

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

İsteğe bağlı düşükler yüzlerce yıl milyonlarca kadının yaşamış olduğu, doğurganlığın önemli bir parçası olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların karşılaştıkları önemli sağlık sorunlarından biridir (1,2). Dünyada her yıl 500.000 kadın gebelik ve doğum nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu ölümlerin en önemli nedenlerinden biri de kadınların istediklerinden daha fazla sayıda gebe kalmaları ve bu gebelikleri sağlıksız koşullarda sonlandırmalarıdır (3). İstemli küretajlar, yasadışı veya sakıncalı olmalarına rağmen, yıllardan beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanılması, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir sorun olmakta; üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (3,4). Küretajların; görülme sıklığı ülkelerin sosyo-ekonomik yönden gelişmişliğine siyasal ve kültürel yapısına göre farklılık göstermekte olup, gelişmekte olan ülkelerde bir çok kadın için kontrasepsiyon ve doğumları düzenleyici olarak kullandığı ve yaygın kullanım olarak aile planlaması hizmetleriyle verildiğini görülmektedir (3,5).

Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımında son 30 yılda önemli artış olmasına rağmen, düşükler, özellikle gelişmekte olan ülkelere, halen bir aile planlaması yöntemi gibi kullanılmakta, isteyerek düşüklerin yasalarla engellenmeye çalışılması düşük sayısını azaltmadığı gibi, uygunsuz ortam ve ehliyetsiz kişilerce yapılması sonucunu doğurmaktadır (6).

Düşükler, ana sağlığı düzeyini ve ana sağlığı hizmetlerinin içeriğini belirleyen önemli göstergelerden birisidir (7). Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, bütün dünyada bir günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme olmakta, bunun sonucu yaklaşık 1 milyon gebelik oluşmakta ve meydana gelen gebeliklerin %25'ini planlanmamış, %25'ini ise istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır (5,8). İstenmeyen gebeliklerin 125-150 bini ise küretajla sonlanmaktadır (2,5,9).

Ülkemizde çocuk yetiştirme maliyetinin yükselmesi, çok sayıda çocuğa sahip olmanın yararının azalması, kadının toplumdaki yerinin daha iyiye gitmesi ve aile planlaması hizmetlerindeki yetersizlik sonucunda, istemli küretaj, 1963 yılında 100 kadında 8'ken, 1978'de 17'ye, 1983'de 20'ye ulaşarak giderek artmıştır (1,10,11). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA-2003) ülkemizde kadınların %24'ünün istemli küretaj yaptırdığı belirtilmektedir (12). 1980'de, Sağlık Bakanlığı yılda 450.000 düşük olduğunu ve anne ölüm hızını 100.000 doğumda 207.5 olarak

tahmin etmiştir. 1980-1999 yılları arasında belirlenen anne ölümü oranı 100 bin canlı doğumda 130 olarak bildirilmiştir (5,13). 1997-1998 yılları arasında 53 ilin 615 hastanesinde gerçekleştirilen bir araştırmada, anne ölümlerinin %2,1'inin istemli küretajlar nedeni ile meydana geldiği saptanmıştır (7).

Ülkemizde uygulanan politikaya göre, küretaj bir aile planlaması yöntemi değildir (5). 1983 yılından bu yana istemli küretajlar devlet hastanelerinde yasal olmasına karşın, istemli küretajların yalnızca %27'sinin Devlet Hastanelerinde gerçekleştirildiği, özellikle Batı Anadolu'da Devlet Hastanelerinin en yüksek oranda kullanıldığı belirlenmiştir. Buna karşın istemli küretajların daha çok özel muayenehanelerde yapıldığı bilinmektedir (2,5). Yasallaşmanın güvenilir olmayan küretajların kaybolmasını tam olarak sağlayamadığı; özellikle kırsal bölgelerde kişilerin tıbbi yardım aramadan önce, kendi kendilerine düşük yapmaya çalıştığı görülmektedir (2,5). Ülkemizde istemli küretaj batıda daha fazla olduğu, önceki çalışmalarda eğitimsiz kadınların istemli küretaj daha fazla olduğu görülürken, bu farkın artık ortadan kalktığı görülmektedir (12,14).

Aile planlamasının hizmetlerinin amacı istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir (15). Dünyada 300 milyon çift herhangi bir yöntem kullanmamakta, 120-150 milyon arasındaki evli kadın başka çocuk doğurmamak ve gelecek gebeliğini ertelemek istemesine karşın kontraseptif yöntem kullanmamaktadır (16). Son zamanlarda geliştirilen “aile planlamasında kaçırılmış fırsatların değerlendirilmesi” yaklaşımı düşük sonrası dönemi ön plana çıkarmıştır. Bu durum istemli küretajın bir çiftin çocuk istemeyişinin en somut ifadesi olması ile ilgilidir (17). Düşükler yüksek sağlık risklerinin bulunması, ekonomik maliyetleri ve önlenebilirliği nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır(18). Ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde çalışan klinisyenler, kaçınılmaz, olarak isteyerek veya kendiliğinden düşük yapan kadınların tedavisi ile ilgileneceklerdir (19).

