası Kontrasepsiyon	22
2.2.8. Düşük Yasaları	22
2.2.8.1. Türkiye’de Düşük Yasaları	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.2. Araştırmanın Tipi	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	30
3.4.1.1. İstenmeyen gebelik deneyimi.....	30
3.4.1.2. Düşük deneyimi	30
3.4.1.3. Kendiliğinden düşük deneyimi	31
3.4.1.4. İsteyerek düşük deneyimi.....	31
3.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	34
3.6. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama.....	35
3.7. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	35
3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	35
3.7.2. Araştırmaya Dahil Dışlanma Kriterleri	35
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	36
3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin	36
3.10. Verilerin Analizi.....	36
3.11. Araştırma Takvimi	36
4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	77
5.1. İstenmeyen Gebelikler.....	77
5.2. Düşükler	93
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	110
6.1. İstenmeyen gebelikler.....	110
6.2. Düşükler	111
KAYNAKLAR	114
FORMLAR	135
ETİK KURUL KARARI	147
ÖZGEÇMİŞ	151

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Dünyada kürtaj yasağı/serbestisi olan ülkelerin dağılımı (CRR 2018)... 24	24
Tablo 4-1: Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özellikleri (n=311). 38	38
Tablo 4-2: Araştırma Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri (n=311). 40	40
Tablo 4-3: Araştırma Grubunun Bazı Obstetrik Özellikleri (n=311)..... 41	41
Tablo 4-4: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Deneyimi İle İlgili Özellikleri (n=311)..... 42	42
Tablo 4-5: Araştırma Grubunun Düşük Deneyimi İle İlgili Özellikleri (n=311). 44	44
Tablo 4-6: Araştırma Grubunun Düşük Öncesi ve Düşük Sonrası Deneyimleri İle İlgili Özellikler (n=311). 46	46
Tablo 4-7: Araştırma Grubunun Araştırma Sırasında ve Gelecekte Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikleri (n=311)..... 48	48
Tablo 4-8: Araştırma Grubunun Düşükler ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyi (n=311). 50	50
Tablo 4-9: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311). 52	52
Tablo 4-10: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311). 53	53
Tablo 4-11: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311). 55	55
Tablo 4-12: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311).. 56	56
Tablo 4-13: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311). 57	57
Tablo 4-14: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311)..... 59	59
Tablo 4-15: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311)..... 60	60
Tablo 4-16: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311). 61	61
Tablo 4-17: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311). 62	62

Tablo 4-18: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).	63
Tablo 4-19: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).	64
Tablo 4-20: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311)..	65
Tablo 4-21: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).	66
Tablo 4-22: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).	67
Tablo 4-23: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).	68
Tablo 4-24: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311)..	69
Tablo 4-25: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizi.....	71
Tablo 4-26: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizi.....	72
Tablo 4-27: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri.....	73
Tablo 4-28: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri.....	74
Tablo 4-29: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri	75
Tablo 4-30: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri	76

SEMBOLLER/KISALTMALAR LISTESİ

- AHB : Aile Hekimliği Birimi
- AP : Aile Planlaması
- ASM : Aile Sağlığı Merkezi
- CEDAW : Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Birleşmiş Milletler Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
- DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
- EAH : Eğitim Araştırma Hastanesi
- HIV : Human Immunodeficiency Virüs (İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü)
- MVA : Manuel Vakum Aspirasyon
- RIA : Rahim İçi Araç
- TCK : Türk Ceza Kanunu
- TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
- TSM : Toplum Sağlığı Merkezi
- TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
- WHO : World Health Organization

ÖZET

Pınarhisar'da bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri.

Çalışmamızda 15-49 yaş grubu kadınlarda istenmeyen gebelik ve düşük prevalanslarını belirlemek ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışma, Şubat 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında Pınarhisar'da yürütülmüştür. 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 15-49 yaş grubu kadınlar araştırmanın örneğini oluşturmuştur(n=326). Veriler anket formu kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Çözümlemede tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Araştırma grubunun yaş ortalaması $33,52\pm 7,13$ (Min:18, Maks:49)'dur. Araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı %14,8'dir. Düşük prevalansı %22,2'dir. Bunların %12,2'si kendiliğinden, %10,9'u isteyerek gerçekleşmiştir. İstenmeyen gebelik prevalansı yaş ve toplam gebelik sayısı arttığında anlamlı olarak artmaktadır($p<0,05$). İstenmeyen gebelik riski ilköğretim ve daha alt düzeyde eğitimi olanlarda 3,2 kat, düşük deneyimi olanlarda 7,5 kat ve Türkiye'de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde 2,9 kat yüksektir. Düşük riski gelirini kötü düzeyde algılayanlarda 7,9 kat, sigara içenlerde 2,2 kat, bekar olmayanlarda 3,8 kat, kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi olduğunu düşünenlerde 2,5 kat fazladır. Yaş, gelir, eğitim ve gebelik sayısı istenmeyen gebelikler ve düşükler için önemli belirleyicilerdir. Bilgi düzeyleri yüksek olan kadınlarda risklerin daha yüksek olması aile planlaması eğitimlerinin yetersizliğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşük, Kendiliğinden düşük, İsteyerek düşük, Kürtaj, İstenmeyen Gebelikler, Aile planlaması.

ABSTRACT

Abortions and their Determinants Among Women Between 15 and 49 Years of Age Living in the Sphere of Responsibility of a Primary Care Unit in Pınarhisar

The objective of our study has been to determine the prevalence of unintended pregnancies and abortions among women between the age of 15-49 and to detect factors affecting these. The study being of descriptive and cross-sectional type has been carried out between February 2017-June 2017 in Pınarhisar. Women between the age of 15-49 registered at the Primary Care Center constituted the sample of the study(n=326). The data was collected face to face using a survey form. In the data analysis were used descriptive statistical methods, Chi-Square and logistic regression analysis. The significance level was set $p<0.05$. The average age of the research group was 33.52 ± 7.13 (Min:18, Max:49). The unintended pregnancies prevalence was 14.8%. The abortion prevalence was 22.2%. 12.2% of these were spontaneous and 10.9% were induced. The prevalence of unintended pregnancy is rising significantly with age and number of total pregnancies($p<0.05$). The risk of unintended pregnancy has been found to be increased by a factor of 3.2 among women with primary school or lower educational status, by 7.5 among women with abortion experience, and by 2.9 among women knowing that abortion is legal in Turkey. The risk of an abortion is increased by a factor of 7.9 among women perceiving their income as low, by 2.2 among smoking women, by 3.8 among who are not unmarried and by 2,5 among women thinking that induced abortion is a family planning method to avoid unintended pregnancies. Age, income, education, and number of pregnancies important determinants for unintended pregnancies and abortions.

Keywords: Abortion, Spontaneous Abortion, Induced Abortion, Curetage, Unintended pregnancies, Family planning.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İstenmeyen gebelik, eşlerden birinin ya da her ikisinin arzu etmediği bir zamanda plansız meydana gelmesi, düşük gebeliğin fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan sonlanmasıdır (Akın ve Bahar Özvarış 2012 ss. 272-281). Dünyada 2012 yılında tüm gebelikler içinde ise 85 milyon istenmeyen gebelik meydana gelmiş, bunlardan %50'si kürtaj, %13'ü kendiliğinden düşük, %38'i ise planlanmamış doğumla sonuçlanmıştır (Sedgh ve ark. 2014). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 25 milyon kadının düşük deneyimi olduğu, bunun 8 milyonunun tehlikeli koşullarda gerçekleştiği bildirilmiştir (WHO 2018c).

İstenmeyen gebelikler temelde kontraseptif yöntemlerin kullanılmamasından veya etkili kontraseptif yöntemlerin yanlış kullanımından kaynaklandığı, aile planlaması hizmetlerine erişim, eğitim ve bu hizmeti alma ile doğrudan ilişkili olduğu bildirilmiştir (CDC 2015; Santos ve ark. 2016; Doğru ve ark. 2016). Karşılanamayan gereksinim nedeniyle daha fazla oranda gözlenen istemeyen gebelikler sağlık hizmet sunumundaki yetersizliği de göstermektedir (Akıncı ve ark. 2017; Yaya ve ark. 2018; Erfani ve ark. 2018). Gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelere kıyasla evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda yüksek düzeyde gözlenen kontraseptif prevlanslarına rağmen, 2017 yılında dünyada karşılanamayan gereksinim %7-%22 arasında değiştiği bildirilmiştir (UN 2017).

İstenmeyen gebeliklerin görülme sıklığını arttıran faktörler arasında genç ya da ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, kırsal alanda yaşama, yoksulluk, işsizlik, ilk evlilik yaşının veya cinsel ilişkiye başlama yaşının küçük olması, dört ve daha fazla gebelik, yeter sayıda çocuk sahibi olma, gebelik aralığının 2 yıldan kısa olması, üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine erişilememesi veya bu hizmeti alamama gibi nedenler yer alır (Ay ve ark. 2012; Gücük ve ark. 2012; Akıncı ve ark. 2017; Pattanaik ve ark. 2017; Singh ve ark. 2018). İsteyerek düşük prevalanslarının artışında da benzer nedenler söz konusudur (Akıncı ve ark. 2017; Çınar ve Hıra 2017; Varol ve ark. 2017; Singh ve ark. 2018; Hagos ve ark. 2018). Kendiliğinden düşüklerin nedenleri arasında ise genetik, anatomik, endokrin nedenler,

enfeksiyonlar, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, radyasyon vb. bildirilmiştir (Dereli Yılmaz ve ark. 2010; Koç ve Beji 2016).

İstenmeyen gebeliklerin düşüklerle sonuçlandırılmasının yasalar ile engellenmeye çalışılması güvensiz düşüklerde artışa, doğum ile sonuçlanması durumunda ise yetersiz prenatal ve postnatal bakıma, her iki durumda da kadınlarda mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır (Tokuç ve ark. 2011; Doğaner ve ark. 2011; Santos ve ark. 2016; Koçak ve ark. 2016; Hall ve ark. 2016). Dünyada anne ölümlerinin en büyük nedenlerinden biri olan düşüklerin güvenli olmayan koşullarda ve eğitimsiz kişilerce yapılmaya devam etmesi nedeniyle bugün büyük bir halk sağlığı sorunu olarak önemini sürdürmektedir (Gökgöl 2012; HÜNEE 2013; WHO 2018c).

Planlanmamış ve uygun zamanda olmayan istenmeyen gebeliklerin halen yüksek düzeyde gözlenmesi aile planlaması konusunda bilgi, eğitim ve yatırım konularında karşılanmamış bir açığın devam ettiğini, kontrasepsiyon yöntemlerinin yanlış veya eksik kullanılması veya aile planlaması yöntem başarısızlığı nedeniyle istenmeyen gebelik oranlarının yüksek düzeyde devam edeceğini göstermektedir (Moosazadeh ve ark. 2014; Bellizzi ve ark. 2015; Yaya ve ark. 2018; Singh ve ark. 2018).

İsteyerek düşüklerin kontraseptif yöntemlerle önlenmemesinin kişisel ve toplumsal nedenleri arasında kontraseptif yöntemlerin kullanılmaması, yöntem kullanımındaki başarısızlık, yöntemlere ilişkin yetersiz bilgi ve ihmal, damgalanma korkusu, tecavüz, dini inanç, gebelik riskleriyle ilgili yetersiz bilgi, kadının karar verme hakkının sınırlı olması sayılabilir (Akın ve Özvarış, 2012, ss.272-281; Çayan 2009).

Ülkemizde İzmir, Ankara, Kayseri, Hatay, Diyarbakır, Erzurum ve Manisa'da yürütülen çalışmalarda kadınlarda istenmeyen gebelik oranlarının %15-%47 arasında değiştiği belirlenmiştir (Pilatin ve ark. 2014; Savaş ve ark. 2014; Varol ve ark. 2015; Dikmen ve ark. 2015; Apay ve ark. 2015; Akdeniz Erken ve Günay 2015; Söğüt ve Erbay 2017). Türkiye'de üreme sağlığı ve AP hizmetlerine verilen önem, yasal

düşük/kürtaj politikalarındaki olumlu gelişmeler güvensiz düşüğe bağlı ölümlerde azalma sağlamıştır (RG 1983 Aralık; RG 1983 Mayıs; Ortaylı ve Çağatay 2012; Durukan ve ark. 2015). Türkiye’de son 20 yılda isteyerek düşüklerde %13 oranında azalma, ancak kendiliğinden düşük sayısında ise artış izlenmiştir. Türkiye’de 2013 yılında evli kadınların doğurganlık dönemleri boyunca yaklaşık %23’ünün kendiliğinden, %14’ünün isteyerek düşük yaptığı, %3,3’ünün ise ölü doğum gerçekleştirdiği saptanmıştır. Her 100 gebelikten %4,7’sinin ise isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir (HÜNEE 2013).

Ülkemizde düşük görülme sıklığı ve istenmeyen gebelik prevalansı kırdan kente ve batıdan doğuya gittikçe, kadının ve eşinin eğitim düzeyi azaldıkça, yaş ilerledikçe, sosyoekonomik durum kötüleştikçe, gebelik ve doğum sayısı arttıkça, üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda bilgi düzeyi azaldıkça daha yüksek düzeyde gözlendiği ve sosyokültürel nedenlerden etkilendiği belirlenmiştir (Oltuluoğlu ve Başer 2012; Yıkılkan ve ark. 2012; Ay ve ark. 2012; Karadağ ve ark. 2013; Budak ve ark. 2015). Genel olarak Türkiye’de yıllar içerisinde üreme sağlığı sorunlarının biçimi ve sıklığında iyileşmeler gözlense de istenmeyen gebeliklerin, düşüklerin istenen düzeyde olmaması bu sorunun halen önemini koruduğunu göstermektedir (Sevencan 2017).

Bu nedenlerle araştırmamızda bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 15-49 yaş kadınlarda istenmeyen gebelik, düşük prevalanslarını (isteyerek ve kendiliğinden) belirlemek ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İstenmeyen Gebelikler

İstenmeyen gebelik, eşlerden birinin ya da her ikisinin arzu etmediği bir zamanda plansız meydana gelmesi olarak tanımlanır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). İstenmeyen bir gebelik hiç çocuk istemediğinde ya da daha fazla çocuk istenmediğinde ortaya çıkan ya da planlanmamış bir meydana gelen gebeliklerdir. İstenmeyen gebelik nüfusların doğurganlığını, karşılanmayan aile planlaması ihtiyacını ve aile planlaması konusunu daha iyi anlamak için kullanılan temel bir kavramdır (CDC 2015).

İstenmeyen gebelikler kadın sağlığını ve üreme sağlığını tehdit eden önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almakta olup ve aile planlaması hizmetlerinde karşılanamayan gereksinim olarak ifade elmektedir (Öztürk ve Okçay 2003). Her yıl, dünya çapında 87 milyon kadın, modern kontraseptiflerin yetersizliği nedeniyle istenmeyen gebelik yaşamaktadır (WHO 2018). Yapılan çalışmalarda karşılanmamış kontraseptif ihtiyacının nedeniyle istenmeyen gebelik prevalansını önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir (Bellizzi ve ark. 2015; UN 2017; Akıncı ve ark. 2017). Türkiye’de yıllar içerisinde üreme sağlığı sorunların biçimi ve sıklığında iyileşmeler gözlense de istenmeyen gebeliklerin yüksek düzeyde olması bu sorunun halen önemini koruduğunu göstermektedir (Sevencan 2017).

2.1.1. İstenmeyen Gebeliklerin Görülme Sıklığı

Dünyada 222 milyon kadın gebe kalmak istemediği halde, herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmamaktadır ve bu nedenle özellikle düşük gelirli ülkelerde yaklaşık her on kadından altısı istenmeyen gebelik riski altındadır (WHO 2014). Dünyada 2012 yılında tüm gebelikler içinde ise 85 milyon (%40) istenmeyen gebelik meydana gelmiş, bunlardan %50’si kürtaj (abortus), %13’ü kendiliğinden düşük (miscariage), %38’i ise planlanmamış doğumla sonuçlanmıştır. Tüm gebelikler içinde en az gelişmiş ülkelerde istenmeyen gebelik prevalansı %39 iken, daha fazla gelişmiş ülkelerde bu oranın %47’ye yükseldiği bildirilmiştir. Bölgelere

göre yapılan değerlendirmelerde Latin Amerika ve Karayipler'de tüm gebeliklerin %56'sı, Kuzey Amerika'da %51'i, Avrupa'da %45'i, Asya'da %38'i, Okyanusya'da %37'si ve Afrika'da ise %35'i istenmeyen gebelikler olarak bildirilmiştir (Sedgh ve ark. 2014).

Ülkemizde İzmir, Ankara, Kayseri, Hatay, Diyarbakır, Erzurum ve Manisa'da yürütülen çalışmalarda kadınlarda istenmeyen gebelik oranlarının %15-%47 arasında değiştiği belirlenmiştir (Savaş ve ark. 2014; Pilatin ve ark. 2014; Varol ve ark. 2015; Dikmen ve ark. 2015; Apay ve ark. 2015; Akdeniz Erken ve Günay 2015; Söğüt ve Erbay 2017). İstenmeyen gebeliklerde sosyal belirleyicilerin ve obstetrik özelliklerin etkili olduğu, istenmeyen gebeliklerin özellikle etkili yöntem kullanmama ve/veya yöntem kullanmama nedenleriyle gerçekleştiği bildirilmiştir (Ay ve ark. 2012; Ersoy ve ark. 2015; Apay ve ark. 2015; Varol ve ark. 2017; Akıncı ve ark. 2017). Dünyada 35 ülkede yürütülen bir araştırmada her yıl 16.7 milyon istenmeyen gebelik meydana geldiği, istenmeyen gebelik riskinin geleneksel yöntemleri kullananlar ile herhangi bir yöntem kullanmayanlar için 14 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Bellizzi ve ark. 2015).

Karşılanamayan gereksinim nedeniyle daha fazla oranda gözlenen istenmeyen gebelikler sağlık hizmet sunumundaki yetersizliği de göstermektedir (Akıncı ve ark. 2017; Yaya ve ark. 2018; Erfani ve ark. 2018). Gelişmiş ülkelerde, gelişmemiş ve az gelişmiş ülkelere kıyasla evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda yüksek düzeyde gözlenen kontraseptif prevlanslarına rağmen, 2017 yılında dünyada karşılanamayan gereksinim %7-%22 arasında değişmektedir. Dünyada 2017 yılında evli veya partneriyle yaşayan 142 milyon kadının (%12) karşılanmamış aile planlaması gereksinimi vardır. Afrika'da (%22) ve Okyanusya'da (%15) bu oran diğer bölgelere göre daha yüksek düzeydedir. 2030 yılında 139 milyona düşmesi beklenen bu gereksinimin gelecekte de %10'un üzerinde kalacağı tahmin edilmektedir. Bu tarihler arasında en fazla azalmanın Doğu Afrika'da (2017'de %22 iken 2030'da %16) ve Polinezya'da (2017'de %37 iken 2030'da %30) olacağı öngörülmektedir (UN 2017). Türkiye'de 2013 yılında 15-49 yaş arasındaki evli kadınların karşılanmamış AP ihtiyacı %6 düzeyindedir. Bu ihtiyaç 5 yıldan kısa süredir evli

olan, doğu'da yaşayan, daha önce doğum yapan, eşi eğitim almayan ve daha önce hiç yöntem kullanmayan kadınlarda daha yüksektir (Akıncı ve ark. 2017).

2.1.2. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri

İstenmeyen gebeliklerin kontraseptif yöntemlerin kullanılmamasından veya etkili kontraseptif yöntemlerin yanlış kullanımından kaynaklandığı bildirilmiş, aile planlaması hizmetlerine erişim, eğitim ve bu hizmeti alma ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir (Goenee ve ark. 2014; CDC 2015; Santos ve ark 2016; Doğru ve ark. 2016).

Sosyodemografik özellikler arasında çok genç veya ileri yaş, kendisinin ve/veya eşinin düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, kırsal alanda yaşama, sosyal sınıf gibi faktörlerin istenmeyen gebelikler açısından belirleyici olduğu bildirilmiştir (Ay ve ark. 2012; Moosazadeh ve ark. 2014; Varol ve ark. 2015; Akıncı ve ark. 2017; Pattanaik ve ark. 2017; Banerjee ve ark. 2017). Evlilik yaşının küçük olması, yaşayan çocuk sayısının yeterli ya da fazla olması, gebelik aralıklarının 2 yıldan az olması gibi nedenlerle istenmeyen gebelik prevalansının arttığı bildirilmiştir (Moosazadeh ve ark. 2014; Apay ve ark. 2015; Gücük ve ark. 2012; Şimşek ve ark. 2015; Singh ve ark. 2018).

Kadınlarda cinsel yaşamın evlilik ile bağdaştırılması, bekar kadınların üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmasının önündeki en büyük engellerden biridir. Bekar kadınlar arasında gözlenen yüksek riskli cinsel davranışlar, istenmeyen gebelikler, adolesan gebelikler ve sağlıksız düşükler çıkmaktadır (Şimşek 2011). Evlilik dışı istenmeyen gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanması evlilik içi istenmeyen gebeliklere göre daha yaygındır. Ancak Türkiye gibi cinselliğin ve gebeliğin evlilik içerisinde yaşanmasının güçlü bir toplumsal norm olduğu ülkelerde bu bulgular net bir şekilde elde edilememektedir (Adalı ve ark. 2015 ss. 168). DSÖ, eşi tarafından şiddete uğrayan kadınlarda istenmeyen gebeliklerin daha fazla olduğunu, sonucu olarak güvensiz düşüklerin, ölü doğumların, erken doğumların ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek doğma riskinin daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (WHO 2018a).

Göç, istenmeyen gebeliklerin artışıını etkileyen diğer faktörlerden biridir. Savaş nedeniyle yerinden edilen yada mülteci olan tüm kadınlarda üreme sağlığı hizmetlerine erişim sorunu ile birlikte istenmeyen gebeliklerin arttığı belirtilmektedir (Palmer ve Storeng 2016; Heslehurst ve ark. 2018). Bir diğer sorun ise göçe zorlanan kadınların karşılaştığı insan ticareti ile ilgili sorundur. Bu tür zorunlu göçlerde kadınlar cinsel istismar, tecavüz, şiddet, HIV/AIDS ve diğer CYBE, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, damgalanma gibi sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Zraly ve ark. 2011; Özvarış 2017 ss.107-109). Genel olarak istenmeyen gebeliklerin artışında bildirilen nedenler arasında:

- Gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi eksikliği
- Hizmetlere ulaşamama,
- Yöntemlere ulaşamama,
- Yöntemleri yanlış kullanma veya yöntem kullanımında başarısızlık,
- Evlilik dışı gebelikler,
- Cinsel ilişkiye zorlanma, ensest ilişki veya tecavüze maruz kalma,
- Eşler arasında diyalogun yetersiz oluşu,
- Kadının doğurganlığı ile ilgili karar verici olamaması,
- Kadının toplumsal statüsünün düşük olması,
- Kadınların eskiye oranla iş dünyasında daha fazla yer almaları,
- Ekonomik yetersizlikler,
- Kadınların doğurganlık tercihlerindeki değişimler olarak bildirilmiştir (Çokar 2008; Dölen 2012;Gökgöl 2012; Öztürk ve ark. 2014; Moreau ve ark. 2014; Wokoma ve ark. 2015; Banarjee ve ark. 2017).

Planlanmamış ve uygun zamanda olmayan istenmeyen gebeliklerin halen yüksek düzeyde gözlenmesi aile planlaması konusunda bilgi, eğitim ve yatırım konularında karşılanmamış bir açığın devam ettiğini, kontrasepsiyon yöntemlerinin yanlış veya eksik kullanılması veya aile planlaması yöntem başarısızlığı nedeniyle istenmeyen gebelik oranlarının yüksek düzeyde devam edeceğini göstermektedir (Alkema ve ark. 2013;Blake ve ark. 2014;Moosazadeh ve ark. 2014;Bellizzi ve ark. 2015; Yaya ve ark. 2018; Singh ve ark. 2018).

2.1.3. İstenmeyen Gebeliklerin Olası Sonuçları

İstenmeyen gebelikler geçmişten beri tüm toplumlarda önemli kadın sağlığı sorunları arasında yer alan, tıbbi, sosyal ve toplumsal sonuçları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Taşkın 2015). Kadın, çocuk sayısını sınırlandırmak istediğinde ya da kendi istediği zaman çocuk sahibi olmak istediğinde kontraseptif yöntemler kullanılmaz ya da etkili yöntemler kullanılmaz ise istenmeyen gebelikler meydana gelmektedir (WHO 2018).

Konraseptif yöntemlerin kullanılmaması ve karşılanamayan gereksinim oranlarının yüksek düzeyde olması istemeyen gebelik ile sonuçlanmakta, bu durum istenmeyen doğum ve düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin isteyerek düşükler ile sonlandırılmasının yasalar ile engellemeye çalışma ise güvensiz düşüklerin görülme sıklığını ve buna bağlı olarak kadınlarda morbidite ve mortalite sıklığında artışa neden olmaktadır (Fwcus 2008;Hussain 2013;Santos ve ark 2016). Günümüzde dünyada her on gebelikten dördünün istenmeyen gebelik yaşadığı ve bunların yarıdan fazlasının kürtaj ve düşük ile sonuçlandığı bildirilmiştir (Sedgh ve ark. 2014).

Hem kadın hem de bebek sağlığı açısından önemli riskler barındıran istenmeyen gebelikler anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Prenatal ve postnatal bakım yetersizlikleri, isteyerek ya da kendiliğinden düşük yapma ve DDA bebek ya da ölü bebek doğum riskinde artış olduğu bilinmektedir (Tokuç ve ark. 2011; Doğaner ve ark. 2011; Koçak ve ark. 2016; Hall ve ark. 2016). Tıbbi açıdan anne sağlığını anemi, postpartum kanama, artmış müdahaleli doğum riski, preeklampsi, baş-pelvis uyumsuzluğu ve CYBE ve depresyon açısından; bebek sağlığını ise prematüre doğum, DDA, ani bebek ölümü sendromu, akut enfeksiyonlar, kazalar ve bebek ölümleri açısından tehdit etmektedir (Akdeniz Erken ve Günay 2015; Özelçi ve ark. 2017).

İstenmeyen gebelik sonucu doğum ya da düşük ne olursa olsun kadın ve aile için psiko-sosyal boyutu ciddi olan bir sorundur (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). DSÖ, istenmeyen gebeliklerin engelli birey sayısında ve düşük eğitime sahip kişi

sayısında da artışa, düşük istihdama neden olduğunu bildirmiştir (WHO 2018). Buna ilave olarak ekonomik yetersizliğe ve bağımlılıkta artışa, artmış sosyal destek ihtiyacına, yüksek oranda gözlenen boşanma ve ayrılmalara, aile içi şiddete maruziyette artmaya, artmış anksiyete ve depresyona, sigara, alkol ve madde kullanımında artışa yol açmaktadır. İstenmeyen gebelikten doğan bebekte görülen psikososyal sorunlar arasında anne yoksunluğu, istismar, davranış bozuklukları, madde kullanımında artış gibi önemli sonuçları olabilmektedir (SB 2015; Özelçi ve ark. 2017; WHO 2018b). Adölesan dönemde meydana gelen gebelikler göz önünde bulundurulduğunda bu olumsuz sağlık sonuçları daha ciddi boyutlarda gözlenmektedir (Özelçi ve ark. 2017; WHO 2018b).

2.1.4. İstenmeyen Gebeliklerden Korunma

Aile planlamasında karşılanmamış gereksinim oranları ve kontraseptif kullanıcı sayısındaki büyüme üreme sağlığını dünya çapında iyileştirmek için yatırımı gerekli kılmaktadır (Alkema ve ark. 2013). İstenmeyen gebelikleri azaltmaya yönelik politikaların iyileştirilmesi ve kaliteli kontraseptif hizmetlere erişimin artırılması için girişim ve uygulamalara öncelik verilmesi gerekmektedir (Singh ve ark. 2018). Kadınların eğitim, gelir gibi sosyal belirleyicilerden kaynaklanan eşitsizliklerin en aza indirilmesi ve toplumsal statüsünün artırılması istenmeyen gebeliklerin azaltılmasında etkili olduğu görülmektedir (Yıkılkan ve ark. 2012; Bellizzi ve ark. 2015; Pattanik ve ark. 2017; Banerjee ve ark. 2017).

Bu amaçlarla konunun insan hakkı ve üreme hakkı bağlamında kavranılması, birinci basamaktaki aksaklıkların hızlıca giderilmesi, kent-kır, bölgeler arası farklılıkların ortadan kaldırılması, bilgilendirme-eğitim çalışmalarının yaygınlaştırılması, niteliğinin artırılması, sağlık personelinin de mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinin daha nitelikli hale getirilmesi, tıbbi düşüklerin kullanımının sağlanması, doğum ve isteyerek düşükler sonrasında aile planlaması yöntem kullanımının sağlanması gerekmektedir (Sevencan 2017). Politik olarak isteyerek düşüklerde olan yasal engellerin kaldırılması, yöntem çeşitliliğinin artırılması ve bunlara ücretsiz erişimin sağlanması gerekmekte, karşılanmayan gereksinim boyutu düşünülerek üreme sağlığı hizmetleri kapsamında sadece kadınlara değil, erkeklere

de bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir (Pilatin ve ark. 2014; Varol ve ark. 2015; Bilge 2015; WHO 2018b).

Günümüzde istenmeyen gebeliklerden korunmak için en etkili yolun, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve korunmasız cinsel ilişki sonrası acil kontrasepsiyon kullanılması olarak bildirilmiştir (Bellizzi ve ark. 2015; UN 2017).

2.1.4.1. Aile Planlaması

Aile planlaması uygulamalarının ilk hedefi anne ve çocuk sağlığının korunması ve sağlık düzeylerinin artırılmasıdır. Asıl amacı ise istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı anne-bebek ölümlerinin azaltılmasıdır. Çiftlere gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık ve uygulama hizmeti verilmesi, ailelere istedikleri zaman ve sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardımcı olunması da diğer amaçlar arasındadır (Kaya ve ark. 2008; Bostancı 2011; Aktoprak 2012; Eryılmaz 2014).

DSÖ'ye göre aile planlaması yöntemleri modern yöntemler ve geleneksel yöntemler olarak sınıflandırılır. Modern yöntemler arasında kombine oral kontraseptifler (KOK), sadece progesteron içeren mini haplar, implantlar, aylık ve üç aylık enjeksiyonlar, vajinal halka, RİA, erkek ve kadın kondomu, vazektomi, tüp ligasyonu, laktasyonel amenore, standart günler metodu, iki gün yöntemi (servikal mukus yöntemi), bazal vücut ısısı yöntemi, ve sempto-termal yöntem, acil kontrasepsiyondur. Bu yöntemler doğru kullanıldığında veya uygulandığında koruyuculuklarının %95-%99 arasında değiştiği belirtilmiştir. Geleneksel yöntemler arasında ise takvim yöntemi ve geri çekme yöntemi gösterilmiştir (WHO 2018b).

Dünyada 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %58, geleneksel yöntem kullanımı %5 olarak belirlenmiştir. Günümüzde %63 düzeyinde olan bu oranın 2000 yılından beri %2 oranında arttığı, 2030 yılında ise yine aynı oranda artış göstereceği tahmin edilmiştir. Ancak Latin Amerika ve Karayibler, Kuzey Amerika ve Avrupa'da evli ya da partneriyle yaşayan kadınlar arasında yüksek düzeyde gözlenen modern yöntem kullanım oranlarına

rağmen Afrika'da bu oranın, diğer bölgelerin yarısı kadar düzeyde olduğu bildirilmiştir (UN 2017).

Bellizzi ve ark. (2015) 35 ülkede yürüttükleri bir araştırmada düşük ve orta gelirli ülkelerde her yıl meydana gelen 16.7 milyon istenmeyen gebeliğin 15 milyonunun modern yöntemlerin kullanımı ile önlenebileceğini bildirmiştir. Dünya bölgelerine göre 2017 yılında yapılan değerlendirmede evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda kontraseptif prevlansının %36-%75 arasında değiştiği, modern yöntem kullanım oranlarının %70-%32, geleneksel yöntem kullanım oranlarının ise %3-%8 arasında olduğu bildirilmiştir. 2000'lerde evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanım oranlarının %20-%70 arasında olduğu, yaklaşık son 20 yılda sadece %3 oranında artış gösterdiği, geleneksel yöntem kullanımında (%3-%15) ise sadece %1 oranında azalma sağlandığı belirlenmiştir (UN 2017).

Türkiye'de ulusal düzeyde yürütülen 2013 TNSA'ya raporunda evli kadınların %47'si modern, %26'sı geleneksel olmak üzere %74'ünün herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığı; modern yöntemlerden en fazla RİA (%17) ve erkek kondomu (%16) tercih edildiği, en yaygın kullanılan geleneksel yöntemin geri çekme olduğu belirlenmiştir (HÜNEE 2013). Türkiye'de kadınların tamamına yakını tarafından modern yöntemler bilinmesine rağmen halen geleneksel yöntemlerden geri çekmenin yaygın oluşu istenmeyen gebelikler için sorun olmaya devam etmektedir (Budak ve ark. 2015; HÜNEE 2013).

Gelişmekte olan ülkelerde de 214 milyon çiftin çeşitli nedenlerle AP yöntemi kullanmadığı bildirilmiştir. Nedenler arasında genç yaşta olma, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, evli olmama, yöntemlere erişim güçlüğü, yan etki deneyimi ve korkusu, gebelik riskini düşük görmesi, kültürel veya dini nedenler, hizmet sunumundaki yetersizlikler, özellikle erkeklerde yöntem çeşitliliğinin sınırlı olması ve cinsiyet temelli engeller gösterilmiştir (Bellizzi ve ark. 2015; WHO 2018b; Erfani ve ark. 2018). Yürütülen çalışmalarda ülkemizde de kadınların da benzer nedenlerle modern yöntemleri kullanmadığı belirlenmiştir (HÜNEE 2013; Pilatin ve ark. 2014; Varol ve ark. 2015; Dönmez ve ark. 2016).

Aile planlaması hizmetlerinde istenilen düzeye ulaşmada danışmanlık hizmetlerinin önemi çok büyüktür. Danışmanlık hizmeti, çiftleri onlara uygun gördüğümüz aile planlaması yöntemi için ikna etmek değil, kontraseptif yöntemlerle ilgili seçenekler sunarak çiftlerin kendilerine en uygun yönteme karar vermeleri konusunda yardımcı olunmasıdır (Eryılmaz 2014). Danışmanlık, aile planlaması hizmetlerinin tüm aşamalarına entegre olması gereken bir süreçtir. Çiftlerin doğurganlıklarını düzenlemek için yeterli bilgi sahibi olmaları, hizmet almaları, hizmetin devamlılığı ve bu süreçten tatmin olmaları temel hedef olmalıdır (Bilge 2015). Aile planlaması hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin kaldırılması için toplumun gereksinimlerine odaklanan, nitelikli ve yaygın birinci basamak sağlık hizmeti temel gerekliliktir (Karaçalı ve ark. 2017). Aile planlaması hizmet kullanımını etkileyen sosyo-demografik özellikler ve doğurganlık özellikleri göz önünde bulundurularak birinci basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz, ulaşılabilir aile planlaması danışmanlığı ve hizmeti verilmelidir (Varol ve ark. 2015). Doğum veya kürtaj kadınların birçoğu için bir sağlık hizmeti aldığı dönemdir. Bu yüzden doğumdan, kürtajdan hemen sonra aile planlaması danışmanlığı önemli fırsat olarak değerlendirilmeli ve sağlık personeli tarafından kadınlara etkili aile planlaması konusu danışmanlık hizmeti vererek erken dönemde doğru davranışlar geliştirmeleri sağlanmalıdır (Pilatin ve ark. 2014).

2.1.4.2. Acil Kontrasepsiyon

Acil kontrasepsiyon korunmasız cinsel ilişki sonrası kontraseptif kullanımında oluşan hap almanın unutulması gibi kullanım hataları, RİA'nın düşmesi veya kondomun yırtılması gibi kazalar, yakın zamanda maruz kalınan teratojenler (canlı aşı ya da sitotoksik ilaç gibi) veya tecavüz durumlarında kullanılan istenmeyen bir gebeliği implantasyondan önce önlenmesi için kullanılan kontrseptif bir yöntemlerdir (Ege ve ark. 2011; Bilgili ve ark. 2012 ss.299-336). Acil kontrasepsiyonda postkoital RİA uygulaması ve hormonal acil kontrasepsiyon kullanılan yöntemlerdir (Bilgili ve ark. 2012 ss.299-336).

- **Postkoital Cu-RİA Uygulanması:** Korunmasız cinsel ilişki sonrası takılan RİA'nın ilk 5 günde %99 oranında koruyuculuğu vardır.

- **Hormonal Acil Kontrasepsiyon:** En çok kullanılan acil kontrasepsiyon yöntemidir. Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saat içerisinde kullanılması gerekir. Gebelik oluştuktan sonra etkili değildir, yani düşük yaptırıcı bir özelliği yoktur. Bu nedenle danışmanlık hizmetlerinde acil kontrasepsiyonun bir aile planlaması yöntemi olmadığı, istenmeyen gebeliklerden korunmak için ikinci bir şans olduğunun önemle vurgulanması gerekir. Hormonal acil kontrasepsiyonda seçenekleri içinde yüksek doz östrojen kullanımı, östrojen+progesteron kullanımı (yuzpe yöntemi) ve sadece progesteron kullanımı olmak üzere üç tür uygulama vardır.
 - **Östrojen + Progesteron Kullanımı (Yuzpe yöntemi):** Türkiye’de *Preven* adıyla piyasada bulunur. Bu yöntemin etkisi siklusun evresine göre farklılık gösterir. Etkililik oranı %75-80 düzeyindedir. İlk doz 72 saat içinde verilmeli, ikinci doz 12 saat sonra doz tekrarlanmalıdır.
 - **Sadece Projestin İçeren Acil Kontrasepsiyon:** Türkiye’de *Norlevo* adıyla piyasada bulunur. Dozları farklı olmak üzere, kullanım şekli ve etkililiği Yuzpe yöntemi ile aynıdır.
 - **Mifepriston (RU 486) Kullanılması:** Ovulasyondan önce ya da sonra kullanılmasına bağlı olarak ovülasyonu durdurur, ya da endometriyumu etkileyerek embriyonun tutunmasını engeller. Korunmasız cinsel ilişki sonrası ilk 72 saatte tek düşük doz olarak verilir (Bilgili ve ark. 2012 ss.299-336).

Türkiye’de modern yöntem kullanım oranlarının istenen düzeyde olmaması, kürtaj için başvuru oranlarının hala yüksek olması ve kadınların acil kontrasepsiyon bilgisinin düşük olması kadın sağlığı açısından önemli bir sorun olarak bildirilmektedir (Ege ve ark. 2011; Koçak ve ark. 2016). Yürütülen çalışmalarda istenmeyen veya planlanmamış gebelik oranlarının yüksek olduğu ve korunmasız cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebelikleri engelleyebilmek için kullanılan yöntemler konusunda bilginin yeterli olmadığı belirlenmiştir (Ege ve ark. 2011; Dönmez ve ark. 2016). Hizmet sunucuların bilgi eksiklikleri, aile planlaması polikliniklerinde rutin

danışmanlık hizmetlerinde acil kontrasepsiyonun olmaması, bilgi düzeyinin potansiyel kullanıcılar arasında düşük olması, acil kontrasepsiyonun etkili kullanımında temel engeller arasında gösterilmiştir (Aksu ve ark. 2010; Doğaner ve ark. 2011).

Acil kontrasepsiyonun istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde ucuz ve etkili bir yöntem olduğu ve kadınlarda istenmeyen gebeliklerin yol açtığı duygusal ve fiziksel travmayı da azalttığı belirlenmiştir (Doğaner ve ark. 2011). Acil kontrasepsiyon kullanımı konusunda uygun danışmanlık hizmetlerinin verilerek ile istenmeyen gebeliklerin önleneceği ve kürtaja başvuru oranlarında azalma sağlanacağı bildirilmiştir (Doğaner ve ark. 2011; Ege ve ark. 2011).

Kontraseptif yöntemlerin etkin kullanımı konusunda sağlık personeline önemli sorumluluklar düşmektedir ve bu nedenle sağlık personeline de periyodik eğitimler verilmesi gerekmektedir (Çayan 2009; Oltuluoğlu ve Başer 2012). Aşut ve ark. (2017) tıp fakültesi öğrencileri ile yürüttükleri bir çalışmada acil kontrasepsiyon bilgi ve davranış düzeyinin yetersiz olduğunu belirlemiştir. Cerit ve Muhacir (2015)'in Kırklareli'nde Sağlık Bakanlığı Üreme Sağlığı Modül Eğitimleri kapsamında hazırlanmış AP hizmet içi eğitim çalışmalarının retrospektif olarak değerlendirildiği bir araştırmada ise doktor, ebe, hemşire ve diğer sağlık personelinin yaklaşık %40'ının kurs öncesi AP yöntemleri bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır.