İstemli küretaj için başvuran kadınların küretaj olma nedenlerinin bilinmesi, kadınlara yapılacak olan aile planlaması eğitimi ve yöntem seçiminde yol gösterici olacak ve kadınların tekrarlayan küretaja başvurmasını engellemek için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Kadınların yaşamları süresince karşılaştıkları en önemli sorunlar, doğurganlık ve doğurganlığın kısıtlanması ile ilgilidir. Ülkemizde kadınların tamamına yakını, bir aile planlaması yöntemini bilmelerine karşın, çoğunluğu etkisi sınırlı yöntem kullanmakta, bunların sonucunda meydana gelen istenmeyen gebeliklerden kurtulmak istediklerinde istemli küretaja başvurmaktadırlar. Dünyada görülen sorun sağlıklı koşullarda küretaj iken, ülkemizde tekrarlayan küretajlara sık rastlanmaktadır. Kadınların küretajı bir aile planlaması yöntemi olarak kullanması kadın sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Bu nedenle, özellikle istemli küretaja başvuran kadınların, küretaj olma nedenleri belirlenmesi yolu ile kadınların ihtiyacına yönelmenin sağlanması, küretaj sonrası aile planlaması yöntem kullanma durumuna bakılarak, hizmet gereksiniminin belirlenmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu çalışma ile, Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine istemli küretaj olmak için başvuran kadınların, küretaja başvurma nedenleri ve küretaj sonrası aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Düşük: Fetusun uterus dışında yaşama yeteneği kazanmadan, 20 haftanın altında, gebelik süresi bilinmiyorsa fetusun ağırlığının 500gr.'ın altındayken uterustan atılmasına düşük denir (2,8,19,6,20).

Küretaj (kürtaj):Küret denilen kaşık şeklinde bir alet yardımı ile dokuların kazınarak çıkarılması, uterusun endometrium tabakasının temizlenmesi için kullanılan bir yöntemdir (6,19,21).

Yasal tahliye: Yasaların yapılmasına izin verdiği koşul ve ülkelerde 10 haftaya kadar gebeliklerin eşlerin isteğine bağlı olarak sonlandırılmasıdır (1,8,22).

Aile planlaması: Ailelerin istedikleri zaman, istedikleri sayıda ve olanakları ölçüsünde çocuk sahibi olabilmeleri, diğer bir ifade ile doğurganlığın düzenlenmesi için sunulan hizmetlerin tümüne denir (23,24). Uluslararası Nüfus Konseyinin tanımına göre aile planlaması; bireylerin, eşlerin istenmeyen gebeliklerden sakınmalarına, iki doğum arasındaki süreyi düzenlemelerine, yaş ve sosyo-ekonomik durumlarını dikkate alarak ne zaman ve ne kadar sayıda çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerine, çocuğu olmayan eşlerin çocuk sahibi olmalarına yardım eden uygulamaların tümüdür (15).

Üreme Sağlığı:Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üreme sağlığını “Yalnızca üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, üremenin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmasıdır” olarak tanımlamıştır. Üreme sağlığı, insanları tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneğini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir (14,17, 25,26,27,28,29).

Cinsel Sağlık:İnsan cinselliğine yapıcı bir yaklaşım kapsamında;cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla, kişilik, iletişim ve sevginin zenginleşmesi ve güçlendirilmesidir (17,25). Bu nedenle cinsel sağlık, yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla sınırlı tıbbi bakım ve danışmanlığın ötesinde, kişisel ilişkiler ve yaşamın güçlendirilmesidir (17).

Üreme Hakları:Uluslararası insan hakları kapsamında, çiftlerin ve bireylerin, çocukların sayısı ve doğum aralığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri için gereken bilgiye sahip olabilme;en yüksek standartlarda üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine ulaşabilme;üremeyle ilgili kararlarını şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın verebilme hakkıdır (17,25).

Kriminal Düşük: Her şeyi normal olan bir gebeliğin, yasal izin vermediği halde, kadının isteğine bağlı olarak sağlıklı koşullarda ve hekimler tarafından veya sağlıklı koşullarda ve hekim olmayan kişilerce yapılan düşüklere (1,20).

Sağlıksız Düşük: İsteyerek düşüğün yasa dışı, sağlıksız koşullarda kadının kendisi ya da eğitimsiz kişilerin müdahalesi ile yapılmasıdır (8).

Tıbbi Abortus: Anne yaşının ilerlediği veya sağlığının fizik, mental olarak bozukluğu veya çocuğun sakat doğma olasılığının bulunduğu durumlarda, anne ve nesil sağlığını korumak amacıyla gebeliklerin sonlandırılmasıdır (1,20,30).

İsteyerek Düşükler: Normal bir gebeliğin istemli olarak, dışarıdan müdahale ile hekim ya da başka bir kişi tarafından tıbbi yöntemlerle sonlandırılmasına “induced abortion- isteyerek düşük” denir (1,8,19, 31).

Anne Ölüm Hızı: Gebelik sırasında veya doğumdan sonraki 42 gün içinde gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebeliğe bağlı ya da gebelik veya gebelik bakımı sonucunda alevlenen herhangi bir nedenle meydana gelen ölümlerdir (25,32,33,34,35).

Kaba Doğum Hızı: Belirli bir sürede (genellikle bir yıl), belirli bir toplumun yıl ortası nüfusu başına meydana gelen canlı doğum sayısıdır (25,32,33). Bir toplumun doğurganlık düzeyi hakkında genel olarak bir fikir veren kolay hesaplanan bir ölçüttür (25,33). En önemli kısıtlılığı paydada her iki cinsiyetten ve değişik üreme potansiyeline sahip yaş gruplarından bireyler içermesidir (25,32).

Yaşa Özel Doğum Hızı: Doğurgan çağıdaki kadınlarda, 5-10 yıllık yaş aralıkları için hesaplanan bir doğurganlık ölçüttür (25,33). Belirli bir sürede (genellikle bir yıl), belirli bir toplumda bulunan belirli bir yaştaki ya da yaş grubundaki kadınların belirli bir birimi başına bu yaş ya da yaş grubundaki kadınlar arasında meydana gelen canlı doğum sayısıdır (32,33).

Toplam Doğurganlık Hızı: Doğurgan yaş (15-49) yaş grubundaki kadınların yaşa özel doğum hızlarının toplamıdır. Bu hız, doğurgan yaştaki kadın nüfusunun yaş yapısı etkilenmeden, doğurganlık düzeyi hakkında kesin bilgi veren bir ölçüttür. Doğurgan çağa giren bir kadının bu çağ sonuna kadar ortalama kaç canlı doğum yapacağını gösterir (25,32).

Genel Doğurganlık Hızı: Doğurgan çağıdaki her bin kadına düşen canlı doğum sayısını gösterir. Belirli bir sürede, belirli bir toplumda bulunan 15-49 yaş grubundaki kadınların belirli bir birimi başına bu yaş grubundaki kadınlar arasında

meydana gelen canlı doğum sayısıdır. Duyarlı bir ölçüttür. Bu hız başlıca doğum yapma riski olanlara ilişkin bir doğurganlık göstergesidir (25,32,33).

Kaba Üreme Hızı: Sadece kız çocuk doğumlarına sınırlanmış bir toplam doğurganlık hızıdır. Belirli bir toplumda ölüm olmadığı varsayılan yapay bir kadın kohordunun belirli bir biriminin üreme dönemi sonunda sahip olacağı kız çocukların ortalama sayısıdır (32). Kaba üreme hızının 1'in altında çıkması kadınların kendilerini üretemedikleri anlamına gelir (25).

Net Üreme Hızı: Güncel doğurganlık ve ölümlülük hızları dikkate alınarak sadece kız çocuk doğumlarına sınırlanmış bir toplam doğurganlık hızıdır. Belirli bir toplumda bir kadın kohordunun belirli bir biriminin üreme dönemi sonunda sahip olacağı kız çocukların ortalama sayısıdır (32).

İsteyerek Düşük Oranı: (100 canlı doğumda): Bu oran, gebe kalan kadınlarda, istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılması konusundaki talebi gösterir. Aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir göstergedir (1,2,33).

İsteyerek Düşük Oranı (100 gebelikte): Bir toplumda, belli bir sürede yapılan isteyerek düşüklerin sayısı/Aynı toplumda, aynı sürede meydana gelen toplam gebelik sayısıdır. Türkiye’de bu hız %17,9’dur (1,2).

Toplam Düşük Hızı: Bir toplumda düşük sorununun ne düzeyde olduğunu ve aile büyüklüğünü sınırlandırma ya da doğumlar arası intervallerin uzatılması konusundaki talebin düzeyini gösterir. Şöyle hesap edilmektedir: Bir toplumda, belli bir sürede, isteyerek ve kendiliğinden meydana gelen düşük sayısı/ aynı toplumda, aynı sürede, toplam gebelik sayısıdır. Bazen paydaya “15-49 yaş” kadınların sayısı veya canlı doğumların sayısı konabilir, o zaman ona göre adlandırılır. Türkiye için bu oran 28,5/100 gebeliktir (2,33).

2.2.DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE NÜFUS GELİŞİMİ

2.2.1.Dünyada Nüfus Gelişimi

Dünya nüfusu 17.yüzyıla kadar çok yavaş artmış sonra sanayileşme ile beraber kıtlıklar, beslenme, salgın hastalıklar, tıp ve teknolojik gelişmeler sonucu hastalık ve ölümlerin önlenmesi ve enerji kaynaklarının insan gücünün yerini alması ile hızlanmış, 1800'lerde 1 milyara, 1800-1900 arasında 2 milyara ulaşmıştır (5,25,31,32,36).

Hızlı nüfus artışı, günümüzde dünyanın karşısındaki en önemli sorunlardan biridir (13). Dünya nüfus artışını % 80'ini Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan 25 ülke oluşturmakta, nüfusunun 4,3 milyarı (%78) gelişmekte olan ülkelerde, 1,2 milyarı ise (%22) gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfus artış hızı % 2 iken, gelişmiş ülkeler için %0,5'tir (5,36,37). Halen dünya nüfusuna; saatte 10 kişi, her gün 260.000 kişi, her yıl dünyanın on birinci kalabalık ülkesi olan Meksika'nın nüfusuna yakın sayıdaki yaklaşık 90-94 milyon kişi dünya nüfusuna eklenmektedir (5,14,36). Günümüzde 6 milyara ulaşan dünya nüfusu; yıllık % 1.74 hızla 1950'den bu yana 2 kat, son 70 yılda üç kat artmıştır. Bu artış hızı ile dünya nüfusuna 1 milyar daha eklenmesi sadece 11 yılda gerçekleşecektir (5,13,14,25,31,36,37). Dünya nüfusu bu hızlı artışını sürdürürse nüfusun 2025 yılına kadar gelişmiş ülkelerde nüfusun 179 milyon, gelişmekte olan ülkelerde ise 2,8 milyar artacağı; dünya nüfusunun 2050 yılında 10 milyara, 2100 yılında 19 milyar olacağı tahmin edilmektedir (5,37,38).

Günümüzde dünya nüfusunun artışından gelişmekte olan ülkeler sorumlu olup, gelişmiş ülkelerdeki çocuk sayısı 280 milyonda sabit iken; gelişmekte olan ülkelerdeki çocuk sayısına her on yılda bir 200 milyon eklenmektedir. Dünyanın pek çok fakir ülkesinin nüfusu, gelecek 30 yıldan daha az sürede iki misline çıkacaktır (36). Gelişmiş ülkelerin nüfusunun iki katına çıkması 130 yılda olurken, gelişmekte olan ülkelerde 20-35 yılda gerçekleşmektedir. Tanzanya 19 yıl , Hindistan 34 yıl , Japonya'da 211 yıl sonra nüfusları 2 katına çıkacaktır (5,36). Kadın başına 6 çocuktan 3,5'a düşüş, Amerika'da 58 yıl, Sri Lanka'da 12 yıl, Endonezya'da 27 yıl, Kolombiya'da 15 yıl, Tayland'da 8 yıl Çin'de 7 yıl, Türkiye'de ise 30 yılda gerçekleşmiştir (36,39). Gelişmiş ülkelerde üretken nüfusun oranı %60 iken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %40'tır (5,25).