2.2. Düşükler

Gebeliğin fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan sonlanmasına düşük (abortus) denir. Fetusun 500 gramın altında olması ya da 20 haftadan daha küçük olması olarak kabul edilmektedir (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). Düşükler gerçekleşme zamanına, klinik sınıflandırmaya ve klinik seyrine göre sınıflandırılabilir. Düşüğün gerçekleşme zamanına göre gebeliğin 12. haftasına kadar meydana gelen düşük *erken düşük* veya *birinci trimester düşük*, 13-20. haftalar arasında meydana gelen düşük *geç düşük* veya *ikinci trimester düşük* olarak

tanımlanır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). DSÖ sınıflamasına göre iki türlü düşük bildirilmiştir (Çokar 2008):

2.2.1. Kendiliğinden Düşükler (Spontaneous Abortion)

Müdahale olmaksızın meydana gelmiş düşükler *kendiliğinden düşük* olarak tanımlanır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). Gebelik ürünündeki defekte ya da anne ile ilgili bir patolojiye bağlı olarak tüm gebeliklerin %10-%20'inde görülebilmektedir (Çokar 2008).

Kendiliğinden düşüklerin nedenlerinin en başında embrioya ait kromozomal anomaliler yer alır. Diğer nedenler arasında progesteron yetmezliği, servikal yetmezlik, uterusun şekil bozuklukları veya malformasyonları, uterusa olan direkt travmalar, ilaçlar (özellikle sitotoksik ajanlar ve prostaglandinler), stres, anksiyete gibi psikolojik sorunlar sayılabilir (Çelikalp ve Yorulmaz 2016; Yılmaz ve ark. 2010).

2.2.2. İsteyerek Düşükler (Induced Abortion)

Gebeliğin isteyerek dışarıdan müdahale ile sonlanması *isteyerek düşük* olarak tanımlanır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281). İsteyerek düşükler, yasalara ve sağlık kurallarına uygunluğuna göre farklı şekillerde değerlendirilebilmektedir. İsteyerek düşüğün yasal olduğu ülkelerde yapılmasına *yasal düşük*, steril koşullarda sağlık personeli tarafından yasal olarak yaptırılmasına *güvenli isteyerek düşük* veya *sağlıklı düşük (safe abortion)*, düşüğün sağlıksız koşullar ve eğitimsiz kişilerce yaptırılmasına *güvenli olmayan isteyerek düşük* veya *sağlıksız düşük (unsafe abortion)* denir (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281; Çokar 2008). Kadınların kendisinin veya sağlık personeli olmayan kişilerin yardımıyla veya sağlık personeli ile sağlık kuruluşunda olsa bile aseptik koşullardaki girişimler *sağlıksız düşük* olarak kabul edilir. Ayrıca kendiliğinden düşük sonrasında, komplikasyonlara yönelik yetersiz sunulan sağlık hizmetleri de güvenli olmayan düşük kapsamında gösterilmiştir (Çokar 2008).

Düşükler klinik tanımlamalara göre sınıflandırılabilir. Bunlar: Kendiliğinden ya da bir müdahale ile başlamış düşük nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran vakalar *tamamlanmamış düşük (incomplete abortion)*, tamamlanmamış düşüklerde nedeniyle yapılan uygulamalar *terapötik abortus*, herhangi bir enfeksiyon gelişirse *septik abortus* olarak tanımlanır (Çokar 2008). Septik abortus, düşüğün bir komplikasyonudur ve aseptik olmayan koşullarda yapılan veya fetus, plasenta ve eklerinin uterus içerisinde kalması nedeniyle meydana gelebilir (Gezginç ve Dalkılıç 2011). Septik abortus, isteyerek düşüklere yasal olarak izin verilmediği ve güvensiz düşüklere yaygın olduğu durumlarda sıklıkla görülür, maternal mortalitenin ilk nedenlerindedir. Gebeliğin 20. haftasından önce iki ve daha fazla sayıda gebeliğin düşükle sonlanması durumu *habitüel abortus* olarak tanımlanır (Çokar 2008).

Düşükler teşhis kriterlerine göre sınıflandırıldığında ise şu şekilde tanımlamalar alır: Düşük belirtilerinin varlığında, yaklaşan kesin bir düşük olgusuna *abortus imminens (durdurulabilir düşük)*, yoluna girmiş servikal açıklığın eşlik ettiği düşüklere *abortus insipiens (durdurulamayan düşük)*, uterus kavitesinden fetus, plasenta ve membranların tamamen atılması durumlara *abortus kompletus (tam düşük)*, gebelik ürününün uterustan ayrılıp servikal kanalı doldurduğu olgulara *abortus servikalıs*, fetusun uzun süre önce öldüğü fakat fetus ve eklerinin tamamen dışarı atılmadığı durumlara *abortus inkompletus (Tam olmayan düşük)* ve fetusun ölmesi üzerinden 8 haftadan fazla bir süre geçmiş olmasına rağmen gebeliğin düşükle sonlanmadığı vakalar *missed abortus (Kaçırılmış düşük)* olarak tanımlanır (Çokar 2008).

2.2.3. Düşüklerin Görülme Sıklığı

2010-2014 yılları arasında dünyada yaklaşık 56 milyon (güvenli ve güvensiz) düşük meydana gelmiştir. Bu oran 15-44 yaş arası bin kadında 35 iken, tüm gebeliklerin %25'i isteyerek düşüklere sonuçlanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 25 milyon kadının düşük deneyimi olduğu ve bunun 8 milyonunun tehlikeli koşullarda gerçekleştiği bildirilmiştir. Güvenli olmayan düşüklere yarısından fazlası Asya bölgesindedir. Afrika ve Latin Amerika'da meydana gelen her dört düşükten yaklaşık üçünün güvensiz koşullarda meydana geldiği bildirilmiştir. Her yıl maternal

mortalitenin %4,7- %13,2'si güvenli olmayan düşüklerden kaynaklandığı ve bu riskin Afrika'da en yüksek düzeyde olduğu tahmin edilmiştir (WHO 2018c).

Dünya genelinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının artması ile istenmeyen gebeliklerin payının azalması, isteyerek düşük hızının da azalmasına neden olmaktadır (Adalı ve ark. 2015 ss.146). TNSA 2013'e göre %4,7'si isteyerek olmak üzere, toplamda 100 gebelikten 18,7'si düşük ile sonuçlanmıştır. Bu oran TNSA 2008'de %10'u isteyerek, %10,5'u kendiliğinden olmak üzere %20,5 olarak belirlenmiştir (HÜNEE 2013). Türkiye'de son 20 yılda isteyerek düşüklerde %13 oranında azalma, ancak kendiliğinden düşük sayısında ise artış izlenmiştir. 15-49 yaş evli kadınlar arasında yapılan değerlendirmeye göre ise Türkiye'de 2013 yılında evli kadınların doğurganlık dönemleri boyunca yaklaşık %23'ünün kendiliğinden, %14'ünün isteyerek düşük yaptığı, %3,3'ünün ise ölü doğum gerçekleştirdiği saptanmıştır (HÜNEE 2013; Adalı ve ark. 2015 ss.154).

Ülkemizde düşük görülme sıklığı ve istenmeyen gebelik prevalansı kırdan kente ve batıdan doğuya gittikçe, kadının ve eşinin eğitim düzeyi azaldıkça, yaş ilerledikçe, sosyoekonomik durum kötüleştikçe, gebelik ve doğum sayısı arttıkça, üreme sağlığı ve AP konusunda bilgi düzeyi azaldıkça daha yüksek düzeyde gözlemlendiği ve sosyokültürel faktörlerden de etkilendiği belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2010; Bostancı 2011; Ay ve ark. 2012; Oltuluoğlu ve Başer 2012; Yıkılkan ve ark. 2012; Karadağ ve ark. 2013; Budak ve ark. 2015).

2.2.4. Düşüklerin Nedenleri

Tüm toplumlarda güvenli düşük hizmetine erişimi zorlaştıran nedenler arasında gelir, eğitim durumu, yaşanan yer gibi sosyal belirleyiciler dışında, yasal engeller, damgalanma korkusu, inanç konusunda hassas toplumlar, aile desteği olmaması gösterilmiştir (Şimşek 2011; Çavlin ve ark. 2012; Sedag ve ark. 2012; Eliason ve ark. 2014; Wokoma ve ark. 2015; Santos ve ark. 2016; Pattanaik ve ark. 2017).

Düşük düzeyi kadar önemli bir diğer konu da, kendiliğinden ve isteyerek düşüğün belirleyicileridir. Hizmet sunumu, istenmeyen gebeliklerin azaltılması ve

istenilen gebeliklerde kendiliğinden düşüklerin önüne geçilmesi gibi açılardan kendiliğinden ve isteyerek düşük risklerini artıran faktörleri belirlemek önemlidir. (Adalı ve ark. 2015 ss. 142).

Kendiliğinden düşüklerin nedenleri arasında genetik ve anatomik nedenler, endokrin nedenler, enfeksiyonlar, trombofili, immünolojik gibi tıbbi nedenler olabildiği gibi sigara, alkol, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, radyasyon, aşırı düzeyde kafein tüketimi gibi kişisel risk faktörlerinin de riski arttırdığı bildirilmiştir (Desdicioğlu ve Malas 2006; Dereli ve ark. 2010; Koç ve Beji 2016). İleri yaşlarda ise artan hipertansiyon, diyabet gibi sistemik hastalıklar, geçirilmiş operatif işlemler, tekrarlanmış düşükler tıbbi nedenlerle de kendiliğinden düşüklerin yüksek düzeyde gözlenebilmektedir (Şekeroğlu ve ark. 2009; Şen ve Kavlak 2011).

İsteyerek düşüklerin artışında çok genç veya ileri yaş, kendisinin ve/veya eşinin düşük eğitim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, düşük gelir düzeyi, kırsal alanda yaşama, sosyal sınıf, evlilik yaşı, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayıları, doğum aralıkları gibi faktörlerin istenmeyen gebelikler gibi açısından belirleyici olduğu bildirilmiştir (Santos ve ark. 2016; Akıncı ve ark. 2017; Çınar ve Hıra 2017; Varol ve ark. 2017; Singh ve ark. 2018; Berry-Bibee ve ark. 2017; Hagos ve ark. 2018; Jiang ve ark. 2017).

İsteyerek düşüğün temel nedenleri gebeliğin istenmemesi ya da daha sonraki bir zamanda istenmesidir. Ancak istenmeyen gebeliklerin tamamı düşükle sonuçlanmamakta, dünya genelinde istenmeyen gebeliklerin yarısına yakını doğumla sonuçlanmaktadır. Türkiye’de de doğumların yaklaşık dörtte biri istenmeyen ya da daha sonra istenen gebeliklerdir. Bu durum, isteyerek düşüklerin gerçekleşmesinde gebeliğin istenme durumu dışındaki faktörlerin de önemine işaret etmektedir (Adalı ve ark. 2015 ss. 147).

İsteyerek düşüklerin kontraseptif yöntemlerle önlenmemesinin kişisel ve toplumsal nedenleri arasında kontraseptif yöntemlerin kullanılmaması, yöntem kullanımındaki başarısızlık, yöntemlere ilişkin yetersiz bilgi ve ihmal, damgalanma korkusu, tecavüz, dini inanç, gebelik riskleriyle ilgili yetersiz bilgi, kadının karar

verme hakkının sınırlı olması sayılabilir (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281; Çayan 2009). Ülkenin politik tutumu ve bu konudaki yasal engeller de isteyerek düşüklerde ve özellikle güvensiz düşüklerde artış ile sonuçlanabilmektedir (Dikmen ve ark. 2015). Kürtaj yalnızca tıp, hukuk ve siyaset alanında değil dinin içerisinde de tartışılan bir konudur. Katolikler, Evanjelik Protestanlar ve Ortodoks Hristiyanlar kürtaja daha fazla karşıdır. Aynı dine inanlarda bile dine verdikleri öneme göre kürtaja olan bakış açıları değişebilmektedir (Esmer 2011).

2.2.5. Düşüklerin Olası Sonuçları

Kadının fiziksel sağlığı açısından cerrahi abortuslarda erken zamanda yada geç dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar bulunmaktadır. Erken dönem komplikasyonları arasında: aspirasyondan sonra aşırı kanama, uterus perforasyonu, servikal laterasyon, akut hematometra, düşük sırası veya sonrasında senkop geçirme, inkomplet abortus, gebeliğin devamı söz konusu iken; geç dönem komplikasyonları arasında gecikmiş kanama, enfeksiyon, servikal stanoz, Rh sensitizasyonu yer almaktadır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281).

DSÖ, her gün yaklaşık 830 kadının gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı öldüğünü, tüm anne ölümlerinin %99'unun gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiğini bildirmiştir. Kırsal alanlarda ve yoksul toplumlarda yaşayan kadınlarda anne ölüm oranının daha yüksek olduğu, adölesan gebelikler nedeniyle genç yaşta kadınların daha fazla komplikasyon ve daha yüksek ölüm riskiyle karşı karşıya bulunduğu rapor edilmiştir. (WHO 2018d). İsteyerek düşüklerin komplikasyonlarını ve ölüm riskini etkileyen faktörler arasında başvuru yöntemi, düşük yaptırmanın eğitimi, gebelik yaşı, gebe yaşı ve sağlık sorunları, düşük yapılan ortam özelliği, komplikasyonlarda sevk edilebilecek sağlık basamaklarının varlığı ve sosyoekonomik durum gibi sosyal belirleyiciler önemli rol oynamaktadır (Akın ve Özvarış 2012 ss.272-281; Dönmez ve ark. 2016).

Düşük sonrası ise sekonder infertilite, damgalanma, organ hasarları, maternal mortalite ve morbidite gibi sonuçlar görülebilmektedir (Durukan ve ark. 2015).

Ayrıca kadınlarda düşük sonrası üzüntü, pişmanlık ve anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Çavlin ve ark. 2012; Akdağ 2014).

2.2.6. Düşük Yöntemleri

2.2.6.1. Cerrahi Düşük Yöntemleri

- a. Vakum Aspirasyon (VA):** 15 haftalık gebelik haftasından küçük gebeliklerde cerrahi yöntem olarak vakum aspirasyon tercih edilir. Bu yöntem ile başarı oranı %95'in üzerindedir.
- b. Dilatasyon ve Küretaj (D&C):** Serviksin mekanik dilatatörler veya farmakolojik ajanlar kullanılarak dilatasyonundan sonra uterus duvarlarının metal küret kullanılarak kazınması D&C olarak tarif edilir. Cerrahi abortusta eski bir yöntemdir. Hastanede genel anesteziyle yapılır. 6-16. haftalık gebelikler için uygundur. DSÖ, D&C yerine vakum aspirasyonu ve/veya tıbbi yöntemler uygulanmasını tavsiye etmektedir.
- c. Dilatasyon ve Evokasyon (Boşaltma) (D&E):** 12-14 haftalık gebelik haftasından büyük gebeliklerde serviksin osmotik dilatatör veya farmakolojik ajanlar kullanılarak dilatasyonundan sonra 12-16 mm çaplı kanül ve forseps kullanılır (SB 2015).

2.2.6.2. Tıbbi Düşük:

Tıbbi düşük, hiçbir cerrahi müdahale gereksizsin kullanılan ilaçlarla gebeliğin tümüyle sonlanmasıdır. Servikal açıklığın sağlanması, düşük indüksiyonundan farklı olarak değerlendirilmelidir. Günümüzde tıbbi düşükte kullanılan ajanlar Mifepriston, metotreksat ve misoprostol'dür. Mifepriston anti-progestatif, endojen prostaglandinleri ve uterus kontraktilitesini artırır. Desiduanın ayrılmasını sağlar, serviksi yumuşatır ve açar. Metotreksat antimetabolit etkiye sahiptir. Misoprostol ise prostoglandin E1 analogudur ve uterus kontraksiyonunu sağlar, serviksi açar, gebelik materyalinin atılmasını sağlar ve kanamayı azaltır (SB 2015).

Tıbbi Düşükte Tedavi protokolleri (SB 2015):

- a. Metotreksat ve Misoprostol:** Metotreksat 50 mg oral veya IM verilmesinden 3-7 gün sonra 800 µg vaginal misoprostol verilir. Tıbbi düşüğü gerçekleştirmede %90 başarılıdır. Ama bu yöntem gebeliğin devam etmesi durumunda fetal anomalilere yol açabileceğinden DSÖ tarafından kullanımı önerilmemektedir.
- b. Mifepriston ve Misoprostol:**
- *9. gebelik haftasına kadar:* Mifepriston 200 mg oral (400- 600 mg kullanımı da vardır). Misoprostol 48 saat sonra 800 µg bukkal veya dilaltı veya vajinal tek doz verilir. (Oral yol 7. haftaya kadar kullanılabilir ve doz 400 µg'dır.)
 - *9-12.haftalar arasında (Tıbbi düşük, missed abortion):* Mifepriston 200 mg oral (400- 600 mg kullanımı da vardır). Misoprostol 48 saat sonra 800 µg vajinal, takiben her 3 saatte bir maksimum 4 doz olacak şekilde 400 µg vajinal veya sublingual verilebilir.
 - *12. haftadan sonra (Tıbbi düşük, missed abortion):* Mifepriston 200 mg oral (400- 600 mg kullanımı da vardır). Misoprostol 48 saat sonra 400 µg oral veya 800 µg vajinal, takiben her 3 saatte bir maksimum 5 doz olacak şekilde 400 µg vajinal veya sublingual verilebilir.
- c. Tek Başına Misoprostol:** İlk trimester abortuslarda mifepriston ve misoprostolün birlikte kullanımına göre daha az başarılıdır. Tıbbi düşükte Mifepristonun olmadığı durumlarda Misoprostolün tek başına kullanım protokolleri şekli şğıdaki gibidir:
- *12.haftadan küçük gebeliklerde (<10 hafta isteğe bağlı düşük, ≥10 hafta tıbbi düşük veya missed abortus):* Misoprostol 800 µg sublingual veya vajinal yolla verilebilir. İlk dozdan sonra düşük gerçekleşmez ise toplam 12 saati ve 3 dozu geçmemek koşulu ile her 3 saatte bir 800 µg sublingual veya vajinal tekrarlanır.
 - *12 hafta ve daha küçük gebeliklerde (missed abortus):* Misoprostol 400 µg sublingual veya vajinal yolla verilir. Düşük gerçekleşinceye kadar her 3 saatte bir en fazla 5 doz uygulanabilir (SB 2015).

2.2.7. Düşük Sonrası Kontrasepsiyon

Ülkemizde düşük sonrası kontraseptif yöntem danışmanlığı hizmetlerinde önemli sorunlar vardır. Bu sorunların başında hizmet veren sağlık personelinin kaynaklı “medikal bariyerler” gelmektedir. İstemli düşük için başvuran bireye bu hizmet sonrasında kontraseptif yöntemler hakkında bilgi verilmeli ve birey kendisi için uygun gördüğü etkili yöntemler kullanmaya başlamalıdır, aksi takdirde yeniden istenmeyen gebelik şikayeti ile düşüğe başvurular kaçınılmazdır. Birinci trimester abortustan hemen sonra RİA uygulanması dahil, tüm kontraseptif yöntemler kullanılabilir (Akın ve Özvarış 2012, ss.272-281).

Karşılanmamış AP ihtiyacı istenmeyen gebeliklere, isteyerek düşüklere, hatta anne-bebek ölümlerine neden olabildiği için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle önceliğin risk gruplarına verilerek, karşılanmamış AP'nın toplam AP ihtiyacı içerisindeki payının azaltılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesi ve etkili müdahalelerin yapılması gerekmektedir (Akıncı ve ark. 2017).

Aile planlaması yalnızca çocuk sayısını ve doğum aralığını belirlemez. Ayrıca bazı AP yöntemleri (kondom gibi) HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bulaşmasını önlemeye yardımcı olur (WHO 2018b). Aile planlaması hizmetleri kadının toplumdaki statüsünün gelişmesinde önemli rol oynayan fakörlerden birisidir (Cangöl 2010; Yıkılkan ve ark. 2012; Karadağ ve ark. 2013). Basit, kolay ve ucuz olan bu koruyucu hizmetler aynı zamanda ülkelerde nüfus-kalkınma ilişkisinin temel eksenini de oluşturmaktadır (Cangöl 2010; Aktoprak 2012). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi bir kadının ne zaman gebe olup olmayacağına karar vermesi, sağlık ve refah seviyesi üzerinde doğrudan bir etkiye sahiptir (WHO 2018b).

2.2.8. Düşük Yasaları

Gebeliği sonlandırmak insanlık tarihi boyunca tıp, hukuk, din, etik gibi birçok bilim dalında tartışılmıştır. Hipokrat Yemini'nin ilk halinde, hekimlerin “bir gebe kadına çocuk düşürmek amacıyla yardım etmemek için” yemin ettikleri bilinmektedir (Çokar 2008). Fakat gebelik sonlandırılması bir tek hekimler tarafından

gerçekleştirilmediğinden tarihin her döneminde gündemde olmuştur (Tunalı 2015). Gebelik sonlandırılması ile ilgili görüşler etnik köken, siyasi düşünce, tıbbi ve dini nedenlere göre farklılık gösterebilmektedir. Gebelik sonlandırılması ilk olarak Batılı toplumlarda daha sonra ise gelişmekte olan ülkelerde bir ‘hak’ olarak görülmeye başlanmıştır (Ürem 2012).

Tüm dünya’da 1960’larda kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerine olumsuz etkileri konusuna duyarlılık başlanmış, 1970’lerde yerini demografik ağırlıklı yaklaşıma, 1980’lerde sağlık ile ilgili kaygılara bırakmıştır. 1990’larda ise insan hakları ve ihtiyaçları odaklanılmaya başlanılmıştır. Bükreş, Mexico City ve Kahire yapılan konferanslarda nüfus ve aile planlamasının, genel kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konulmuştur. Uzun yıllar anne ve çocuk sağlığı doğurganlık ile ilişkilendirilirken, 1990’lardan sonra bu bakış açısı değişmiş, 1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development- ICPD)’nda ilk defa “Üreme Sağlığı” kavramı ele alınmıştır. Bu kapsamda bireylerin ve çiftlerin, çocuk sayısına ve aralığına özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet ve baskı ve ayrımcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri ve adölesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil olmak üzere, üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gerektiği vurgulanmıştır (Özvarış ve Akın 2012: ss 234-235).

Üreme sağlığının nüfus politikalarından ayrı olarak ele alınmasının en doğru örneğini Romanya’da 1989 yılında yaşanan durum ile açıklanabilir. Romanya’da isteğe bağlı düşük oranı yüzbin canlı doğumda 20 iken Çavuşesku’nun iktidara gelmesi ile birlikte 1966 yılından itibaren kürtaj yasasında kısıtlamalara gidilmiş ve kadınların güvenli kürtaja erişimi engellenmiştir. Bu dönemde yapılan güvensiz düşükler nedeniyle maternal mortalite hızında artış olmuş, 200.000 çocuk yetimhanelere bırakılmıştır. Çavuşesku’nun devrilmesiyle birlikte kürtaj yasası yeniden düzenlenmiş kadınların güvenli kürtaja erişimine izin verilmiştir. Buna bağlı olarak maternal mortalite oranında %68 azalma sağlanmıştır (Dönmez ve ark. 2016).

1989 yılında Romanya’da düşük yasası yeniden liberalleştikten sonra güvensiz düşüklere bağlı maternal mortalite oranı yüzbinde 9’a gerilemiştir (Durukan ve ark. 2015).

Tablo 2-1: Dünyada kürtaj yasağı/serbestisi olan ülkelerin dağılımı (CRR 2018).

Koşullar	Ülkeler
Yasaktır ya da annenin hayatı söz konusu ise izin verilir	Meksika, Orta Afrika Cumhuriyeti, Nikaragua, El Salvador (Honduras), Suriye, Panama, Dominik Cumhuriyeti, Haiti, Brezilya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Şili, Doğu Timor, Mısır, Moritanya, Gabon, Irak, Libya, Senegal, Sudan, Güney Sudan, Guetemala, Fildişi Sahili, Mali, Angola, Papua Yeni Gine, Tanzanya, Malawi, Madagaskar, Somali, Yemen, Umman, Birleşik Arap Emirlikleri, Nijerya, Solomon Adaları, Afganistan, Bhutan, Myanmar, Paraguay, Endonezya Cumhuriyeti, Filipinler, Lao Halkı Demokratik Cumhuriyeti
Sağlığı koruma amacı ile izin verilir	Kolombiya, Peru, Kore Cumhuriyeti, Bolivya, Arjantin, Ekvator, Kuzey, İrlanda, Yeni Zelanda, Polonya, Nijer, Fas, Cezayir, Çad, Burkino Faso, Gine, Sri-Lanka, Liberya, Gana, Benin, Kamerun, Namibiya, Botswana, Lesotho, Svaziland, Zimbabwe, Kenya, Etiyopya, Ürdün, Kuveyt, İsrail, Suudi Arabistan, Pakistan, Tayland, Malezya
Sosyoekonomik nedenler ile izin verilir	İzlanda, Büyük Britanya, Japonya, Finlandiya, Zambiya, Hindistan, Tayvan
İsteğe bağlı herhangi bir zamanda izin verilir	Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avusturalya, Vietnam, Çin Halk Cumhuriyeti, Romanya, İsveç, Almanya, Hollanda, Belçika, Fransa, İtalya, İspanya, Rusya, İsviçre, Fransız Guyanası, Bulgaristan, Moldovya, Yunanistan, Kuzey Makedonya Cumhuriyeti, Arnavutluk, Karadağ, Bosna-Hersek, Sırbistan, Hırvatistan, Slovenya, Macaristan, Slovakya, Çekya, Portekiz, Tunus, Kırgızistan, Nepal, Ukrayna, Gürcistan, Ermenistan, Azerbaycan, Türkmenistan, Kazakistan, Özbekistan, Tacikistan, Moğolistan, Küba, Uruguay, Kamboçya, Guyana, Norveç, Grönland, Danimarka, Estonya, Letonya, Litvanya, Belarus.

Üreme Hakları Merkezi (CRR: Center for Reproductive Rights)’nin düzenlediği 2018 yılı dünyada kürtaj yasağı/serbestisi olan ülkelerin dağılımı Tablo 2-1’de sunulmuştur. Buna göre birinci satırda verilen ülkelerde kürtaja ya hiç izin yoktur ya da kadın hayatı söz konusu ise izin verilmiştir. Kürtajın kanunlarda tamamen yasak olduğu ülkeler arasında *El Salvador, Nikaragua, Haiti, Moritanya, Meksiko (her federal sistem kendi kanununu belirler fakat büyük kısmı izin vermiyor), Mısır, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Gabon, Angola, Madagaskar, Filipinler, Irak, Lao Halkı Demokratik Cumhuriyeti*’dir. Bu ülkelerde kürtaj kanunlarda tamamen yasaktır, fakat kadın hayatının tehlikesi durumunda “gereklilik” nedeniyle özel izin verilir. Bazı ülkelerde ise kanunlarda kadın hayatı tehlikede ise, tecavüz, ensest ilişki, fetal yetmezlik gibi nedenlerle ya da ebeveyn izni olması şartıyla kürtaja izin verilmektedir. Bu ülkeler: *Guatemala, Panama, Dominik Cumhuriyeti, Brezilya, Paraguay, Şili, Senegal, Mali, Fildişi Sahilleri, Nijerya,*

Libya, Sudan, Güney Sudan, Orta Afrika Cumhuriyeti, Tanzanya, Malawi, Somali, Yemen, Umman, Birleşik Arap Emirlikleri, Suriye, Afganistan, Sri-Lanka, Bhutan, Miyanmar, Endonezya, Doğu Timur, Papua Yeni Gine Salomon Adası'dır (CRR 2018).

İkinci satırda yer alan *Yeni Zelanda, Kuzey İrlanda Polonya, Gine, Burkino-Faso, Kenya, İsrail* gibi ülkeler kürtaja fetal nedenler, fiziksel sağlık, tecavüz, ensest ilişki, kadının yaşı yada bakabileceği çocuk sayısı gibi sosyal faktörler göz önünde bulundurularak sağlığı koruma amacı ile izin verilen ülkelerdir. Üçüncü satırda yer alan *İzlanda, Büyük Britanya, Finlandiya, Zambiya, Hindistan, Tayvan ve Japonya*'da sosyo-ekonomik nedenlerle başvurularda kürtaja izin verilir. (Tablo 2-1)

Dördüncü satırda bulunan ülkelerde kürtaj kararı kadının isteğine bağlıdır yani kadın eğer isterse kürtaj yaptırabilir. Ancak kürtaj için gestasyon haftasının yasal süresi ülkeden ülkeye, hatta ülke içindeki federal sisteme göre değişebilmektedir. Örneğin *Amerika*'da kürtaj yasasını her federal sistem kendi içerisinde belirler. Gebelik haftası son adet tarihinin ilk gününden itibaren hesaplanır. Eğer döllenme zamanı gebelik haftası olarak kabul ediliyorsa yasal süreye 2 hafta eklenir. *İsveç*'de ise kürtaj için yasal gestasyon yaşı 18 haftadır ve gebelik adet ilk gününden itibaren hesaplanır. *Almanya, Belçika, Fransa, İspanya, Kamboçya ve Romanya*'da kürtaj için yasal gestasyon yaşı 14 hafta iken, *İtalya*'da gebeliğin gestasyon yaşı 90 güne kadar izin verilmektedir (CRR 2018). (Tablo 2-1)

2.2.8.1. Türkiye'de Düşük Yasaları

Türkiye'de nüfus planlaması 1965 yılında 663 sayılı Nüfus plânlaması hakkında Kanun kapsamında "fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları" olarak tanımlanmış, nüfus planlamasının gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanacağı vurgulanmıştır. Devletin eğitim, öğretim ve uygulama faaliyetlerinden sorumlu olduğu vurgulanmıştır (RG 1965). 1983 yılında 2823 sayılı Nüfus plânlaması hakkında Kanun'da ise 10 haftaya kadar oluşan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir (RG 1983).

Türkiye’de gebeliğin sonlandırılması Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’da *gebeliğin sona erdirilmesi*, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük’te *rahim tahliyesi*, Türk Ceza Kanunu’nda ise *çocuk düşürme* ya da *çocuk düşürtme* olarak kullanılmaktadır. Öğretide gebeliğin sonlandırılması kürtaj, düşük veya abortus terimleri kullanılmaktadır (Çokar 2008; Uyumaz ve Avcı 2016).

Cumhuriyetin ilan edildiği ilk yıllarda nüfusu arttırmaya yönelik izlenen politiklar kapsamında isteyerek düşükler 1926 yılında çıkarılan 765 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)’nda ‘*kişilere karşı suçlar*’ kapsamına alınmış, 1936 yılında çıkarılan 3038 sayılı TCK’nda ise ‘*İrkin tümlüğü ve sağlığı aleyhine cürümler*’ olarak nitelendirilmiştir (Atay 2017). Türkiye’de 1923-1965 yılları arasında pronatalist nüfus politikaları, 1965 sonrasında ise antinatalist politikaları benimsenmiştir (Çavlin Bozbeyoğlu 2011; Atay 2017; Özel ve ark. 2017). Antinatalist nüfus politikasının başlangıcı olan 1965 yılında çıkarılan 557 sayılı ‘Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’un kabulü ile gebeliğin anne hayatını tehdit ettiği bir durum veya fetusun gelişimi ile ilgili bozukluk varsa isteyerek düşüğe izin verilmiştir (RG 1965). 1983 tarihinde 2827 sayılı ‘Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’ kabul edilmiştir. Yasa’nın kabulü ile RİA ve diğer geri dönüşü olan AP yöntemlerinin uygulanması için eğitim görerek sertifika almış ebe, hemşire ve pratisyen hekimlere yetki verilmiş, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması hizmeti serbest bırakılmış ve manuel vakum aspirasyon (MVA) yöntemi ile gebeliğin sonlandırılması için sertifikalı pratisyen hekimlere yetki verilmiş, isteğe bağlı kadında ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemi yasallaştırılmıştır (RG 1983).

Türkiye’de tecavüz sonrası gebelikler 5237 sayılı TCK 99. maddesine göre bir kadının mağdur olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde süresi 20 haftadan fazla olmamak kaydıyla ve kadının rızası olması koşuluyla gebelik hastane ortamında ve uzman hekimlerce sonlandırılmasına izin verilmiştir (SB 2015). Türkiye’de kürtajda izin belgesi aranmayacak durumlar arasında akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisine sahip olmayan kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası veya veli izni ya da sulh mahkemesinden izin almasında geçen süre hayatı ve hayati organları tehdit ediyorsa da izin şartı aranmamaktadır. Ayrıca servikal

internal os' un açık olduğu durumlarda, servikal internal os kapalı olsa bile hayatı tehdit edecek vajinal kanamalarda, uterustaki gebelik ürününün kısmî düşüğü, kanamanın devam ettiği hallerde ve enfeksiyon tehlikesi olan hallerde kürtaj için izin belgesi aranmaz (SB 2015).

Yeni yasanın aile planlaması, kadın ve anne sağlığı üzerinde pozitif yönde önemli etkileri olmuştur. Kontraseptif kullanımında artış olması ile birlikte isteyerek düşük hizmetlerinde düşüş meydana gelmiştir. Güvenli düşük hizmetlerinin artmasıyla birlikte düşüğe bağlı görülen komplikasyonlar ve buna bağlı ölümler büyük ölçüde azalmıştır. Aile planlamasında geleneksel yöntemlerin kullanım oranları azalmaya başlamış bunun yerini modern yöntemler almaya başlamıştır. (HÜNEE 2013; Akın 2012). İsteyerek düşüklere ve aile planlaması yöntem kullanımına izin verilmesi ile birlikte güvensiz düşüklere bağlı komplikasyonlarda ve anne ölümlerinde büyük ölçüde azalma izlenmiştir. TNSA 1988 de %23,6 olan isteyerek düşük oranı TNSA 2013 de %4,7 ye düşmüştür (HÜNEE 2013).

1983 yılında geçen yasa ile isteyerek kürtaja izin verilerek kadının kendi bedeni hakkında kısmen söz hakkına sahip olması sağlanmıştır. Evli kadınlarda isteyerek gebeliklerin sonlandırmasında 'eşin rızası' şartı aranmaktadır (Komut 2011). CEDAW'a göre kadının kürtaj olabilmesi için eşinden izin alması (rızasının alınması) kadının mahremiyetine bir hak ihalilidir. CEDAW ayrıca sağlık çalışanlarının kürtaja karşı vicdanî red hakkının olmasını kınamaktadır (Çoban 2015).

2002 yılında Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu'nda değişikliğe gidilmiştir. Kürtaj için 'eşinin rızasının alınmamış olması' suç olmaktan çıkarılmıştır. Ancak Nüfus Kanununda herhangi bir değişiklik yapılmadığı için farklı sağlık kuruluşlarında prosedürler farklı işleyebilmektedir (Çavlin ve ark. 2012).

2015 yılında Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın İstanbul'daki kamu hastanelerindeki kürtaj uygulamaları üzerine yaptığı araştırmada 12 hastanenin hiçbir şekilde kürtaj yapmadığı, 17 hastanenin tıbbi gereklilik durumunda heyet kararı ile terapötik kürtaj yaptığını ve sadece 3 hastanenin isteğe bağlı kürtaj hizmeti verdiğini

belirlemiştir. Bu 3 hastanede ise yalnızca 1 tanesinde 10 haftaya kadar yapıldığını diğer 2 tanesinin ise 8 haftaya kadar yaptığını belirlemiştir (Atay 2017).

2.2.9. Düşüklerde Uygun Sağlık Hizmeti Türleri

2.2.9.1. Toplum Düzeyinde

- Halka kontraseptif yöntemler ve kürtaj dahil üreme sağlığı ile ilgili eğitimler verilmesi,
- Toplumun yapısına uygun kontraseptif yöntemlerin toplum temelli dağılımının sağlanması,
- Gebelik tespitleri ve güvenli düşük hizmetlerine ulaşım hakkında doğru bilgi alabilmeleri için sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi,
- Sağlık çalışanlarına kürtaj komplikasyonlarını tanıyabilmesi ve gerekli durumlarda üst basamak sağlık kuruluşuna sevkini sağlaması için gerekli eğitimin verilmesi,
- Kürtaj komplikasyonlarının yönetimi ve hizmetlere ulaşımının sağlanması,
- Tüm sağlık çalışanlarına ve toplumun diğer kilit hizmet sektöründe görev yapan (öğretmen, polis gibi) görevlilere tecavüz belirtilerini saptayabilmesi ve sağlık ve sosyal hizmetlere sevkini yapabilmesi için gerekli eğitimin verilmesi.

2.2.9.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Düzeyinde

- Toplum seviyesi için bahsedilen tüm bakım unsurlarının sağlanması,
- Üreme sağlığı hizmetlerinde görevli sağlık personeline doğum kontrolü, istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşükler konusunda eğitim verilmesi,
- RİA, cilt altı implantlar ve enjektabl gibi geniş kapsamlı kontraseptif yöntemlerin sunulması,
- Gebelik haftası 12-14 haftaya kadar olan gebeler için vakum aspirasyonu ile isteyerek gebelik sonlandırılması,

- Gebelik haftası 9 haftaya kadar olan gebeler için uygun abortus yöntemleri ve düşük gerçekleşene kadar sağlık kuruluşunda kalınabiliyorsa gebelik haftası 12 haftaya kadar olan kadınlar için uygun düşük yöntemleri sunulması,
- Kürtaj komplikasyonu olan kadınlar için klinik stabilizasyonun sağlanması, uygun antibiyotik tedavisinin başlanması ve gerektiğinde uterusun tahliyesi,
- Kürtajın yetersiz kalması durumunda misoprostol ile vakum aspirasyonu yapılması,
- Kürtaj hizmetine ihtiyaç duyan kadınlar için ve yerinde kürtaj komplikasyonlarının yönetimi için acil başvuru merkezlerinin kurulması.

2.2.9.3. Özel Kadın Doğum Dal Hastanesi Düzeyinde (Referral hospitals)

- Birinci basamak sağlık merkezleri için belirtilen tüm kürtaj bakım unsurlarının tamamlanması,
- Diğer kontraseptif yöntemlere ek cerrahi sterilizasyon hizmetlerinin sağlanması,
- Yasaların uygun gördüğü şekilde gebeliğin tüm durumları ve aşamaları için kürtaj hizmetlerinin sağlanması,
- Tüm kürtaj komplikasyonlarının yönetimi,
- Kürtaj hizmet alanını kapsayan bilgi ve sosyal yardım programları yapılması,
- Kürtaj hizmetinin tüm kadrolarında görev yapan çalışanlara eğitim verilmesi.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Kırklareli İli Pınarhisar İlçesinde 13.02.2017- 29.12.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 13.02.2017- 29.12.2017 tarihleri arasında 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ne kayıtlı 1275 15-49 yaş kadın oluşturmuştur. 1 No'lu ASM, 3 Aile Hekimliği Birimi (AHB)'nden oluşmaktadır. Araştırma öncesinde bu AHB'den kayıtlı 15-49 yaş kadın sayısı elde edilmiştir. Araştırmada oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 hata payı %50 bilinmeyen prevalans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 296 olarak belirlenmiştir. Örnek büyüklüğü %10 arttırılarak 326 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 18-49 yaş 311 kadına ulaşılmış, katılım oranı %95,4 olarak saptanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri "İstenmeyen gebelik deneyimi", "Düşük deneyimi", "Kendiliğinden düşük deneyimi" ve "İsteyerek düşük deneyimi" dir.

3.4.1.1. İstenmeyen gebelik deneyimi

"Siz istemediğiniz bir gebelik yaşadınız mı?" sorusuna "Evet" yanıtını verenler istenmeyen gebelik prevalansını oluşturmuştur.

3.4.1.2. Düşük deneyimi

"Daha önce hiç düşük yaptınız mı?" sorusuna "Evet" yanıtını verenler toplam düşük prevalansını belirlemiştir. Kendiliğinden ve isteyerek düşüklerin toplamını ifade etmektedir.

3.4.1.3. Kendiliğinden düşük deneyimi

“Daha önce yaptığımız düşük nasıl gerçekleşti?” sorusuna verilen yanıtlar içinde “Kendiliğinden düşük oldu” yanıtını işaretleyenler kendiliğinden düşük prevalansını oluşturmuştur.

3.4.1.4. İsteyerek düşük deneyimi

“Daha önce yaptığımız düşük nasıl gerçekleşti?” sorusuna verilen yanıtlar içinde “İsteyerek düşük yaptım” yanıtını işaretleyenler isteyerek düşük prevalansını belirlemiştir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

3.4.2.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri ile ilgili değişkenler

- Yaş
- On iki yaşına kadar yaşanılan yer (İl merkezi ve yurt dışı *Kent*; ilçe merkezi, kasaba veya köy *Kır* olarak değerlendirilmiştir)
- Yaşadığı yere göç ile gelme durumu
- Eğitim durumu
- Medeni durum
- Aile tipi
- Evde yaşayan kişi sayısı
- Meslek
- Çalışma durumu
- Algılanan gelir düzeyi
- Sosyal güvence

3.4.2.2. Araştırma grubunun bazı tanımlayıcı özellikleri ile ilgili değişkenler

- Sigara içme
- Sigara sayısı (adet/gün)
- BKİ (Beden Kitle İndeksi, DSÖ sınıflaması esas alınarak kg/m^2 cinsinden boy ve kilo verisinden elde edilmiştir.)
- İlk evlilik yaşı

- Evlilik sayısı
- Evlilik süresi
- Evlilik biçimi
- Eş ile akrabalık durumu
- Eşin yaşı
- Eşin eğitim durumu
- Eşin çalışma durumu
- Eşin mesleği

3.4.2.3. Araştırma grubunun bazı obstetrik özellikleri ile ilgili değişkenler

- Menarş yaşı
- İlk gebelik yaşı
- Son gebelik yaşı
- Toplam gebelik sayısı
- Toplam doğum sayısı
- Yaşayan çocuk sayısı
- İlk doğum aralığı (1. ve 2. çocuğun yaş farkından elde edilmiştir.)
- İkinci doğum aralığı (2. ve 3. çocuğun yaş farkından elde edilmiştir.)
- İdeal çocuk sayısı

3.4.2.4. Araştırma grubunun istenmeyen gebelik deneyimi ile ilgili değişkenler

- İstenmeyen gebelik nedeni
- İstenmeyen gebeliğin yöntem başarısızlığı sonucu oluşma durumu
- İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kullanılan yöntem*
- İstenmeyen gebeliğin sonlanma şekli
- İstenmeyen gebeliği devam ettirme nedenleri*

3.4.2.5. Araştırma grubunun düşük deneyimi ile ilgili değişkenler

- Toplam düşük sayısı
- Kendiliğinden düşük sayısı
- İsteyerek düşük sayısı

- Toplam kürtaj sayısı
- Düşük deneyimi yaşı
- Düşük nedenleri*

3.4.2.6. Araştırma grubunun düşük öncesi ve düşük sonrası deneyimleri ile ilgili değişkenler

- Düşük öncesi kullanılan aile planlaması yöntemleri*
- Düşüğün gerçekleşme kararı
- Düşüğün gerçekleştiği yer
- Düşüğün gerçekleşmesine yardım eden
- Düşük öncesi müdahale için gerekli açıklama yapılma durumu
- Düşüğün gerçekleşmesi için uygulanan müdahale
- Hastanede gerçekleşen düşüklere, hastanede kalma süresi
- Düşük sonrası yaşanan şikâyetler*
- Düşük sonrası danışmanlık veren sağlık personeli
- Düşük sonrası danışmanlık verilen konular*
- Düşük sonrası kullanılan aile planlaması yöntemi

3.4.2.7. Araştırma grubunun araştırma sırasında ve gelecekte aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili değişkenler

- Araştırma sırasında aile planlaması yöntem kullanımı
- Araştırma sırasında kullanılan aile planlaması yöntemi
- Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri*
- Gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünce
- Gelecekte aile planlaması yöntem tercihi

3.4.2.8. Araştırma grubunun düşükler ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi ile ilgili değişkenler

- Düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak algılanması durumu
- Kürtajın bir aile planlaması yöntemi olarak algılanması durumu
- Ertesi gün hapının bir aile planlaması yöntemi olarak algılanması durumu
- Korunmasız cinsel ilişki sonrası uygulanabilecek gebeliği önleyici yöntem kullanma durumu

- Korunmasız cinsel ilişki sonrası uygulanabilecek gebeliği önleyici yöntem bilgisi
- Türkiye’de düşüğe/kürtaja izin verilme koşulları*
- Türkiye’de kürtajın yasal olup olmadığı bilgisi
- Türkiye’de istenmeyen gebeliğin kaçınıcı haftaya kadar sonlanmasının yasal olmasını isterdiniz?
- Katılımcının kürtaja/düşüğe izin verilmesini istediği koşullar*
- İyi bir aile planlaması yönteminin özellikleri*

“ * ” Birden çok seçenek işaretlenebilen sorulardır. Bu değişkenlerin yanıtlarında seçeneğin işaretlenmiş olması “Evet” kabul edilmiş ve bu oranlar sunulmuştur.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi sosyal belirleyiciler Pınarhisar’da 1 No’lu ASM’ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların istenmeyen gebelik ve düşük görülme sıklığını etkilememektedir.

H₁: Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi gibi sosyal belirleyiciler Pınarhisar’da 1 No’lu ASM’ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların istenmeyen gebelik ve düşük görülme sıklığını etkilemektedir.

H₀: Gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı gibi obstetrik özellikler ve eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu gibidiğer tanımlayıcı özellikler Pınarhisar’da 1 No’lu ASM’ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların istenmeyen gebelik ve düşük görülme sıklığını etkilememektedir.

H₁: Gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı gibi obstetrik özellikler ve eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu gibidiğer tanımlayıcı özellikler Pınarhisar’da 1 No’lu ASM’ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların istenmeyen gebelik ve düşük görülme sıklığını etkilemektedir.

H₀: *Pınarhisar'da 1 No'lu ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyi istenmeyen gebelik yaşama ve düşük yapma olasılığını etkilememektedir.*

H₁: Pınarhisar'da 1 No'lu ASM'ye kayıtlı 15-49 yaş kadınların aile planlaması hakkındaki bilgi düzeyi istenmeyen gebelik yaşama ve düşük yapma olasılığını etkilemektedir.

3.6. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen *Anket Formu* yardımıyla veriler toplanmıştır. Anket formu açık ve kapalı uçlu 69 sorudan oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik ve bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümünde bazı obstetrik özellikler, istenmeyen gebelik ve düşük deneyimi ile ilgili sorular yer almaktadır. Formun üçüncü bölümünde katılımcıların araştırma sırasında ve gelecekte AP yöntem kullanımı ile ilgili özellikler sorgulanmıştır. Anket formunun son bölümünde ise düşükler ve AP yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini belirleyen sorular yer almaktadır. Araştırmada anketlerin uygulanma öncesinde katılımcılardan *Gönüllü Aydınlatılmış Onam Formu* ile yazılı onam alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması yaklaşık 40 dakika sürmüştür.

3.7. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.7.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri arasında araştırma tarihleri arasında 1 No'lu ASM'ye kayıtlı olmak, 15-49 yaş aralığında olmak, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek, sorulara yanıt verecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak yer almaktadır.

3.7.2. Araştırmaya Dahil Dışlanma Kriterleri

Araştırmadan dışlanma kriterleri 1 No'lu ASM ye kayıtlı olmama, 15 yaşından gün almamış ve 49 yaşını doldurmuş olma, araştırmaya katılmayı reddetme ve sorulara yanıt verebilecek bilişsel yeteneğe sahip olmama olarak belirlenmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tarihleri arasında 1 No'lu ASM'ye başvurmayan kadınlara erişilmemiş olması ve örneğin sadece ASM'ne başvuranlardan oluşması nedeniyle evrene genellenememesi araştırmanın kısıtlılıkları arasındadır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin

Araştırma Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan PR26R00 Protokol kodu ve 10/02/2017 tarihi ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler IBM-SPSS 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde ve ortalamalardan yararlanılmıştır. Tek değişkenli risk analizlerinde kıkare testi ve Fisher'ın Kesin testinden, ileri analizlerde lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır. Çözümleme %95 güven aralığında yapılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.

3.11. Araştırma Takvimi

- Literatür taranması: 01.07.2015- 15.04.2018
- Araştırmanın planlanması: 15.06.2015- 31.11.2016
- Verilerin toplanması: 13.02.2017- 29.12.2017
- Veri tabanının oluşturulması ve düzenlenmesi: 01.10.2017- 30.12.2017
- Verilerin analizi: 10.01.2018- 31.03.2018
- Tezin yazımı: 01.08.2017- 25.06.2018

4. BULGULAR

Araştırmamızda Pınarhisar'da bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşıyan kadınlarda istenmeyen gebelik, düşük prevalanslarının belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin saptanması amacıyla 13.02.2017- 29.12.2017 tarihleri arasında 311 kadın araştırmaya katılmıştır.

Bulgular bölümünde tablolar sırasıyla; İstenmeyen gebelik deneyimi, Düşük deneyimi (Toplam), Kendiliğinden düşük deneyimi ve İsteyerek düşük deneyimi şeklinde ayrı ayrı incelenmiştir.

Tablo 4-1'de araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Buna göre kadınların yaş ortalaması $33,52 \pm 7,13$ (Min:18, Maks:49)'dir ve %46,3'ü 25-34 yaş arasındadır. Katılımcıların %52,4'ü on iki yaşına kadar ilçe merkezinde yaşadığını, %55,0'ı araştırma sırasında yaşadığı yere göç ile geldiğini bildirmiştir. Kadınların %45,0'ı üniversite mezunu, %73,6'sı evli, %85,5'i çekirdek aileye sahip ve %47,3'ü 2-3 kişi ile birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların yarıdan fazlasının bir mesleği vardır (%60,5) ve yaklaşık yarısı sigortalı veya sigortasız herhangi bir işte (%50,4) çalışmaktadır. Grubun %53,4'ü gelirini orta düzeyde algılamaktadır ve %47,9'unun kendisine ait sosyal güvencesi vardır.

Tablo 4-1: Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n	%
Yaş (ort±ss: 33,52±7,13, Min:18, Maks: 49)		
≤24	30	9,6
25-34	144	46,3
35-44	117	37,6
≥45	20	6,4
On iki yaşına kadar yaşanılan yer		
İl Merkezi	83	26,7
İlçe Merkezi	163	52,4
Kasaba, Köy	63	20,3
Yurt dışı	2	0,6
Yaşadığı yere göçle gelme durumu		
Evet	171	55,0
Hayır	140	45,0
Eğitim durumu		
Üniversite mezunu	140	45,0
Lise Mezunu	98	31,5
Ortaokul mezunu	27	8,7
İlkokul mezunu	39	12,5
Okuryazar ve okuryazar değil	7	2,3
Medeni durum		
Evli	229	73,6
Bekar	65	20,9
Boşanmış	15	4,8
Eşi Ölmüş	2	0,6
Aile tipi		
Çekirdek Aile	266	85,5
Parçalanmış Aile	16	5,1
Geniş Aile	29	9,3
Evde yaşayan kişi sayısı (ort±ss: 3,42±1,40, Min:1, Max: 12)		
Yalnız	18	5,8
2-3	147	47,3
≥ 4	146	46,9
Meslek		
Memur	119	38,3
İşçi	49	15,8
Serbest, esnaf	20	6,4
Ev hanımı	123	39,5
Çalışma durumu		
Şuan sigortalı bir işte çalışıyor	146	46,9
Şuan sigortasız bir işte çalışıyor	11	3,5
Daha önce çalışmıştım ancak işi bırakmış	98	31,5
Şu ana kadar hiç çalışmamış	56	18,0

Tablo 4-1: Devamı	n	%
Algılanan gelir düzeyi		
İyi	132	42,4
Orta	166	53,4
Kötü	13	4,2
Sosyal Güvence		
Kendisine ait	149	47,9
Ailesinden birine ait veya Yeşil Kart	157	50,5
Yok	5	1,6
Toplam	311	100,0

Tablo 4-2’de araştırma grubunun bazı tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Kadınların %25,7’sinin sigara kullandığı ve günde ortalama $9,08 \pm 6,50$ adet (Min:1, Max: 40) sigara tükettiği belirlenmiştir. %62,3’ünün Beden Kitle İndeksi (BKI) zayıf veya normaldir. Kadınların %94,5’i 18 ve daha ileri yaşlarda ilk kez evlenmiş, %76,2’sinin ise ilk evliliğini yaşamaktadır. Evlilik yapan kadınların %50,6’sı 11 yıl ve daha uzun süredir evlidir ve tamamı (%100) resmi nikâhlıdır. Grubun %96,3’ünün eşiyle arasında akrabalık yoktur. Araştırma grubunun %64,3’ünün eşi 35 ve daha üzeri yaşlarda, %47,3’ünün eşi üniversite mezunu, %97,9’unun eşi araştırma sırasında herhangi gelir getiren bir işte çalışmakta ve %53,2’sinin eşinin mesleği işçi, esnaf veya serbest meslek grubundadır.

Tablo 4-2: Araştırma Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n†	%
Sigara içme		
Hiç içmemiş	197	63,3
İçip bırakmış	34	10,9
Evet	80	25,7
Sigara sayı (adet/ gün) (ort±ss: 9,08±6,50, Min:1, Max: 40)		
≤ 10	66	82,5
11-20	12	15,0
≥ 21	2	2,5
BKI (kg/m²)		
Zayıf+ Normal	194	62,3
Fazla kilolu	78	25,1
Obez	39	12,5
İlk evlilik yaşı (ort±ss: 23,14±3,90, Min:13, Max: 40)		
≤ 17	11	4,5
18-29	220	89,8
≥ 30	14	5,7
Evlilik sayısı		
Hiç evlenmemiş	65	20,9
İlk evlilik	237	76,2
İki ve daha fazla	9	2,9
Evlilik süresi (yıl) (ort±ss: 11,39±7,60, Min:1, Max: 32)		
≤ 5	66	27,2
6-10	54	22,2
≥ 11	123	50,6
Evlilik biçimi		
Resmi nikâh	79	32,1
Hem resmi, hem dini nikâh	167	67,9
Eş ile akrabalık durumu		
Yok	237	96,3
Var	9	3,7
Eşin yaşı (ort±ss: 38,06±7,14, Min:23, Max: 57)		
≤ 34	82	35,7
≥ 35	148	64,3
Eşin eğitim durumu		
Üniversite mezunu	112	47,3
Lise ve Ortaokul	91	38,4
İlkokul ve altı	34	14,3
Eşin çalışma durumu		
Çalışıyor	232	97,9
Çalışmıyor	5	2,1
Eşin mesleği		
Memur	108	45,6
İşçi ve diğer	126	53,2
İşsiz	3	1,3

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir.

Kadınların %98,3'ünün 9-16 yaş arasında ilk menarşi gerçekleşmiştir. Kadınların %95,5'i ilk gebeliğini 18-34 yaş arasında ve %87,2'si son gebeliğini 35 yaşın altında yaşamıştır. Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması $1,43 \pm 1,27$ 'dir ve %52,7'si 1-2 doğum yapmış, %85,3'ü 1-2 çocuğa sahiptir. Kadınların %26,5'i ilk ve %21,4'ünün ikinci doğum aralığı 2 yıl ve daha kısa sürelidir. Katılımcıların %76,0'ı ideal çocuk sayısını 2 ve daha altında olduğunu bildirmiştir. (Tablo 4-3)

Tablo 4-3: Araştırma Grubunun Bazı Obstetrik Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n†	%
Menarş yaşı (ort±ss: 12,61±1,97, Min:9, Max:32, Medyan:13)		
9-16	298	98,3
≥ 17	5	1,7
İlk gebelik yaşı (ort±ss: 24,36±4,19, Min:14, Max:38, Medyan:24)		
≤ 17	6	2,7
18-34	212	95,5
≥ 35	4	1,8
Son gebelik yaşı (ort±ss: 29,80±4,13, Min:18, Max:43, Medyan:30)		
≤ 34	130	87,2
≥ 35	19	12,8
Toplam gebelik sayısı (ort±ss: 1,43±1,27, Min:0, Max:6, Medyan:1)		
0	95	30,5
1-2	158	50,8
≥ 3	58	18,6
Toplam doğum sayısı (ort±ss: 1,13±1,06, Min:0, Max:5, Medyan:1)		
0	115	37,0
1-2	164	52,7
≥ 3	32	10,3
Yaşayan çocuk sayısı (ort±ss: 1,78±0,76, Min:1, Max:5, Medyan:2)		
1-2	168	85,3
≥ 3	29	14,7
İlk doğum aralığı (1. ve 2. gebelikler arası)		
≤ 2	31	26,5
≥ 3	86	73,5
İkinci doğum aralığı (2. ve 3. gebelikler arası)		
≤ 2	6	21,4
≥ 3	22	78,6
İdeal çocuk sayısı (ort±ss: 2,16±0,69, Min:1, Max:5, Medyan:2)		
≤ 2	219	76,0
≥ 3	69	24,0

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir.

Tablo 4-4’de kadınların istenmeyen gebelik deneyimi ile ilgili özellikleri sunulmuştur. Buna göre araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı %14,8’dir. Grubun %93,5’i istenmeyen gebeliklerinin yöntem başarısızlığı sonucu gerçekleştiğini bildirmiştir. Kadınların %35,7’si istenmeyen gebeliğin hemen öncesinde modern yöntem kullandığı belirlenmiş, bunlardan ilk sırada kondom (%23,8) yer almıştır. Kadınların %57,1’i geleneksel yöntem kullandığını, %7,1’i ise yöntem kullanmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %54,3’ünün istenmeyen gebeliği düşük olarak sonlanmıştır. Kadınların istenmeyen gebeliği devam ettirme nedenleri arasında ise ilk sıralarda duygusal nedenler (%46,3), dini inanç (%46,3) ve eş isteği (%39,0) gösterilmiştir.

Tablo 4-4: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Deneyimi İle İlgili Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n†	%			
İstenmeyen gebelik deneyimi					
Evet	46	14,8			
Hayır	265	85,2			
İstenmeyen gebeliğin aile planlaması yöntem başarısızlığı sonucu gerçekleşme durumu					
Evet	43	93,5			
Hayır	3	6,5			
İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kullanılan yöntem (n=42)					
	n	%			
Modern yöntemler	Kondom	10	23,8	15	35,7
	RİA	1	2,4		
	Hap	1	2,4		
	Laktasyonel amenore	1	2,4		
	Acil korunma hapi	2	4,8		
Geleneksel yöntemler	Geri çekme	20	47,6	24	57,1
	Takvim yöntemi	4	9,5		
Yöntem kullanmayan				3	7,1
İstenmeyen gebeliğin sonlanma şekli					
Sağlıklı doğum	20	43,5			
Düşük	25	54,3			
Ölü doğum	1	2,2			
††İstenmeyen gebeliği devam ettirme nedenleri (n=41)					
Duygusal nedenler	19	46,3			
Dini inancı gereği	19	46,3			
Eş isteği	16	39,0			
Yakın çevrede duyulması	5	12,2			
Bebeği aldırma için geç kalması	2	4,9			

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. †† Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-5’de düşük deneyimi ile ilgili özellikleri verilen araştırma grubunun düşük prevalansı %22,2 olarak belirlenmiştir. Kadınların %76,8’i 1 kez, %23,2’si en az iki kez düşük deneyimi yaşamıştır. Katılımcıların %12,2’si kendiliğinden, %10,9’u isteyerek düşük gerçekleştirmiştir. Kendiliğinden düşük yaşayanların %86,8’i ve isteyerek düşük yapanların %75,5’i bir kez düşük deneyimi yaşamıştır. %87,5’inin kürtaj deneyimi yoktur.

Düşük deneyimi olan kadınlardan ilk düşük deneyimi ortalama $26,54 \pm 5,10$ yaşında (Min:17, Max:39), iki düşük yapan kadınların ikinci düşük deneyimi ortalama $29,00 \pm 6,56$ yaşında (Min:18, Max:43) gerçekleşmiştir. Düşük deneyimi olan kadınların %40,6’sı gebeliğin sonlanmasını istemediği halde düşük yaptığını bildirmiştir. Diğer nedenler içinde kendi tıbbi sağlık sorunları (%21,7), bebekteki tıbbi sorunlar (%21,7), son çocuğun yaşının küçük olması (%8,7) ve aile içi geçimsizlik (%8,7) gösterilmiştir. (Tablo 4-5)

Tablo 4-5: Araştırma Grubunun Düşük Deneyimi İle İlgili Özellikleri (n=311).

Değişkenler	n†	%
Düşük deneyimi		
Evet	69	22,2
Hayır	242	77,8
Toplam düşük sayısı (n=69) (ort±ss: 1,33±0,72, Min:1, Max:4)		
1	53	76,8
≥ 2	16	23,2
Kendiliğinden düşük		
Evet	38	12,2
Hayır	273	87,8
Kendiliğinden düşük sayısı (n=38) (ort±ss: 1,18±0,56, Min:1, Max:4)		
1	33	86,8
≥ 2	5	13,2
İsteyerek düşük		
Evet	34	10,9
Hayır	277	89,1
İsteyerek düşük sayısı (n=34) (ort±ss: 1,38±0,73, Min:1, Max:4)		
1	25	73,5
≥ 2	9	26,5
Toplam kürtaj sayısı (ort±ss: 0,17±0,52, Min:0, Max:4, Medyan:0)		
0	272	87,5
1	30	9,6
≥ 2	9	2,9
İlk düşük deneyimi yaşı (n=68) (ort±ss: 26,54±5,10, Min:17, Max:39)		
≤24	24	35,3
25-34	38	55,9
≥35	6	8,8
İkinci düşük deneyimi yaşı (n=17) (ort±ss: 29,00±6,56, Min:18, Max:43)		
≤24	5	29,4
25-34	9	52,9
≥35	3	17,6
††Düşük nedenleri (n=69)		
Gebeliğimin sonlanmasını hiç istememişim	28	40,6
Kendi tıbbi sağlık sorunları nedeniyle	15	21,7
Bebekteki tıbbi sorunlar nedeniyle	12	17,4
Son çocuğumun yaşı küçük	6	8,7
Aile içi geçimsizlik nedeniyle	6	8,7
İlaç kullanırken gebe kaldım	5	7,2
Korunuyordum, yine de gebe kaldım	5	7,2
Ekonomik sıkıntımız var	5	7,2
Evli değildim	5	7,2
Diğer (Eşimden şiddet gördüğüm için, yeter sayıda çocuğum var, çalışıyorum izin sorunum var, bilinmiyor)	7	9,8

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. †† Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-6'da araştırma grubunun düşük öncesi ve düşük sonrası deneyimleri incelenmiştir. Düşük yapan kadınların %25,4'ü düşük öncesi modern yöntem %37,3'ü geleneksel yöntem kullandığı, %37,3'ünün ise yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Modern yöntem kullananların en fazla kondom (%16,4) ve hap (%6,0) tercih ettiği belirlenmiştir.

Kadınların %36,3'ü kendiliğinden, %30,3'ü hekim kararıyla düşük yaptığını, %52,2'si düşüğün özel hastanede gerçekleştiğini, %70,8'inin düşüğün gerçekleşmesine hekimin yardım ettiğini bildirmiştir. Kadınların yarısından fazlasına düşük öncesi müdahale ile ilgili açıklama yapılmış (%57,9) ve %66,7'sine genel anestezi yoluyla müdahale uygulanmıştır. Hastanede gerçekleşen düşüklerde kadınların %62,5'i 2-3 saat sonra taburcu olduğunu bildirmiştir. Kadınların düşük sonrasında en fazla adet düzensizliği (%24,6), düzensiz kanama şikâyeti (%18,8) ve idrar yaparken yanma şikayeti (%13,0) yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların %62,1'ine hekimler tarafından düşük sonrası danışmanlık hizmeti verilmiştir. Danışmanlık verilen konular arasında ilk sırada müdahale ile ilgili karşılaşılabilecek olağan durumlar (%49,3) yer almıştır. (Tablo 4-6)

Kadınların %50,8'i düşük sonrası modern yöntem kullanmış; bunlar arasında ilk sırada kondom (%25,0) ve hap (%15,4) yer almıştır. Kadınların %9,2'sinin geleneksel yöntem kullandığı, %40'ının ise yöntem kullanmadığı saptanmıştır. (Tablo 4-6)

Tablo 4-6: Araştırma Grubunun Düşük Öncesi ve Düşük Sonrası Deneyimleri İle İlgili Özellikler (n=311).

Değişkenler		n†	%
Düşük öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi (n=67)			
		n	%
Modern yöntemler	Kondom	11	16,4
	Hap	4	6,0
	RIA	1	1,5
	Acil korunma hapi	1	1,5
Geleneksel yöntemler	Geri çekme	22	32,8
	Takvim yöntemi	3	4,5
Yöntem kullanmayan		25	37,3
Düşüğün gerçekleşme kararı			
Kendiliğinden		24	36,3
Hekim		20	30,3
Eşim ve ben		13	19,7
Sadece ben		9	13,6
Düşüğün gerçekleştiği yer			
Devlet hastanesinde		13	19,4
Özel hastanede		35	52,2
Evde		19	28,4
Düşüğün gerçekleşmesine yardım eden			
Hekim		46	70,8
Diğer (evde gerçekleşen kendiliğinden düşükler)		18	27,7
Ebe, hemşire veya hekim dışı sağlık personeli		1	1,5
Düşük öncesi müdahale için gerekli açıklama yapılma durumu			
Evet		33	57,9
Hayır		24	42,1
Düşük gerçekleşmesi için uygulanan müdahale			
Genel anestezi		38	66,7
İlaçlı serum		6	10,5
Hekimin önerdiği		1	1,8
Kendiliğinden		12	21,1
Hastanede gerçekleşen düşüklerde, hastanede kalma süresi			
Hemen ayrıldım		7	14,6
2-3 saat sonra taburcu		30	62,5
Gün sonunda taburcu		5	10,4
1-2 gün veya daha fazla		6	12,6
††Düşük sonrası yaşanan şikâyetler			
Adet düzensizliği		17	24,6
Düzensiz kanama		13	18,8
İdrar yaparken yanma		9	13,0
Vajenden kötü kokulu akıntı		8	11,6
Sık sık ve az az idrara çıkma		6	8,7
38° C ve daha yüksek ateş		2	2,9

Tablo 4-6: Devamı		n	%		
Düşük sonrasında danışmanlık veren sağlık personeli					
Hekim		36	62,1		
Hemşire veya Ebe		13	37,9		
††Düşük sonrasında danışmanlık verilen konular					
Müdahale ile ilgili karşılaşılabilecek olağan durumlar		34	49,3		
Müdahale sonrası evde iken dikkat edilecek noktalar		33	47,8		
Cinsel ilişkiye başlama zamanı		29	42,0		
Müdahale sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve yapılması gerekenler		24	34,8		
Genital hijyen eğitimi		11	15,9		
Gebelikten korunmada yöntem seçimi ve kullanımı		7	10,1		
Korunmasız cinsel ilişki ve sonrasında yapılacaklar		2	2,9		
Düşük sonrası ilk kullanılan aile planlaması yöntemi (n=65)					
		n	%		
Modern yöntemler	Kondom	18	27,7	33	50,8
	Hap	10	15,4		
	İğne	3	4,6		
	RIA	2	3,1		
Geleneksel yöntemler	Geri Çekme	6	9,2	6	9,2
Yöntem kullanmayan				26	40,0

†Eksik verisi olanlar yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. †† Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-7’de katılımcıların araştırma sırasındaki deneyimleri ve gelecekte aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili düşünceleri sunulmuştur. Araştırma grubunun %52,7’si araştırma sırasında herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Grubun %41,5’inin modern yöntemleri, %11,3’ünün geleneksel yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Modern yöntem kullanan kadınların %15,8’i kondom, %9,6’sı RIA, %8,7’si tüp ligasyon yöntemini tercih ettiği belirlenmiştir. Katılımcıların araştırma sırasında yöntem kullanmama nedenleri arasında ilk sıralarda ‘cinsel hayatının olmayışı, eşinin yanında olmayışı veya evliliğin sona ermesi (%26,7)’ gösterilmiştir. Katılımcılara gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünceleri sorulduğunda %50,7’si sürekli korunduğunu bildirmiş, %16,5’i gelecekte aile planlaması yöntem kullanmayı istediği ancak zamanı konusunda kararsız olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %12,0’ı yöntem kullanmak istemediğini belirtmiştir. Kadınların %89,2’sinin gelecekte modern yöntemleri tercih ettiği, bunlardan ilk sıralarda kondom (%33,4) ve RIA (%24,7) yer aldığı belirlenmiştir. Kadınların %9,4’ü geleneksel yöntemleri tercih ederken, 4 kişinin kararsız olduğu saptanmıştır. (Tablo 4-7)

Tablo 4-7: Araştırma Grubunun Araştırma Sırasında ve Gelecekte Aile Planlaması Yöntem Kullanımı İle İlgili Özellikleri (n=311).

Değişkenler		n†	%		
Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanımı					
Evet		164	52,7		
Hayır		147	47,3		
Araştırma sırasında kullanılan aile planlaması yöntemi (n=164)					
		n	%		
Modern yöntemler	Kondom	49	15,8	129	41,5
	RİA	30	9,6		
	Tüp ligasyon	27	8,7		
	Hap	14	4,5		
	İğne	7	2,3		
	Acil korunma hapi	2	0,6		
Geleneksel yöntemler	Geri çekme	34	10,9	35	11,3
	Takvim yöntemi	1	0,3		
Yöntem kullanmayan		147	47,3		
††Araştırma sırasında aile planlaması yöntemi kullanmama nedenleri					
Cinsel hayatım yok, eşim yanımda değil veya evliliğim sona erdi		83	26,7		
Gebe kalmak istiyorum		29	9,3		
Şu an gebeyim		18	5,8		
Gebe kalmam zor/ Çocuğum olmuyor/İnfertil		9	2,9		
Menopoz, total histerektomi, bitateral ooferektomi		5	1,6		
Yan etkilerinin sağlığa zarar vereceğine inanıyorum		5	1,6		
Başka sağlık sorunum var		3	1,0		
Eşim yöntem kullanımına karşı		3	1,0		
Diğer (evli değilim, yöntemleri nereden edinceğimi bilmiyorum vb.)		6	2,0		
Gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünce					
Zaten sürekli korunuyoruz		157	50,8		
İstiyorum, ancak zamanı konusunda kararsızım		51	16,5		
Kullanmak konusunda kararsızım		40	12,9		
12 ay içinde kullanmayı istiyorum		18	5,8		
Kullanmak istemiyorum		37	12,0		
Diğer		6	1,9		
Gelecekte aile planlaması yöntem tercihi (n=287)					
		n	%		
Modern yöntemler	Kondom	96	33,4	256	89,2
	RİA	71	24,7		
	Hap	44	15,3		
	Tüp ligasyon	35	12,2		
	İğne	8	2,8		
	Vazektomi	1	0,3		
Geleneksel yöntemler	Acil korunma hapi	1	0,3	27	9,4
	Geri çekme	23	8,0		
Takvim yöntemi		4	1,4		
Kararsız		4	1,4		

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. †† Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-8'de araştırma grubunun düşük ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyleri incelenmiştir. Buna göre grubun %20,7'si kürtajın, %47,9'u ertesi gün hapının istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %54,3'ünün korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği gebeliği önleyici yöntem bildiğini belirtmiştir. Bu yöntemler içinde en fazla ertesi gün hapi (%51,4) bilinmektedir.

Kadınların %46,2'si Türkiye'de kürtajın yasal olduğunu bilmektedir. Katılımcıların %48,6'sı gebeliğin 10.haftasına kadar kürtaj yaptırabileceğini, %50,2'si gebeliğin anne hayatını tehdit ettiği durumlarda, %46,9'u ise fetal nedenler söz konusu olduğunda kürtaja izin verildiğini bilmektedir. (Tablo 4-8)

Araştırma grubuna yöneltilen 'Siz hangi koşullarda düşüğe izin verilmesini isterdiniz?' sorusuna verilen yanıtlar içinde en fazla gebelik anne hayatını tehdit ettiği durumlar (%79,7), tecavüz veya ensest durumları (%73,0) ve fetal nedenler (%67,5) gösterilmiştir.

Kadınların %21,6'sı 11 hafta ve daha fazla sürede de Türkiye'de istenmeyen bir gebeliğin sonlandırılmasının yasal olmasını istemektedir. Katılımcılara göre iyi bir aile planlaması yönteminde en önemli özellik gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememesi (%81,4) ve her iki eşin kabul ettiği bir yöntem olması (%79,1) olarak ifade edilmiştir. (Tablo 4-8)

Tablo 4-8: Araştırma Grubunun Düşükler ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bilgi Düzeyi (n=311).

Değişkenler	n†	%
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?		
Evet	64	20,7
Hayır	245	79,3
Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?		
Evet	149	47,9
Hayır	162	52,1
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?		
Evet	169	54,3
Hayır	142	45,7
††Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulanabilen gebeliği önleyici yöntemler		
Ertesi gün hapı	160	51,4
RIA	21	6,8
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?		
Evet	140	46,2
Hayır	62	20,5
Bilmiyorum/fikrim yok	101	33,3
††Türkiye’de kürtaja hangi koşullarda izin verilmektedir?		
Gebeliğin 10. haftasına kadar	151	48,6
Gebelik anne hayatını tehdit ediyorsa	156	50,2
Fetal nedenler	146	46,9
Tecavüz/ Ensest	116	37,3
Fiziksel sağlık için	34	10,9
İsteğe bağlı herhangi bir nedenle	22	7,1
Ruh sağlığı için	16	5,1
İsteğe bağlı herhangi bir zamanda	12	3,9
Hiçbir koşulda izin yok	11	3,5
Sosyo-ekonomik nedenler	8	2,6
Bilmiyorum/ Fikrim yok	66	21,2
††Hangi koşullarda kürtaja izin verilmesini isterdiniz?		
Gebelik anne hayatını tehdit ediyorsa	248	79,7
Tecavüz/ Ensest	227	73,0
Fetal nedenler	210	67,5
Fiziksel sağlık için	115	37,0
Ruh sağlığı için	78	25,1
İsteğe bağlı herhangi bir nedenle	76	24,4
İsteğe bağlı herhangi bir zamanda	48	15,4
Sosyo-ekonomik nedenler	33	10,6
Hiçbir koşulda izin verilmesini istemezdim	27	8,7
Bilmiyorum/ Fikrim yok	17	5,5

Tablo 4-8: Devamı	n	%
Türkiye’de istenmeyen bir gebeliğin kaçınıcı haftaya kadar sonlandırılmasının yasal olmasını isterdiniz?		
≤ 10	222	78,4
11-20	60	21,2
≥ 21	1	0,4
††Sizce iyi bir aile planlaması yöntemi nasıl olmalıdır? (n=311)		
Gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememeli	253	81,4
Her iki eşin kabul ettiği bir yöntem olmalı	246	79,1
Zararlı olmamalı veya yan etkileri olmamalı	238	76,5
Adet düzenini bozmamalı	222	71,4
Kullanımı kolay olmalı	214	68,8
Doğurganlığın geri dönüşü hızlı olmalı	202	65,0
Ucuz olmalı	200	64,3
Cinsel ilişkiyi etkilememeli	181	58,2
Etkisi hemen başlamalı	177	56,9
Gebelikten korumasının dışında yararlı başka sağlık etkileri de olmalı	147	47,3
Bilmiyorum/ Fikrim yok	6	1,9

†Eksik verisi olanlar, yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir. †† Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-9’da araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı ile sosyo-demografik özellikler karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunda istenmeyen gebelik görülme sıklığının 35 ve daha ileri yaşlarda olanlarda ($p=0,011$), evlerinde beş ve daha fazla kişi birlikte yaşayanlarda ($p=0,037$), gelirini orta ve daha alt düzeyde algılayanlarda ($p=0,046$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Grubun eğitim durumu ile istenmeyen gebelik görülme sıklığı arasında sınırdan anlamlılık ($p=0,050$) belirlenmiştir.

Kadınların oniki yaşına kadar yaşadığı yer, yaşadığı yere göçle gelme durumu, medeni durum, aile tipi, meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-9)

Tablo 4-9: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İstenmeyen gebelik deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Yaş					
≤34	19	10,9	155	89,1	0,011*
35-44	20	17,1	97	82,9	
≥45	7	35,0	13	65,0	
On iki yaşına kadar yaşanılan yer					
Kent	15	17,6	70	82,4	0,384
Kır	31	13,7	195	86,3	
Yaşadığı yere göçle gelme durumu					
Evet	28	16,4	143	83,6	0,385
Hayır	18	12,9	122	87,1	
Eğitim durumu					
Üniversite ve üzeri	14	10,0	126	90,0	0,050
Ortaokul ve lise	21	16,8	104	83,2	
İlkokul ve altı	11	23,9	35	76,1	
Medeni durum					
Bekar	6	9,2	59	90,8	0,156
Bekar olmayan	40	16,3	206	83,7	
Aile tipi					
Çekirdek aile	36	13,5	230	86,5	0,129
Parçalanmış ve Geniş aile	10	22,2	35	77,8	
Evde yaşayan kişi sayısı					
≤ 4	34	13,0	228	87,0	0,037*
≥ 5	12	24,5	37	75,5	
Meslek					
Memur	14	11,8	105	88,2	0,406
İşçi, esnaf, serbest çalışan	10	14,5	59	85,5	
Ev hanımı	22	17,9	101	82,1	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	22	14,0	135	86,0	0,696
Çalışmıyor	24	15,6	130	84,4	
Algılanan gelir düzeyi					
İyi	13	9,8	119	90,2	0,046*
Orta	29	17,5	137	82,5	
Kötü	4	30,8	9	69,2	
Sosyal Güvence					
Var	46	15,0	260	85,0	1,000††
Yok	0	0,0	5	100,0	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'ın Kesin Testi.

Tablo 4-10: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İstenmeyen gebelik deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sigara içme					
Hayır	25	10,8	206	89,2	0,001**
Evet	21	26,3	59	73,8	
Sigara sayısı					
≤ 10	13	19,7	53	80,3	0,004**
≥ 11	8	57,1	6	42,9	
BKI					
Zayıf ve normal	27	13,9	167	86,1	0,576
Fazla kilolu ve obez	19	16,2	98	83,8	
Evlilik sayısı					
Hiç evlenmemiş	6	9,2	59	90,8	0,019*
İlk evliliği	36	15,2	201	84,8	
İki ve daha fazla	4	44,4	5	55,6	
İlk evlilik yaşı					
≤ 17	4	36,4	7	63,6	0,066
≥ 18	36	15,4	198	84,6	
Evlilik süresi (yıl)					
≤ 5	9	13,6	57	86,4	0,468
≥ 6	31	17,5	146	82,5	
Eş ile evlilik biçimi					
Resmi nikâh	18	22,8	61	77,2	0,056
Hem dini, hem resmi nikâh	22	13,2	145	86,8	
Eş ile akrabalık durumu					
Yok	37	15,6	200	84,4	0,157
Var	3	33,3	6	66,7	
Eşin yaşı					
≤34	9	11,0	73	89,0	0,146
≥35	27	18,2	121	81,8	
Eşin eğitim durumu					
Ortaokul ve üzeri	26	12,8	177	87,2	0,004**
İlkokul ve altı	11	32,4	23	67,6	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	35	15,1	197	84,9	0,129
Çalışmıyor	2	40,0	3	60,0	
Eşin mesleği					
Memur	15	13,9	93	86,1	0,570††
İşçi, esnaf, serbest çalışan	22	17,5	104	82,5	
İşsiz	0	0,0	3	100,0	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4-10'da araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı ile bazı tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılmıştır. Kadınlarda istenmeyen gebelik deneyimi sigara içen katılımcılarda ($p=0,001$), günde 11 adet ve daha fazla sayıda sigara tüketenlerde ($p=0,004$), iki ve daha fazla sayıda evlilik yapanlarda ($p=0,019$), eşinin eğitimi ilköğretim ve daha alt düzeyde olanlarda ($p=0,004$) daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bağımsız değişkenlerden BKİ, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, eş ile evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu, eşin yaşı, eşin çalışma durumu, eşin mesleği ile kadınların istenmeyen gebelik görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-11'de kadınların istenmeyen gebelik deneyimi ile bazı obstetrik özellikleri arasında yapılan karşılaştırmada: toplam gebelik sayısı ($p=0,000$), toplam doğum sayısı ($p=0,000$), yaşayan çocuk sayısı ($p=0,019$), düşük deneyimi ($p=0,000$), toplam düşük sayısı ($p=0,013$) ve isteyerek düşük deneyimi ($p=0,000$) ile istenmeyen gebelik görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Katılımcıların menarş yaşı, ilk gebelik yaşı, son gebelik yaşı, ilk doğum aralığı (1. ve 2. gebelikler arası), ikinci doğum aralığı (2. ve 3. gebelikler arası), ideal çocuk sayısı ve kendiliğinden düşük deneyiminin istenmeyen gebelikler açısından belirleyici olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-11: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İstenmeyen gebelik deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Menarş yaşı					
9-16	45	15,1	253	84,9	0,762
≥ 17	1	20,0	4	80,0	
İlk gebelik yaşı					
≤ 17	1	16,7	5	83,3	0,804
≥ 18	45	20,8	171	79,2	
Son gebelik yaşı					
≤ 34	29	22,3	101	77,7	0,167
≥ 35	7	36,8	12	63,2	
Toplam gebelik sayısı					
0	0	0,0	95	100,0	0,000****†
1- 2	24	15,2	134	84,8	
≥ 3	22	37,9	36	62,1	
Toplam doğum sayısı					
0	9	7,8	106	92,2	0,001**
1-2	26	15,9	138	84,1	
≥ 3	11	34,4	21	65,6	
Yaşayan çocuk sayısı					
1-2	27	16,1	141	83,9	0,019*
≥ 3	10	34,5	19	65,5	
†İlk doğum aralığı					
≤ 2	9	29,0	22	71,0	0,287
≥ 3	17	19,8	69	80,2	
†İkinci doğum aralığı					
≤ 2	3	50,0	3	50,0	0,410
≥ 3	7	31,8	15	68,2	
İdeal çocuk sayısı					
≤ 2	32	14,6	187	85,4	0,980
≥ 3	10	14,5	59	85,5	
Düşük deneyimi					
Evet	29	42,0	40	58,0	0,000***
Hayır	17	7,0	225	93,0	
Toplam düşük sayısı					
1	18	34,0	35	66,0	0,013*
≥ 2	11	68,8	5	31,3	
Kendiliğinden düşük					
Evet	4	10,5	34	89,5	0,429
Hayır	42	15,4	231	84,6	
İsteyerek düşük					
Evet	27	79,4	7	20,6	0,000***
Hayır	19	6,9	258	93,1	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4-12’de araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı ile düşük ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini belirleyen sorulardan ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ ($p=0,001$), ‘Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?’ ($p=0,025$) ve ‘Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?’ ($p=0,002$) değişkenlerine verilen yanıtların istenmeyen gebelik deneyimi açısından belirleyici olduğu saptanmıştır. ‘Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ sorusuna verilen yanıtlar ile istenmeyen gebelik deneyimi arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-12)

Tablo 4-12: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311).