1960 ile 1980 arasındaki 20 yıllık sürede Dünya nüfusu % 46 artarken, genç nüfusun 2000'li yıllarda % 83.5'e olacağı tahmin edilmektedir. 1999 yılında 6

milyara ulaşan dünya nüfusunun yarısını kadınlar oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun %20'sini oluşturan doğurgan çağıdaki kadınlar; aşırı doğurganlık, anne ve çocuk sağlığını kötü şekilde etkileyen, erken evlenme, adolesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, 2 yıldan kısa aralıklarla ve çok sayıda gebelikler ve istenmeyen gebeliklerin fazlalığı nedeniyle anne ölümleri gelişmiş ülkelerin 15-20 katıdır. Gelişmiş ülkelerde her 100 bin canlı doğumda 30 anne ölürken, gelişmekte olan ülkelerde 420 anne ölmektedir. Pek çok ülkede yürütülen Dünya Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre, anne ölümleri her yıl 1/3 oranında düşürülebilir. Artık çocuk istemeyen kadınlara aile planlaması yöntemlerini tanıtmak, yöntem talep edenlerin, bu hizmetleri verenlere ulaşmalarını ve hizmeti almalarını sağlayarak anne ve çocuk morbidite ve mortalitesinde %30-40 oranında azalma oluşturmak mümkündür (5,13,36).

Nüfus artış hızını düşürmeyi başaran birçok ülke, ülkelerin nüfuslarıyla ilgili plan ve programlarını yaparken, uzun vadeli düşünceleri ve nüfus artışları ülke imkanlarını zorlayacak sınırlara gelmeden düzenleyici tedbirleri almaları gerekmektedir (5).

2.2.2. Türkiye’de Nüfus Gelişimi

Osmanlı öncesi dönemde Anadolu’nun nüfusu, 2.yy’da 8.8 milyon, 5.yy’da 11,6 milyon, 10.yy’da 8,0 milyon ve 13.yy’da 6,0 milyon tahmin edilmiştir (20). Osmanlı İmparatorluğunda nüfusuna ait ilk bilgimiz, Kanuni Sultan Süleyman döneminde, 1520-30 ev sayımına dayanarak, Ömer Lütfi Barkan’ın yaptığı tahminde imparatorluk nüfusu 11.692.480’dir. 1831’de toprak yazımı nedeniyle yalnız erkeklerin sayıldığında, nüfusun 7.230.000 olduğu belirlenmiştir (5,25,32,40). İngilizce yayınlarda 1830’da İmparatorluk nüfusunun 25-34,5 milyon arasında değiştiği belirtilmekte, 1876-77 Osmanlı-Rus Savaşı’nda seferber edilen asker sayısına göre nüfusunun 19 milyon olduğu tahmin edilmektedir (40).

Nüfus ve demografik özellikler toprak işgali, kaybı ve göçlerle sürekli değişmiş, 1876-77 Osmanlı-Rus Savaşından itibaren yoğun bir iç ve dış göç başlamış, 1927 yılına kadar devam etmiştir. 1921-27 arasında, bugün dünyanın en büyük nüfus değişimi kabul edilen, 1.400.000 kişinin Yunanistan-Türkiye arasındaki nüfus mübadelesinin sonunda Yunanistan’dan gelen-gidenlerle beraber, iç ve dış göçlerin hızı kesilmiş, Türkiye nüfusunun sosyo-demografik özellikleri değişmiştir (25,40).

Türkiye Cumhuriyetinde ilk modern nüfus sayımı 1927’de Belçikalı bir istatistikçinin denetiminde De Jacto olarak haneler dolaşarak yapılmış ve nüfus 13.648.270 bulunmuştur. Bu sayımda şehir nüfusu %24.2 ve köy nüfusu %75.8’dir (5,25,40,41).

Demografik değişimin birinci aşaması 1923-50 arasındadır. Bu dönemde, doğurganlık önemli derecede artarak 5.5 çocuktan 7.0 çocuğa yükselmiştir. Ölüm hızlarının düşmesi ve doğurganlığın artması ile 1923-55 arasında nüfus 13 milyondan 24 milyona çıkmış, nüfus ikiye katlanmıştır (5,25).

Türkiye’nin demografik değişimindeki ikinci aşama 1955-85 yılları arasındadır ve nüfus artış hızının en yüksek değerine (yılda %2,8) ulaşması ile başlar. 1950’lerde doğurganlık azalmaya başlamış; doğurganlıktaki azalma, ölümlerdeki azalmayı yakalayacak kadar hızlı olmadığı için nüfus artmaya devam etmiş ve 1955-85 arasında 24 milyondan 51 milyona çıkarak yine ikiye katlanmıştır. İkinci aşama da doğurganlığı azaltan önemli bir faktör hızlı kentleşme başlamış (1955’te %22,5, 1985’te %51,1) doğurganlık azalmaya başlamıştır. Kırdan kente göç geniş ailenin azalmasına ve kentlerin ekonomik, eğitim ve tüketim olanaklarına yönelmeye, kentte göçle beraber, aile işlerinde çalışma yerini nitelikli işlerde ve kent endüstrisinde çalışmaya, yaşam standartlarının yükselmesi, çocukların daha sağlıklı ve daha iyi eğitilmiş olmalarına verilen önemin artması, çok çocuk sahibi olma isteğinin azalmasına ve ailelerin doğurganlıklarında düşmeye yol açmıştır (25).

Üçüncü değişim dönemi 1985-90 arasında, nüfus artış hızı, göçlerle eklenen nüfusa karşın, %2,2’ye düşmüştür. Doğal artış hızı, 1990’da %1,8 ve 1994’te %1,6 olmuştur. Demografik değişimin üçüncü döneminin tamamlanmış kabul edilebilmesi için iki koşul gerekir; birinci, doğurganlığın aşağı yukarı anne-baba neslinin (parent generation) yerini aldığı düzeye düşmesi, üstüne çıkmaması, ikincisi de nüfus artışının durması olup, bunların ikisi aynı zamanda ortaya çıkmayabilir. Doğurganlığın ikame (replacement) düzeyine ulaşmasından çok sonra bile nüfus büyümeye devam eder; bunun nedeni, önceki yüksek doğurganlığa bağlı, genç erişkinlerin sayıca bir önceki neslin hayatta kalanlarından çok daha fazla olmaları ve yaşadıkları süre boyunca ileri yaş gruplarına eklenerek toplam nüfusu arttırmalarıdır (25).