	İstenmeyen gebelik deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	18	28,1	46	71,9	0,001**
Hayır	27	11,0	218	89,0	
Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	28	18,8	121	81,2	0,057
Hayır	18	11,1	144	88,9	
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?					
Evet	32	18,9	137	81,1	0,025*
Hayır	14	9,9	128	90,1	
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?					
Evet	30	21,4	110	78,6	0,002**
Hayır, Bilmiyorum/ Fikrim yok	14	8,6	149	91,4	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-13: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Düşük deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Yaş					
≤24	2	6,7	28	93,3	0,003**
25-34	25	17,4	119	82,6	
≥35	42	30,7	95	69,3	
On iki yaşına kadar yaşanılan yer					
Kent	22	25,9	63	74,1	0,336
Kır	47	20,8	179	79,2	
Yaşadığı yere göçle gelme durumu					
Evet	43	25,1	128	74,9	0,165
Hayır	26	18,6	114	81,4	
Eğitim durumu					
Üniversite ve üzeri	29	20,7	111	79,3	0,030*
Ortaokul ve Lise	23	18,4	102	81,6	
İlkokul ve altı	17	37,0	29	63,0	
Medeni durum					
Bekar	6	9,2	59	90,8	0,005**
Bekar değil	63	25,6	183	74,4	
Aile tipi					
Çekirdek aile	58	21,8	208	78,2	0,693
Parçalanmış ve Geniş aile	11	24,4	34	75,6	
Evde yaşayan kişi sayısı					
≤ 4	61	23,3	201	76,7	0,282
≥ 5	8	16,3	41	83,7	
Meslek					
Memur	22	18,5	97	81,5	0,465
İşçi, esnaf, serbest çalışan	17	24,6	52	75,4	
Ev hanımı	30	24,4	93	75,6	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	31	19,7	126	80,3	0,295
Çalışmıyor	38	24,7	116	75,3	
Algılanan gelir düzeyi					
İyi	19	14,4	113	85,6	0,000***
Orta	42	25,3	124	74,7	
Kötü	8	61,5	5	38,5	
Sosyal Güvence					
Var	68	22,2	238	77,8	0,906
Yok	1	20,0	4	80,0	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-13’de araştırma grubunun düşük prevalansı ile sosyo-demografik özellikler karşılaştırılmıştır. Araştırma grubunun düşük deneyimi ile yaş (**p=0,003**), eğitim durumu (**p=0,030**), medeni durum (**p=0,005**) ve algılanan gelir düzeyi (**p=0,000**) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların oniki yaşına kadar yaşadığı yer, yaşadığı yere göçle gelme durumu, aile tipi, kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısı, meslek varlığı, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığının düşük deneyimini etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-14’de kadınların düşük görülme sıklığı ile bazı tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılmıştır. Buna göre düşük deneyimi ile evlilik sayısı (**p=0,003**), eşin eğitim durumu (**p=0,009**) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sigara kullanma, sigara sayısı, BKİ, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, eş ile evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu, eşin yaşı, eşin çalışma durumu, eşin meslek varlığı ile araştırma grubunun düşük deneyimi arasında bir farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-14: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Düşük deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sigara içme					
Hayır	42	18,2	189	81,8	0,004**
Evet	27	33,8	53	66,3	
Sigara sayısı (adet/gün)					
≤ 10	17	25,8	49	74,2	0,001**
≥ 11	10	71,4	4	28,6	
BKI (kg/m²)					
Zayıf ve normal	38	19,6	156	80,4	0,156
Fazla kilolu ve obez	31	26,5	86	73,5	
Evlilik sayısı					
Hiç evlenmemiş	6	9,2	59	90,8	0,007**
İlk evliliği	59	24,9	178	75,1	
İki ve daha fazla	4	44,4	5	55,6	
İlk evlilik yaşı					
≤ 17	4	36,4	7	63,6	0,408
≥ 18	59	25,2	175	74,8	
Evlilik süresi (yıl)					
≤ 5	14	21,2	52	78,8	0,306
≥ 6	49	27,7	128	72,3	
Eş ile evlilik biçimi					
Resmi nikâh	25	31,6	54	68,4	0,109
Hem dini, hem resmi nikâh	37	22,2	130	77,8	
Eş ile akrabalık durumu					
Yok	59	24,9	178	75,1	0,567
Var	3	33,3	6	66,7	
Eşin yaşı					
≤34	13	15,9	69	84,1	0,015*
≥35	45	30,4	103	69,6	
Eşin eğitim durumu					
Ortaokul ve üzeri	41	20,2	162	79,8	0,000***
İlkokul ve altı	18	52,9	16	47,1	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	57	24,6	175	75,4	0,430
Çalışmıyor	2	40,0	3	60,0	
Eşin mesleği					
Memur	25	23,1	83	76,9	0,817
İşçi, esnaf, serbest çalışan	33	26,2	93	73,8	
İşsiz	1	33,3	2	66,7	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-15’de üç ve daha fazla gebelik yaşayan kadınlarda düşük görülme sıklığının daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Grubun menarş yaşı, ilk ve son gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk (1. ve 2. gebelikler arası) ve ikinci doğum (2. ve 3. gebelikler arası) aralıkları ve ideal çocuk sayısı ile düşük deneyimi arasında anlamlı bir farklılık belirlenememiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-15)

Tablo 4-15: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

	Düşük deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Menarş yaşı					
9-16	67	22,5	231	77,5	0,354
≥ 17	2	40,0	3	60,0	
İlk gebelik yaşı					
≤ 17	2	33,3	4	66,7	0,904
≥ 18	67	31,0	149	69,0	
Son gebelik yaşı					
≤ 34	47	36,2	83	63,8	0,616
≥ 35	8	42,1	11	57,9	
Toplam gebelik sayısı					
0	0	0,0	95	100,0	0,000****††
1- 2	34	21,5	124	78,5	
≥ 3	35	60,3	23	39,7	
Toplam doğum sayısı					
0	18	15,7	97	84,3	0,104
1-2	43	26,2	121	73,8	
≥ 3	8	25,0	24	75,0	
Yaşayan çocuk sayısı					
1-2	44	26,2	124	73,8	0,530
≥ 3	6	20,7	23	79,3	
İlk doğum aralığı					
≤ 2	7	22,6	24	77,4	0,649
≥ 3	23	26,7	63	73,3	
İkinci doğum aralığı					
≤ 2	2	33,3	4	66,7	0,264
≥ 3	3	13,6	19	86,4	
İdeal çocuk sayısı					
≤ 2	49	22,4	170	77,6	0,888
≥ 3	16	23,2	53	76,8	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher’in Kesin Testi.

Tablo 4-16’da araştırma grubunun düşük ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini belirleyen sorulardan ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ ($p=0,003$) ve ‘Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?’ ($p=0,036$) değişkenlerine evet yanıtını veren kadınların daha fazla oranda düşük deneyimi yaşadığı belirlenmiştir.

‘Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ ve ‘Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?’ sorularına verilen yanıtlar ile düşük deneyimi arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-16)

Tablo 4-16: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Düşük deneyimi				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	23	35,9	41	64,1	0,003**
Hayır	45	18,4	200	81,6	
Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	33	22,1	116	77,9	0,987
Hayır	36	22,2	126	77,8	
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?					
Evet	39	23,1	130	76,9	0,680
Hayır	30	21,1	112	78,9	
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?					
Evet	38	27,1	102	72,9	0,036*
Hayır, Bilmiyorum/ Fikrim yok	28	17,2	135	82,8	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-17’de araştırma grubunun kendiliğinden düşük prevalansı ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Kadınların kendiliğinden düşük deneyimi ile medeni durum ($p=0,000$) ve algılanan gelir düzeyi arasında ($p=0,001$) anlamlı farklılık belirlenmiştir. Yaş, oniki yaşına kadar yaşadığı yer, yaşadığı yere göçle gelme durumu, eğitim durumu, medeni durum, aile tipi, kedisi dahil evde yaşayan kişi sayısı, meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile düşük prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-17: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Kendiliğinden düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Yaş					
≤24	1	3,3	29	96,7	0,104
25-34	15	10,4	129	89,6	
≥35	22	16,1	115	83,9	
On iki yaşına kadar yaşanılan yer					
Kent	12	14,1	73	85,9	0,531
Kır	26	11,5	200	88,5	
Yaşadığı yere göçle gelme durumu					
Evet	22	12,9	149	87,1	0,700
Hayır	16	11,4	124	88,6	
Eğitim durumu					
Üniversite ve üzeri	19	13,6	121	86,4	0,253
Ortaokul ve Lise	11	8,8	114	91,2	
İlkokul ve altı	8	17,4	38	82,6	
Medeni durum					
Bekar	0	0,0	65	100,0	0,000***††
Bekar değil	38	15,4	208	84,6	
Aile tipi					
Çekirdek aile	33	12,4	233	87,6	0,806
Parçalanmış ve Geniş aile	5	11,1	40	88,9	
Evde yaşayan kişi sayısı					
≤ 4	34	13,0	228	87,0	0,345
≥ 5	4	8,2	45	91,8	
Meslek					
Memur	16	13,4	103	86,6	0,801
İşçi, esnaf, serbest çalışan	7	10,1	62	89,9	
Ev hanımı	15	12,2	108	87,8	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	16	10,2	141	89,8	0,270
Çalışmıyor	22	14,3	132	85,7	
Algılanan gelir düzeyi					
İyi	13	9,8	119	90,2	0,001**
Orta	19	11,4	147	88,6	
Kötü	6	46,2	7	53,8	
Sosyal güvence					
Var	37	12,1	269	87,9	0,592
Yok	1	20,0	4	80,0	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi, ††Fisher’in Kesin Testi.

Tablo 4-18'de kadınların kendiliğinden düşük deneyimi ile evlilik sayısı ($p=0,003$) ve eşin eğitim durumu ($p=0,038$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Sigara içme, sigara sayısı, BKİ, ilk evlilik yaşı, evlilik süresi, eş ile evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu, eşin yaşı, eşin çalışma durumu, eşin mesleği ile araştırma grubunun kendiliğinden düşük deneyiminde belirleyici olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-18: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Kendiliğinden düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sigara içme					
Hayır	27	11,7	204	88,3	0,627
Evet	11	13,8	69	86,3	
Sigara sayısı					
≤ 10	8	12,1	58	87,9	0,358
≥ 11	3	21,4	11	78,6	
BKİ (kg/m²)					
Zayıf ve normal	21	10,8	173	89,2	0,334
Fazla kilolu ve obez	17	14,5	100	85,5	
Evlilik sayısı					
Hiç evlenmemiş	0	0,0	65	100,0	0,003**
İlk evliliği	37	15,6	200	84,4	
İki ve daha fazla	1	11,1	8	88,9	
İlk evlilik yaşı					
≤ 17	1	9,1	10	90,9	0,547
≥ 18	37	15,8	197	84,2	
Evlilik süresi (yıl)					
≤ 5	11	16,7	55	83,3	0,787
≥ 6	27	15,3	150	84,7	
Eş ile evlilik biçimi					
Resmi nikâh	13	16,5	66	83,5	0,669
Hem dini, hem resmi nikâh	24	14,4	143	85,6	
Eş ile akrabalık durumu					
Yok	35	14,8	202	85,2	0,539
Var	2	22,2	7	77,8	
Eşin yaşı					
≤34	9	11,0	73	89,0	0,182
≥35	26	17,6	122	82,4	
Eşin eğitim durumu					
Ortaokul ve üzeri	26	12,8	177	87,2	0,038*
İlkokul ve altı	9	26,5	25	73,5	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	34	14,7	198	85,3	0,739
Çalışmıyor	1	20,0	4	80,0	
Eşin mesleği					
Memur	16	14,8	92	85,2	0,655
İşçi, esnaf, serbest çalışan	18	14,3	108	85,7	
İşsiz	1	33,3	2	66,7	

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-19’da üç ve daha fazla gebelik yaşayan katılımcıların kendiliğinden düşük görülme sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Grubun menarş yaşı, ilk ve son gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk (1. ve 2. gebelikler arası) ve ikinci doğum (2. ve 3. gebelikler arası) aralıkları ve ideal çocuk sayısı ile düşük deneyimi arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-19)

Tablo 4-19: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

	Kendiliğinden düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Menarş yaşı					
9-16	37	12,4	261	87,6	0,612
≥ 17	1	20,0	4	80,0	
İlk gebelik yaşı					
≤ 17	0	0,0	6	100,0	0,593††
≥ 18	38	17,6	178	82,4	
Son gebelik yaşı					
≤ 34	26	20,0	104	80,0	0,915
≥ 35	4	21,1	15	78,9	
Toplam gebelik sayısı					
0	0	0,0	95	100,0	0,000***††
1- 2	20	12,7	138	87,3	
≥ 3	18	31,0	40	69,0	
Toplam doğum sayısı					
0	10	8,7	105	91,3	0,337
1-2	23	14,0	141	86,0	
≥ 3	5	15,6	27	84,4	
Yaşayan çocuk sayısı					
1-2	24	14,3	144	85,7	0,569
≥ 3	3	10,3	26	89,7	
İlk doğum aralığı					
≤ 2	4	12,9	27	87,1	0,884
≥ 3	12	14,0	74	86,0	
İkinci doğum aralığı					
≤ 2	1	16,7	5	83,3	0,307
≥ 3	1	4,5	21	95,5	
İdeal çocuk sayısı					
≤ 2	27	12,3	192	87,7	0,439
≥ 3	11	15,9	58	84,1	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi, ††Fisher’in Kesin Testi.

Tablo 4-20’de araştırma grubunun kendiliğinden düşük prevalansı ile düşük ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bazı bilgi düzeyleri arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4-20: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	Kendiliğinden düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	7	10,9	57	89,1	0,774
Hayır	30	12,2	215	87,8	
Ertesi günü hapi istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	17	11,4	132	88,6	0,676
Hayır	21	13,0	141	87,0	
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?					
Evet	20	11,8	149	88,2	0,821
Hayır	18	12,7	124	87,3	
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?					
Evet	13	9,3	127	90,7	0,149
Hayır, Bilmiyorum/ Fikrim yok	24	14,7	139	85,3	

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi.

Tablo 4-21’de katılımcılardan 35 ve daha ileri yaşlarda olanların ($p=0,001$), ilkokul ve daha düşük eğitime sahip olanların ($p=0,000$) ve gelirini kötü düzeyde algılayanların ($p=0,001$) isteyerek düşük oranlarının daha yüksek belirlenmiştir. Oniki yaşına kadar yaşadığı yer, yaşadığı yere göçle gelme durumu, medeni durum, aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı, meslek, çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ile isteyerek düşük deneyimi açısından belirleyici bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4-21: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Sosyo-demografik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İsteyerek düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Yaş					
≤24	1	3,3	29	96,7	0,011*
25-34	10	6,9	134	93,1	
≥35	23	16,8	114	83,2	
On iki yaşına kadar yaşanılan yer					
Kent	11	12,9	74	87,1	0,486
Kır	23	10,2	203	89,8	
Yaşadığı yere göçle gelme durumu					
Evet	23	13,5	148	86,5	0,116
Hayır	11	7,9	129	92,1	
Eğitim durumu					
Üniversite ve üzeri	12	8,6	128	91,4	0,038*
Ortaokul ve Lise	12	9,6	113	90,4	
İlkokul ve altı	10	21,7	36	78,3	
Medeni durum					
Bekar	6	9,2	59	90,8	0,621
Bekar değil	28	11,4	218	88,6	
Aile tipi					
Çekirdek aile	27	10,2	239	89,8	0,283
Parçalanmış ve Geniş aile	7	15,6	38	84,4	
Evde yaşayan kişi sayısı					
≤ 4	30	11,5	232	88,5	0,499
≥ 5	4	8,2	45	91,8	
Meslek					
Memur	7	5,9	112	94,1	0,079
İşçi, esnaf, serbest çalışan	10	14,5	59	85,5	
Ev hanımı	17	13,8	106	86,2	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	16	10,2	141	89,8	0,672
Çalışmıyor	18	11,7	136	88,3	
Algılanan gelir düzeyi					
İyi	7	5,3	125	94,7	0,015*
Orta	24	14,5	142	85,5	
Kötü	3	23,1	10	76,9	
Sosyal Güvence					
Var	34	11,1	272	88,9	1,000††
Yok	0	0,0	5	100,0	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4-22'de Araştırma grubunun isteyerek düşük görülme sıklığı ile sigara içme (**p=0,000**), günde içilen sigara sayısı (**p=0,007**), evlilik sayısı (**p=0,005**), ilk evlilik yaşı (**p=0,008**), eşin yaşı (**p=0,030**) ve eşin eğitim durumu (**p=0,000**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. BKİ, evlilik süresi, eş ile evlilik biçimi, eş ile akrabalık durumu, eşin çalışma durumu, eşin meslek varlığının katılımcıların isteyerek düşük deneyimini etkilemediği belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4-22: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İsteyerek düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Sigara içme					
Hayır	16	6,9	215	93,1	0,000***
Evet	18	22,5	62	77,5	
Sigara sayısı					
≤ 10	11	16,7	55	83,3	0,007**
≥ 11	7	50,0	7	50,0	
BKI (kg/m²)					
Zayıf ve normal	18	9,3	176	90,7	0,229
Fazla kilolu ve obez	16	13,7	101	86,3	
Evlilik sayısı					
Hiç evlenmemiş	6	9,2	59	90,8	0,005**
İlk evliliği	24	10,1	213	89,9	
İki ve daha fazla	4	44,4	5	55,6	
İlk evlilik yaşı					
≤ 17	4	36,4	7	63,6	0,008**
≥ 18	24	10,3	210	89,7	
Evlilik süresi (yıl)					
≤ 5	5	7,6	61	92,4	0,239
≥ 6	23	13,0	154	87,0	
Eş ile evlilik biçimi					
Resmi nikâh	12	15,2	67	84,8	0,196
Hem dini, hem resmi nikâh	16	9,6	151	90,4	
Eş ile akrabalık durumu					
Yok	26	11,0	211	89,0	0,297
Var	2	22,2	7	77,8	
Eşin yaşı					
≤34	4	4,9	78	95,1	0,030*
≥35	21	14,2	127	85,8	
Eşin eğitim durumu					
Ortaokul ve üzeri	16	7,9	187	92,1	0,000***
İlkokul ve altı	10	29,4	24	70,6	
Eşin çalışma durumu					
Çalışıyor	25	10,8	207	89,2	0,514
Çalışmıyor	1	20,0	4	80,0	
Eşin mesleği					
Memur	10	9,3	98	90,7	0,583††
İşçi, esnaf, serbest çalışan	16	12,7	110	87,3	
İşsiz	0	0,0	3	100,0	

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4-23'de üç ve daha fazla gebelik yaşayan katılımcıların isteyerek düşük görülme sıklığının yüksek olduğu saptanmıştır (**p=0,000**). Grubun menarş yaşı, ilk ve son gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, ilk (1. ve 2. gebelikler arası) ve ikinci doğum (2. ve 3. gebelikler arası) aralıkları ve ideal çocuk sayısı ile isteyerek düşük görülme sıklığı arasında anlamlı bir farklılık belirlenememiştir (p>0,05).

Tablo 4-23: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Bazı Obstetrik Özelliklerin Karşılaştırması (n=311).

	İsteyerek düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Menarş yaşı					
9-16	33	11,1	265	88,9	0,531
≥ 17	1	20,0	4	80,0	
İlk gebelik yaşı					
≤ 18	2	33,3	4	66,7	0,214
≥ 19	32	14,8	184	85,2	
Son gebelik yaşı					
≤ 34	23	17,7	107	82,3	0,369
≥ 35	5	26,3	14	73,7	
Toplam gebelik sayısı					
0	0	0,0	95	100,0	0,000***††
1- 2	15	9,5	143	90,5	
≥ 3	19	32,8	39	67,2	
Toplam doğum sayısı					
0	9	7,8	106	92,2	0,404
1-2	21	12,8	143	87,2	
≥ 3	4	12,5	28	87,5	
Yaşayan çocuk sayısı					
1-2	22	13,1	146	86,9	0,681
≥ 3	3	10,3	26	89,7	
İlk doğum aralığı					
≤ 2	3	9,7	28	90,3	0,541
≥ 3	12	14,0	74	86,0	
İkinci doğum aralığı					
≤ 2	1	16,7	5	83,3	0,595
≥ 3	2	9,1	20	90,9	
İdeal çocuk sayısı					
≤ 2	24	11,0	195	89,0	0,591
≥ 3	6	8,7	63	91,3	

*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001, †Ki Kare Testi, ††Fisher'in Kesin Testi.

Tablo 4-24'de araştırma grubunun isteyerek düşük prevalansı ile düşük ve aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyini belirleyen 'Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?' (**p=0,000**) ve 'Türkiye'de kürtaj yasal mıdır?' (**p=0,000**) sorularına evet yanıtı veren kadınların anlamlı olarak daha fazla oranda istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı saptanmıştır.

'Ertesi günü hapi istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?', 'Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?' sorularına verilen

yanıtlar ile isteyerek düşük prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenememiştir ($p>0,05$). (Tablo 4-24)

Tablo 4-24: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansı ile Düşük ve Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Bazı Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırması (n=311).

Değişkenler	İsteyerek düşük				p†
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir ile planlaması yöntemi midir?					
Evet	17	26,6	47	73,4	0,000***
Hayır	16	6,5	229	93,5	
Ertesi günü hapı istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?					
Evet	18	12,1	131	87,9	0,534
Hayır	16	9,9	146	90,1	
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?					
Evet	22	13,0	147	87,0	0,199
Hayır	12	8,5	130	91,5	
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?					
Evet	26	18,6	114	81,4	0,000***
Hayır, Bilmiyorum/ Fikrim yok	6	3,7	157	96,3	

* $p<0,05$, ** $p<0,001$, *** $p<0,001$, †Ki Kare Testi.

Araştırma grubunun İstenmeyen gebelik deneyimi, Düşük deneyimi (Toplam), kendiliğinden düşük deneyimi ve isteyerek düşük deneyimi ile tek değişkenli risk analizlerinde anlamlı çıkan değişkenler, enter metodu kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmış ve en uygun modeller aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4-25’de istenmeyen gebelik prevalansı için oluşturulan modele yaş, eğitim durumu, düşük deneyimi, ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’, ‘Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?’ ve ‘Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?’ değişkenleri alınmıştır. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %31,4’ünü açıklamaktadır.

Lojistik regresyon modeli sonucunda eğitim durumu üniversite mezunu olanlara göre ortaokul düzeyinde eğitimi olanlarda istenmeyen gebelik görülme olasılığı **2,523** kat (**OR, %95 GA: 1,066-5,971**), ilkokul mezunu ve daha alt düzeyde eğitimi olanlarda **3,282** kat (**OR, %95 GA: 1,046-10,296**) fazladır. Düşük deneyimi olan kadınlarda istenmeyen gebelik riskinin **7,566** kat (**OR, %95 GA: 3,499-16,361**) yüksek olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği yöntem bilenlerin bilmeyenlere göre istenmeyen gebelik yaşama olasılığı **2,622** kat (**OR, %95 GA: 1,142-6,021**); Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilenlerin bilmeyen veya fikri olmayanlara göre istenmeyen gebelik yaşama olasılığı **2,923** kat (**OR, %95 GA: 1,321-6,468**) fazladır. (Tablo 4-25)

Tablo 4-25: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizi

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Yaş	0,016	0,029	0,292	1	0,589	1,016	0,960	1,074
Eğitim durumu								
Üniversite mezunu (Ref.)						1	1	1
Ortaokul ve lise	0,925	0,440	4,430	1	0,035*	2,523	1,066	5,971
İlkokul ve altı	1,188	0,583	4,152	1	0,042*	3,282	1,046	10,296
Düşük deneyimi								
Hayır (Ref.)								
Evet	2,024	0,394	26,444	1	0,000***	7,566	3,499	16,361
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir ile planlaması yöntemi midir?								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,494	0,416	1,414	1	0,234	1,639	0,726	3,701
Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,964	0,424	5,168	1	0,023*	2,622	1,142	6,021
Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?								
Hayır, bilmiyorum/ fikrim yok(Ref.)						1	1	1
Evet	1,073	0,405	7,011	1	0,008**	2,923	1,321	6,468

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0771, Nagelkerke R Square: 0,314.

Tablo 4-26’da istenmeyen gebelik prevalansı için oluşturulan modele yaş, algılanan gelir düzeyi, kendisi dahil evde yaşayan kişi sayısı, eşin eğitim durumu, isteyerek düşük deneyimi ve toplam gebelik sayısı değişkenleri alınmıştır. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %47,1’ini açıklamaktadır.

İstenmeyen gebelik prevalansı ile yaş ve toplam gebelik sayısı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki gözlenmiştir. İstenmeyen gebelik görülme olasılığı yaşın her bir yıl artışında **1,101** kat (**OR, %95 GA: (1,003-1,207)**); gebelik sayısının her bir artışında **2,538** kat (**OR, %95 GA: 1,390-4,636**) artmaktadır. İstenmeyen gebelik yaşama olasılığı isteyerek düşük yapan kadınlarda **25,505** kat (**OR, %95 GA: 7,112-91,471**) yüksek belirlenmiştir. (Tablo 4-26)

Tablo 4-26: Araştırma Grubunun İstenmeyen Gebelik Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizi

Değişkenler	B	S.E.	Wald	d f	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Yaş	0,096	0,047	4,107	1	0,043*	1,101	1,003	1,207
Algılanan gelir düzeyi								
İyi (Ref.)						1	1	1
Orta	0,095	0,554	0,030	1	0,864	1,100	0,371	3,260
Kötü	0,165	1,082	0,023	1	0,879	1,180	0,141	9,840
Evde yaşayan kişi sayısı								
≤ 4 (Ref.)						1	1	1
≥ 5	0,943	0,626	2,267	1	0,132	2,568	0,752	8,761
Eşin eğitim durumu								
Ortaokul ve üzeri (Ref.)						1	1	1
İlkokul ve altı	0,668	0,674	0,983	1	0,321	1,950	0,521	7,301
İsteyerek düşük								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	3,239	0,652	24,706	1	0,000***	25,505	7,112	91,471
Toplam gebelik sayısı	0,932	0,307	9,188	1	0,002**	2,538	1,390	4,636

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0,267, Nagelkerke R Square: 0,471.

Tablo 4-27’de modele yaş, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içme, eşin yaşı, eşin eğitim durumu ve bilgi düzeyini belirleyen sorulardan ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ değişkenleri alınmıştır. Oluşturulan modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %22,2’sini açıklamaktadır.

Lojistik regresyon modeli sonucunda kadınlarda düşük yapma olasılığı referans kategorilere göre gelirini kötü düzeyde algılayanlarda (**OR: 28,698, %95 GA: 2,838- 90,169**); eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda (**OR: 2,968, %95 GA:1,085-8,117**) ve eşinin eğitim durumu ilkökul ve daha alt düzeyde olanlarda (**OR:3,424, %95 GA:1,104-10,626**) yüksek belirlenmiştir. (Tablo 4-27)

Tablo 4-27: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Yaş	-0,028	0,040	0,504	1	0,478	0,972	0,900	1,051
Eğitim durumu								
Üniversite mezunu (Ref.)						1	1	1
Lise	0,837	0,614	1,860	1	0,173	2,309	0,694	7,688
Ortaokul ve altı	0,064	0,576	0,012	1	0,911	1,066	0,345	3,299
Algılanan gelir düzeyi								
İyi (Ref.)						1	1	1
Orta	0,414	0,388	1,136	1	0,286	1,512	0,707	3,236
Kötü	3,357	1,180	8,087	1	0,004**	28,698	2,838	90,169
Sigara içme								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,579	0,388	2,222	1	0,136	1,784	0,833	3,821
Eşin yaşı								
≤34 (Ref.)						1	1	1
≥35	1,088	0,513	4,491	1	0,034*	2,968	1,085	8,117
Eşin eğitim durumu								
Ortaokul ve üzeri (Ref.)						1	1	1
İlkokul ve altı	1,231	0,578	4,539	1	0,033*	3,424	1,104	10,626
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,564	0,390	2,094	1	0,148	1,758	0,819	3,774

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0,233, Nagelkerke R Square: 0,222.

Tablo 4-28’de modele eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içme, ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ değişkenleri alınmıştır. Oluşturulan bu modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %13,8’ini açıklamaktadır.

Lojistik regresyon modeli sonucunda kadınlarda düşük görülme olasılığı gelirini kötü düzeyde algılayanlarda **6,268** kat (**OR, %95 GA: 1,553-25,295**); sigara içenlerde **1,957** kat (**OR, %95 GA:1,064-3,597**); ‘Kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir ile planlaması yöntemi midir?’ bilgisine evet yanıtı verenlerde **2,431** kat (**OR, %95 GA:1,289-4,583**) fazla olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4-28)

Tablo 4-28: Araştırma Grubunun Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Eğitim durumu								
Üniversite mezunu (Ref.)						1	1	1
Lise	-0,607	0,368	2,725	1	0,099	0,545	0,265	1,121
Ortaokul ve altı	0,070	0,377	0,035	1	0,853	1,073	0,513	2,244
Algılanan gelir düzeyi								
İyi (Ref.)						1	1	1
Orta	0,627	0,328	3,648	1	0,056	1,873	0,984	3,565
Kötü	1,835	0,712	6,648	1	0,010*	6,268	1,553	25,295
Sigara içme								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,671	0,311	4,668	1	0,031*	1,957	1,064	3,597
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,888	0,324	7,532	1	0,006**	2,431	1,289	4,583

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0,194, Nagelkerke R Square: 0,138.

Tablo 4-29’da modele eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi ve toplam gebelik sayısı alınmıştır. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %30,8’ini açıklamaktadır.

Lojistik regresyon modeli sonucunda kendiliğinden düşük yapma olasılığı ortaokul düzeyinde eğitimi olanlarda **6,687** kat (**OR, %95 GA: 1,766-25,324**); gelirini kötü düzeyde algılayanlarda **10,487** kat (**OR, %95 GA: 2,015-54,590**) fazladır. Kendiliğinden düşük prevalansı ile toplam gebelik sayısı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki gözlenmiş; toplam gebelik sayısındaki her bir artışın düşük görülme olasılığını **2,224** kat (**OR, %95 GA: 1,535-3,220**) arttırdığı saptanmıştır. (Tablo 4-29)

Tablo 4-29: Araştırma Grubunun Kendiliğinden Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Eğitim durumu								
Üniversite mezunu (Ref.)						1	1	1
Lise	1,900	0,679	7,822	1	0,005**	6,687	1,766	25,324
Ortaokul ve altı	0,706	0,640	1,217	1	0,270	2,027	0,578	7,107
Algılanan gelir düzeyi								
İyi (Ref.)						1	1	1
Orta	0,028	0,441	0,004	1	0,949	1,029	0,433	2,443
Kötü	2,350	0,842	7,796	1	0,005**	10,487	2,015	54,590
Toplam gebelik sayısı	0,799	0,189	17,877	1	0,000***	2,224	1,535	3,220

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0,817, Nagelkerke R Square: 0,308.

Tablo 4-30’da sunulan modele yaş, eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi, sigara içme, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, ‘Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?’ değişkenleri alınmıştır. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin Nagelkere’ye göre %22,2’sini açıklamaktadır. Lojistik regresyon modeli sonucunda isteyerek düşük görülme riski referans kategoriye göre gelirini kötü düzeyde algılayanlarda **28,698** kat (**OR, %95 GA: 2,838-290,169**); eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda **2,968** kat (**OR, %95 GA: 1,085-8,117**) ve eşinin eğitim düzeyi ilkokul ve daha alt düzeyde olanlarda **3,424** kat (**OR, %95 GA: 1,104-10,626**) yüksek belirlenmiştir.

Tablo 4-30: Araştırma Grubunun İsteyerek Düşük Prevalansının Çok Değişkenli Risk Analizleri

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Yaş	- 0,028	0,040	0,504	1	0,478	0,972	0,900	1,051
Eğitim durumu								
Üniversite mezunu (Ref.)						1	1	1
Lise	0,837	0,614	1,860	1	0,173	2,309	0,694	7,688
Ortaokul ve altı	0,064	0,576	0,012	1	0,911	1,066	0,345	3,299
Algılanan gelir düzeyi								
İyi (Ref.)						1	1	1
Orta	0,414	0,388	1,136	1	0,286	1,512	0,707	3,236
Kötü	3,357	1,180	8,087	1	0,004**	28,698	2,838	290,169
Sigara içme								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,579	0,388	2,222	1	0,136	1,784	0,833	3,821
Eşin yaşı								
≤34 (Ref.)						1	1	1
≥35	1,088	0,513	4,491	1	0,034*	2,968	1,085	8,117
Eşin eğitim durumu								
Ortaokul ve üzeri (Ref.)						1	1	1
İlkokul ve altı	1,231	0,578	4,539	1	0,033*	3,424	1,104	10,626
Kürtaj istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi midir?								
Hayır (Ref.)						1	1	1
Evet	0,564	0,390	2,094	1	0,148	1,758	0,819	3,774

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. Ref.: Referans kategori, Omnibus Tests: p=0,000, Hosmer and Lemeshow Test: p=0,233, Nagelkerke R Square: 0,222.

5. TARTIŞMA

Kırklareli Pınarhisar ilçesinde 1 no'lu Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde 311 kadın ile yürütülen çalışmada araştırma grubunun verileri istenmeyen gebelikler ve düşükler (toplam, kendiliğinden düşükler ve isteyerek düşükler) olarak iki bölümde tartışılmıştır.

5.1. İstenmeyen Gebelikler

Çalışmamızda kadınların istenmeyen gebelik prevalansı %14,8 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ulusal düzeyde yürütülen TNSA 2013 araştırma sonuçlarına göre doğumların %12,5'i istenmeyen ve %11,2'si ise daha sonra istenen (zamanlaması uygun olmayan) gebelikler olarak belirtilmiştir (HÜNEE 2013). Akdeniz Erken ve Günay (2015) Kayseri'de 18-44 yaş kadınlar ile yürüttüğü çalışmada kadınların istenmeyen gebelik prevalansı %14,3 olarak saptanmıştır. Ülkemizde İzmir, Manisa, Ankara, Konya, Şanlıurfa, Hatay'da yürütülen diğer çalışmalarda istenmeyen gebelik prevalanslarının %15,1- %29,5 arasında değiştiği gözlenmiştir (Ege ve ark. 2011; Öztaş ve ark. 2015; Varol ve ark. 2015; Savaş ve ark. 2017; Söğüt ve Erbay Dünder 2017; Koruk ve ark. 2017). Ülkemizin doğu bölgelerinde olan illerden Van'da bu sıklık %75,9 iken, Diyarbakır'da %43,8 olarak bildirmiştir (Gücük ve ark. 2012; Pilatin ve ark. 2014). Farklı ülkelerde yürütülen çalışmalardan Amerika'da istenmeyen gebelik prevalansı %45 (Finer ve Zolna 2016), Etiyopya'da %35 (Wado ve ark. 2013), Nijerya'da %29,8 (Omokhodion ve Balogun 2017), Kenya'da %24 (Ikamari ve ark. 2013) ve İran'da %20 (Omani-Samani ve ark. 2018) olarak saptanmıştır. Literatürden düşük düzeyde gözlenen ve olumlu olan araştırma sonuçlarımızda ortaya çıkan bu durum, araştırma grubunu oluşturan kadınların yaş ve eğitim düzeyindeki farklılıklarından kaynaklanabileceği gibi, erken yaş evliliklerin yoğunluğu, cinsel ilişkiye başlama zamanı, kadınların üreme konusunda karar verici rolleri, sağlık hizmetlerine erişim ve aile planlaması bilgi düzeyindeki değişim gibi bölgesel ve kültürel farklılıklardan etkilendiği düşünülmüştür.

Araştırmamızda istenmeyen gebeliklerin tamamına yakınının aile planlaması yöntem başarısızlığı sonucu gerçekleştiği saptanmıştır. İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kadınların sadece beşte ikisinin modern yöntem kullandığı ve bunlardan

ilk sırada kondom tercih edildiği belirlenmiş ve kadınların yaklaşık yarısının geri çekme yöntemini kullandığı saptanmıştır. Hatay'da hastanelere doğum ya da düşük nedeniyle başvuran kadınlarda istenmeyen gebeliği olanların yarıdan fazlası (%54) gebe kaldığında herhangi bir AP yöntemi kullanırken, istenmeyen gebeliğin olduğu sırada kadınların geri çekme (%42) yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Tohma ve ark. (2014) Ankara'da yaptıkları çalışmada kürtaj polikliniğine kürtaj istemi ile başvuran hastaların %13,6'sının doğum kontrol yöntemi kullanmadığı %64,6'sının geri çekme ile korunduğu küçük bir kısmının ise etkili yöntemlerle korunduğu belirlenmiştir. Yürütülen diğer çalışmalarda da istenmeyen gebeliklerin yöntem kullanırken gerçekleştiği, modern yöntem kullanım oranlarının düşük olduğu ve geleneksel yöntemlerden daha fazla oranda kondom tercih edildiği bildirilmiştir (Yıkılkan ve ark. 2012; Pilatin ve ark. 2014; Özelçi ve ark. 2017). Yürütülen bir çalışmada aile hekimlerinden aile planlaması ile ilgili bilgi alan kadınların daha az oranda istenmeyen gebelik yaşadığı saptanmıştır (Savaş ve ark. 2014). Bu sonuçlar istenmeyen gebelik yaşayan kadınların gebelik istemediği halde modern yöntem kullanmadığını, modern yöntem kullananların ise kullanımı ile ilgili hata yaptığını göstermektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde hem kadınların hem de erkeklerin aile planlaması yöntem kullanımı ve istenmeyen gebeliklerin olası sonuçları hakkında yetersiz bilgiye sahip olduğu düşünülmüş, sonuçlarımızın literatürü desteklediği gözlenmiştir.