Türkiye 1920’li yıllarda pronatalistik politikalarla nüfus artmış, 1950’de nüfus artış hızı %021,7, 1955’de %027,8’e ulaşmıştır (13). Toplam doğurganlık hızı

eğitim durumu, yerleşim yeri ve bölgelere göre değişmekle birlikte; 1978'te kadın başına 3,9 iken, bu sayı 1993'te 2,7'ye ve günümüzde 2,6'ya düşmüştür (5,14,15).

Türkiye'de yüksek doğurganlık ve nüfus artışına bağlı genç nüfus yapısına sahip bir ülkedir (14). 1990 yılı nüfus sayımına göre toplam nüfusun yaklaşık %10,5'ini 0-4 yaş grubu çocuklar, %25'ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturur. Nüfus artışı bakımından dünyanın ilk on ülkesi içinde yer alan Türkiye'nin de 1999-2000 yılları arasında yıllık nüfus artış hızı %1,7'dir (13). Türkiye'nin nüfusu, 21. yy ortalarında 95-98 milyona çıkacak ve bundan sonra aşağı yukarı sabit kalacaktır. Böylece, değişim tamamlandığında 1923'teki nüfus 7,5 katına ulaşmış olacaktır (25). Ülkemizde 67.8 milyona (2000 yılı) ulaşan nüfusun, yılda % 1.9 oranında artmakta olduğu ve 2010 yılında 76 milyona ve 2025 yılında 88 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (13,41).

2.3. Türkiye'de ve Dünyada Düşüklerin Durumu

2.3.1. Dünyada Düşüklerin Durumu

Düşükler, ana sağlığı düzeyini ve ana sağlığı hizmetlerinin içeriğini belirleyen önemli göstergelerden birisidir (7). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre, bütün dünyada bir günde 100 milyondan fazla cinsel birleşme olmakta, bunun sonucu yaklaşık 1 milyon gebelik oluşmakta ve meydana gelen gebeliklerin %25'ini planlanmamış, %25'ini ise istenmeyen gebelikler oluşturmaktadır (5,8). İstenmeyen gebeliklerin 125-150 bini ise küretajla sonlanmaktadır (2,5,9).

Yılda 175 milyon gebeliğin en az 75 milyonu istenmeyen gebelikler olup, bunların 45 milyonu düşük, 30 milyonu ölü doğum ile sonuçlanmakta, sonlanan gebeliklerin 20 milyonu DSÖ'nün "sağlıklı olmayan" tanımına uymakta, sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşüklerin sonucunda 80 bin ölüm ve yüzbinlerce sakatlık meydana gelmektedir (1,2,3,7,8,9,18,32,42,43,44,45,46,47). Gelişmekte olan 60 ülkede yapılan bir çalışmada, bu ülkelerde 1976 yılında yaklaşık olarak 137 milyon kadının isteyerek düşük yaptığı belirlenmiştir (1,19). Tietze ve Henshaw, Dünya'da 40-60 milyon; diğer bir deyişle, her 1000 canlı doğuma karşı, 300-500 yasal ve yasal olmayan düşük yapıldığını ve bu düşüklerin 1/3'ünün sağlıklı olmayan koşullarda yapıldığı belirtilmektedir (1,2,5, 7,8,10,14,18,19,26,28,43,44,48).

Dünyada her yıl gebeliğe ilişkin nedenlerle 585.000 (yüzbinde 430) kadın ölmekte bu ölümlerin %99'u (yüz binde 480) gelişmekte olan, %1'i (yüzbinde 27) ise gelişmiş ülkelerde olmaktadır(13,24,26,34,35,42,45,46,47,49,50,51).Bu ölümlerin

60-200.000'i, aile planlaması hizmetlerinin yetersizliği veya olmaması sonucunda meydana gelen sağlıksız koşullarda gerçekleşen k¼retajlar ve bunların komplikasyonları nedeni ile olmaktadır (1,2,18,19,42,44,49,50). Sağlıksız koşullarda yapılan d¼ř¼klerin komplikasyonu olarak meydana gelen septik abortus, toplam anne ¼l¼mlerinin %20-40'ını oluşturmakta ve bu d¼ř¼k işlemlerinde hayatlarını kaybetmeyenlerin %70-50'sinde komplikasyon tedavisi gerekmektedir (14,19,42).

Gelişmekte olan 60¼lkede 1970'li yılların sonunda yapılan b¼y¼k çaplı bir çalışmada, Uluslararası Planlanmış Aile Federasyonu, her 1000 canlı doğuma karşılık 207 kasıtlı d¼ř¼k yapıldığı, K¼ba dışında k¼retajın yasa dışı olduğu Orta ve G¼ney Amerika¼lkelerinde, gebeliklerin %20-40'ının kasıtlı d¼ř¼kle sonuçlandığı sanılmaktadır (1).