Çalışmamızda kadınlar en fazla duygusal nedenler, dini inanç ve eş isteği nedenleriyle istemeyen gebeliği devam ettirmektedir. Yürütülen iki farklı çalışmada da istenmeyen gebeliği isteyerek düşükle sonlandırmama nedenleri arasında dinen yasak olduğu düşüncesi, insan haklarına aykırı olduğu düşüncesi, anne açısından sağlıksız olduğu düşüncesi ilk üç sırada belirlenmiştir (Çakmak ve ark. 2015; Dikmen ve ark. 2015). Yürütülen bazı çalışmalarda istenmeyen gebeliği sonlandırma nedenleri arasında ise ilk sıralarda ekonomik sıkıntılar, eşin çocuğu istememesi gösterilmiştir (Omani-Samani ve ark. 2018; Kara ve ark. 2014). Bizim nedenlerimizin yürütülen çalışmalar ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda istenmeyen gebeliklerin yarıya yakını sağlıklı doğum, yarıdan fazlası düşük ve 1 tanesi ise ölü doğum ile sonuçlanmıştır. Hatay'da istenmeyen gebelik prevalansı %15 olan kadınların istemedikleri gebeliklerinin %85'si canlı

doğumla, %11'i isteyerek düşük, %3,5'i kendiliğinden düşük ve %0,6'sı ölü doğumla sonuçlandığı belirlenmiştir (Savaş ve ark. 2014). Konya'da bir hastaneye yasal rahim tahliyesi için başvuran kadınların %57,8'i istenmeyen gebeliklerinin olduğu, bunların %46,0'sının rahim tahliyesiyle sonuçlandığı bildirilmiştir (Kara ve ark. 2014). Diyarbakır'da ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yürütülen iki farklı çalışmada da istenmeyen gebeliklerin benzer oranlarda gözleendiği belirlenmiştir (Pilatin ve ark. 2014; Şimşek ve ark. 2015). İstenmeyen gebeliklerin sonlanma şekli (istenmeyen doğum ya da düşük) sosyo-kültürel, ekonomik duruma göre farklılık göstermekle birlikte, bu durumu bölgesel farklılıklar belirlemektedir. Çalışmamızın Batı Trakya'da yürütülmüş olması oranlar arasındaki farklılıkları açıklamaktadır.

Araştırma grubumuzda 35 ve daha büyük yaşlarda daha fazla oranda olmak üzere ilerleyen yaş ile birlikte istenmeyen gebelik prevalansı anlamlı olarak artmaktadır. Literatürde istenmeyen gebeliklerin nedenleri arasında çok genç veya ileri yaşta olma gösterilmiştir (Akıncı ve ark. 2017; Varol ve ark. 2015; Moosazadeh ve ark. 2014; Banerjee ve ark. 2017; Omokhodion ve Balogun 2017). Manisa'da yürütülen araştırmada istenen gebeliklerde yaş ortalaması $25,0 \pm 5,0$ iken istenmeyen gebeliklerde $29,0 \pm 5,4$ olarak belirlenmiştir (Ay ve ark. 2012). Ülkemizde İstanbul, Ankara ve Malatya'da yaşların 30'un üzerinde olduğu farklı çalışmalarda kadınların istenmeyen gebelik prevalansının %30,3-%55,6 arasında değiştiği bildirilmiştir (Oltuluoğlu ve Başer 2012; Öner ve ark. 2014; Ersoy ve ark. 2015). Hindistan ve Güneybatı Etiyopya'da yürütülen araştırmalarda da istenmeyen gebelik prevalansının yaş ile birlikte arttığı saptanmıştır (Wado ve ark. 2013; Bhilwar ve ark. 2017). Miller ve ark. (2010) Kaliforniya'da 16-29 yaş arası partnerinden şiddet gören kadınlar ile yürüttükleri araştırmada 16-20 yaş kadınlar arasında istenmeyen gebelik prevalansının %27, 25-29 yaş arasında %56,6 olduğu bildirilmiştir. Sonuçlarımızın bu çalışmalar ile uyumlu olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Amerika, Kenya, Nijerya ve Doğu Etiyopya'da yürütülen araştırmalarda 15-19 yaş grubu kadınlar arasında istenmeyen gebelik prevalansları daha yüksek saptanmıştır (Worku ve Fantahun 2006; Finer ve Zolna 2011; Ikamari ve ark. 2013; Yaya ve ark. 2018). Bu sonuçlar cinsel aktif yaşamın erken yaşlarda başlaması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızda on iki yaşına kadar yaşanan yer ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. TNSA 2013 ileri analiz raporunda Doğu bölgesine kıyasla, diğer dört bölgede yaşayan kadınlar arasında doğurganlığı devam ettirme eğilimi çok daha az olduğu, Kuzey ve Batı bölgelerinde göreceli olarak en düşük düzeyde gözlemlendiği belirlenmiştir (Adalı ve ark. 2015 ss. 203). Yine TNSA 2013 verilerine göre karşılanmamış AP ihtiyacının belirlendiği bir başka araştırmada Türkiye’de 15-49 yaş arasında doğuda yaşayan evli kadınların karşılanmamış AP ihtiyacı, batıda yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Akıncı ve ark. 2017). Hatay’da hastanelere doğum ya da düşük nedeniyle başvuran kadınların %62,7’sinin il veya ilçe merkezinde yaşadığı ve yaşanan yerin istenmeyen gebelik açısından belirleyici olmadığı bildirilmiştir (Savaş ve ark. 2014). Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa’da sağlık çalışanları ile yürüttükleri araştırmada her beş kadından birinin istemeyen gebelik deneyimi olduğunu ve bu kadınların yarısının Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde doğduğunu bildirmiştir. Acemoğlu ve ark. (2005) Diyarbakır’da erken yaş evliliği olanların yarısından fazlasının kırsal bölgede yaşadığı, erken yaş evliliğe bağlı olarak istenmeyen gebeliklerin ve isteyerek düşüklerin daha fazla gözlemlendiğini bildirmiştir. Etiyopya’da kadınların dörtte üçünün kırsal bölgede yaşadığı ve bunların üçte birinin istenmeyen gebelik yaşadığı belirlenmiştir (Wado ve ark. 2013). On iki yaşına kadar yaşanan yerin kent veya kır olması kültürel eğilimleri ve kadınların toplumsal cinsiyet rollerini yansıtmakta olup, istenmeyen gebelikler açısından sonucumuzun çalışmaları desteklediği gözlenmiştir.

Araştırmamızda yaşadığı yere göç ile gelme durumunun istenmeyen gebelikler açısından belirleyici olmadığı saptanmıştır. Erol ve ark. (2010) İzmir’de yapmış oldukları çalışmada yaşadıkları yere göç ile gelen kadınların yarısının mevcut gebeliğini hiç istemediği ya da daha sonra planladığı saptanmıştır. Savaş veya çatışmalar nedeniyle yerinden edilen ya da mülteci konumunda olan kadınlarda göç, istenmeyen gebeliklerin artışını etkileyen en önemli belirleyicilerden biridir (Zraly ve ark. 2011; Özvarış 2017 ss. 107-109). Sığınmacı ve mülteci olan kadınlarda barınma, beslenme, sağlık hizmetlerine erişim gibi sorunların yanı sıra şiddet, insan ticareti, cinsel istismar, tecavüz gibi bir çok ciddi sorun ile karşı karşıyadır (Palmer ve Storeng 2016; Özvarış 2017 ss. 107-109; Heslehurst ve ark. 2018). Maruz kalınan

şiddet nedeniyle en savunmasız grup olan kadınlar istenmeyen veya riskli gebelikler, düşükler, istenmeyen doğumlar ve komplikasyonları, HIV/AIDS dahil CYBE gibi sağlık sorunları yaşayabilmektedir (Karadağ ve Altıntaş 2010; Özvarış 2017 ss. 107-109; Zraly ve ark. 2011; Palmer ve Storeng 2016; Heslehurst ve ark. 2018). Araştırma grubumuzda ülke içinde şehirlerarası göçlerin varlığı söz konusu olup, benzer kültüre sahip olan ve tayin ya da evlilik nedenleriyle göç eden kadınlar bulunmaktadır. Sığınmacı ve mülteci olan kadınların istenmeyen gebeliklerinde gözlenen göç etkisi bizim çalışmamıza yansımamaktadır.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ilkokul ve altında olanlarda istenmeyen gebelik prevalanslarının yüksek olduğu, üniversite mezunu kadınlara göre daha düşük eğitim düzeyine sahip kadınlarda istenmeyen gebelik görülme sıklığının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Van'da yürütülen bir çalışmada kadınların eğitim seviyesi arttıkça istenmeyen gebeliklerde anlamlı derecede azalma gözlemlendiği bildirilmiştir (Gücük ve ark. 2012). Hatay'da ilkokul mezunu ya da daha düşük öğrenim düzeyine sahip kadınların istenmeyen gebelik prevalanslarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Savaş ve ark. 2014). Ersoy ve ark. (2015) Ankara'da yaptığı çalışmada gebeliği plansız olan annelerin yaklaşık dörtte üçünün ilköğretim eğitim seviyesine sahip olduğunu bildirmiş, eğitimin istenmeyen gebelikler açısından önemli olduğunu vurgulamıştır. Yaya ve ark. (2018) Nijerya'da yaptığı çalışmada da istenmeyen gebelik prevalansı eğitim düzeyi arttıkça azaldığını bildirmiştir. Arembepola ve ark. (2016) Sri Lanka'da yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi düşük olan kadınlarda istenmeyen gebelik riskinin yüksek olduğunu belirlemiştir. Bu durum kişilerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur-yazarlıklarının artması ve geleneksel aile planlaması yöntemleri yerine etkili ve modern aile planlaması yöntemlerini tercih etmesi ile açıklanabilir. Sonucumuzun literatürü desteklediği saptanmıştır.

Araştırmamızda istenmeyen gebelik prevalansı ile medeni durumu bekar olmayan kadınlarda istenmeyen gebelik oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş, ancak ileri analizlerde anlamlı bir bulunmamıştır. Savaş ve ark. (2014) yürüttüğü araştırmada bekar veya eşi ölmüş kadınlarda istenmeyen gebelik oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğunu bildirmiştir. Yürütülen bazı çalışmalarda ise bekarların daha fazla oranda istenmeyen gebelik yaşadıkları bildirilmiş, Doğu Etiyopya'da bu

sıklıklar evli kadınlarda %29,7 iken bekar kadınlarda bu oran %42,1'e yükseldiği (Worku ve Fantahun 2006); Kenya'da ise evli kadınların %13'ünün, boşanmış olanların %26'sının, hiç evlenmemiş kadınların ise %62'sinin istenmeyen gebelik yaşadığı belirlemiştir (Ikamari ve ark. 2013). Çalışmamızda bekar olarak tanımladığımız kadınlar, hiç evlenmemiş kişilerdir. Başka çalışmalarda bu kavram eşi ölmüş ve boşanmışlar için de kullanılmış olabilir. Sonuçlarımızda ortaya çıkan farklılık bu nedenden kaynaklanmış olabilir. Ayrıca bu durumu etkileyen bir diğer faktör Türkiye'de kadınların çoğunluğunun evlilik ile birlikte cinsel yaşama başlaması, boşanmış ve eşi ölmüş kadınlarda ise bu anlamda toplumsal normların baskın olması ile açıklanmıştır.

Araştırmamızda aile tipinin ve evde yaşayan kişi sayısının istenmeyen gebelik açısından belirleyici olmadığı saptanmıştır. Savaş ve ark. (2014) yürüttüğü araştırmada aile tipi ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmiştir. Ay ve ark. (2012) Manisa'da yaptıkları çalışmada anlamlı olmamakla birlikte, geniş aile tipine sahip kadınlarda istenmeyen gebelik prevalansı %26,3 iken çekirdek aile tipine sahip olan kadınlarda bu oranı %27,8 olarak bildirmiştir. Yürütülen bir başka çalışmada ise hanedeki kişi sayısı ile kadınların istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (Savaş ve ark. 2014). Ikamari ve ark. (2013) yürüttüğü araştırmada evde yaşayan kişi sayısı 6 ve daha fazla olduğunda istenmeyen gebelik prevalansının anlamlı olarak arttığını saptamıştır. Hanede bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı arttıkça ekonomik sıkıntıların daha fazla gözlenmesi ve sonucunda istenmeyen gebeliğin artması ile sonuçlanabilir. Araştırmamızda grubumuzun çoğunluğunun 4 ve daha az sayıda kişiden oluşan çekirdek aile yapısına sahip olması sonucumuzu etkilediği düşünülmüştür. Sonuçlarımızın ulusal çalışmalarla uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların mesleğinin ve çalışma durumunun istenmeyen gebelik açısından belirleyici olmadığı gözlenmiştir. Arembepola ve ark. (2016) Sri Lanka'da yürüttükleri araştırmada düşük gelirli meslek grubunda yer alan kadınlarda istenmeyen gebelik riskinin arttığını bildirilmiştir. Gaziantep'te yürütülen bir araştırmada çalışan kadınların çalışmayanlara göre daha fazla oranda son gebeliğini istemediği, çalışanlarda iş yüklerinin daha fazla olması nedeniyle çalışmayanlara göre daha fazla depresyon gözlemlendiği belirlenmiştir (Sansar 2017). Cangöl (2010)

Edirne’de yapmış olduğu çalışmada kadınların eğitim seviyesinin yükselmesinin çalışma durumunu olumlu yönde etkilediğini belirlenmiştir. Manisa’da ev hanımı olan kadınlarda istenmeyen gebelik prevalansının %28,1 olduğu, çalışanlarda bu oranın %11,1’e düştüğü belirlenmiş, aradaki farkın istatistiksel anlamlı olmadığı saptanmıştır (Ay ve ark. 2012). Hatay’da çoğunluğunu ev kadınlarının oluşturduğu çalışmada kadının çalışma durumu ile istenmeyen gebelik arasında ilişki saptanamamıştır (Savaş ve ark. 2014). Sonucumuzun bu çalışmaları desteklediği gözlenmiştir.

Gelir düzeyi açısından belirleyici olan meslek varlığı, türü ve çalışma durumu istenmeyen gebelikler açısından önemlidir. İran’da kadınlarda yüksek düzeyde gözlenen istenmeyen gebeliklerin prevalansının nedenleri arasında ilk sırada yoksulluk bildirilmiştir (Omani-Samani ve ark. 2018). Yurtdışında yürütülen diğer çalışmalarda da istenmeyen gebelik prevalanslarının gelir durumunu kötü olanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Ikamari ve ark. 2013; Yaya ve ark. 2018). TNSA 2013 ileri analiz raporunda yüksek refah düzeyine sahip olan kadınlarda çocuk isteme eğiliminin azaldığı saptanmıştır (Adalı ve ark. 2015 ss. 200). Ersoy ve ark. (2015) Ankara’da yaptığı çalışmada gelir düzeyini iyi olarak algılayan kişilerde plansız gebelik görülme sıklığı yaklaşık %5 iken bu oran gelir düzeyini düşük olarak algılayanlarda %60’a yükseldiği saptanmıştır. Ay ve ark. (2012) Manisa’da yaptıkları çalışmada da gelir durumunun istenmeyen gebelik prevalansını anlamlı düzeyde etkilediği, gelirini kötü olarak algılayanların istenmeyen gebelik prevalansının %36,8, iyi olarak algılayanların ise %20 olduğunu bildirmiştir. Ege ve ark. (2011) Konya’da yürüttükleri çalışmada kadınların üçte birinin istenmeyen gebelik öyküsü olduğunu ve bunların yalnızca beşte birinin gelir durumunu iyi olarak algıladığını belirtmiştir. Yine Konya’da bir hastaneye yasal rahim tahliyesi (kürtaj) için başvuran kadınlar ile yürüttükleri bir çalışmada kürtaj yaptırma nedenlerini en fazla %44,7 ile istenmeyen gebelik ve %27,8 ile ekonomik sıkıntılar olarak belirlemiştir (Kara ve ark. 2014). Van’da yürütülen bir çalışmada ise kadınların mevcut gebeliklerini istememesi ile gelir durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Gücük ve ark. 2012). Araştırmamızda kişilerin gelir düzeyini daha iyi algılaması ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında ileri analizde anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu yönü ile literatürden farklıdır. Bunun nedeninin araştırma

grubunun büyük çoğunluğunun gelir düzeyini orta ve üzeri olarak değerlendirmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

TNSA 2013 sonuçlarına göre yapılan bir çalışmada Türkiye’de 15-49 yaş sağlık sigortası olmayan evli kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Akıncı ve ark. 2017). Diyarbakır’da yüksek düzeyde isteyerek düşük prevalansına sahip erken evliliği olan kadınların yalnızca üçte birinin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir (Acemoğlu ve ark. 2005). Manisa’da ise anlamlı olmamakla birlikte sosyal güvencesi olmayan kadınların istenmeyen gebelik prevalansı %38,7 iken sosyal güvencesi olanlarda bu sıklık %25 olarak belirlenmiştir (Ay ve ark. 2012). Araştırmamızda kadınların tamamına yakınının sosyal güvencesinin bulunması nedeniyle istenmeyen gebelik açısından belirleyici bulunamamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda istenmeyen gebelik deneyimi yaşayanların daha fazla oranda sigara içtiği belirlenmiş, ileri analizlerde uygun model oluşturulamadığı için modele alınmamıştır. Cangöl (2010) Edirne’de yürütmüş olduğu çalışmasında çalışma grubunun beş kadından ikisinin plansız gebelik yaşadığı ve yarıya yakınının araştırma esnasında sigara kullandığı belirlenmiştir. Çin’de yürütülen bir çalışmada istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda sigara içme oranları daha düşük düzeyde belirlenmiştir (Luo ve ark. 2018). Sosyal belirleyiciler açısından değerlendirilebilen bu durum düşük eğitim ve düşük gelir düzeyine sahip kişilerin daha fazla oranda sigara içmesi (Karadağ ve ark. 2013; Korjamo ve ark. 2018) ve bu kişilerin daha fazla oranda istenmeyen gebelik yaşaması ile açıklanmıştır

Çalışmamızda ilk evlilik yaşı 17 ve daha küçük olanların ve 6 yıl ve daha fazla süredir evliliği devam edenlerin, eşiyile resmi nikahı olmayanların, eşiyile arasında akrabalığı olanların, eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanların istenmeyen gebelik oranlarının diğer kategorilere göre kısmen daha yüksek olduğu belirlenmiş ancak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. İlk evlilik yaşının doğumlar üzerinde önemli bir etkisi olması nedeniyle, daha erken yaşlarda evlenen kadınların daha fazla sayıda doğum ve daha fazla çocuk sahibi olma potansiyeli istenmeyen gebelik riski açısından da önem arz etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılında Türkiye’de kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşının 24,6 olduğunu (TÜİK Mart 2018); 16-17 yaş grubundaki kız çocuklarının toplam resmi evlenmeler içindeki

payının bir önceki yıla göre azaldığını bildirmiştir (TÜİK Temmuz 2018). İzmir’de yürütülen bir çalışmada ilk evlilik yaşı 18 ve altı olan kadınların doğumla sonlanan son gebeliklerinin, plansız olma hızı daha yüksek bildirilmiştir (Varol ve ark. 2015). Şanlıurfa’da sağlık çalışanları ile yürütülen bir çalışmada her beş kadından birinin istenmeyen gebelik yaşadığı ve bu kadınların ilk evlilik yaşı ortalamasının 24,4 olduğu bildirilmiştir (Koruk ve ark. 2017). Edirne’de ise katılımcıların her beş katılımcıdan ikisinin planlanmamış gebelik yaşadığı ve yarıdan fazlasının 20 ve üzeri yaşlarda evlendiği bildirilmiştir (Cangöl 2010). Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde tarım ve hayvancılıkla uğraşan 15-49 yaş 918 evli kadının yarıdan fazlası 19 yaşından önce evlenmiş, kadınların yarısı bu yaşlarda ilk çocuğunu doğurmuştur ve her iki evlilikten birinin akraba evliliği olduğu gözlenmiştir (Şimşek ve ark. 2015). Ankara, Kazan ilçesinde ikamet eden 15-65 yaş arasındaki mevsimlik tarım işçilerinde erken yaş evliliklerin ve adölesan gebeliklerin oranlarının yüksek olduğu, evli olanların yaklaşık yarısının akraba evliliği yaptığı belirlenmiştir (Mihçioğur ve ark. 2017). Manisa’da kentsel ve yarı kentsel iki aile sağlığı merkezi bölgesinde kadınlar ile yürütülen bir çalışmada kadınların beşte birinin eşi ile arasında akrabalık bulunduğu belirlenmiştir (Söğüt ve Erbay Dünder 2017). Hatay’da yürütülen bir çalışmada kadınların tamamına yakınının resmi nikahı olduğu ve eşiyle arasında resmi nikahı olmayanların istenmeyen gebelik oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eşinin yaşı büyük olanlarda istenmeyen gebelik oranlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (Savaş ve ark. 2014). Doğu ve kırsal bölgelerde yaşayan, sosyal belirleyiciler açısından dezavantajlı ve kültürel faktörlerin belirleyici olduğu toplumlarda yürütülen çalışmaların istenmeyen gebelikler açısından daha olumsuz sonuçları olduğu gözlenmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda kadınların yarısının evlilik süresi 11 ve daha fazla yıl olup, istenmeyen gebelik prevalansı ile evlilik süresi arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. CDC (2015) istenmeyen gebeliklerin karşılanmayan AP ihtiyacını yansıtan bir kavram olduğunu tanımlamıştır. TNSA 2013 verileri ile yapılan bir çalışmada Türkiye’de 15-49 yaş arasındaki evli kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı evlilik süresi 0-4 yıl olanlarda 10 yıl ve üzerinde olanlara göre iki kat fazla olarak saptanmıştır (Akıncı ve ark. 2017). Cangöl (2010) Edirne’de yapmış

olduğu çalışmada araştırma grubun tamamına yakınının bir evliliği yaptığı ve tüm kadınların beşte ikisinin plansız gebelik yaşadığı saptanmıştır. Araştırmamızda iki ve daha fazla evliliği olanların istenmeyen gebelik oranları daha fazla olmasına rağmen ileri analizlerde anlamlı bir farklılık belirlenememiştir. Evlilik süresi içinde yeter sayıda çocuğa sahip olma, aktif cinsel yaşamın devam etmesi ve kontraseptif yöntem kullanımındaki düşüklük veya yöntem kullanımındaki başarısızlık sonucu istenmeyen gebelikler daha fazla gözlenmektedir. Evlilik sayısının artışında gözlenen istenmeyen gebelikler kişilerin önceki olumsuz evlilik deneyimleri veya önceki evliliklerinde yeter sayıda çocuk sahibi olmuş olmaları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Sonucumuzun literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Ülkemizde erkeklerin aile planlaması konusunda katılımı, bu konudaki bilgisi ve yetersizdir (Göçgeldi 2009). Araştırmamızda ileri analizlerde anlamlı olmamakla birlikte, kadınların eşinin eğitimi ilkökul ve daha alt düzeyde olanlarda istenmeyen gebelik prevalansı daha yüksek saptanmıştır. Konya’da yapılan bir araştırmada eşinin eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda istenmeyen gebelik oranı %8,7 iken, bu oran ilkökul ve altı olanlarda %32,4’e yükseldiği belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2010). Malatya’da 15-49 yaş grubu kadınların aile planlaması yöntem tercihleri hakkında yapılan çalışmada eşi okur-yazar olmayan kadınların üçte biri modern aile planlaması yöntemi kullanıyor iken, yüksekokul mezunu olanlarda üçte ikiye yükseldiği bildirilmiş; istenmeyen gebelik prevalansı geleneksel aile planlaması yöntemi kullananlarda %39,2 olarak saptanmıştır (Oltuluoğlu ve Başer 2012). Manisa’da eşi okur-yazar olmayan kadınlarda istenmeyen gebelik prevalansı %56,3 iken eşi üniversite mezunu olan kadınlarda bu oran %8,3’e düşmektedir (Ay ve ark. 2012). Yürütülen diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Kutluoğlu ve ark. 2012; Kant ve ark. 2015; Savaş ve ark. 2014). TNSA 2013 verileri ile yapılan bir çalışmada eşi ortaokul ve üzeri eğitim alanlara göre hiç eğitim almayanlarda kadınlarda karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı yaklaşık iki kat fazla olarak belirlenmiştir (Akıncı ve ark. 2017). Arambepola ve ark. (2016) istenmeyen gebelikler ile partnerin özellikleri arasında herhangi bir ilişki saptayamaz iken, Omani-Samani ve ark. (2018) eşin eğitim düzeyinin düşük olmasının %7 oranında istenmeyen gebelikleri arttırdığı gözlenmiştir. Sonucumuzun literatür ile uyumlu

olduğu, ortaya çıkan küçük farklılıkların ise bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı tahmin edilmiştir.

Çalışmamızda eşin mesleği ve eşin çalışma durumu ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Hatay'da hastanelere doğum ya da düşük nedeniyle başvuran eşi çalışmayan kadınlarda istenmeyen gebelik anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır (Savaş ve ark. 2014). Konya'da ise eşlerin tamamına yakının çalıştığı ancak kadınların yaklaşık üçte birinin istenmeyen gebelik yaşadığı belirlenmiştir (Ege ve ark. 2011). İzmir'de yaşayan, 6-18 aylık bebeği olan kadınların doğum sonrası dönemde eşi mavi yakalı niteliksiz işçi ve işsiz olan kadınların 10 hafta ve altı gebeliklerin yasal olarak sonlandırılabilceğini bilenler daha düşük düzeyde saptanmıştır (Varol ve ark. 2017). Şanlıurfa'da hastane çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmada istenmeyen gebelik prevalansı %20,1 olarak belirtilmiştir ve çalışanların eşinin %23'ü yüksek nitelikli/ücretli işlerde çalışmaktaydı, %66,1'i mavi yakalı/beyaz yakalı çalışan olduğu %10,9'unun ise esnaf olduğu belirtilmiştir (Koruk ve ark. 2017). Diyarbakır'da yapış oldukları çalışmada istenmeyen gebeliği olup kürtaj olmak isteyen kadınların kürtaj sebebi ilk sırada geçim sıkıntısı olarak göstermişlerdir (Budak ve ark. 2015). Eşin mesleği ve çalışma durumu gelir düzeyinin belirleyicisi olduğu için yüksek refah düzeyine sahip kadınlarda istenmeyen gebelikler daha düşük oranda gözlenmektedir (Omani-Samani ve ark. 2018; Ikamari ve ark. 2013; Yaya ve ark. 2018; Adalı ve ark. 2015 ss. 200; Ersoy ve ark. 2015). Literatürden farklı olan bu sonucumuzun örnek büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırma grubumuzun büyük çoğunluğunun ilk gebelik yaşı ortalaması 24 ve son gebelik yaşı ortalaması 29 olarak belirlenmiş ve istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa'da sağlık çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada istenmeyen gebelik prevalansı %20,1 olarak belirlenmiş, katılımcıların ideal ilk gebelik yaşı 25,6, ideal son gebelik yaşı ortalaması 34,3 olarak bildirilmiştir. Ankara'daki Gölbaşı Sincan Etimesgut Yenimahalle bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin isteyerek düşüğe dair bilgi ve tutumlarının belirlendiği araştırmada son gebeliği istemsiz olanlar %38,4'lük bir sıklığa sahiptir. (Dikmen ve ark. 2015). Türkiye'de doğum yapan kadınların yaş ortalaması 2017 yılında 28,7'ye yükselmiş; yaşa özel en yüksek

doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda belirlenmiştir (TÜİK Temmuz 2018). Sonucumuzun TÜİK verileri ve literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda toplam gebelik sayısı 3 ve daha fazla olan kadınların istenmeyen gebelik prevalansı anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiş, gebelik sayısının her bir artışında istenmeyen gebelik riskinin 2,5 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ikamari ve ark. (2013) Kenya'da yaptığı araştırmada hiç gebe kalmayan kadınlara göre 1-2 gebeliği olan kadınların 2,4 kat, 3 ve üzeri gebeliği olan kadınların ise 2,5 kat fazla istenmeyen gebeliği olduğu belirlenmiştir. Omani-Samani ve ark. (2015) İran'da yaptıkları çalışmada gebelik sayısı arttıkça istenmeyen gebelik sıklığının anlamlı olarak arttığını bildirmiştir. Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş (Yılmaz ve ark. 2010; Savaş ve ark. 2014), sonuçlarımızın literatürü desteklediği gözlenmiştir.

Araştırmamızda toplam doğum ve yaşayan çocuk sayısı 3 ve daha fazla olan kadınların istenmeyen gebelik prevalansı anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiş, ileri analizlerde modelde kalmamıştır. TNSA 2013 verilerinde de kadınların yaşayan çocuk sayısı arttıkça yeni bir gebeliği isteme yüzdelerinin azaldığı saptanmıştır (HÜNEE 2013). TÜİK 2017 yılında (Temmuz 2018) doğurganlık hızının en yüksek olduğu ili 4,29 çocuk ile Şanlıurfa olarak belirlenmiştir. Koruk ve ark. (2017) aynı yılda Şanlıurfa'da sağlık çalışanları ile yaptıkları araştırmada istenmeyen gebelik prevalansını %20,1 olarak bildirmiştir. Bu durum her beş kadından birinin yüksek doğurganlık nedeniyle istenmeyen gebelik yaşadığını göstermektedir. Gücük ve ark. (2012) Van'da yaptığı çalışmada istemsiz gebe kalanlar ile isteyerek gebe kalanlar arasında yaşayan çocuk sayısı arasında anlamlı derecede fark saptanmış; en az bir kez istenmeyen gebelik yaşayanların yaşayan çocuk sayısı daha yüksek bulunmuştur (Gücük ve ark. 2012). Ankara'da yürütülen çalışmada yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzeri olan kadınlarda istenmeyen gebelik prevalansının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Ersoy ve ark. 2015). Yürütülen çalışmalarda istenmeyen gebelik ve kürtaj nedenleri arasında başka çocuk sahibi olmak istememesi olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2010; Yıkılkan ve ark. 2012; Yücel ve ark. 2014; Budak ve ark. 2015). Nepal ve Nijerya'da yapılan çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzerine çıkan kişilerde istenmeyen gebelik oranlarının ciddi oranda arttığını bildirilmiştir (Adhikari ve ark. 2009; Yaya ve ark. 2018). Kant ve ark. (2015)

Hindistan’da indüklenmiş kürtajlar üzerine yaptığı çalışmada doğum sayısının 4 ve üzerine çıkması durumunda indüklenmiş kürtaj oranında artma olduğu belirlenmiştir. Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Doğum aralığı anne sağlığının önemli belirleyicileri arasında yer almakta olup, istenmeyen gebelikler açısından da önem taşımaktadır (Akın ve Özvarış 2012 ss.265). Çalışmamızda doğum aralığı ile istenmeyen gebelik prevalansı arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Yürütülen çalışmalarda kadınların üçte birinin son iki doğum arası geçen süre 2 yıldan kısa olup, istenmeyen gebelik arasında ilişki belirlenmemiştir (Ay ve ark. 2012; Savaş ve ark. 2014; Söğüt ve Erbay Dündar 2017; Koruk ve ark. 2017). Sonucumuzun çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

İdeal çocuk sayısı ortalaması 2,16 olarak belirlenmiş, ideal çocuk sayısının istenmeyen gebeliklerde belirleyici olmadığı gözlenmiştir. İzmir Bornova’da 15-49 yaş grubundaki kadınların yarıdan fazlası ideal çocuk sayısını 2, üçte biri ise 3 ve daha fazla çocuk olarak belirtmiştir (Yücel ve ark. 2014). TNSA 2013 ileri analiz raporunda hiç çocuğu olmayan veya ideal çocuk sayısına ulaşamamış 25-29 yaş grubundaki kadınlar için çocuk isteme eğilimi bir önceki yaş grubundaki kadar yüksek olmasa da oldukça belirgin olduğu (Adalı ve ark. 2015 ss. 203); 15-49 yaş grubunda ise henüz hedefine ulaşamamış kadınların ideal çocuk sayısına ulaşmış kadınlara göre 65 katı kadar çocuk isteme eğiliminde olduğu saptanmıştır (Adalı ve ark. 2015 ss. 200). Çalışmamızda yaşayan sayısı çocuk sayısı ortalaması ise 1,78 olarak saptanmasına rağmen, ideal çocuk sayısı göz önünde bulundurulduğunda istenmeyen gebelik prevalansının yüksek olduğu öngörülmüş, bu durum iki ve daha fazla gebelik yaşayan kadınlar arasında tekrarlanan gebelikleri düşündürmüştür.

İstenmeyen gebelik prevalansının düşük deneyimi (toplam) olan ve isteyerek düşük deneyimi olan kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve istenmeyen gebelik riskini anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır. Arambepola ve ark. (2016) Sri-Lanka’da güvensiz kürtajlar üzerine yaptığı çalışmada güvensiz kürtaj komplikasyonu nedeniyle hastaneye başvuran vakaların tamamına yakının (%94,7) gebeliklerinin istenmeyen gebelik olduğu belirtilmiştir. Nijerya’da yürütülen üç farklı çalışmada kadınların yaklaşık üçte birinin istenmeyen gebelik yaşadığı belirlenmiş, bu kadınların geçmişte en az bir kez gebelik sonlandırma öykülerinin bulunduğu ve istemeyen gebeliklerini isteyerek düşükle sonlandırdıkları saptanmıştır

(Ibrahim ve ark. 2011; Bankole ve ark. 2016; Omokhodion ve Balogun 2017). Singh ve arkadaşlarının (2018) Hindistan'da yaptığı araştırmada istenmeyen gebeliklerin %33'ünün isteyerek düşükle sonuçlandığını belirtmiştir (Singh ve ark. 2018). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada kürtaj olan kadınların %94'ünün gebeliğinin istenmeyen gebelik olduğu (Budak ve ark. 2015); İzmir'de kadınların yaklaşık beşte birinin şu anda gebe kalsa isteyerek düşük yapabileceği belirlenmiştir (Varol ve ark. 2015). Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da kadınların değişen sıklıklarda istenmeyen gebelik öyküsünün olduğu ve geçmişte isteyerek düşük deneyiminin bulunduğu bildirilmiştir (Gücük ve ark. 2010; Dereli Yılmaz ve ark. 2010; Ay ve ark. 2012; Koruk ve ark. 2017). Yürütülen çalışmalarla benzer olan bu bulgumuzda düşük deneyimi olanlarda istenmeyen gebeliklerin sonucu olarak karşımıza çıkan isteyerek düşüklerin, kadın sağlığı açısından risk oluşturduğu sonucuna varılmaktadır.

Hindistan'da yürütülen bir araştırmada katılımcıların %35,4'ünün en az bir spontan veya indüklenmiş düşüğü olduğu bildirilmiştir (Bhilwar ve ark. 2017). Dereli ve ark. (2010) Konya'da yürüttükleri çalışmada kürtaj için başvuran kadınların kendiliğinden düşük deneyimlerinin olduğunu belirlemiştir. Kadının üreme sağlığı durumu, fiziksel yeterliliği ve klinik öyküsü ile daha yakın ilişkili olan kendiliğinden düşüklere, istenmeyen gebelikler açısından araştırmamızda belirleyici olmadığı saptanmıştır. Kendiliğinden düşüklere daha çok genetik, anatomik, çevresel, fiziksel, immünolojik ve enfeksiyona bağlı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Burada tartışabileceğimiz bir diğer husus kendiliğinden düşüklere zamanla artmasıdır. Bunu yukarıda saydığımız nedenlerin arasında olan olumsuz çevre şartları kimyasal etkilere maruziyet, kadınların gebelikleri esnasında olumsuz ve ağır çalışma şartları ve radyasyon gibi nedenlerin kendiliğinden düşüklere arttırmasıdır (Çelikalp ve Yorulmaz 2018).

Araştırmamızda toplam kürtaj sayısı 2 ve üzeri olanlarda istenmeyen gebelik oranı %100 çıkmıştır. İstenmeyen gebeliklerini kürtaj ile sonlandıranlarda tekrar istenmeyen gebelik yaşanması durumunda kürtaja başvurma ihtimali, daha önce hiç kürtaj deneyimi yaşamamış olan kadınlara göre daha yüksek belirlenmiştir. Yıkılkan ve ark. (2012) Ankara'da yaptığı çalışmasında kürtaj isteği ile başvuran kadınların %28,2'sinin bir kez, %11,5'inin iki kez kürtaj deneyimi olduğunu bildirmiştir. Ankara, Hatay ve Van'da yürütülen çalışmalarda kürtaj için başvuran kadınların

önceden isteyerek kürtaj öyküsünün olduğu belirtilmiştir (Gücük ve ark. 2012; Savaş ve ark. 2014; Tohma ve ark. 2014). Koruk ve ark. (2017) Şanlıurfa'da sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları araştırmada %20,1'inin istenmeyen gebelik öyküsünün olduğu ve %4'ünün en az 1 kez kürtaj yaptırdığı belirlenmiştir. Bu durum kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade edenlerde istenmeyen gebelik prevalanslarının anlamlı düzeyde yüksek olmasını da açıklamaktadır. Souza ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada evli olmayan kadınların etkisiz kontraseptif yöntem kullanmalarının istenmeyen gebelik durumunda kürtaja başvurma oranlarını arttırdığını bildirmiştir. İzmir'de yürütülen bir araştırmada kadınların beşte biri istemediği bir gebelik yaşaması durumunda kürtaj olabileceğini, kürtajın yasaklanması durumunda, kadınların dörtte üçünün bebeği doğurmak zorunda kalacağını, %16'sı ise herhangi bir şekilde gebeliği sonlandırmak için uğraşacağını ifade etmiştir (Yücel ve ark. 2014). Bu bulgumuz kürtajın bir aile planlaması yöntemi olarak algılandığını düşündürmektedir. Bu durum sağlık hizmetleri içinde aile planlaması hizmetlerinin yetersizliğini de göstermektedir. İstenmeyen gebelik deneyimi olmasına rağmen, iki ve daha fazla sayıda kürtaja başvurmuş olması, cinsel birlikteliklerinde etkili ve modern yöntem kullanmaması veya yöntem kullanımında başarısız olması bu kadınların gerçek bir eğitime ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Tüm topluma kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı istenmeyen doğumları engellemek için bir cerrahi işlem olduğu ve olası olumsuz sağlık sonuçları anlatılmalıdır. Bir diğer durum da kürtaja başvurmayan kişilerin bu hizmeti bilip bilmediği ya da bu hizmete erişip erişmediği ile ilgilidir. Bu konu da dikkate alınmalı verilen hizmetler, erkeklerin de katılımı sağlanarak gerekli aile planlaması eğitimleri verilmeli, alternatif modern yöntemler sunulmalı ve aile planlaması hizmetleri erişilebilir kılınmalıdır.

Yine bir önceki bulgudaki gibi, kadınların yaklaşık yarısı korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği bir yöntem bilmesine rağmen her beş kadından birisinde istenmeyen gebelik yaşama riski olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Ege ve ark. (2011) Konya'da yürüttükleri çalışmada acil kontrasepsiyon hakkında bilgisi olan kadınların kürtaj prevalansları daha yüksek bulunmuştur. Toplumda kadınlara yönelik yürütülmüş çalışmalarda acil kontrasepsiyon bilgi düzeylerinin %3,7- %28,3 arasında değiştiği ve bu gruplarda

istenmeyen gebelik prevalansının yüksek olduğu belirlenmiştir (Ege ve ark. 2011; Doğaner ve ark. 2011; Dasıkan ve ark. 2013; Shiferaw ve ark. 2015; Omokhodion ve Balogon 2017). Goulard ve ark. (2006) yürüttükleri araştırmada sık sık kontraseptif yöntem değiştiren kadınların acil kontrasepsiyon yöntemini daha sık kullandığı belirlenmiştir. Çorum’da yürütölen bir araştırmada kadınların dörtte üçünün acil kontrasepsiyonu duydukları, ancak kadınların %14,5’i acil kontrasepsiyonu her cinsel ilişkiden önce gebeliği önlemek amacıyla kullanmakta olduğu belirlenmiştir (Koçak ve ark. 2016). Joseph ve ark. (2016) benzer şekilde Hindistan’da üniversite öğrencileri ile yürüttüğu araştırmada katılımcıların %85’inin daha önceden acil kontrasepsiyonu duyduğu, sadece %54’ünün kullanma zamanını doğru tanımlayabildiği bildirilmiştir. Grubumuzun bilgi düzeyi literatür ile bezer yada daha iyi durumda olmasına rağmen, istenmeyen gebelik prevalansının yüksek oluşu bilinen yöntemin uygulanmadığını, doğru uygulanmadığını veya eksik ya da yanlış bilindiğini göstermektedir. Ayrıca Aşut ve ark. (2017) Türkiye’de 24 ölkeden 418 tıp fakóltesi 1. sınıf öğrenci ile yürütölen bir çalışmada acil kontrasepsiyon tanımını doğru bilme düzeyi %57,6, ertesı gün hapın tanımını doğru bilme %14,2, acil kontrasepsiyonun en etkili olduğu süreyi bilme %33,9 olarak saptanmıştır. Abiodun (2016) Nijerya’da üniversite öğrencileriyle yürüttüğu çalışmada ise öğrencilerin %72,6’sının acil kontrasepsiyon ile ilgili genel bilgiye sahip olduğu, %56’sının doğru ve yüksek bilgiye sahip olduğu belirlemiştir. Tıp ve yaklaşık üçte biri sağlık eğitimi alan öğrenciler arasında yaklaşık yarısının bilgisinin olmaması okullarda verilen eğitimlerin de yetersiz veya tekrar edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda kadınların yarısından fazlası kürtajın ölkemizde yasal olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Ancak araştırma grubunda bilgisinin olduğunu düşünöen kadınların istenmeyen gebelik riski anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Sri-Lanka ve Nepal’de yürütölen araştırmalarda kürtaj mevzuatını bilenlerin oranlarının düşük olduğu, bu gruplarda istenmeyen gebelik prevalanslarının yüksek olduğu saptanmıştır (Arambepola ve Rajapaksa 2014; Adhikari ve ark. 2016). Ankara’daki Gölbaşı, Sincan, Etimesgut, Yenimahalle’de bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran katılımcıların çoğunluğunun isteyerek düşüğün yasal sınırını bilmediği bildirilmiştir (Dikmen ve ark. 2015). İzmir Bornova’da 15-49 yaş grubundaki kadınlar ile yürütölen araştırmada 2012 yılında Türkiye’deki kürtaj

yasağı tartışmalarından haberdar olma durumu sorulmuş ve beşte birinin habersiz olduğu görülmüştür (Yücel ve ark. 2014). Yürütülen çalışmalarda kürtaja karşı olma nedenleri arasında günah olması, dinen yasak olduğu düşüncesi, insan haklarına aykırı olduğu düşüncesi, anne açısından sağlıksız olduğu düşüncesi olarak belirlenmiştir (Yücel ve ark. 2014; Dikmen ve ark. 2015; Çakmak ve ark. 2015). Gebeliğin ilk 10-12 haftasında isteyerek düşük, üreme haklarının bir parçası olarak kabul edilmekte, istenmeyen gebeliklerin azaltılması yoluyla isteyerek düşüklerin önüne geçilmesi, kadın sağlığı açısından önemli bir kazanım olarak görülmektedir (Adalı ve ark. 2015 ss. 147). Bu bulgumuzda bilgi düzeyi açısından literatür ile uyumlu olduğu gözlenirse de, istenmeyen gebelik riskinin bilenler arasında daha yüksek düzeyde olması kürtajın bir aile planlaması yöntemi olarak algılanması ile açıklanmıştır. Kürtaj yaptırabileceğini bilenlerde aile planlaması yöntem kullanım hatalarının daha fazla gözlendiğini düşündürmektedir. Diğer bir konu bilgi düzeylerini belirleyen sorulardaki gibi kürtajın yasal olduğunu bilmeyenler bu hizmete erişemeyenler ile ilgili olacaktır. Dezavantajlı olan bu gruplar aile planlaması eğitimleri başta olmak üzere üreme sağlığı ve hakları konularında bilgi düzeyleri artırılmalıdır.

5.2. Düşükler

Araştırmamızda toplam düşük prevalansı %22,2, kendiliğinden düşük prevalansı %12,2 ve isteyerek düşük prevalansı %10,9'dur. Ülkemizde TNSA 2013 verilerine göre düşük prevalansı 100 gebelikte 19 olarak belirlenmiş; önceki beş yıllık döneme göre her 100 gebelikte kendiliğinden düşükler %11'den %14'e yükselmiş, isteyerek düşükler ise %10'dan %5'e düşmüştür (Adalı ve ark. 2015 ss. 139). Manisa'da kentsel ve yarı kentsel iki aile sağlığı merkezi bölgesinde yürütülen çalışmada kadınların %21,4'ünde düşük öyküsü bulunduğu, bunların %5,8'inin isteyerek, %15,6'sının kendiliğinden gerçekleştiği bildirilmiştir (Söğüt ve Erbay Dünder 2017). Ankara'da yürütülen toplum tabanlı bir çalışmada kadınların %39,6'sının kendiliğinden, %9,5'inin isteyerek düşük yaptığı saptanmıştır (Mihçioğur ve ark. 2017). Gaziantep'te gebeler ile yürütülen bir çalışmada çalışan gebe kadınların %13,4'ü ve çalışmayan gebe kadınların %23,5'i kendiliğinden düşük yapmıştır (Sansar 2017). Ülkemizde yerel düzeyde yürütülen diğer çalışmalarda da isteyerek düşük prevalansları %8,2- %19,7 arasında bildirilmiştir (Doğaner ve ark.

2011; Öztaş ve ark. 2015; Özelçi ve ark. 2017; Karaçalı ve ark. 2017). İzmir Bornova'da 6-18 aylık bebeği olan kadınların doğum sonrası dönemde isteyerek düşük ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği araştırmada grubun %18,5'i araştırma sırasında gebe kalsa isteyerek düşük yapabileceğini bildirmiştir (Varol ve ark. 2017). Hindistan'da yapılan bir araştırmada istenmeyen gebeliklerin %33'ünün isteyerek düşük ile sonuçlandığı belirtilmiştir (Singh ve ark. 2018). Haiti'de 255 gebe kadın ile yürütülen gebelerin %61,2'si istenmeyen gebelik yaşamıştır ve %30'unun istemli düşük yaptığını bildirmiştir (Berry-Bibee ve ark. 2017). Finlandiya'da 666 kadın ile yürütülen bir başka çalışmada kadınların üçte birinde düşük ya da kürtaj öyküsü olduğu bildirilmiştir (Korjamo ve ark. 2018). Yurt dışında yürütülen diğer çalışmalardan Kant ve ark. (2015) Ballabgarh'ta 11.102 gebe ile yürüttüğü araştırmada gebeliklerin %11'inin düşük ile sonuçlandığını, spontan abortus oranını %7,2 indüklenmiş abortus oranını %3,8 olarak bildirmiştir. Muanda ve ark. (2017) spontan düşükler üzerine yaptıkları çalışmada spontan düşük yaşayan kadınların %16,4'ünün gebelikleri sırasında kullandıkları antibiyotiğe bağlı spontan düşük yaşadığını bildirmiştir. Prevalanslarımızın genel olarak literatür ile uyumlu olduğu gözlenirse de isteyerek düşük sıklığının Türkiye ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma bölgemizde kadın başına düşen çocuk sayısı (1,78 çocuk) 2017 TÜİK (Temmuz 2018) verilerine (2,07 çocuk) göre Türkiye ortalamasından düşük düzeyde belirlenmiştir. Kadıların çocuk isteme oranlarının düşük olduğu bölgemizde, kontraseptif yöntem kullanımının istenen düzeyde olmaması ve mevcut kullananların da başarısızlıkları nedeniyle oluşan istenmeyen gebeliklerin kürtajlar ile sonuçlandığını göstermiştir. Bu durum 2 ve daha fazla kürtaj olanların tamamının istenmeyen gebelikler olarak belirlenmesiyle de açıklanabilir.

Araştırmamızda 24 yaş ve altındakilere göre diğer yaş gruplarında toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük oranlarının yüksek olduğu, 35 yaş üzerinde en fazla oranda gözlemlendiği belirlenmiş, ancak ileri analizlerde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ballabgarh, Delhi, İspanya Brezilya ve İran gibi dünyanın farklı bölgelerinde yürütülmüş çalışmalarda ileri yaşlarda düşük hızının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, bunların çoğunluğunu isteyerek düşüklerin oluşturduğu bildirilmiştir (Hosseini-Chavoshi ve ark. 2012; Ruiz-Ramos ve ark. 2012; Kant ve ark. 2015; Santos ve ark. 2016; Bhilwar ve ark. 2017). Ülkemizde Hatay'da yürütülen bir

araştırmada hastanelere düşük nedeniyle başvuran kadınların yaşlarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Savaş ve ark. 2014). TNSA 2013 araştırmasında da isteyerek düşüklerde en yüksek yaş grubu 45-49 yaş grubunda bildirilmiştir (HÜNEE 2013). Bazı çalışmalarda ise isteyerek düşüklerin genç yaşlarda daha fazla gözleendiği saptanmıştır (Aydın 2013; Maina ve ark. 2015; Adhikari 2016; Çınar ve Hıra 2017; Hagos ve ark. 2018). Literatürde ortaya çıkan bu farklılıklar kadınların toplumsal cinsiyet rollerini etkileyen sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik faktörler başta olmak üzere, ilk evlilik yaşı, ilk cinsel ilişkiye başlama yaşı, gebelik sayısı, doğum ve yaşayan çocuk sayısı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Anlamlı farklılık bulunamaması ise örnek büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Zheng ve ark. (2017) ise kendiliğinden düşük hızlarının ise genç yaşlarda daha fazla gözleendiğini bildirmiştir. Muanda ve ark. (2017) spontan düşükler üzerine yaptıkları çalışmada, spontan düşük yaşayan kadınların dörtte üçünün 18-34 yaş aralığında olduğunu, yaklaşık beşte birinin ise gebelikleri sırasında kullandıkları antibiyotiğe bağlı spontan düşüğün gerçekleştiğini saptamıştır. Kendiliğinden/spontan düşüklerin nedenleri arasında genetik ve anatomik nedenler, endokrin nedenler, enfeksiyonlar, trombofili, immünolojik gibi tıbbi nedenlerle olabildiği gibi sigara, alkol, kimyasallar, sitotoksik ilaçlar, radyasyon, aşırı düzeyde kafein tüketimi gibi kişisel risk faktörleri gösterilmiştir (Desdicioğlu ve Malas 2006; Dereli ve ark. 2010; Koç ve Beji 2016). Bu durum genç yaşta olanlarda servikal yetmezlik, özellikle adölesan gebeliklerde pelvis gelişiminin tamamlanmamış olması, sigara kullanımı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı, perinatal izlem yetersizliği, CYBE daha fazla görülmesi nedenleriyle ortaya çıkabilmektedir. Özellikle kalıtsal nedenlerin ilk gebeliklerde farkedilir olması genç yaşları daha fazla etkilemektedir (Şekeroğlu ve ark. 2009; Şen ve Kavlak 2011). Farklı olarak Türkiye’de İstanbul, Ankara, Isparta ve Erzurum illerinde yürütülen araştırmalarda 40-49 yaş grubu annelerde spontan düşük oranları yüksek bulunmuştur (Günyeli ve ark. 2012; Ejder Apay ve ark. 2015). İleri yaşlarda artan hipertansiyon, diyabet gibi sistemik hastalıklar, geçirilmiş operatif işlemler, tekrarlanmış düşükler tıbbi nedenlerle kendiliğinden düşüklerin yüksek düzeyde gözlenebileceği bildirilmiştir (Şekeroğlu ve ark. 2009; Şen ve Kavlak 2011). Çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda on iki yaşına kadar yaşanan yerin toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük prevalansları açısından belirleyici olmadığı saptanmıştır. Yurt dışında yürütülen çalışmalarda kürtaj olan kadınların çoğunluğunun kentlerde yaşadığı bildirilmiştir (Hagos ve ark. 2018; Pereira ve ark. 2017; Maina ve ark. 2015). Volkov ve ark. (2018) ise Rusya'nın Tula şehrinde yaptıkları araştırmada kürtaj vakası ile gelen her beş kadından dördünün kırsal alanda yaşadığını bildirmiştir. Jiang ve ark. (2017) Çin'de yaptıkları araştırmada kırsal bölgede yaşayanlarda düşük prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde Acemoğlu ve ark. (2005) Diyarbakır'da yürüttüğü araştırmada erken evlenenlerde düşük oranlarının yüksek olduğu, kırsal alanlarda yaşayanlarda ise erken evliliklerin daha fazla gözlendiğini bildirmiştir. Yanikkerem ve ark. (2018) üniversite öğrencileri ile yürüttüğü çalışmada ise üniversiteden önce köyde yaşayan öğrencilere göre kentte yaşayan öğrencilerin isteyerek düşüğe daha olumlu baktıklarını bildirmiştir. Varol ve ark. (2017) İzmir'de yürüttüğü araştırmada en uzun süre il merkezi dışında yaşayan kadınların çoğunluğunun gebe kalmaları durumunda kürtaj olmayacağını bildirmiştir. Bölgesel farklılıklardan etkilenen bu değişkenin düşükler açısından belirleyici olmaması, araştırma grubumuzun dörtte üçünün kırsala yakın, yarı kentsel bir alan olan Pınarhisar ilçesinde da yaşıyor olması ile açıklanmıştır.

Araştırmamızda bulunduğu yere göç ile gelme durumunun düşük prevalanslarında belirleyici olmadığı saptanmıştır. Fusco ve ark. (2012) Brezilya'da yaptığı çalışmada yaşadığı yere göç ile gelenlerde indüklenmiş düşük ve spontan düşük oranlarını daha yüksek belirlemiştir. González-Râbago ve ark. (2017) İspanya'da yaptıkları çalışmada İspanya'dan daha yoksul ülkelerde doğup daha sonra İspanya'ya göç eden kadınlarda düşük prevalansının daha yüksek olduğunu, farklı olarak Ruiz-Ramos ve ark. (2012) ise İspanyollarda istemli düşük riskinin göçmenlere göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. İstenmeyen gebeliklerde açıklandığı üzere, düşükler açısından da göçün sonuçları, zorunlu göçe maruz kalan veya yerinden edilmiş mülteci ve sığınmacı kadınlar açısından önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Dezavantajlı grup olan kadınların düşük prevalanslarındaki artışı da önemli ölçüde etkilemektedir (Karadağ ve Altıntaş 2010; Zraly ve ark. 2011; Palmer ve Storeng 2016; Özvarış 2017 ss. 107-109; Heslehurst ve ark. 2018). Yine istenmeyen gebeliklerde açıklandığı gibi grubumuzda gözlenen

göçün kültürlerarası olması, nedenlerinin genellikle tayin ya da evlilik olması nedenleriyle sonucumuzu etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmamızda ilkokul ve altında eğitimi olanlarda toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük prevalansının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiş; sadece kendiliğinden düşük prevalansının ileri analizlerinde eğitim durumu arttıkça riskin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Çalışmamızla benzer şekilde yurt dışında yürütülmüş çalışmalardan Fusco ve ark. (2012) Brezilya'da yürüttükleri bir araştırmada düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde, düşük görülme sıklığının daha yüksek gözlemlendiğini bildirmiştir. Maina ve ark. (2015) Kenya'da yaptıkları çalışmada hiç eğitimi olmayan kadınlarda düşük prevalansını %16,7, yüksek eğitimi olanlarda %13,9 olarak belirlemiş, ancak kadınların eğitim seviyesi ile düşük yapma sıklığı arasında anlamlı bir farklılık saptayamamıştır. İsteyerek düşükler ile ilgili Brezilya'da yürütülen bir başka çalışmada ise isteyerek düşük yapan kadınların yaklaşık dörtte birinin üniversite ve üzeri eğitimi, yarıya yakınının ise ilkokul ve altı eğitimi olduğu bildirilmiştir (Santos ve ark. 2016). Hagos ve ark. (2018) Kuzey Etiyopya'da 409 kürtaj olan kadın ile yürüttüğü bir çalışmada eğitim seviyesi yüksek olan kadınların kürtaj oranlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Literatürde Ballabgarh, Nijerya'da isteyerek düşüklerin eğitim düzeyi düşük olanlarda daha yüksek gözlemlendiği, ancak eğitim durumu arasında anlamlı farklılık belirlenemediği saptanmıştır (Kant ve ark. 2015; Omokhodion ve Balogun 2017). Ülkemizde Konya'da bir hastaneye yasal rahim tahliyesi için başvuran yaklaşık her on kadından dokuzunun ilköğretim ve daha alt düzeyde eğitime sahip olduğu belirlenmiştir (Kara ve ark. 2014). Ankara, Bolu, Diyarbakır'da yürütülmüş çalışmalarda da isteyerek düşüklerin düşük eğitimlilerde daha fazla oranda gözlemlendiği saptanmıştır (Yıkılkan ve ark. 2012; Budak ve ark. 2015; Albayrak ve Çatıker 2011). Bu çalışmalardan farklı olarak literatürde düşük yapan kadınların daha fazla oranda yüksek eğitim seviyesine sahip olduğu (Hosseini-Chavoshi ve ark. 2012); isteyerek düşüklerde bu durumun daha belirgin olarak gözlemlendiği (Ke ve ark. 2018; Dikmen ve ark. 2015); planlanmamış gebeliklerde sıklığın daha fazla arttığı (Dikmen ve ark. 2015); bu durumun güvenli kürtaj hizmetine erişim ile ilgili olduğu bildirilmiştir (Becker ve ark. 2011). Sonucumuzun çalışmalar ile uyumlu olduğu ve literatürü desteklediği belirlenmiştir.

Araştırmamızda medeni durumu bekar olmayanların toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük prevalansının, bekarlara göre daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur. Omokhodion ve Balogun (2017) Nijerya’da yaptıkları çalışmada evli olan kadınların, bekarlara göre daha fazla oranda düşük deneyimi yaşadığını bildirmiştir. Brezilya’da yürütülen çalışmalarda istemli düşük için başvuran kadınların yaklaşık %88’sinin evli veya birlikte yaşadığı partneri olduğu (Souza ve ark. 2014); kürtaj olan kadınların daha fazla oranda bekar olmadığı saptanmıştır (Santos ve ark. 2016). Burkina Faso, Ghana ve Kenya’da yürütülen çalışmalarda istemli düşük oranları evli olmayıp partneri ile birlikte yaşayanlarda, boşanmış/ayrılmış veya eşi ölmüş kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (Maina ve ark. 2015; Ilboudo ve ark. 2014; Dankwah ve ark. 2018). Becker ve ark. (2011) Meksika’da bekar veya boşanmış kadınların, evli olan kadınlara göre güvenli kürtaj hizmetine erişiminin daha zor olduğunu bildirmiştir. Farklı olarak Korjamo ve ark. (2018) Finlandiya’da hastaneye başvuran kadınlar ile yürüttükleri araştırmada evli veya birlikte yaşayanların yaklaşık %41’inin, bekarların %57’sinin istemli düşük yaptığını saptanmıştır. Hagos ve ark. (2018) Kuzey Etiyopya’da yaptıkları çalışmada kürtaj olan kadınlarda bekar olanların oranı %46 iken, evli veya birlikte yaşayanların oranı %43,5, boşanmış veya dul olanların oranı ise %11 olarak saptanmıştır. Uruguay’da bekar kadınlarda evli olanlara göre düşük riskinin iki kat daha yüksek olduğu (Briozzo ve ark. 2006); Çin’de ise yalnız yaşayan kadınlarda istemli düşük oranlarının anlamlı olarak yüksek bulunduğu belirlenmiştir (Jiang ve ark. 2017). Ankara’da yürütülen araştırmada isteyerek düşük yapmayı isteme medeni durum ile ilişkili bulunmuş; evlilerin yarısından fazlasının, bekarların ise dörtte birinin planlanmamış gebelikte kendisinin veya eşinin/partnerinin isteyerek düşük yapmasını onayladığı bildirilmiştir (Dikmen ve ark. 2015). Günyeli ve ark. (2012) yaptıkları araştırmada medeni durum ile spontan abortus arasında anlamlı bir ilişki saptayamamıştır. Literatürde farklı sonuçlar ile karşımıza çıkan bu bulgunun evlilik içi/dışı cinsel birliktelik durumu, ilk cinsel deneyim yaşı gibi kültürel farklılıklardan etkilendiği tahmin edilmiştir. Ayrıca araştırmamızda tanımlanan ‘bekar’ kavramı hiç evlenmemişleri temsil etmektedir. Diğer araştırmalarda bu değişkene boşanmış ve eşi ölmüşleri dahil etmesi nedeniyle farklılığa yol açmış olabilir.

Araştırmamızda aile tipi ve evde yaşayan kişi sayısının toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşükler açısından belirleyici olmadığı saptanmıştır. Aile tipi ve düşükler ile ilgili yürütülen çalışmalarda sonuçlarımızı destekler nitelikte çalışmaların bulunduğu ve sonuçlarımızın literatürde uyumlu olduğu saptanmıştır (Ay ve ark. 2012; Flory ve ark. 2014; Ilboudo ve ark. 2014; Pereira ve ark. 2017). Yanikkerem ve ark. (2018) hemşirelik öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada geniş aile yapısına sahip olan öğrencilerin isteyerek düşüğe karşı bakış açılarının çekirdek aile yapısına sahip öğrencilere göre daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Aile tipi evde yaşayan kişi sayısı ile de ilişkili olup, aile büyüklüğünde etkilemektedir. Yürütülen bir çalışmada evde yaşayan kişi sayısının yeterli olan kadınların aile büyüklüğünü sınırlandırmak daha fazla oranda kürtaj yaptırdığı saptanmıştır (Arambepola ve ark. 2016). Daha kalabalık ailelerde yaşayan kişilerin istemli düşük oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir (Santos ve ark. 2016; Hagos ve ark. 2018). Literatürden farklı olan bu sonucumuzun örnek büyüklüğünden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Araştırmamızda kadının mesleğinin ve çalışma durumunun toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük prevalanslarını etkilemediği saptanmıştır. Uruguay'da yapılan bir çalışmada işsiz olanlarda düşük oranların daha yüksek gözlendiği bulunmuştur (Briozzo ve ark. 2006). Sri-Lanka'da yürütülen bir çalışmada düşük deneyimi yaşayan ve çalışan kadınların büyük çoğunluğunun işçi olduğu gözlenmiş, isteyerek düşükler ise işsizlerde anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir (Arambepola ve ark. 2016). Finlandiya'da yürütülen bir çalışmada da mavi yakalı mesleğe sahip çalışanların beyaz yakalılara göre daha fazla oranda isteyerek düşük gerçekleştirdikleri bildirilmiştir (Korjamo ve ark. 2018). Yürütülen bazı çalışmalarda kürtaj oranlarının ev hanımlarında daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir (Santos ve ark. 2016; Hagos ve ark. 2018; Ke ve ark. 2018). Portekiz ve Guadeloupe'de adolesan gebelerin çoğunluğunun çalıştığı veya okuduğu için kürtaj yaptırmak istediklerini bildirilmiştir (Flory ve ark. 2014; Pereira ve ark. 2017). Türkiye'de yürütülen çalışmalarda ise Konya'da bir hastaneye yasal rahim tahliyesi için başvuran kadınların, çalışan kadınlarda üst üste birden fazla kürtaj yaptırma sıklığı anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Kara ve ark. 2014). Gaziantep'te gebeler ile yürütülen bir araştırmada çalışan gebe kadınların %6,7'si, çalışmayan gebe kadınların %5,5'i 1 defa isteyerek düşük yapmıştır. (Sansar 2017). Ankara'da

üniversitede çalışan kadınlar ile yürütülen bir başka araştırmada ise idari personelin %28,0'nın kendiliğinden düşük, %4,3'ünün ise isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir (Basan ve ark. 2015). Ege ve ark. (2011) Konya'da yaptıkları çalışmada anlamlı olmamakla birlikte, kadınların tamamına yakınının çalışmadığı, yaklaşık her dört kadından birinin spontan düşük, üç kadından birinin ise isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir. İstanbul, Ankara ve Isparta'da AP kliniklerine başvuran kadınlar ile yürüttükleri araştırmada kadınların istihdam durumu ile spontan düşük arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Günyeli ve ark. 2012). Çalışma sonuçlarımızın ulusal çalışmalarda yürütülen çalışmalarla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda algılan gelir düzeyi arttıkça toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşüklerin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. İspanyol kadınlar ile yürütülen çalışmada düşük gelirlili olan kadınlarda düşük riski daha yüksek bulunmuştur (González-Rábago ve ark. 2017). Brezilya'da yürütülen bir araştırmada yaşamı boyunca kürtaj olmayan kadınlarda kişi başı gelir 241 dolar iken kürtaj olanlarda kişi başına düşen gelir 173.6 dolar olarak belirlenmiştir (Fusco ve ark. 2012). Literatürde yürütülen diğer çalışmalarda da isteyerek düşüklerin çoğunluğunun düşük gelire sahip kadınlardan oluştuğu bildirilmiştir (Santos ve ark. 2016; Hagos ve ark. 2018). Günyeli ve ark. (2012) AP polikliniklerine başvuran kadınlar ile yürüttükleri araştırmada kişilerin gelir durumu ile spontan düşük arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Malatya ve Konya'da yürütülmüş iki farklı çalışmada gelir durumu kötü olan kadınlarda isteyerek düşüklerin anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir (Dereli Yılmaz ve ark. 2010; Oltuluoğlu ve Başer 2012). Brezilya'da yaptıkları çalışmada ekonomik durumu zayıf olanlarda isteyerek düşük oranı ekonomik durumu iyi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (Fusco ve ark. 2012). Farklı olarak Dankwah ve ark. (2018) Ghana'da yaptıkları çalışmada ise gelir durumu orta veya iyi olan kadınlarda gebelik sonlandırma sıklığı yoksul olan kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımızın genel olarak literatürü desteklediği gözlenmiştir.

Araştırmamızda düşük prevalansları ile sosyal güvence varlığı arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Ke ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada kişilerin sağlık sigortası ile istemli düşük prevalansı

arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ay ve ark. (2012) Manisa’da yaptıkları çalışmada kadınların %87’sinin sosyal güvencesinin bulunduğunu, ancak isteyerek düşüklerde sosyal güvence varlığının belirleyici olmadığını bildirmiştir. Albayrak ve Çatiker (2011) yürüttüğü araştırmada kürtaj olan kadınların %61’inin sosyal güvencesinin bulunduğunu, ancak bunların yaklaşık %88’inin faydalanmadığını belirlemiştir. Acemoğlu ve ark. (2005) ise Diyarbakır’da erken yaş evlilikleri üzerine yaptıkları çalışmada erken yaşta evlenenlerin yarıya yakınının sosyal güvencesinin olmadığını bulmuştur. İsteyerek düşüklerde sağlık hizmet kullanımı açısından önemli olan bu bulgu, erken yaş evliliklerde istenmeyen gebelik ve düşükler açısından değerlendirildiğinde sosyal güvencenin olmayışının risk faktörü oluşturduğu öngörülmüştür. Karadağ ve ark. (2013) Gaziantep’te yaptıkları çalışmada kadınların tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğunu ve sosyal güvence varlığı ile düşük arasında anlamlı bir farklılık belirleyemediğini bildirmiştir. Bu bulgumuzun literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda sigara içenlerde ve günde 11 ve daha fazla sayıda sigara içenlerde toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük sıklığının yüksek olduğu gözlenmiş, toplam ve isteyerek düşük prevalansında sigara kullanmanın riski anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır. Amerika’da kürtaj olan kadınların iki yıl boyunca tütün kullanımı açısından izlendiği bir araştırmada kadınların kürtaj öncesinde daha düşük düzeyde tütün kullandığı, ancak kürtaj sonrası 1 hafta ile 12-18 ay arası süreçte tütün kullanımının arttığı, bu durumun kadınlarda düşüğün yol açtığı ruhsal sorunlar ile başa çıkmak amacıyla ve düşük sonrası önceki alışkanlıkların tekrarlanması nedeniyle gerçekleştiği bildirilmiştir (Roberts ve Foster 2015). Davranışsal risk faktörü olan sigara kullanımı ile ilgili yürütülen çalışmalarda da isteyerek düşük yapan kadınların daha fazla oranlarda sigara kullandığı saptanmıştır (Gelaye ve ark. 2014; Korjamo ve ark. 2018; Luo ve ark. 2018; Scuhummers ve ark. 2018). Çin’de yürütülen bir araştırmada aktif ve pasif içici kadınların maruz kaldığı sigaradaki kurşun, kadmiyum, nikotin, kotinin gibi ağır metaller ve kimyasallar nedeniyle düşük riskinin arttığı ve kaçırılmış düşüklerde önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır (Zhao ve ark. 2017). Manisa’da 206 gebe yürütülen çalışmada sigara kullananların risk değerlendirme formuna göre düşük riskinin, daha yüksek olduğu bulunmuştur (Söğüt ve Erbay Dünder 2017). Sonucumuzun toplam ve isteyerek düşükler

açısından literatürü desteklediği, kendiliğinden düşükler için farklı olduğu gözlenmiştir. Bu durum araştırma grubunu oluşturan kadınların kullandığı tütün miktarının diğer çalışmalardan farklı olması ve daha genç yaş grubundan oluşması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Obezitenin düşük, infertilite, ovülasyon disfonksiyonu, preeklampsi, preterm doğum ve fetal büyüme bozuklukları gibi çoklu üreme sağlığı sorunları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Marsh ve Hecker 2014). Hahn ve ark. (2014) Danimarka’da gebeler ile yürüttükleri bir çalışmada obezite ($BKI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) ile spontan abortus riski arasında pozitif ilişki belirlemiş, erken gebelik kayıpları için obezitenin güçlü bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir. Yürütülen bazı çalışmalar da ise BKI’nin düşükler açısından belirleyici olmadığı saptanmıştır (Korjamo ve ark. 2018; Ke ve ark. 2018). Özellikle spontan abortuslar için klinik çalışma gerektiren bu bulguda, kesitsel olarak planlanan araştırma tasarımına göre, BKI ile düşük prevalansları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiş, sonucumuzun bu açıdan literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Çalışmamızda ilk evlilik yaşı ortalaması $23,14 \pm 3,90$ belirlenmiş, ilk evlilik yaşının düşükler açısından belirleyici olmadığı gözlenmiştir. Acemoğlu ve ark. (2005) Diyarbakır’da erken yaş evlilikleri üzerine yaptıkları çalışmada erken yaş evliliği olanlarda düşük oranlarını (isteyerek ve kendiliğinden) daha yüksek bulmuştur. Brezilya ve Portekiz’de yapılan farklı çalışmalarda ilk cinsel ilişki yaşı küçük olanlarda düşük prevalansı daha yüksek düzeyde saptanmıştır (Fusco ve ark. 2012; Pereira ve ark. 2017). Konya’da bir hastaneye yasal rahim tahliyesi için başvuran kadınların evlenme yaş ortalaması $19,3 \pm 2,5$ olup, kadınların dörtte birinin 18 yaşından önce evlendiği belirlenmiştir (Kara ve ark. 2014). Yanikkerem ve ark. (2018) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada cinsel deneyimi olan öğrencilerin isteyerek düşüğe karşı destekleyici tutum sergiledikleri belirtilmiştir. Araştırma grubumuzu oluşturan kadınların ilk evlilik yaşı ortalaması makul bir düzeyde olup, adölesan gebeliklerin daha az görülmesi nedeniyle düşükler açısından anlamlı bulunmadığı tahmin edilmiştir.

Araştırmamızda evlilik süresi, evlilik biçimi, evlilik sayısı ve eş ile akrabalık durumu ile düşükler arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir. Flory ve ark. (2014) Guadeloupe’de adölesan gebeler ile yaptıkları çalışmada isteyerek düşük için

başvuranların yaklaşık yarısının partneri ile birlikte yaşadığı ve ilişki sürelerinin en az 1 yıl olduğu belirlenmiştir. Portekiz’de yürütülen bir çalışmada da düşük deneyimi yaşayan gebelerin ortalama ilişki uzunluğu 13 ay olarak saptanmıştır (Pereira ve ark. 2017). TÜİK (Mart 2018a) 2017 yılında gerçekleşen boşanmaların %38,7’sinin evliliğin ilk 5 yılı, %20,7’sinin ise evliliğin 6-10 yılı içinde gerçekleştiğini bildirmiştir. Aktif cinsel yaşamın devam ettiği doğurganlık çağı boyunca tekrarlanan evliklerde yaşanabilen olumsuz deneyimler ve yeter sayıda çocuk sahibi olmanın özellikle isteyerek düşükler açısından prevalansları etkilediği tahmin edilmektedir. Karşılanamayan AP ihtiyacı, AP yöntemlerini kullanmadaki başarısızlık sağlık hizmetlerinin de bu açıdan yetersiz kaldığını göstermektedir (Akıncı ve ark. 2017). Erol ve ark. (2010) İzmir’de yapmış oldukları çalışmada ise istenmeyen gebelik yaşayan kadınların %27,8’i yeni evli olduğu için kürtaj olmayı istediği ve %17,3’ünün akraba evliliği yaptığı belirlenmiştir. Manisa’da 206 gebe yürütülen çalışmada risk değerlendirme formuna göre riskli gebeliklerin akraba evliliği yapanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir (Söğüt ve Erbay Dünder 2017). Diyarbakır’da yürütülen bir araştırmada ise erken yaş evliliklerin yaklaşık yarısının akraba evliliği olduğunu, bu nedenle düşük riskinin fazla gözlendiğini bildirmiştir (Acemoğlu ve ark. 2005). Çalışmamızda kadınların tamamına yakının ilk evliliği olanlardan veya hiç evlenmeyenlerden oluşması, tamamına yakının resmi nikahlı olup ve eşiyile arasında akrabalığı olmayanlardan oluşması ve dörtte üçünün evlilik süresinin 6 yıl ve daha fazla olması nedeniyle düşükler ile bu değişkenler arasında anlamlı bir farklılık belirlenemediği tahmin edilmiştir.

Araştırmamızda eşin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda kadınların toplam ve isteyerek düşük prevanslarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmış; kendiliğinden düşükler açısından belirleyici olmadığı gözlenmiştir. Günyeli ve ark. (2012) Isparta, Ankara ve İstanbul’da yürüttükleri araştırmada aile planlaması hizmeti almak ve kürtaj olmak için başvuran kadınların eşlerinin yaşları karşılaştırdıklarında kürtaj için başvuran kadınların eşlerinin yaşlarının daha büyük olduğu belirlemiştir. Yurtdışında yapılmış bir çalışmada eşin yaşı büyüdükçe isteyerek düşük hızlarının yükseldiği, eşi 20-24 yaş aralığında olanlarda bu oranın %23,9, 30 yaş ve üzerinde %33,2 olduğu bildirilmiştir (Kant ve ark. 2015). Yürütülen bir başka çalışmada da kürtaj yaptırmak isteyen kadınların yaklaşık üçte ikisinin partneri 18 yaşından büyük belirlenmiştir

(Flory ve ark. 2014). Toplumsal cinsiyet rolü içinde ‘evi geçindirme’ rolü toplumumuzda erkeğe verilmiştir. Bu nedenle yeter sayıda çocuğa sahip isteyerek düşük oranlarını etkilediği düşünülmüştür.

Araştırmamızda eşin eğitim durumu ilkokul ve daha düşük düzeyde olan kadınların toplam, kendiliğinden ve isteyerek düşük prevanslarını anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır. Portekiz ve Ballabgarh’ta yürütülen araştırmalarda kürtaj olan kadınların çoğunluğunun eşlerinin eğitim seviyelerinin düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Pereira ve ark. 2017; Kant ve ark. 2015). Ülkemizde yürütülen çalışmalarda da istenmeyen gebelik yaşayan veya isteyerek düşük deneyimi olan kadınların eşlerinin daha fazla oranda ilkokul ve daha düşük düzeyde eğitime sahip oldukları gözlenmiş, ancak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (Ay ve ark. 2012; Erol ve ark. 2010; Günyeli ve ark. 2012; Dereli Yılmaz ve ark. 2010; Ege ve ark. 2011). Bu bulgumuzun, düşüklerin belirleyicileri arasında anlamlı bulunması literatüre katkı sağlamıştır.

Çalışmamızda eşin mesleği ve eşin çalışma durumu ile düşük prevalansları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Eşin mesleği ve çalışma durumu gelir düzeyinin belirleyicisi olduğu için, yüksek refah düzeyine sahip kadınlarda istenmeyen gebelikler ve sonucu olarak isteyerek düşükler daha düşük oranda gözlenmektedir (Omani-Samani ve ark. 2018; Ikamari ve ark. 2013; Yaya ve ark. 2018; Ersoy ve ark. 2015). Yürütülen çalışmalarda eşleri işçi, işsiz veya öğrenci olanlara göre, eşleri yüksek gelir elde edilebilen, beyaz yakalı veya iş yeri sahibi olan kadınların isteyerek düşük prevalansının daha düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir (Jiang ve ark. 2017; Pereira ve ark. 2017; Erol ve ark. 2010; Ege ve ark. 2011). Çalışmamızla benzer şekilde Kluckow ve ark. (2018) Solomon Adası’nda yaptıkları çalışmada eşin çalışma durumu ile istenmeyen gebelik veya düşük arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatürden farklı olan sonucumuzun farklı meslek grupları da olsa, çalışanlar arasında benzer gelir düzeyine sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük gebelikler, iki yıldan sık doğum aralıkları ve dört ve daha fazla sayıda gebelikler bildirilmiştir (Akın ve Bahar Özvarış 2012 ss 242-252). Araştırmamızda toplam gebelik sayısı arttıkça toplam düşük, kendiliğinden ve isteyerek düşük

prevalanslarının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir. Budak ve ark. (2015) Diyarbakır'da isteyerek düşük yapan kadınların kürtaj nedenleri arasında parite sayısının beş olması ve başka çocuk sahibi olmak istememesi gösterilmiştir. Albayrak ve Çatiker'in Karaköy'de yaptıkları çalışmada ilk gebelikte düşük sayısı %11,9 iken dördüncü gebelikte bu oranın %90'a yükseldiğini belirlemiştir (Albayrak ve Çatiker 2011). Literatürde yürütülen diğer çalışmalarda gebelik sayısı üç ve daha fazla olan kadınların spontan ve indüklenmiş düşük oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, gebelik riskini anlamlı olarak arttırdığı bildirilmiştir (Fan ve ark. 2018; Ke ve ark. 2018; Söğüt ve Erbay Dünder 2017). Kant ve ark. (2015) Ballabgarh'ta yaptıkları çalışmada doğum sayısı 4 ve üzeri olanlarda isteyerek düşük oranı %8,2 iken doğum sayısı bir olanlarda bu oranın %2,1'e gerilediği saptanmıştır. Maina ve ark. (2015) Çin'de yaptıkları araştırmada 1-2 canlı doğumu olan kadınlarda düşük yapma riski hiç canlı doğum yapmamış kadınlara göre 2 kat yüksek bulunmuştur. Yurt dışında ve ülkemizde yürütülen çalışmalarda da doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının artışlarında düşük oranlarının ve risklerinin arttığı bildirilmiştir (Yıkılkan ve ark. 2011; Budak ve ark. 2015; Dikmen ve ark. 2015; Kant ve ark. 2015; Ngo ve ark. 2014; Ruiz-Ramos ve ark. 2012; Ilboudo ve ark. 2014). Çalışma sonucumuzla benzer şekilde Dereli Yılmaz ve ark. (2010) Konya'da yaptığı çalışmada toplam doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısının düşükler açısından belirleyici olmadığını saptamıştır. Literatürden farklı olarak elde ettiğimiz bu bulgunun toplam doğum ve yaşayan çocuk sayısına göre gebelik sayısının daha fazla olması ile ilişkilendirilmiş ve örneğimizdeki sonuçları etkilediği düşünülmüştür. Ayrıca bu durum ideal çocuk sayısı ile de ilişkilidir ve nitekim düşüklerle arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Araştırmamızda yaşayan çocuk sayısı ortalaması $1,78 \pm 0,76$ olup, ideal çocuk sayısı ortalaması $2,16 \pm 0,69$ olarak belirlenmiştir. Türkiye'de TNSA 2013 çalışmalarına baktığımızda 15-49 yaş grubu kadınlarda ideal çocuk sayısı Güneydoğu Anadolu Bölgesi 3,4 ile ilk sırada yer alırken, Trakya'yı içine alan Batı Marmara Bölgesi 2,2 çocuk ile en az çocuk isteyen bölge olarak saptanmıştır (HÜNEE 2013). Spontan abortustar açısından belirleyici olmayan ideal çocuk sayısı değişkeni (Günyeli ve ark. 2012), isteyerek düşükler açısından riski anlamlı olarak arttırdığı saptanmıştır (Fusco ve ark. 2012). İzmir'de yürütülen bir araştırmada yaklaşık her beş kadından ikisinin ideal çocuk sayısına sahip olduğu için kürtaj olmak istediği bildirilmiştir (Erol ve ark. 2010).

Sonucumuzun literatürle uyumlu olduğu ve araştırma grubumuzu oluşturan kadınların henüz ideal çocuk sayısı hedefine ulaşmadığından dolayı sonuçlarımızın etkilendiği tahmin edilmiştir.