Sağlıksız koşullarda yapılan d¼ř¼kler kadın sağlığında en ¼nemli sorunlardan biridir. Her yıl d¼nyada 80000 Maternal ¼l¼mle sonuçlanan 20 milyon (her g¼n 55000) sağlıksız d¼ř¼k olmakta, d¼nyada yapılan k¼retajların her yıl 75-200 bini ¼l¼mle sonuçlanmakta, her 10 gebeliğe karşılık 1 ve her 7 canlı doğuma karşılık 1 sağlıksız d¼ř¼k g¼r¼lmekte, her g¼n 200 kadın sağlıksız koşullarda yaptırılan d¼ř¼k nedeni ile ¼lmekte, her 8 anne ¼l¼m¼nden biri sağlıksız d¼ř¼k nedeni ile olmakta, t¼m anne ¼l¼mlerinin en az %13'¼ sağlıksız koşullarda yaptırılan d¼ř¼k nedeni ile meydana gelmektedir. Sağlıksız koşullarda yaptırılan d¼ř¼klerin %95' i gelişmekte olan¼lkelerde olmaktadır (2,5,8,26,32).

D¼nya genelinde 15-44 yaş grubu 1000 kadına d¼řen istemli d¼ř¼k hızı Çin (1987) 38,8, K¼ba (1988) 58,0, İngiltere (1987) 14,2, Hollanda (1986) 5,3, İsveç (1989) 21,5, Amerika (1985) 28,0 olarak bulunmuştur (1,5). Eski SSCB'de isteyerek d¼ř¼k hızı 1000 kadında 100, Romanya'da 130 , ABD'de 24 ve Hollanda'da 5'tir (2). Norveç'te resmi rakamlara g¼re 3-5 hamileden 1 tanesi istemli d¼ř¼k ile sonuçlandığı, İsveç'te 15-44 yaş kadınlarda isteyerek d¼ř¼k %0,26 olarak bulunmuştur (1). Yeni Zelanda İstatistik raporuna g¼re 15-44 yaş 1000 kadından 20,5'i d¼ř¼k yapmaktadır (52).

1996 yılında Amerika'da yaklaşık 1,37 milyon isteyerek d¼ř¼k yapılmış, 2001 yılında ise 1,31 milyon isteyerek d¼ř¼k yapılmıştır (9,19,53). Amerika'da yaklaşık 5 milyon kadın her yıl gebe kalmakta, bu gebeliklerin yarısı planlanmamış gebeliklerden oluşmakta ve bunun sonucu 1,2 milyonu k¼retajla sonuçlanmaktadır (5). Williams 1973-1988 yılları arasında ABD'de her evlilikte istenmeyen ocuk doğumlarının g¼sterilmesi konulu çalışmasında, istenmeyen gebeliklerdeki yıllara

göre artışın orta öğrenimi bile olmayan ve asgari geçim standardının altında yaşayan kadınlardan kaynaklandığını saptamıştır (54).

Afrika'da gebelikten korunma araçlarına ulaşım sınırlı olduğu için ve bir çok ülkede yasal kısıtlamalar, güvensiz koşullardaki düşükleri artırmaktadır. Tüm düşüklerin %50'sinin hastanelere başvurduğu ve anne mortalitesinin başta gelen nedeni düşük komplikasyonları oluşturmaktadır (1,2). Nairobi'de hastanelerde yapılan bir araştırmada, gebelikle ilişkili ölümlerin %35'inin sağlıksız koşullarda gerçekleştirilen düşüklerden dolayı olduğu saptanmış, Nijerya'da anne ölümlerinin %50'si yasa dışı düşüğe bağlı olarak gelişmektedir (2,3,14).

Küretajların fertilite üzerine etkisini tahmin etmek çok güçtür. 33 ülkede yapılan bir araştırmada; küretajların fertilitenin kontrolünde yaygın olarak kullanıldığını ortaya koymuştur. Ancak kontraseptiflerin kullanımının ve yaygınlığının artması ile, abortusun fertilite üzerine etkisini azaltmıştır (2).

Hindistan'da yapılan bir çalışmada düşüğün rahim içi araç (RİA), hap ve sterilizasyondan sonra 4. sırayı alan bir doğum kontrol yöntemi olduğu ve düşüğe bağlı anne ölüm oranı %3,4 olduğu saptanmıştır. Vietnam'da düşüğün doğurganlık düzenleyici bir yöntem olarak kullanıldığı ve her dört gebelikten ikisinin düşükle sonlandırıldığı belirtilmektedir. Bangladeş'te yasal düşük 1979 yılından itibaren ulusal aile planlaması programında bir yöntem olarak kabul edilmiş olup halen uygulanmaktadır. Düşüğün yasal olmayan yollarla yapıldığı gelişmekte olan ülkelerde, anne ölümlerinin çok yüksek olduğu görülmektedir. Bangladeş'te her yıl gebeliğe bağlı ölüm nedenlerinin 1/3'ünde ölüm nedeni yasa dışı düşük komplikasyonudur(3,14).

Latin Amerika'da farklı ülkelerde düşüğe bağlı anne ölüm hızları Bogota'da %37, Cali'de %37, Karakas'ta %46, Guatemala Cumhuriyeti'nde %47, La Plata'da %23, Santiago'da %53 ve San Paola'da %20 olarak bulunmuştur (2). Düşüğün yasal olmadığı Brezilya'da ise yılda yaklaşık 1-4 milyon kadın sağlıksız düşük komplikasyonları nedeniyle hastaneye başvurmaktadır (14).

Güvenli olmayan düşük, çok sayıda kadının yaşamı tehdit altında almakta, en büyük risk grubunu ise yoksullar ve gençler oluşturmaktadır (29). DSÖ'ne göre düşüğün komplikasyonu nedeni ile hastane de bakıma gereksinim duyanlardan 3'te biri ergendir. Her yıl 15-19 yaş grubunda; 15 milyondan fazla doğum, 5 milyondan fazla gebelik sonlandırma olmakta ve 100.000 ergen düşüğe bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. Ergen gebeliklerin çoğu planlanmamış ve istenmeyen

gebelikler olması nedeniyle ergenlerin çoğu okuldan atılmamak ya da evinde sorun olmaması için düşüğe başvurmaktadır. Yalnızca ABD’de her yıl bir milyonun üzerinde ergen gebelik meydana gelmekte ve bu gebeliklerin 450.000’i düşükle sonlanmaktadır (55,56).