Araştırmamızda doğum aralıkları ile düşükler arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Konya’da bir hastaneye rahim tahliyesi yaptıranlardan iki gebelik arası süresi anlamlı olarak daha düşük belirlenmiştir (Kara ve ark. 2014). Yürütülen diğer çalışmalarda da doğum aralığını uzatmak amacıyla kürtaja başvurulduğu belirlenmiştir (Ay ve ark. 2012; Maina ve ark. 2015; Budak ve ark. 2015; Ushie ve ark. 2008). Literatürden farklı çıkan sonucumuzun nedeni grubumuzdaki kadınların yaklaşık dörtte üçünün 3 yıl ve daha fazla doğum aralığına sahip olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda beşte biri kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade etmiş, bu bilgiye sahip olanların düşük riski anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Souza ve ark. (2014) Brezilya’da yaptıkları çalışmada isteyerek düşük yapan kadınların yarısının etkili olmayan ya da düşük etkili aile planlaması yöntemi kullandığı, çocuk sahibi olmak istemediği halde yaklaşık beşte birinin hiçbir kontraseptif yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Ilboudo ve ark. (2018) Burkina Faso’da yaptıkları çalışmada ise isteyerek düşük yapan kadınların %68’inin daha önce düşük deneyimi olduğu ve %80’inin aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirlenmiştir. Konya’da bir hastaneye kürtaj için başvuran kadınların %7,7’si kürtajı aile planlaması yöntemi olarak gördüğü ve bu grupta kadınlarda üst üste birden fazla kürtaj yaptırma sıklığının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Kara ve ark. 2014). Bu durum bir açıyla kadınların kürtajı bir aile planlaması yöntemi olarak algılamasından kaynaklandığı, tekrarlayan isteyerek düşük sıklıklarının yüksek olması ise sonucu desteklediğini göstermektedir. Diğer açıdan değerlendirildiğinde tekrarlayan kürtajlar hizmete erişenlerden, hiç yaptırmayanların ise hizmeti erişemeyenlerden oluşabileceğini düşündürmektedir. Ancak göz ardı edilmeyecek konu ise en az bir kez isteyerek düşük deneyimi yaşayan kadının iki ve daha fazla sayıda kürtaja başvuruyor olması aile planlaması bilgi düzeyinin yetersiz, hatalı olduğunu da düşündürmektedir. Olumsuz olan bu sonucumuzun yine de literatür ile uyumlu olduğu anlaşılmıştır.

Çalışmamızda kadınların yarısından fazlası kürtajın ülkemizde yasal olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Ancak yasal olduğunu bilenlerde düşük prevalanslarının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bilgi sahibi olan kadınlar en fazla gebeliğin 10. haftasına kadar izin verildiğini (%48,6), gebelik anne hayatını tehdit ettiği durumlarda (%50,2), fetal nedenlerle (%46,9) ve tecavüz/ ensest durumlarında (%37,3) kürtaja izin verildiğini bildiği belirlenmiştir. Ankara’da bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş üstü kişilerin katılımcıların %43,7’si isteyerek düşüğe yasal sınırı bildiği belirlenmiş, bunların %59,7’si sınırın 10 hafta olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcılar bebekte sakatlık söz konusuysa izin verildiğini (%14,7) ancak tecavüz sonucu oluşan gebelikte isteyerek düşük yapılamayacağını ifade etmiştir (Dikmen ve ark. 2015). İzmir yürütülen bir araştırmada kadınların yarısının 10 hafta ve altı gebeliklerin yasal olarak sonlandırılabilceğini bilmediğini belirtilmiştir (Varol ve ark. 2015). Hemşirelik öğrencileri ile yürütülen bir çalışmada katılımcıların %81,8’i kürtajın Türkiye’de ilk 10 hafta için yasal olduğunu bilmiştir (Yanikkerem ve ark. 2018). Bir üniversite hastanesinde yürütülen araştırmada katılımcıların yalnızca yaklaşık beşte biri kürtajı doğal bir hak olarak gördüğü, üçte ikisi sağlık açısından tehlikeli olması durumunda onayladığı, %13,6’sı ise hiç bir koşulda kesinlikle izin verilmemesini istediği saptanmıştır (Çakmak ve ark. 2015). Gebeliğin ilk 10-12 haftasında isteyerek düşük, üreme haklarının bir parçası olarak kabul edilmekte, istenmeyen gebeliklerin azaltılması yoluyla isteyerek düşüklere önüne geçilmesi, kadın sağlığı açısından önemli bir kazanım olarak görülmektedir (HÜNEE 2013). İstenmeyen gebelikler gibi düşüklere de bilgi düzeylerinin belirleyici olduğu gözlenmiştir. Kürtajın yasal olduğunu bilenlerin, kürtajı aile planlaması yöntemi olarak kullanıyor olması nedenlerden biri olabileceği gibi, bilgisi olmayan kadınların hizmete erişememesi nedeniyle bu hizmetten yararlanamayan kişiler olduğunu da akla getirmektedir. Bu anlamda araştırma tüm topluma doğru bilginin ve alternatiflerin aktarılması başta kadın ve çocuk sağlığı olmak üzere toplum sağlığı açısından önem kazanmaktadır.

Araştırma sırasında kadınların %41,5’i modern yöntem olmak üzere, %52,7’si herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Modern yöntemler arasında ilk üç sırada kondom, RİA ve tüp ligasyon gelmektedir. Kadınların geleneksel yöntemler içinde ilk tercih ettiği geri çekmedir. Dünyada genelinde 2017 yılında evli ya da

partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %58, geleneksel yöntem kullanımı %5 olarak belirlenmiştir (UN 2017). TNSA 2013 verilerine göre araştırma esnasında kadınların %47'si modern, %26'sı geleneksel yöntem kullanmaktadır. Kullanılan modern yöntemler arasında sırasıyla; RİA, kondom ve tüp ligasyon, en yaygın kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekmedir (HÜNEE 2013). Karabük'te bu sıralama kondom, tüp ligasyon, RİA olarak belirlenmiş, geri çekmenin en yaygın yöntem olduğu saptanmıştır (Karaçalı ve ark. 2017). İzmir'de Varol ve ark. (2015) bu sıralamayı kondom, RİA, hap olarak; Yücel ve ark. (2014) RİA, hap, geri çekme ve kondom olarak belirlemiştir. Güneydoğu Anadolu'da yapılan çalışmada geri çekme, tüp ligasyonu, RİA, kondom ve hap sırasıyla en fazla kullanılan yöntemlerdir (Şimşek ve ark. 2015). Bizim çalışmamızda modern yöntemler arasında kondomun ilk sırada gelmesini yan etkisinin olmayışı, bırakıldığı an fertilizasyonun geri dönmesi gibi avantajlarına, RİA'nın oldukça etkili ve koruyuculuğunun uzun oluşuna, tüp ligasyonunu ise artık çocuk istemeyen çiftler için geri dönüşümsüz bir yöntem oluşuna ve hayat boyu başka bir yöntem kullanmasına gerek kalmıyor olmasına bağlayabiliriz. Geleneksel yöntemler arasında geri çekmenin en tercih edilen yöntem olmasını ise toplumumuzda en sık tercih edilen yöntem olmasına bundan dolayı kişilerin birbirinden etkilenmesine bağlayabiliriz.

Çalışmamızda kadınlara gelecekte kullanmayı düşündükleri aile planlaması yöntemleri sorulduğunda %89,2'si modern, %9,4'ü geleneksel yöntem tercih edeceğini bildirmiştir. Dünyada genelinde 2017 yılında evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %58, geleneksel yöntem kullanımı %5 olarak belirlenmiştir. Günümüzde %63 düzeyinde olan bu oranın 2000 yılından beri %2 oranında arttığı, 2030 yılında ise yine aynı oranda artış göstereceği tahmin edilmiştir. Dünya bölgelerine göre 2017 yılında yapılan değerlendirmede evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda kontraseptif prevalansının %36-%75 arasında değiştiği, modern yöntem kullanım oranlarının %70-%32, geleneksel yöntem kullanım oranlarının ise %3-%8 arasında olduğu bildirilmiştir. 2000'lerde evli ya da partneriyle yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanımı %20-%70 arasında olup, yaklaşık son 20 yılda sadece %3 oranında artış, geleneksel yöntem kullanımında (%3-%15) ise sadece %1 oranında azalma sağlanmıştır (UN 2017). TNSA 2013'e göre kadınların evli kadınların %45'i gelecekte kontraseptif yöntem kullanmayı

düşünmediği, %5'i ise yöntem kullanma veya zamanlama konusunda kararsız olduklarını ifade etmiştir. Araştırma tarihinde yöntem kullanmayı düşünenlerin ise %26'sı 12 ay içerisinde, %21'i ise gelecekte herhangi bir zamanda yöntem kullanmayı düşündüklerini belirtmiştir. 12 ay içerisinde yöntem kullanmayı düşünenlerin çocuk sayısı daha sonra yöntem kullanmayı düşünenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Gelecekte kullanılmayı düşünen yöntem ise ilk sırada RİA, ikinci sırada kondom gelmektedir (HÜNEE 2013). Yürütülen bir çalışmada istenmeyen gebelik sonrası kürtaj için başvuran adölesanların beşte dördü kürtaj sonrası modern yöntemler ile korunmaya karar vermiştir (Özelçi ve ark. 2017). Ankara'da yürütülen çalışmada ise kadınların beşte ikisi istenmeyen gebeliği öncesinde geri çekme ile korunurken, kürtaj sonrası sırasıyla en fazla RİA ve hap, tercih etmiştir (Yıkılkan ve ark. 2012). Kadınların gelecekte modern yöntemler ile kullanmaya karar vermesi istenmeyen gebeliklerin tekrarlanma olasılığını azaltacaktır. Fakat iyi bir aile planlaması danışmanlığı ile istenmeyen gebelikler yaşanmadan modern yöntemlere yönlendirme sağlanırsa isteyerek düşüklerin prevalansı önemli ölçüde azalacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kırklareli ili Pınarhisar İlçesi'nde bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu 311 kadın üzerinde yürüttüğümüz çalışmada istenmeyen gebelikler ve düşükler (toplam, kendiliğinden ve isteyerek) ile ilgili sonuçlar iki başlık halinde aşağıda sunulmuştur:

6.1. İstenmeyen gebelikler

- Araştırma grubunun istenmeyen gebelik prevalansı %14,8'dir.
- İstenmeyen gebeliğin hemen öncesinde kadınların üçte birinden fazlası modern yöntem kullanmaktadır ve istenmeyen gebeliklerin tamamına yakını aile planlaması yöntem başarısızlığı sonucu gerçekleşmiştir.
- Kadınlar en fazla duygusal nedenler, dini inanç ve eş isteği nedenleriyle istemeyen gebeliği devam ettirmektedir.
- İstenmeyen gebeliklerin yarıya yakını istenmeyen doğumlar, yarıdan fazlası düşükler ve %2,2'si ölü doğum ile sonuçlanmıştır.
- İstenmeyen gebelik prevalansları 35 ve daha büyük yaşlarda, eğitim düzeyi ilkokul ve altında olanlarda, bekar olmayanlarda, evde yaşayan kişi sayısı 5 ve daha fazla olanlarda, gelirini kötü algılayanlarda, sigara içenlerde, iki ve daha fazla evlilik yapanlarda, eşinin eğitimi ilkokul ve daha alt düzeyde olanlarda, toplam gebelik, toplam doğum ve yaşayan çocuk sayısı 3 ve daha fazla olanlarda, düşük deneyimi (toplam) olanlarda, isteyerek düşük deneyimi olanlarda, kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir yöntem olduğunu ifade edenlerde, korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği bir yöntem bilenlerde ve Türkiye'de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde yüksek sptanmıştır.
- İstenmeyen gebelik riski yaşın her bir yıl artışında 1,1 kat, her bir gebelik artışında 2,5 kat, eğitim durumu üniversite mezunlarına göre ortaokul düzeyinde eğitimi olanlarda 2,5 kat, ilkokul ve daha alt düzeyde olanlarda 3,2 kat, düşük deneyimi (toplam) olan kadınlarda 7,5 kat, isteyerek düşük deneyimi olan kadınlarda 25,5 kat, korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen

uygulayabileceği bir yöntem bilenlerde 2,6 kat, Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde 2,9 kat artmaktadır.

6.2. Düşükler

- Araştırma grubunda düşük prevalansı %22,2’dir. Bunların %12,2’si kendiliğinden, %10,9’u isteyerek gerçekleştirmiştir.
- Kadınlar en fazla kendisinin ve bebeğin tıbbi sağlık sorunları nedeniyle düşük yaptığını ifade etmiştir.
- Düşük prevalansı 35 ve daha büyük yaşlarda, eğitim düzeyi ilkökul ve altında olanlarda, bekar olmayanlarda, evde yaşayan kişi sayısı 5 ve daha fazla olanlarda, gelirini kötü algılayanlarda, sigara içenlerde, iki ve daha fazla evlilik yapanlarda, eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda, eşinin eğitimi ilkökul ve daha alt düzeyde olanlarda, toplam gebelik sayısı 3 ve daha fazla olanlarda, kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade edenlerde ve Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Düşük riski (toplam) gelirini iyi düzeyde algılayanlara göre kötü düzeyde algılayanlarda 28,6 kat, eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda 2,9 kat, eşinin eğitimi ilkökul ve daha alt düzeyde olanlarda 3,4 kat, sigara içenlerde 1,9 kat, kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade edenlerde 2,4 kat yüksektir.
- Kendiliğinden düşük prevalansı medeni durumu bekar olmayanlarda, gelirini kötü algılayanlarda, iki ve daha fazla evlilik yapanlarda, eşinin eğitimi ilkökul ve daha alt düzeyde olanlarda, toplam gebelik sayısı 3 ve daha fazla olanlarda anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir. Bilgi düzeylerinin kendiliğinden düşükler için belirleyici olmadığı saptanmıştır.
- Kendiliğinden düşük riski üniversite mezunu olanlara göre lise mezunu olanlarda 6,6 kat, gelirini iyi düzeyde algılayanlara göre kötü düzeyde algılayanlarda 10,4 kat, her bir gebelik artışında 2,2 kat artmaktadır.
- İsteyerek düşük prevalansı 35 ve daha büyük yaşlarda, eğitim düzeyi ilkökul ve altında olanlarda, bekar olmayanlarda, gelirini kötü algılayanlarda, sigara içenlerde, iki ve daha fazla evlilik yapanlarda, 17 ve daha küçük yaşlarda evlenenlerde, eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda, toplam gebelik sayısı 3

ve daha fazla olanlarda anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir. İsteyerek düşük prevalansı kürtajın istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir yöntem olduğunu ifade edenlerde ve Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilenlerde anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

- İsteyerek düşük riski gelirini iyi düzeyde algılayanlara göre kötü düzeyde algılayanlarda 28,6 kat, eşinin yaşı 35 ve daha büyük olanlarda 2,9 kat, eşi ortaokul ve üzerinde eğitilmişlere göre ilkokul ve daha alt düzeyde olanlarda 3,4 kat yüksektir.
 - Düşük sonrası kadınların yarısı ilk olarak modern aile planlaması yöntemi kullanmakta, bunlardan en fazla kondom ve hap tercih edilmektedir. Ancak beşte ikisi yöntem kullanmayı tercih etmemektedir.
- Araştırma sırasında kadınların her beş kadından ikisi modern yöntem olmak üzere, yarıdan fazlası herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Modern yöntemler arasında ilk sıralarda kondom, RİA ve tüp ligasyon gelmektedir.
 - Kadınların geleneksel yöntemler içinde ilk tercih ettiği geri çekmedir.
 - Gelecekte her on kadından dokuzu modern yöntemleri, biri ise geleneksel yöntemleri tercih edeceğini bildirmiştir.
 - Kadınların beşte biri kürtajın, yarısı ertesi gün hapının istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullanılan bir aile planlaması yöntemi olduğunu ifade etmiştir.
 - Katılımcıların yaklaşık yarısı ertesi gün hapı olmak üzere, yarıdan fazlası korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceği bir yöntem bilmektedir.
 - Kadınların yarıya yakını Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilmektedir.
 - Kadınların yaklaşık yarısı gebeliğin 10. haftasına kadar, gebelik anne hayatını tehdit ettiğinde ve fetal nedenlerle kürtaja izin verildiğini bilmektedir.
 - Yaklaşık her on kadından biri kürtaja hiçbir koşulda izin verilmesini istemediğini ifade etmiştir.

ÖNERİLER

- Toplum istenmeyen gebelikler ve düşükler (kendiliğinden ve isteyerek) ve olası sağlık riskleri konusunda doğru şekilde bilgilendirilmelidir.
- Kadınların ve eşlerinin sağlık hizmeti için başvuruları bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve gerekli eğitimler verilmelidir.
- İstenmeyen gebelikler ve düşüklerde sosyo-kültürel belirleyiciler açısından dezavantajlı gruplar aile planlaması hizmetlerinde önceliklendirilmelidir.
- Aile planlaması eğitimlerinin daha kapsayıcı ve daha etkili bir şekilde verilmesi sağlanmalıdır.
- Modern aile planlaması yöntemi kullanmayanların altında yatan nedenler belirlenmeli ve nedene yönelik stratejiler geliştirilmelidir.
- Korunmasız cinsel ilişkiden sonra kullanabilecek yöntemler konusunda (acil kontrasepsiyon vb.) kadınlar daha fazla bilgilendirilmelidir.
- Kürtajın bir aile planlaması yöntemi olmadığı vurgulanmalı, eğitimlerle toplumdaki bu yanlış algının önüne geçilmelidir.
- Türkiye’de kürtajın yasal olduğu bilgisi öğretilmeli, isteyerek düşüğün yasal süre sınırları vurgulanmalıdır.
- Üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimlerine erkeklerin katılımı arttırılmalıdır.
- Yaşam boyu üreme sağlığı yaklaşımı benimsenerek ilköğretimden itibaren üreme sağlığı eğitimleri vermeye başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Abiodun, O. (2016). Use of Emergency Contraception in Nigeria: An Exploration of Related Factors among Sexually Active Female University Students. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 14-20.

Acemoğlu, H., Ceylan A., Saka, G. ve Ertem, M. (2005). Diyarbakır'da erken yaş evlilikleri. *Aile ve Toplum*, 2(9), 115-120.

Adalı, T., Çavlin, A. ve Berктаş, E. (2015). *İsteyerek ve Kendiliğinden Düşüklerin Yaygınlığı ve Düşükleri Etkileyen Faktörler*. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 İleri Analiz çalışması içinden Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, ss. 139-223.

Adhikari, R. (2016). Knowledge on Legislation of Abortion and Experience of Abortion among Female Youth in Nepal: A Cross Sectional Study. *Reproductive Health*, 13(48), 1-9.

Albayrak, S. ve Çatıker, A. (2011). Karaköy Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Cinsel Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1), 30-34.

Alkema, L., Kantorova, V., Menozzi, C. ve Biddlecom, A. (2013). National, Regional, and Global Rates and Trends in Contraceptive Prevalence and Unmet Need for Family Planning between 1990 and 2015: a Systematic and Comprehensive Analysis. *Lancet*, 381: 1642–52.

Akdağ, C. (2014) *Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Akdeniz Erken, A. ve Günay, O. (2015). *Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss. 1038.

Akın, A. (2012). Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*; 10(1), 43-60.

Akın, A. ve Bahar Özvarış, Ş. (2012). *İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler*. Halk sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, ss. 272-281.

Akın A. ve Bahar Özvarış Ş. (2012). *Anne Ölümleri*. Halk sağlığı Temel Bilgiler 1. Cilt, Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, ss. 242-52.

Akıncı, G.E., Gökkaya Kılıç, Z., Kolaylı, C.C., Özdemir, C., Uz, K., Çağatay Seçkiner, P. ve ark. (2017). *Türkiye’de Karşılanmamış Aile Planlaması İhtiyacı Ve Etkileyen Faktörler*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.209.

Aksu, H., Kucuk, M., Karaoz, B. ve Ogurlu, N. (2010). Knowledge and Attitudes of Health Care Providers Working in Primary Health Care Units Concerning Emergency Contraception. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 70(3), 179-185.

Aktoprak M. (2012). *Evli Kadınlar ve Eşlerinin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Apay Ejder, S., Özdemir, F., Özorhan, E.Y. ve Sakar, T. (2015). Erzurum’daki Kadınların Gebelik Sayısına ve Aralığına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1-2-3, 45-64.

Arambepola, C., and Rajapaksa, L. (2014). Decision Making on Unsafe Abortions in Sri Lanka: a case-control study. *Reproductive Health*, 11(91), 1-8.

Arambepola, C., Rajapaksa, L.C., Attygalle, D. and Moonasinghe, L. (2016). Relationship Of Family Formation Characteristics With Unsafe Abortion: Is It Confounded By Women’s Socio-Economic Status? - A Case–Control Study From Sri Lanka. *Reproductive Health*, 13(75), 1-9.

Aşut, Ö., Özenli, Ö., Gür, G., Deliceo, E., Çağın, B., Korun, O. ve ark. (2017). *Uluslararası Bir Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Davranışları*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss. 286.

Atay, H. (2017). Kürtaj Yasasının Arkeolojisi: Türkiye’de Kürtaj Düzenlemeleri, Edimleri Kısıtları ve Mücadele Alanları, *Feminist Eleştiri Dergisi*, 9, 21-26.

Ay, S., Yanıkerem, E. & Mutlu, S. (2012). İstenmeyen Gebelik Yaşayan Kadınların Özellikleri ve Kontraseptif Yöntemleri Bırakma Nedenleri: Kırsal Alan Örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 315-324.

Aydın, D. (2013). Adölesan Gebelik Ve Adölesan Annelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(4): 250-4.

Banerjee, S.K., Kumar, R., Warvadekar, J., Manning, V. and Andersen, K.L. (2017). An exploration of the socio-economic profile of women and costs of receiving abortion services at public health facilities of Madhya Pradesh, India. *BMC Health Services Research*, 17:223, 1-11.

Bankole, A., Adewole, I.F., Hussain, R., Awolude, O., Singh, S., and Akinyemi, J.O. (2015). The Incidence of Abortion in Nigeria. *Int Perspect Sex Reprod Health*, 41(4), 170–181.

Basan, N.M., Öztürk, B., Kara, G.H., Porhan, G., Acar, A., Özbilgiç, T. ve ark. (2015). *Bir Üniversitede Çalışan Kadın İdari Personelin Doğum Şekillerine İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss. 1012-13.

Becker D., Olavarrieta-Diaz C., Juarez C., Garcia S.G., Smith P.S., and Harper C.C. (2011). Sociodemographic Factors Associated With Obstacles To Abortion Care: Findings From A Survey Of Abortion Patients In Mexico City. *Women’s Health* 21(3), 16-20.

Bellizzi, S., Sobel, H.L., Obara, H. and Temmerman, M. (2015). Underuse of Modern Methods of Contraception: Underlying Causes and Consequent Undesired Pregnancies in 35 Low- and Middle-Income Countries. *Human Reproduction*, 30(4): 973–86.

Berry-Bibee, E.N., Kim M.J., Tepper N.K., Riley H.E.M., Curtis K.M. (2016) Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception* 94(6), 668-677.

Bhilwar, M., Lal, P., Sharma,N., Bhalla, P., and Kumar, R. (2017). Prevalence of Induced Abortions and Contraceptive Use among Married Women in an Urban Slum of Delhi, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 29–32.

Bilge, Y. E. (2015). *Erzurum İl Merkezi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler*. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum.

Bilgili, N. A., Akın A. ve Bahar Özvarış, Ş. (2012). *Kontrasepsiyon*. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1.Cilt Kadın Sağlığı / Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, ss. 299-336.

Blake, M.T. Drezett, J., Machi, G.S., Pereira, V.X., Raimundo, R.D., Oliveira, F.R. et al. (2014). Factors associated to late-term abortion after rape: literature review. *Sociedade Brasileira de Reprodução Humana*, 29(2): 60–65.

Bostancı, M.S. (2011). Doğu Anadolu Bölgesindeki Bir İlçede Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemleri İçin Bilgi Kaynakları ve İstenmeyen Gebeliklerle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(2), 202-207.

Briozzo, L., Vidiella G., Rodriguez, F., Gorgoroso M., Faundes, A., and Pons, J.E. (2006). A Risk Reduction Strategy To Prevent Maternal Deaths Associated With Unsafe Abortion. *Internal Journal of Gynecol and Obstetrics*, 95, 221-226.

Budak, M.Ş., Toğrul, C., Balsak, D., Sakar, M.N., Tahaoğlu, A.E. Akgöl, S. ve ark. (2015). İsteğe Bağlı Küretaj Olan Kadınların Kontrasepsiyon Yöntemleri ve

Küretaj Nedenleri Açısından Değerlendirilmesi. *Jinokoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 12(3), 106-109.

Cangöl S. (2010). *Lalapaşa Merkez İlçe 'de Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Üreme Sağlığı Durumları*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Centers for Diseases Control and Prevention (CDC) (2015). *Unintended Pregnancy Prevention*. Erişim: 11.06.2018, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/index.htm>

Cerit, Ç. ve Muhacir, S. (2015). *Kırklareli İlinde Aile Planlaması Hizmet İçi Eğitim Çalışmalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi*, 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss.1024.

Center for Reproductive Rights (CRR) (2018) The World's Abortion Laws 2018. Erişim: 13.06.2018, <http://worldabortionlaws.com/map/>

Çakmak B., Metin F.Z., Özsoy A.Z. ve Yılmaz Doğru H. (2015). Kadınların İsteğe Bağlı Kürtaja Bakışları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 7(1), 31-35

Çavlin Bozbeyoğlu A. (2011) Doğurganlık Kontrolünde Rasyonelliğin Sınırları: Türkiye Kürtaj ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı. *Feminist Eleştiri Dergisi* 3(1), 24-37.

Çavlin A., Tezcan S. ve Ergöçmen B. (2012). Kadınların Bakış Açısından Kürtaj. *Nüfusbilim Dergisi*, 34, 51-67.

Çayan A. (2009) 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi*, Aydın.

Çelikalp Ü. ve Yorulmaz F. (2016). Hemşirelerin yaşadıkları Spontan Abortusun Nedenlerine İlişkin Düşüncelerin Kalitatif İncelenmesi, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 36(3), 154-161.

Çelikalp Ü. ve Yorulmaz F. (2018). Gebe Sağlık Çalışanlarının Mesleki Riskleri Ve Koruyucu Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 244-252.

Çoban F. (2015). Bir İnsan Hakkı Olarak Güvenli Kürtaja Erişim. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2, 79-112.

Çokar M. (2008) *Kürtaj*. İstanbul, Türkiye: Babil Yayınları.

Çınar N. ve Hıra S. (2017). Adölesan Annelik. *Journal of Human Rhythm*, 3(1), 15-19.

Dankwah, E., Steeves, M., Ramsay, D., Feng, C., and Farag, M. (2018). The Relationship between Sociodemographic Factors and Reporting Having Terminated a Pregnancy among Ghanaian Women: a Population-Based Study. *International Health*, ihy035, <http://doi.org/10.1093/inthealth/ihy035>

Dasıkan Z., Taşçı N. ve Karaca T. (2013). The Information and Applications of The Married Women Living in Odemis Relating to Medical and Traditional Emergency Contraception. *Journal of Turkish Society Obstetrics and Gynecology*, 10(2), 90-106.

Dereli Yılmaz, S., Ege E., Akın B. ve Çelik Ç. (2010). 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 18(3): 156-163.

Desdicioğlu K. ve Malas M.A. (2006). Fetal Büyümeye Etki Eden Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 13(2). 47-54.

Dikmen, AU., Medeni, V., Medeni, İ., Aycan, S. (2015). *Ankara'daki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların İsteyerek Düşüğe Dair Bilgi Ve Tutumları*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss. 978-9.

Doğaner G, Bilgiç D, Doğaner A, Umut ÜF, Kürk H, Çelik E. (2011). 15-49 Yaş Kadınların Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 4(4), 159-164.

Doğru Yılmaz H., Oktay G., İşgüder Kunt Ç., Özsoy A.Z., Çakmak B., Delibaş İ.B. et al. (2016). Yaş Gruplarına Göre Kadınların Aile Planlamasına Bakışları ve Seçtikleri Yöntemlerin Değerlendirilmesi: Tersiyer Tek Merkez Deneyimi. *Dicle Tıp Dergisi* 43(3), 413-418.

Dölen, İ. (2012). Kürtaj Gerçeği-Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) Görüşü. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10, 75-82.

Dönmez A., Özkan Çoban A. ve Çitil Canbay F. (2016). İstenmeyen Gebelik ve Güvenli Olmayan Düşüklerin Çözümünde Ebenin Rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5): 450-457.

Durukan, E., Bilgin Yanık, F. ve Akın, A. (2015). Güvenli Olmayan Düşükler ve Türkiye’de Durum; Tarihsel Süreçte İzlenen Politikalar ve Etkileri İle İlgili Yorum. *Sağlık ve Toplum*, 25(10): 35-47.

Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Kal, H.E., Bıçakçı, H. (2011). Kürtaj Polikliniğine Başvuran Kadınların Acil Kontrasepsiyon Bilgi ve Uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi*; 21(1), 5-10.

Eliason S., Baiden F., Yankay, B.A. and Awusabo-Asare, K. (2014). Determinants of unintended pregnancies in rural Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 261.

Esmer, Y. (2011) *Kürtaj konusunda Türk ve Avrupa Kamuoyu 1990-2011*. Araştırma notu 12/133.

Erfani A. and Hosseini H.&Nojomi M. (2018). Unintended Pregnancies in Hamedan, Iran : Levels and Determinants. *Women&Health*, DOI:10.108003630242.2018.1478360

Erol N., Durusoy R., Ergin I. Döner B. ve Çiçeklioğlu M. (2010). Unintended Pregnancy and Prenatal Care : a Study from a Maternity Hospital in Turkey. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 15(4), 290-300.

Ersoy E., Karasu Y., Yaşar Çelik E., Ersoy A.Ö., Tokmak A. ve Taşçı Y. (2015). Gebeliği Plansız Olan Kadınların Kişisel Özellikleri ve Kontrasepsiyon

Hakkındaki Düşünceleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 250-255.

Eryılmaz N. (2014). *Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Aile Planlaması Konusundaki Tutumları ve İlişkili Faktörler*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.

Fan, X., Wang, W., Liu, R., Dang, S. and Kang, Y. (2014). Epidemiological Features and Risk Factors of Spontaneous Abortion Among Rural Tibetan Women at Childbearing Age. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 35(4), 401-5.

Finer, L.B. and Zolna, M.R. (2011). Unintended Pregnancy in The United States Incidence and Disparities. *Contraception*, 84, 478-485.

Finer, L.B. and Zolna, M.R. (2016). Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *The New England Journal of Medicine*, 374, 843-852.

Flory, F., Manouana, M., Janky, E., and Kadhel, P. (2014). Sociodemographic and Medical Features of Abortion Among Underage People in Guadeloupe (French West Indies) (*Gynecologie Obstetrique & Fertilité*, 42, 240-245.

Fusco, L.B.C., Silva, R.S., Andreoni, S. (2012). Unsafe Abortion: Social Determinants and Health Inequities in a Vulnerable Population Sao Paulo, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 28(4), 709-719.

Fawcus, S.R. (2008). Maternal Mortality and Unsafe Abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 22(3): 533-48.

Gelaye, A.A., Taye, K.N., and Mekonen, T. (2014). Magnitude and Risk Factors of Abortion Among Regular Female Students in Wolaita Sodo University, Ethiopia. *BMC Women's Health* 14, 50.

Gezginç, K. ve Dalkılıç, E.U. (2011). Jinekolojik Acillere Yaklaşım, *Journal of Academic Emergency Management*, 10(3), 171-174.

Goenee, M.S., Donker, G.A., Picavet, C., and Wijssen, C. (2014). Decision-making Concerning Unwanted Pregnancy in General Practice. *Family Practice*, 31(5): 564–70.

González-Rábago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L.N., and Martín, U. (2017). the Role of Birthplace and Educational Attainment on Induced Abortion Inequalities. *BMC Public Health*, 17(69), 1-7.

Goulard H., Moreau C., Gilbert F., Job-Spira N., Bajos N. and the Group C. (2006). Contraceptive Failures and Determinants of Emergency Contraception Use. *Contraception*, 74, 208-213.

Göçgeldi E. (2009). Üreme Sağlığına Erkeklerin Katılımının Arttırılması: Türk Silahlı Kuvvetleri Üreme Sağlığı Programı. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı: 55-59, Ankara.

Gökgöl, T., (2012) İsteyerek Düşük Olgusuna Global Açıdan Bakış: Yasalar ve Deneyimler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*;10(1), 1-9.

Gücük, S., Alkan, S., Arıca, S. ve Cansever, Z. (2012). Van İli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne Başvuran Kadınların Beklenmeyen Gebelikleri İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), 29-34.

Gunyeli I., Abike F., Bingol B., and Ornek, T. (2012). Contraceptive Counseling in Turkey after Induced Abortion. *International Journal of Gynecol and Obstetrics* 119, 174-177.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2013) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Hahn, K.A., Hatch, E.E., Rothman, K.J., Mikkelsen, E.M., Brogly, S.B., Sørensen, H.T., et al. (2014). Body Size and Risk of Spontaneous Abortion among Danish Pregnancy Planners. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 28(5), 412-23.

Hagos, G., Tura, G., Kahsay, G., Haile, K., Grum, T., and Araya T. (2018). Family Planning Utilization and Factors Associated among Women Receiving Abortion Services in Health Facilities of Central Zone Towns of Tigray, Northern Ethiopia: A Cross Sectional Study. *Bio Med Central Women's Health*, 18, 83-91.

Hall J.A., Barrett G., Phiri T., Copas A., Malata A. ve Stephenson J. (2016). Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi; using a conceptual hierarchy to inform analysis. *Plos One*, 11(10), 1-22.

Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., and Rankin, J. (2018). Perinatal Health Outcomes and Care Among Asylum Seekers and Refugees: a Systematic Review of Systematic Reviews. *BMC Medicine*, 16(89): 1-25.

Hosseini-Chavoshi, M., Abbasi-Shavazi, M.J., Glazebrook, D., and McDonald, P. (2012). Social and Psychological Consequences of Abortion in Iran. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118, 172-7.

Hussain, R. (2013). Unintended Pregnancy and Abortion in Uganda. *Issues Brief*, 2, 1-8.

Ibrahim, I.A., Jeremiah, I., and Abasi, I.J. (2011). Pattern of Complicated Unsafe Abortions in Niger Delta University Teaching Hospital Okolobiri, Nigeria: A 4 Year Review. *The Nigerian Health Journal*, 11 (4), 112-116.

Ilboudo, P.G.C., Somda, S.M.A., and Sundby, J. (2014). Key Determinants of Induced Abortion in Women Seeking Post-abortion Care in Hospital Facilities in Ougadougou, Burkina Faso. *International Journal of Women's Health*, 6, 565-572.

Ilboudo P.G.C., Greco G., Sundby J. and Torsvik G. Estimating the Cost for the Treatment of Abortion Complications in Two Public Referral Hospitals: a Cross-Sectional Study in Ougadougou, Burkina Faso. *Bio Med Central Health Services Resarc*, (16) 559-569.

Ikamari L. Izugbara C. and Ochako R. Prevalance and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya. *Bio Med Central Pregnancy and Childbirth* ,13, 69-78.

Jiang, Y., Han, J., Connor, D., Ali, G., Xu, T., Zheng, Y. et al. (2017). Induced Abortion among Chinese Women with Living Child-A National Study. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*. 2(1), 10-15.

Joseph N., Shetty B., Hasreen F., Ishwarya R., Baniya M., Sachdeva S. et al. Awareness and Attitudes Toward Emergency Contraceptives Among College Students in South India. *The Journal of Obstetric and Gynecol of India* 66(1), 363-369.

Kant, S., Srivastava, R., Rai, S.K., Misra, P., Charlette, L., and Pandav, S.C. (2015). Induced Abortion in Villages of Ballabgarh HDSS: Rates, Trends, Causes and Determinants. *Reproductive Health*. 12, 51.

Kara, F., Batı, S. ve Demir, Ş. (2014). *Bir Hastaneye Yasal Rahim Tahliyesi İçin Başvuran Kadınların Değerlendirilmesi*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss. 413.

Karaçalı, M., Özdemir, R., Karahan, N., Öztürk, M. (2017). *Karabük İlinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Aile Planlaması Hizmetlerine Erişimi*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss. 562-63.

Karadağ, Ö. ve Altıntaş, K.H. (2010). Mülteciler ve Sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1): 55-62.

Karadağ G., Koçak H.S. ve Yılmaz M. (2013). Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma Ve Tercih Etme Nedenleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 13-25.

Kaya H., Tatlı H., Açık Y. ve Deveci S.E. (2008). Bingöl ili Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(4), 185-191.

Ke, L., Lin, W., Liu, Y., Ou W., and Lin, Z. (2018). Association of Induced Abortion with Preterm Birth Risk in First-Time Mothers. *Scientific Reports* 8. 53.

Kluckow, H., Panisis, L., Lauri, J., Jatubatu, A., Dukyeon, K., and Hodges, L. (2018). Socio-Demographic Predictors of Unintended Pregnancy and Late Antenatal Booking in Honiara, Solomon Islands. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(3), 349-357.

Koç E. ve Kızılkaya Beji N. (2016), Başarılı İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebelerin Yaşadığı Problemler ve Danışmanlık. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 201-206.

Koçak, D.Y., Büyükkayacı Duman, N., Topuz, Ş., Yılmazel, G., Güngör, T. ve Başçı, A.B. (2016). Üreme Çağındaki Kadınların Acil Kontrasepsiyon ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3), 112-6.

Komut S. (2011). Türkiye’de Kadın. Cinsellik ve Kürtaj. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 3(1), 87-95.

Korjamo, R., Heikinheimo, O., and Mentula, M. (2018). Risk Factors and The Choice of Long-Acting Reversible Contraception Following Medical Abortion: Effect on Subsequent Induced Abortion and Unwanted Pregnancy. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(2), 89-96.

Koruk F., Koruk İ., Güner Ö., Ayhan S., Kılıçlı A., AYTEKİN S. et al. (2017). Şanlıurfa’da Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri ve Doğurganlığa Bakış Açıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 202-212.

Luo, M., Jiang, X., Wang, Y., Wang, Z., Shen, Q., Li, R., et al. (2018). Association Between Induced Abortion and Suicidal Ideation among Unmarried Female Migrant Workers in Three Metropolitan Cities in China: A Cross-Sectional Study. *BMC Public Health*, 18, 625.

Maina, B.W., Mutua, M.M. and Sidze, E.M. (2015). Factors Associated with Repeat Induced Abortion in Kenya. *BMC Public Health*, 15, 1048.

Marsh, C.A., and Hecker, E. (2014). Maternal Obesity and Adverse Reproductive Outcomes: Reducing The Risk. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 69(10), 622-628.

Mihçioğur, S., Akbay, B., Akıncı, B., Akın, I., Akın, A. (2017). *Bir İlçedeki Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yaşam Ve Çalışma Koşullarının, Sağlık Durumu ve Sağlık Hizmetlerinin Kullanımının Belirlenmesi*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss. 172.

Miller, E., Decker, M.R., McCauley, H.L., Tancredi, D.J., Levenson, R.R., Waldman, J. et al. (2010). Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy. *Contraception*, 81, 316-322.

Moosazadeh M., Nekoei-Moghadam M., Emrani Z. and Amiresmaili M. (2013). Prevalence of Unwanted Pregnancy Iran: a Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Health Planning and Management*, 29(3), 277-290.

Moreau C., Bohet A., Le Guen M., Loilier A.R. and Bajos N. (2014). Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions. *Fertility and Sterility*, 102(6), 1663-1670.

Muanda, F.T., Sheehy, O., and Berard, A. (2017). Use of Antibiotics During Pregnancy and Risk of Spontaneous Abortion. *Canada Medical Association Journal*, 189, 625-633.

Ngo, T.D., Keogh, S., Nguyen, T.H., Le, H.T. Pham, K.H.T., and Nguyen, Y.B.T. (2014). Risk Factors for Repeat Abortion and Implications for Addressing Unintended Pregnancy in Vietnam. *International Journal of Gynecol and Obstetrics*, 125, 241-6.

Oltuluoğlu, H. ve Başer, M. (2012). Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 167-74.

Omani-Samani, R., Rarani, M.A., Sepidarkish, M., Morasae, E.K., Maroufizadeh, S., Almasi-Hashiani, A. (2018). Socioeconomic Inequality of Unintended Pregnancy in The Iranian Population: A Decomposition Approach. *Bio Med Central Public Health*, 18, 607: 607-615.

Omokhodion, F.O. and Balogun, M.O. (2017). Contraceptive Use, Unwanted Pregnancies and Abortions among Hairdressers in Ibadan, Southwest Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 21(1), 114.

Ortaylı, N. ve Çağatay, L. (2012). Bir Bütünün Parçaları: Gebelikten Korunma Ve İsteyerek Düşük. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10, 61-74.

Özel, Ş., Engin Üstün, Y. ve Avşar, F. (2017). Türkiye’de Gebelik Terminasyonun Yasal Durumu. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(1), 34-38.

Özelçi, R, Akdağ Cırık, D, Dilbaz, B, Yılmaz, S, Akpınar, F, Aytekin, O, Nalçakan, A, Dilbaz S. (2017). Adölesan Dönemdeki Hastaların İstemli Küretaj Sonrası Kontrasepsiyon Tercihlerinin Değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 48-51.

Özvarış, S.B. (2017). *Savaş ve Kadın Sağlığı*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.107-109.

Öztaş, Ö., Artantaş, A.B., Yalçıntaş, A., Üstü, Y. ve Uğurlu, M. (2015). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 67-76.

Öztürk H. ve Okçay H. (2003). İstenmeyen Gebelikler ve İstemli Düşükler. *Sosya Politika Çalışmaları Dergisi*, 2(6), 63-72.

Öztürk, G.Z., Toprak, D., Hurşitoğlu, M. ve İpek, Y. (2014). Aile Sağlığı Merkezine Gelen Kadın Hastaların Sezaryen ve Kürtaj Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 24(1), 1-8.

Palmer J.J. and Storeng K.T. (2016). Building the Nation’s Body: The

Contested Role of Abortion and Family Planing in Post-War Sout Sudan. *Social Science&Medicine*, 168, 84-92.

Pattanaik, S, Patnaik, L, Subhadarshini, A., and Sahu, T. (2017). Socio-Clinical Profile of Married Women with History of Induced Abortion: A Community-Based Cross-Sectional Study in A Rural Area. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(1), 93-96.

Pereira, J., Pires, R., Pedrosa, A.A., Vicente, L., Bombas, T., and Canavarro, M.C. (2017). Sociodemographic, Sexual, Reproductive and Relation Ship Characertics of Adolescents Having an Abortion in Portugal: A Homogeneous or a Heterogeneous Group?, *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 53-61.

Pilatin, B., Kabalcıoğlu, F. ve Kılınç, Ç. (2014). *Kendiliğinden Düşük Yapan Kadınların Kontraseptif Tercihleri*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss. 1064-65.

RG (1965, Nisan). 331 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarih: 10.04.1965, Sayı: 11976. Erişim: 15.10.2016, https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf

RG (1983, Aralık). *Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük*. Resmi Gazete Tarih: 18.12.1983, Sayı: 18255. Erişim: 15. 10. 2016, <http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/tuzukler/2.5.837395.pdf>

RG (1983, Mayıs). 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Resmi Gazete Tarih: 27.5.1983, Kanun No: 2827. Erişim: 15. 10. 2016, <http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/kanunlar/1.5.2827.pdf>

Roberts, S.C.M., and Foster, D.G. (2014). Receiving Versus Being Denied an Abortion and Subsequent Tobacco Use. *Maternal and Child Health Journal*, 19(3), 438-446.

Ruiz-Ramos, M., Gimeno-Ivanez, L., and Garcia Leon, F.J. (2012). Sociodemographic Characteristics of Induced Abortions in Andalusia (Spain): Differences between Native and Foreign Populations. *Gaceta Sanitaria*, 26(6), 504-511.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetim Rehberi*. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 997, Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti. Ankara.

Sansar, N. (2017). *Çalışan ve Çalışmayan Gebe Kadınların Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.530.

Santos, A.P.V., Cardoso Coelho, E.A., Neves Gusmao, M.E., Silva, D.O., Marques, P.F., and Almeida, M.S. (2016). Factors Associated with Abortion in Women of Reproductive, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 38(6), 273-279.

Savaş, N., İnandı, T., Arslan, E., Peker, E., Durmaz, E., Erdem, M. ve ark. (2014). *Hatay'da Hastanelere Doğum ya da Düşük Nedeniyle Başvuran Kadınlarda İstenmeyen Gebelikler*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1095-96.

Savaş, N., İnandı, T., Arslan, E., Peker, E., Durmaz, E., Erdem, M., et al. (2017). Unintended Pregnancies, Induced Abortions and Risk Factors in Women Admitted to Hospitals Due to Birth or Abortion in Hatay. *Turkish Journal of Public Health*, 15(2), 84-95.

Schummers, L., Hutcheon, J.A., Hacker, M.R., VanderWeele, T.J., Williams, P.L., McElrath, T.F., and Hernandez –Diaz, S. (2018). Absolute Risk of Obstetric Outcomes Risks by Maternal Age at First Birth: A Population-based Cohort. *Epidemiology*, 29(3), 379-387.

Zheng D., Li C. Wu T. and Tang K. (2017). Factors Associated With Spontaneous Abortion: a Cross-Sectional Study of Chinese Populations. *Reproductive Health*, 14, 33-42.

Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Åhman, E., Henshaw, S. K., and Bankole, A. (2012). Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379, 625-632.

Sert G. (2012). *Vakalarla Türkiye’de Üreme Hakları*. İstanbul, Türkiye: Turap Tanıtım Yayınları

Sevencan, F. (2017). *Üreme Sağlığında Ulusal Politikalar*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss.50-53.

Shiferaw, B.Z., Gashaw, B.T., and Tesso, F.Y. (2015). Factors Associated with Utilization of Emergency Contraception among Female Students in Mizan-Tepi University, South West Ethiopia. *Bio Med Central Res Notes*, 8, 817-897.

Singh, S., Shekhar, C., Acharya, R., Moore, A.M., Stillman, M., Pradhan, M.R. et al. (2018). The Incidence of Abortion and Unintended Pregnancy in India, 2015. *The Lancet Global Health*, 6(1), 111-120.

Souza Goulart, M., Fusco, L.B.C., Andreoni, S.A., and Silva, R.S. (2014). Prevalence and Sociodemographic Characteristics of Women with Induced Abortion in a Population Sample Of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 17(2), 297-312.

Söğüt, Ç. ve Erbay Dünder, P. (2017). *Manisa Şehzadeler Bölgesinde Riskli Gebelik Prevalansı ve İlişkili Faktörler*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss. 560-61.

Şekeroğlu, M., Baksu, A., İnce, Z., Gültekin, H., Göker, N. ve Özsoy S. (2009). Adölesan Ve İleri Yaş Gebeliklerde Obstetrik Sonuçlar. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 43(1), 1-7.

Şen, S. ve Kavlak, O. (2011). Çocuk Gelinler: Erken Yaş Evlilikleri ve Adölesan Gebelere Yaklaşım. *Aile ve Toplum*, 12(7), 25.

Şimşek, H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2), 119-126.

Şimşek, Z., Keklik, A.Z., Demir, C., Akbaba, M., Akın, A. ve Saka, G. (2015). *GAP Bölgesinde Tarımda Çalışanların Üreme Sağlığı Durumu*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss.1063-64.

Taşkın M.İ. (2015). Acil Kontrasepsiyon. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 55-59.

Tokuç, B., Berberoğlu, U., Saraçoğlu, G.V. ve Çelikalp, Ü. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Evlilik Dışı Cinsel İlişki, İstemli Düşükler ve Kontraseptif Kullanımı Konusundaki Görüşleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(3), 166-173.

Tohma, Y.A., Özdeğirmenci, Ö., Coşkun, B., Dilbaz, B. ve Erkaya, S. (2014). İstemli Gebelik Sonlandırılması, Bir Aile Planlaması Yöntemi midir?, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 11(4), 110-112.

Tunalı G. (2015). *Özel Hukuk ve Ceza Hukuku Açısından Hekimlerin Gebelik Sonlandırılmasından Kaynaklanan Sorumluluğu*. İstanbul, Türkiye: Seçkin Yayıncılık.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (Mart 2018). Erişim: 20. 07. 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (Mart 2018a). Erişim: 20. 07. 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27593>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (Temmuz 2018). Erişim: 20. 07. 2018, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27589>

United Nations (UN) (2017). *World Family Planning 2017 – Highlights*. United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York, 2017, pp.1-36.

Ushie, B.A., Izugbara, C.O., Mutua, M.M., and Kabiru, C.W. (2008). Timing of Abortion Among Adolescent and Young Women Presenting for Post-Abortion Care in Kenya: A Cross-Sectional Analysis of Nationally-Representative Data. *Bio Med Central Women's Health*, (18), 41-49.

Uyumaz A. ve Avcı Y. (2016). Türk Hukuku'nda Gebeliğin Sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 7(1), 579-638.

Varol, Z.S., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z.A., Demirelöz, M. (2015). *Bir Mahallede Doğum Sonrası Dönemde AP Yöntem Kullanımı Ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss.193-94.

Varol, Z.S., Çiçeklioğlu, M., Öcek, Z.A. (2017). *İzmir-Bornova'nın Bir Mahallesiinde Postpartum Dönemdeki Kadınların İsteyerek Düşük Hakkındaki Bilgi Ve Tutumları*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss. 567.

Volkov, V.G., Granatowich, N.N., Survillo, E.V., Pichugina, L.V., and Achilgova, Z.S. (2018). Abortion in the Structure of Causes of Maternal Mortality. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40, 309-312

Wado, Y.D., Afework, M.F. and Hindin, M.J. (2013). Unintended Pregnancies and the Use of Maternal Health Services in Southwestern Ethiopia. *BMC International Health and Human Rights*, 13, 13-36.

Wokoma T.T., Jampala M., Bexhell H., Guthrie K.A. and Lindow S.W. Reasons Provided for Requesting a Termination of Pregnancy in the UK. *Journal of Family Planning Reproductive Health Care* 41, 186-192.

World Health Organization (WHO) (2014). WHO issues new guidance on how to provide contraceptive information and service, Media Centre, Update: 6 March 2014. ET: 19.06.18, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/guidance-contraceptive/en/>

World Health Organization (WHO) (2018). Unwanted Pregnancies and the Need to Increase Access to Modern Contraceptives. WHO in the Western Pacific, Update: 2018. E.T.: 11.06.2018, http://www.wpro.who.int/reproductive_health/factsheets/en/

World Health Organization (WHO) (2018a). *WHO Launches Toolkit to Help Countries Respond to Sexual Violence. Headline Latest, Update: Jun 2,*

2018. Erişim:19.06.18: <http://www.who.int/news-room/headlines/25-11-2015-who-launches-toolkit-to-help-countries-respond-to-sexual-violence>

World Health Organization (WHO) (2018b). *Family planning/Contraception, Key Facts, Update: 8 February 2018*. Erişim:18.06.18: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

World Health Organization (WHO) (2018c). *Preventing unsafe abortion. Key Facts, Update: 19 February 2018*. Erişim:18.06.18: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

World Health Organization (WHO) (2018d). *Maternal mortality Key Facts, Update:16 February 2018*. Erişim: 19.06.18: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Worku, S., and Fantahun, M. (2006). Unintended Pregnancy and Induced Abortion in a Town with Accessible Family Planning Services: The Case of Harrar in Eastern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 20(2): 79-83.

Yanikkerem, E., Ertem, G., Üstgörül, S., Karakuş, A., Baydar, Ö. ve Nicole, E. (2018). Turkish Nursing Student's Attitudes Toward Voluntary Induced Abortion. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 68(3), 410-416.

Yaya, S., Amouzou, A., Uthman, O.A., Ekholuenetale, M., Bishwajit, G., Udenigwe, O., et al. (2018). Prevalence and Determinants of Terminated and Unintended Pregnancies among Married Women: Analysis of Pooled Cross-Sectional Surveys in Nigeria. *BMJ Global Health* 3(3), 1-10.

Yıkılkan, H., Dilbaz, B. ve Kestel, Z. (2012). Aile Planlaması Polikliniğine Yasal Tahliye İstemiyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 10-4.

Yücel, U., Çakır Koçak, Y., Karaca Saydam, B., Alp Dal, N., Özdemir, R. ve Çeber Turfan E. (2014). *İzmir Bornova Belediyesinin Hizmet Verdiği Ebe Bölgelerinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Kürtaj Hakkındaki Görüşleri*. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, ss.1031-32.

Zhao, R., Wu, Y., Zhao, F., Lv, Y., Huang, D., Wei, J. et al. (2017). The Risk of Missed Abortion Associated with the Levels to Tobacco, Heavy Metals and Phtalate in Hair Of Pregnant Woman. *Medicine*, 96, 51.

Zrally, M, Rubin-Smith, J, Betancourt, T. (2011). Primary Mental Health Care for Survivors of Collective Sexual Violence in Rwanda. *Glob Public Health*, 6(3): 257-70.

FORMLAR

FORM 1

ANKET FORMU

Bu araştırma “**Pınarhisar’da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri**” isimli tezi yürütmek amacıyla planlanmıştır. Anket formunun ilk bölümde sizin ve eşinizin sosyo-demografik özellikleriniz, ikinci bölümde doğurganlık davranışları, aile planlaması yöntem kullanımı ve düşük deneyimi ile ilgili özellikler, üçüncü bölümde ise konuyla ilgili bilgi düzeyinizi belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. Literatüre katkı sağlayacak aşağıdaki sorular bilimsel çalışmalar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Meral ÇETİNKAYA

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

SOSYO-DEMOGRAFİK VE DİĞER BAZI ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihinizi belirtir misiniz?

2. On iki yaşına kadar yaşadığınız yer neresidir?

İl merkezi İlçe merkezi Kasaba, köy Yurt dışı

3. Pınarhisar’a herhangi bir nedenle, göçle mi geldiniz mi?

Evet Hayır

4. Eğitim durumunuz nedir?

Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu Lise mezunu Üniversite ve üzeri

5. Medeni durumunuz nedir?

Evli Evli, ancak ayrı yaşıyor Boşanmış Eşi ölmüş Bekar

6. Aile tipinizi belirtir misiniz?

Çekirdek aile Parçalanmış aile Geniş aile

7. Evde siz dahil yaşayan toplam kişi sayısı:.....

8. Aşağıdakilerden hangisi çalışma durumunuzu ile ilgilidir?

- Şu anda sigortalı bir işte çalışıyorum
 Daha önce çalışmıştım, ancak işi bıraktım
 Şu anda sigortasız bir işte çalışıyorum
 Şu ana kadar hiç çalışmadım

9. Mesleğiniz nedir?**10. Sosyal güvenceniz var mı?**

- Evet, kendime ait sosyal güvencem var
 Evet, eşimden dolayı sosyal güvencem var
 Evet, annem, babam vb. yakınlarımdan dolayı sosyal güvencem var
 Yeşil kartlıyım
 Hayır, yok

11. Size göre gelir durumunuz nasıldır?

- Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

EŞ İLE İLGİLİ SOSYO-DEMOGRAFİK VE DİĞER BAZI ÖZELLİKLER**12. Günde en az 1 tane olacak şekilde sigara kullanıyor musunuz? İçiyorsanız sayısını belirtiniz.**

- Hiç içmedim İçip bıraktım Evet, günde.....tane içiyorum.

13. Boyunuz: cm**14. Kilonuz: kg****22. İlk evlenme yaşınızı yazar mısınız:****21. Şu an kaçınıcı evliliğinizi yürütüyorsunuz?**

- Hiç evlenmedim İlk evliliğim İki ve daha fazla

23. Toplam evlilik sürenizi yazar mısınız:**19. Eşiniz ile aranızda evlilik biçiminiz nasıldır?**

- Resmi nikâh Dini nikâh Hem dini, hem de resmi nikâh

20. Eşiniz ile aranızda akrabalık derecesi nasıldır?

- Akrabalık yok
 Amca, teyze, hala, dayı çocukları gibi birinci derece kuzenler

15. Eşinizin yaşını belirtir misiniz:**16. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

- Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu Ortaokul mezunu
 Lise mezunu Üniversite ve üzeri

17. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?

Evet Hayır

18. Eşinizin mesleği nedir?.....

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

24. İlk adet yaşınız:

25. İlk gebelik yaşınız:

26. Son gebelik yaşınız:

27. Toplam gebelik sayınız:

28. Toplam kürtaj sayınız:

29. Toplam düşük sayınız:

a. Kendiliğinden düşük sayınız:

b. İsteyerek düşük sayınız:

30. Toplam doğum sayınız:

31. Yaşayan çocuk sayınız:

32. Tüm çocuklarınızın doldurduğu yaşlarını yazar mısınız:

33. Size göre ideal çocuk sayısı kaçtır?

İSTENMEYEN GEBELİK ve DÜŞÜK DENEYİMİ, AİLE PLANLAMASI YÖNTEM KULLANIMI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

34. Siz istemediğiniz bir gebelik yaşadınız mı?

Evet Hayır (39. SORUYA GEÇİNİZ)

35. İstemediğiniz gebeliğiniz aile planlaması yöntem başarısızlığı sonucu mu oluştu?

Evet Hayır

36. İstemediğiniz gebeliğinizden **hemen önce hangi aile planlaması yöntemini kullanıyordunuz?**

Yöntem kullanmıyordum

İğne

Geri çekme

Kondom/kılıf

Takvim yöntemi

Acil korunma hapi

Hap

Diğer, belirtiniz.....

RİA/spiral

37. İstemediğiniz gebeliğiniz nasıl sonlandı?

- Sağlıklı doğum yaptım Düşük yaptım Ölü doğdu

38. İstemediğiniz gebeliğinizi devam ettirdiyse, devam ettirme nedenlerinizi nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Duygusal nedenler
 Dini inancım gereği
 Eşim istedi
 Yakın çevremde duyuldu
 Bebeği aldırma için geç kaldım
 Diğer, belirtiniz.....

39. Daha önce hiç düşük yaptınız mı?

- Evet Hayır (55. SORUYA GEÇİNİZ)

40. Düşük yaptığımızda kaç yaşındaydınız?.....

41. Daha önce yaptığımız düşük nasıl gerçekleşti?

- İsteyerek düşük yaptım Kendiliğinden düşük oldu

42. Düşük yaptığımızda gebeliğinizin kaçınıcı haftasındaydınız?.....

43. Düşük yapmanızın nedenleri aşağıdakilerden hangisidir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gebeliğimin sonlanmasını hiç istememiştim | <input type="checkbox"/> İlaç kullanırken gebe kaldım |
| <input type="checkbox"/> Korunuyordum, yine de gebe kaldım | <input type="checkbox"/> Bebeğdeki tıbbi sorunlar nedeniyle |
| <input type="checkbox"/> Tıbbi sağlık sorunlarım var | <input type="checkbox"/> Ekonomik sıkıntımız var |
| <input type="checkbox"/> Yeter sayıda çocuğum var | <input type="checkbox"/> Aile içi geçimsizliğimiz vardı |
| <input type="checkbox"/> Son çocuğumun yaşı küçük | <input type="checkbox"/> Eşimden şiddet gördüğüm için |
| <input type="checkbox"/> Yeni bebeğe bakacak kimse yok | <input type="checkbox"/> Diğer aile bireylerinden şiddet gördüğüm için |
| <input type="checkbox"/> Çalışıyorum, izin sorunum var | <input type="checkbox"/> Tecavüz sonrası gebe kaldığım için |
| <input type="checkbox"/> Gebelik için yaşım fazla | <input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz..... |

44. Düşük öncesi hangi aile planlaması yöntemini kullanıyordunuz?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yöntem kullanmıyordum | <input type="checkbox"/> İğne |
| <input type="checkbox"/> Geri çekme | <input type="checkbox"/> Kondom/kılıf |
| <input type="checkbox"/> Takvim yöntemi | <input type="checkbox"/> Acil korunma hapi |
| <input type="checkbox"/> Hap | <input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz..... |
| <input type="checkbox"/> RİA/spiral | |

45. Düşüğün gerçekleşmesine kim karar verdi?

- Hekim Eşim ve ben Sadece ben Sadece eşim Diğer, belirtiniz...

46. Düşük nerede gerçekleşti?

- Devlet hastanesinde Özel sağlık kuruluşunda/özel hastanede
 Evde Diğer, belirtiniz

47. Düşük kim tarafından gerçekleştirildi?

- Hekim
 Ebe, hemşire veya hekim dışı sağlık personeli
 Kendim, evde doktorun verdiği ilacı içtim
 Kendim, evde bir tanıdığım bahsettiği ebeğümeci, kuş tüyü, sabun, süpürge çöpü, yüksekten atlama, ağır kaldırma gibi alternatif yöntemleri denedim
 Diğer, belirtiniz.....

48. Size düşük öncesi müdahale için gerekli açıklama yapıldı mı?

- Evet Hayır

49. Size düşük gerçekleşmesi için nasıl bir müdahale uygulandı?

- Genel anestezi ile uyutarak veya narkoz verilerek cerrahi yollardan
 İlaçlı serum takıldı ve doğum yapar gibi oldu
 Hekimin önerdiği hapları içtim, o hapları içtikten sonra kanamam başladı
 Evde, ebeğümeci, kuş tüyü, sabun, süpürge çöpü, yüksekten atlama, ağır kaldırma gibi alternatif yöntemleri uyguladıktan sonra kanamam başladı.
 Diğer, belirtiniz.....

50. Düşüğünüz hastanede gerçekleştiyse, hastanede ne kadar süre kaldınız?

- İşlemden hemen sonra kurumdan ayrıldım
 İşlemden 2-3 saat sonra taburcu edildim
 Gün sonunda taburcu edildim
 Bir gün hastanede kaldım
 İki gün ve daha fazla süre hastanede kaldım

51. Siz düşük sonrası ilk hangi aile planlaması yöntemini kullandınız?

- Yöntem kullanmadım İğne
 Geri çekme Kondom/kılıf
 Takvim yöntemi Acil korunma haptı
 Hap Diğer, belirtiniz.....
 RİA/spiral

52. Düşük sonrası aşağıdaki şikâyetlerden biri ya da birkaçı oldu mu? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 38° C ve daha yüksek ateş Düzensiz kanama
 Sık sık ve az az idrara çıkma Adet düzensizliği
 İdrar yaparken yanma Diğer, belirtiniz.....
 Hazneden kötü kokulu akıntı

53. Düşük sonrasında size danışmanlık hizmeti veren sağlık personeli kimdi?

- Hekim Hemşire veya ebe Diğer, belirtiniz.....

54. Düşük sonrasında size danışmanlık hizmeti hangi konuları içeriyordu?

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Müdahale ile ilgili karşılaşılabilecek olağan durumlar
 Müdahale sonrası evde iken dikkat edilecek noktalar
 Müdahale sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve yapılması gerekenler
 Cinsel ilişkiye başlama zamanı
 Genital hijyen eğitimi
 Gebelikten korunmada yöntem seçimi ve kullanımı
 Riskli cinsel davranışlar
 Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
 Korunmasız cinsel ilişki ve sonrasında yapılacaklar
 Diğer, belirtiniz.....

55. Su anda aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

56. Yanıtınız evet ise, su anda hangi aile planlaması yöntemini kullanıyorsunuz?

- Geri çekme Kondom/kılıf
 Takvim yöntemi Acil korunma hapi
 Hap Kadının tüplerin bağlanması
 RİA/spiral Erkeğin kanallarının bağlanması
 İğne Diğer, belirtiniz.....

57. Su anda aile planlaması yöntemi kullanmıyorsanız nedenini belirtir misiniz?

(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Şu an gebeyim
 Gebe kalmak istiyorum
 Gebe kalmam zor/ Çocuğum olmuyor/Kısırlık
 Menopozdayım/ Ameliyat ile rahim ve/veya her iki yumurtalığım alındı
 Başka sağlık sorunum var
 Yan etkilerinin sağlığa zarar vereceğine inanıyorum
 Yöntemleri kullanması ve takip etmesi zor
 Cinsel hayatım yok / Eşim yanımda değil/ Evliliğim sona erdi
 Eşim yöntem kullanımına karşı
 Dini nedenlerden dolayı
 Yöntemleri nasıl kullanacağımı bilmiyorum
 Yöntemlere nereden edineceğimi bilmiyorum
 Emzirdiğim için ayrıca koruma yöntemi kullanmıyorum
 Diğer, belirtiniz.....

58. Gelecekte aile planlaması yöntemlerini kullanma ile ilgili düşünceniz nedir?

- Zaten sürekli korunuyoruz
 12 ay içinde kullanmayı istiyorum
 İstiyorum, ancak zamanı konusunda kararsızım
 Kullanmak konusunda kararsızım
 Kullanmak istemiyorum
 Diğer, belirtiniz.....

59. Gelecekte hangi aile planlaması yöntemini kullanmayı düşünürsünüz?

- Geri çekme Kondom/kılıf
 Takvim yöntemi Acil korunma hâpı
 Hâp Kadının tüplerin bağlanması
 RİA/spiral Erkeğin kanallarının bağlanması
 İğne Diğer, belirtiniz.....

DÜŞÜKLER VE AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYİ

60. Size göre düşük bir istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir aile planlaması yöntemi midir?

- Evet Hayır

61. Size göre kürtaj bir istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir aile planlaması yöntemi midir?

- Evet Hayır

62. Size göre ertesi günü hâpı bir istenmeyen gebeliklerden korunmak için bir aile planlaması yöntemi midir?

- Evet Hayır

63. Korunmasız cinsel ilişki sonrası hemen uygulayabileceğiniz gebeliği önleyici yöntem biliyor musunuz?

- Evet Hayır

64. Yanıtınız evet ise, gebeliği hemen önleyebileceğiniz yöntemlerden hangilerini biliyorsunuz?

- Ertesi gün hâpı/ acil kontrasepsiyon RİA (spiral) Diğer, belirtiniz

65. Türkiye’de kürtaj yasal mıdır?

- Evet Hayır Bilmiyorum/fikrim yok

66. Türkiye’de düşüğe/kürtaja hangi koşullarda izin verilmektedir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Hiçbir koşulda izin yok
 İsteğe bağlı herhangi bir zamanda

- Gebeliğin 10. haftasına kadar
- İsteğe bağlı herhangi bir nedenle
- Gebelik anne hayatını tehdit ediyorsa
- Fiziksel sağlık için
- Ruh sağlığı için
- Tecavüz/ Ensest
- Anne karnında bebeğin gelişimi ile ilgili bozukluk varsa (fetal nedenler)
- Sosyo-ekonomik nedenler
- Bilmiyorum/fikrim yok
- Diğer, belirtiniz.....

67. Siz hangi koşullarda düşüğe izin verilmesini isterdiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Hiçbir koşulda izin verilmesini istemezdim
- İsteğe bağlı herhangi bir zamanda
- İsteğe bağlı herhangi bir nedenle
- Gebelik anne hayatını tehdit ediyorsa
- Fiziksel sağlık için
- Ruh sağlığı için
- Tecavüz/ Ensest
- Anne karnında bebeğin gelişimi ile ilgili bozukluk varsa (fetal nedenler)
- Sosyo-ekonomik nedenler
- Bilmiyorum/fikrim yok
- Diğer, belirtiniz.....

68. Siz Türkiye’de istenmeyen bir gebeliğin kaçıncı haftaya kadar sonlandırılmasının serbest/yasal olmasını isterdiniz?haftaya kadar

69. Sizce iyi bir aile planlaması yöntemi nasıl olmalıdır? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Cinsel ilişkiyi etkilememeli
- Her iki eşin kabul ettiği bir yöntem olmalı
- Etkisi hemen başlamalı
- Doğurganlığın geri dönüşü hızlı olmalı
- Gelecekte çocuk sahibi olmayı etkilememeli
- Kullanımı kolay olmalı
- Ucuz olmalı
- Zararlı veya yan etkileri olmamalı
- Adet düzenini bozmamalı
- Gebelikten korumasının dışında yararlı başka sağlık etkileri de olmalı
- Bilmiyorum/fikrim yok
- Diğer, belirtiniz.....

FORM 2

DANIŞMAN DEĞİŞİKLİĞİ FORMU

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 11.10.2017
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2017/18

KARAR 02: Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın, dilekçesi görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın, 2017-2018 Öğretim Yılı güz yarıyılı ders yükünün fazla olması nedeniyle danışmanlığını yaptığı aşağıdaki öğrencilere yeni danışman atanmasına ve Kırklareli Üniversitesi Lisansüstü Senato Esasları Madde 20/3 uyarınca aşağıdaki tabloda gösterildiği şekilde kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ÖĞRENCİ NO	AD-SOYAD	PROGRAMI	ESKİ DANIŞMANI	YENİ DANIŞMANI
1148302007	Meral ÇETİNKAYA	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN
1148302009	Ayça Seda ÇINAR	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN

EK: 1 Adet Dilekçe

ASLININ AYNIDIR


Meliha YAVUZ TAŞCI
Enstitü Sekreteri
Raporör

FORM 3

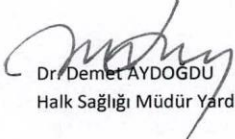
KIRKLARELİ HALK SAĞLIĞI KURUM İZİNİ

ARAŞTIRMA İSTEĞİ
<p>Araştırmanın Konusu: Pınarhisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri</p>
<p>Araştırmayı Yapacak Kişi/ Kurum: Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN Yardımcı Araştırmacı: Meral ÇETİNKAYA</p>
<p>Araştırmanın Gerekçesi: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010-2014 yılları arasında gelişmekte olan ülkelerde daha yüksek düzeyde olmak üzere dünyada yılda yaklaşık 56 milyon güvenli ve/veya güvensiz düşük meydana geldiğini, 15-44 yaş her 1000 kadının 35'inin ve her dört gebelikten birinin düşük ile sonuçlandığını, düşük ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle yıllık tedavi maliyetinin ve meydana gelen ölüm oranların yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir(1). Dünyadaki hemen her ülkede bazı koşullarda izin verilen yasal düşük hizmetlerine nüfusun çoğu erişememekte ve bu nedenle güvensiz düşük hızı artmaktadır(1,2). Dünyada anne ölümlerinin en büyük nedenlerinden birini oluşturan düşüklerin güvenli olmayan koşullarda ve eğitimsiz kişilerce yapılmaya devam etmesi nedeniyle bugün büyük bir halk sağlığı sorunu olarak önemini sürdürmektedir(1-5).</p> <p>Dünyada 2017 yılında Kuzey Amerika, Kanada, Avrupa, Kuzeydoğu ve Güneydoğu Asya ülkeleri, Okyanusya ve Türkiye'de kadına isteğe bağlı düşük için izin verilmekte, ancak Sahra-altı Afrika ülkeleri, bazı Güney Amerika ve Güney Güneydoğu Asya ülkelerinde halen yasak ya da kadının hayatı söz konusu ise izin verilmektedir (6-8). DSÖ en az gelişmiş, gelişmekte olan, düşük ve orta gelirli ülkelerde düşük hızlarının karşılaştırılan diğer kategorilerine göre daha yüksek düzeyde olduğunu bildirmiştir(5,9). Güvensiz düşük oranlarının yüksek olduğu yerlerde etkili kontraseptif yöntem kullanım oranlarının düşük olduğu, güvenli düşük için yasal iznin olmadığı ve kısıtlayıcı yasaların güvensiz düşük düzeylerini arttırdığı gözlenmektedir(1,3). Çoğu Afrika ve Doğu Asya ülkesinde güvensiz düşük görülme sıklığı 1000 kadında 30'un üzerinde olduğu, sosyal belirleyicilerin ve kültürel faktörlerin düşük ile ilgili deneyimlerde etkili olduğu belirlenmiştir(5, 10-16). Avrupa'da ise Doğu Avrupa ülkelerinde düşük hızları yüksek düzeyde iken (Romanya, 15-44 yaş arası 78/1000 kadın), Batı Avrupa ülkelerinde düşük düzeyde olduğu (Hollanda 6,5/1000), gözlenen bu farkın etkili kontraseptif kullanımından kaynaklandığı belirlenmiştir(17).</p> <p>Türkiye'de üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerine verilen önem, yasal düşük/kürtaj politikalarındaki olumlu gelişmeler güvensiz düşüğe bağlı ölümlerde azalma sağlamıştır(18-21). Türkiye'de son 20 yılda isteyerek düşüklerde %13 oranında azalma, ancak kendiliğinden düşük sayısında ise artış izlenmiştir. Türkiye'de 2013 yılında evli kadınların doğurganlık dönemleri boyunca yaklaşık %23'ünün kendiliğinden, %14'ünün isteyerek düşük yaptığı, %3,3'ünün ise ölü doğum gerçekleştirdiği saptanmıştır. Her 100 gebelikten %4,7'sinin ise isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir(22,23). Ülkemizde düşük görülme sıklığı ve istenmeyen gebelik prevalansı kırdan kente ve batıdan doğuya gittikçe, kadının ve eşinin eğitim düzeyi azaldıkça, yaş ilerledikçe, sosyoekonomik durum kötüleştikçe, gebelik ve doğum sayısı arttıkça, üreme sağlığı ve aile planlaması konusunda bilgi düzeyi azaldıkça daha yüksek düzeyde gözlemlendiği ve sosyokültürel nedenlerden etkilendiği belirlenmiştir(24-31).</p> <p>Literatürde Kırklareli'nde ve Trakya bölgesindeki diğer illerde düşük hızlarının belirlenmesi</p>

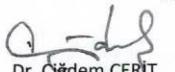


<p>güvensiz düşüklükler, karşılanamayan aile planlaması ihtiyacı açısından sağlık hizmet sunucularına ışık tutacaktır.</p> <p>Elde edilecek sonuçlara göre hizmet sunucularının alacağı önlemler ile orta vadede güvensiz düşük oranlarında azalma, uzun vadede ise kadınların yaşam kalitesinde artma, anne ve bebek ölümlülüğünde azalma gözlenmesi beklenmektedir</p>	
<p>İstekte Bulunan: (İsim – Unvanı – Kurumu): Meral Çetinkaya – Hemşire- Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezi (geçici görevlendirme)</p>	
<p>ARAŞTIRMANIN PLANI</p>	
Araştırmanın Yeri:	Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü
Araştırmanın Tarihi-Süresi	13.02.2017-29.12.2017
Hedef Grup: (Tanım-Sayı)	Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Pınarhisar 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yürütülmesi planlanmıştır. ASM bağlı olan iki Aile Sağlığı Birimi (ASB) vardır. Bu iki ASB'nin birinde 700, diğerinde 575 olmak üzere toplam 1275 15-49 yaş kayıtlı kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 hata payı %50 bilinmeyen prevelans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 296 olarak hesaplanmış, örnek büyüklüğü %10 arttırılarak 326 kişiye ulaşılmaya hedeflenmiştir.
Yöntem:	Araştırma kesitsel tiptedir. Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde 13.02.2017-29.12.2017 tarihleri arasında Pınarhisar 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yürütülmesi planlanmıştır. ASM bağlı olan iki Aile Sağlığı Birimi (ASB) vardır. Bu iki ASB'nin birinde 700, diğerinde 575 olmak üzere toplam 1275 15-49 yaş kayıtlı kadın araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmada oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 güven aralığı, 0,05 hata payı %50 bilinmeyen prevelans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 296 olarak hesaplanmış, örnek büyüklüğü %10 arttırılarak 326 kişiye ulaşılmaya hedeflenmiştir. Sahada yürütülecek araştırmada kadınlar ASB'ne göre orantılı küme örnekleme yöntemi ile minimum örnek büyüklüğüne ulaşıncaya kadar evlerinde ziyaret edilecektir. Çeşitli nedenlerle evlerinde bulunmayan kadınlar için iki kez daha ziyaret gerçekleştirilecek, toplam üç kez ziyarete rağmen ulaşılamayan kadınlar araştırmada kapsam dışı bırakılacaktır. Uygulamanın sahada yürütülebilmesi için Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğüne izin başvurusu yapılmıştır.
Kullanılacak Araç, Gereç, Malzeme	Araştırmacı tarafından karşılanacaktır.
Etik Kurul Onayı:	VAR

Anket Taslağı:	VAR
Değerlendirme Yöntemi:	Verilerin çözümlemesinde tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde, ortalama ve oranlardan yararlanılacaktır. Tek değişkenli risk analizi aşamasında oranlar için kıkare, ortalamalar için student's t testi, tek yönlü varyans analizinden (ANOVA), sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında pearson kolerasyon analizinden yararlanılacaktır. Çok değişkenli risk analizleri için lojistik regresyon analizi kullanılacaktır. Veriler %95 güven aralığında, SPSS 22.0 istatistik paket programında değerlendirilecektir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilecektir.
<p>Çalışmada Kullanılacak Mevcut Olanaklar: Araştırmada Pınarhisar 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bölgesinde yaşayan 15-49 yaş grubu 326 kadına ulaşması hedeflenmiştir. Saha çalışması yürütülecek araştırmada toplam 2 kez ziyaret gerçekleştirilecektir. Çeşitli nedenlerle evlerinde bulunmayan kadınlar araştırmanın gücünü etkileyeceğinden, yeterli örnek büyüklüğüne ulaşmak için, kadınların herhangi bir nedenle Pınarhisar 1 No'lu ASB'ne başvurmaları sırasında anket formunun uygulanması düşünülmüştür. Bu ASB'nde anket formunun araştırmacı tarafından uygulanabilmesi için gerekli izinin verilmesini arz ederim.</p>	
ARAŞTIRMA İSTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
Araştırmanın Numarası:	2017/1
Değerlendirme Tarihi:	21.03.2017
Karar:	
Araştırma Uygundur, Planlanabilir.	
Araştırma Uygun Değildir. Gerekçe:	


Dr. Demet AYDOĞDU
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

UYGUNDUR
21...03.2017


Dr. Çiğdem CERİT
Halk Sağlığı Müdürü



ETİK KURUL KARARI



T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 54001588-302.14.99-E.3382
Konu : Etik Kurul Karar (Meral
ÇETİNKAYA)

16/02/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 06/02/2017 tarihli ve 69456409-302.14.99-E.2411 sayılı yazımız.

Sorumlu araştırmacılığını Yrd. Doç. Dr. Aylın AYDIN SAYILAN'ın üstlendiği ve Meral ÇETİNKAYA'nın hazırladığı "Pınarhisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri" başlıklı araştırma önerisi Etik Kurulda görüşülmüş olup etik açıdan uygun görüldüğüne dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Sema BASAT
Kurul Başkanı

Ek: Etik Kurul Karar Formu

BÜBÜCE
ELEKTRONİK İMZA
KULLANILMIŞTIR.
15.03.2017
Zeynep USLU
Memur

Adres: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı
Telefon: 0288 214 54 13 Faks: 0288 214 70 86
e-posta: Elektronik Ağ: <http://www.klu.edu.tr/>

Zeynep USLU
Dahili: Zeynep USLU

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebys.klu.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx> adresinden 1GE6-K81R-8MG3 kodu ile yapılabilir.

T.C.
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 11.10.2017
TOPLANTI SAATİ : 14:00
TOPLANTI NO : 2017/18

KARAR 02: Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın, dilekçesi görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın, 2017-2018 Öğretim Yılı güz yarıyılı ders yükünün fazla olması nedeniyle danışmanlığını yaptığı aşağıdaki öğrencilere yeni danışman atanmasına ve Kırklareli Üniversitesi Lisansüstü Senato Esasları Madde 20/3 uyarınca aşağıdaki tabloda gösterildiği şekliyle kabulüne oybirliği ile karar verildi.

ÖĞRENCİ NO	AD-SOYAD	PROGRAMI	ESKİ DANIŞMANI	YENİ DANIŞMANI
1148302007	Meral ÇETİNKAYA	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN
1148302009	Ayça Seda ÇINAR	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yeliz MERCAN

EK: 1 Adet Dilekçe

ASLININ AYNIDIR


 Meliha YAVUZ TAŞCI
 Enstitü Sekreteri
 Raportör

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pınarhisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR26R00

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Meral ÇETİNKAYA		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı ABD		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU
(2017-SBEK-01)

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pınarhisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	PR26R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.02.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	03.02.2017	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>				
	BİYOLOJİK MATERİYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD				
KARAR BELGELERİ	Karar No:03	Tarih: 10.02.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırkireli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırkireli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raportör)	Klinik Biyokimya	Kırkireli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırkireli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Kırkireli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Katılmadı

*:Toplantıda Bulunma



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MERAL	Soyadı	ÇETİNKAYA
Doğ.Yeri	Mersin	Doğ.Tar.	21.02.1989
Uyruğu	T.C.	Email	celik-meral@hotmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi Florance Nightingale H.H.Y.O	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezi	1,5
2.	Hemşire	Pınarhisar Devlet Hastanesi	1,5
3.	Hemşire	Gayrettepe Florance Nightingale Hastanesi	1

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	orta	orta	orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	70,026	71,577	66,221
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

RİA Sertifikası 2017

Üreme Sağlığı Sertifikası 2017

Pedagojik Formasyon Sertifikası 2015