Kabir (1989), Asyalı kadınlarda istenmeyen gebeliklerin nedenlerini ve sonuçlarını 3. dünya ülkelerinde, aile planlaması ve korunma yöntemlerinin yaygınlaştırılmamasına bağlamaktadır. Haile (1992), Etiyopya-Gondar’da kürtajın doğuma oranı; 0,3984/0,6016 bulunmuştur. İstenmeden gebe kalmanın istenen gebeliğe oranı ise 0,4099/0,5901’dir. Yüksek oranda kürtaj ve istenmeyen gebelikler, Etiyopya’da doğum kontrolünün önemini göstermektedir (54).

Tablo 1:Dünya Geneline İsteyerek Düşük Yapma İnsidansı

Yıllık Sayı	40-60 milyon
15-44 yaş arası her 1000 kadında oranı	32-46
Her bir kadının yaşam boyu düşük yapma insidansı	0,9-1,3
Gebeliğin yüzdesine göre düşük yüzdesi	%21-28
Bilinen en düşük oranı (Hollanda)	%0,005
Bilinen en yüksek düşük oranı (Romanya- 1990)	%0,0188

*(14)

Modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımında son 30 yılda önemli artış olmasına rağmen, düşükler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, halen bir aile planlaması yöntemi gibi kullanılmaktadır. İsteyerek düşüklerin yasalarla engellenmeye çalışılması düşük sayısını azaltmadığı gibi, uygunsuz ortam ve ehliyetsiz kişilerce yapılması sonucunu doğurmaktadır (18).

2.3.2.Türkiye’de Düşüklerin Durumu

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de aile planlaması hizmetleri yaygın olarak verilmesine karşın, bir çok ülke ile karşılaştırıldığında hala oldukça fazla sayıda küretaj yapılmaktadır. Ülkemizde istenmeyen gebelikler, istenmeyen gebelikler sonucu olan doğumlar ve istemli küretajlar çok yaygındır (2,5,8). İstemli küretajlar, ülkemizde de yasa dışı veya sağlıksız koşullarda, yıllardan beri doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmaktadır (11). Dünyadaki sorun “sağlıksız koşullarda yapılan küretaj” ise de, Türkiye’deki sorun aile planlaması hizmetlerine yeterince ulaşamama nedeniyle “tekrarlayan küretajlar” şeklinde ortaya çıkmaktadır (5).

Türkiye’de bir yılda doğurganlıkla ilgili gelişmelere baktığımızda; yaklaşık 2 milyon gebelik olduğu, bunların 1.474.751’inin canlı doğum, 29.378’inin ölü doğum ve 454.373’ünün düşük ile sonlandığı, 465.000’inin gebelikleri süresince hiç doğum

öncesi bakım almadığı, 436.526 kadının tek, 156.324 kadının ise birden fazla gebelik ile ilgili risk faktörü taşıdığı tespit edilmiştir (5,14,34,45,57,58).

Ülkemizde çocuk yetiştirme maliyetinin yükselmesi, çok sayıda çocuğa sahip olmanın yararının azalması, kadının toplumdaki yerinin daha iyiye gitmesi ve aile planlaması hizmetlerindeki yetersizlik sonucunda, istemli küretaj, 1963 yılında 100 kadında 8'ken, 1978'de 17'ye, 1983'de 20'ye ulaşarak giderek artmıştır (1,10,11). 1980'de, Sağlık Bakanlığı yıllık olarak Türkiye'de 450.000 düşük ve yüksek anne ölüm oranının (100.000 doğumdan 207,5 anne ölümü) olduğunu tahmin etmiştir. 1980-1999 yılları arasında belirlenen anne ölümü oranı 100 bin canlı doğumda 130'dur (5,13).

Türkiye'de yasallaştıktan sonra isteyerek düşüklerin %97'si sağlıklı koşullarda yapılı hale gelmiş, daha güvenli teknikler geliştirildikçe, güvensiz küretaj ciddi bir kadın sağlığı problemi olmaktan uzaklaşmıştır. Anne ölüm hızında 1983-1993 yılları arasında görülen düşüşte bu değişikliğin de rolü vardır (5). Ülkemizde yapılan demografik araştırmalar 1990'ların başında yılda ortalama 222.000 toplam düşük olduğunu ve bunun 116.000'inin (%56,3) istemli küretaj oluşturduğunu göstermektedir. Ülkemizde 1984-86 yılları arasında hastanede yapılan 226.897 düşüğe 272 ölüm olduğu saptanmıştır. 1991 yılında düşüğe bağlı kadın ölüm oranı 100.000'de 40 olarak bildirmekte; kanama ve enfeksiyon, anne mortalite ve morbiditesini etkileyen önemli komplikasyonlar olarak görülmektedir (43). 1997-1998 yılları arasında 53 ilin 615 hastanesinde gerçekleştirilen bir araştırmada, anne ölüm hızı yüzbinde 54 olarak belirlenmiş, anne ölümlerinin %2,1'inin istemli düşükler nedeni ile meydana geldiği saptanmıştır (7,47).

TNSA 1998 Araştırma sonuçlarına göre evlenmiş kadınların %27'sinin isteyerek düşük yaptığı, TNSA 2003'de ise bu oranın %24'e düştüğü bildirilmiştir (12,14).

İstemli küretaj düşük yapmış evlenmiş kadınların oranı yaşayan çocuk sayısı ile birlikte artmaktadır; çocuğu olmayan kadınlarda bu oran %3 iken, halen yaşayan üç ya da dört çocuğu bulunan kadınlarda en yüksek düzey olan %33'e çıkmaktadır. Bölgelere göre incelendiğinde, evlenmiş kadınlar arasında istemli küretaj yapma oranı doğuda azken, batıda en fazladır. Daha önceki TNSA (1993,1998)'larda, kadının eğitim durumu ile istemli küretaj yapma oranı çok fazla farklılık göstermekte iken, 2003 TNSA'ya göre bu farklılık, sırasıyla eğitimi

olmayan ve ilkokulu bitirmemişlerde %21,3'ken, lise ve üzeri eğitim alanlarda %24.8'dir (12,14).

Ülkemizde uygulanan politikaya göre, küretaj bir aile planlaması yöntemi değildir (5). 1983 yılından bu yana küretajlar devlet hastanelerinde yasal olmasına karşın, küretajların yalnızca %27'sinin Devlet Hastanelerinde gerçekleştirildiği, özellikle Batı Anadolu'da Devlet Hastanelerinin en yüksek oranda kullanıldığı belirlenmiştir. Buna karşın küretajların daha çok özel muayenelerinde yapıldığı bilinmektedir (2,5). Yasallaşmanın güvenilir olmayan küretajların kaybolmasını tam olarak sağlayamadığı; özellikle kırsal bölgelerde kişilerin tıbbi yardım aramadan önce, kendi kendilerine düşük yapmaya çalıştığı görülmektedir (2,5).

Tablo 2: Türkiye'de Yıllara Göre İsteyerek Düşük Hız ve Oranları 1983-2003

İsteyerek Düşükler		
Araştırmalar	100 Gebelik	100 Kadında
1983 TNSA	12.1	2.8
1988 TNSA	23.6	5.5
1993 TNSA	18.0	3.1
1998 TNSA	15.3	2,5
2003 TNSA	11,3	2.4

*(4,5,8,11,12,14,18,24,59,60)

Hiç yöntem kullanmamış kadınların yalnızca %7'dir (2). İsteyerek düşük hızları (İDH) bölgeler arasında da farklılık göstermektedir. Doğu Anadolu'da isteyerek düşük hızı en az olup, bu oran Güney Anadolu'da yaklaşık 2 kat, Batı Anadolu ve Orta Anadolu'da yaklaşık 3 kat fazladır (12). Farklılık kır/kent arasında da görülmektedir, kentlerde iki kat fazladır (2,12).

İstenmeyen gebelikler; eşlerin kontraseptiflerle ilgili bilgi eksikliği, aile planlaması hizmetlerinin yetersiz, kontraseptif yöntemlerin kullanılmadığı veya yanlış kullanıldığı ülkelerde daha fazladır (8). İstenmeyen bir gebelik kadın ve aile için psiko-sosyal boyutu olduğundan, kadın için en güvenli olan, gebeliğin mümkün olan en kısa zamanda sonlandırılmasıdır (2,8). TNSA 2003'de düşüklerin %73'ünün gebeliğin ilk ayında, %22'sinin ikinci ayında gerçekleştiği belirlenmiştir. İsteyerek düşüklerin yalnızca %5'i yasal sınırlarının dışında gerçekleşmiştir. Kentsel alanlarda, GAB ve Orta Anadolu bölgelerinde yaşayan kadınlar arasında gebeliğin ikinci ayından sonra düşük yapma oranı diğer kadınlara göre daha fazladır (12). Kadının ve eşinin eğitim düzeyi ne kadar yüksek ise, isteyerek düşük hizmeti veren yerlere ulaşım süresi de o kadar kısalmaktadır (2). Ülkemizde düşüklerle ilgili yasal düzenlemelerin yapılmasına rağmen istenmeyen gebeliklerin fazla olmasının nedeni

bilgisizliktir. Asılsız söylentileri kullanılan etkin yöntemlerin bırakılma neden olduğu saptanmıştır (43).

Düşüklerin görülme sıklığı, ülkelere ve ülkelerin sosyoekonomik seviyelerine paralel olarak değişmektedir. Kadının toplumsal statüsünü belirleyen en temel faktörler eğitimi, çalışması sosyal güvencesinin olmasıdır. Araştırmalar, gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (43).

2.3.3.Küretaj Tarihçe

Tarihin eski dönemlerinden beri, istenmeyen gebelikler isteyerek yapılan düşüklerle sonlandırılmışlardır (1,31). Doğum kontrolünde uygulanan metotları gösteren Medical History of Contraception'da düşük yaptıracak ilaçları gösteren bir reçete bulunmaktadır. Bu reçete M.Ö.2737-2696 yılları arasında yazılan bir Çin Kitabında bulunmuştur. Aynı yıllarda yazılan bir Çin kitabesinde düşük yaptırmak için civanın kullanıldığı kayıtlıdır (6,31).

Hamburabi kanunnamesinde çocuk düşürmeyi yasaklamış ve yapanların cezalandırılacağını belirtilmiştir (6). Tarihte ilk defa Aristo bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmamanın ailenin hakkı olduğunu savunarak, istedikleri taktirde provake abortus yapabileceklerini savunmuş, Eski Yunanistan'da Aristo gibi Platon'da doğum kontrolünün gerekli olduğunu ve ideal nüfusunu korumak için yeterli çocukları olan ailelerin provake abortusların yapabileceğini savunmuştur (1,6). Buna karşın Eski Yunan'da Lykurk ve Solon zamanında provake abortus yapanların cezalandırıldığı bilinmektedir. Hipokrat, isteyerek düşük yapmak isteyenlere tavsiyelerde bulunmuş, fakat bunun için alet kullanmasını kesinlikle yasaklamıştır. Roma'da düşük; ahlaka aykırı bir suç olarak kabul edilmiş, Justinyen zamanında, Hristiyanlığın etkisi altında isteyerek düşük yapmak cinaî bir suç olarak kabul edilmiş ve bu görüş Ortaçağ boyunca etkili olmuştur (6,31).

17. yüzyıldan itibaren nüfus artışı hızlanmış buna bağlı olarak sosyal ve ekonomik değişme ile sorun yeni boyutlar kazanmıştır (1). Fransız ihtilali sonrasında Avrupa'da teröpatik abortuslar hakkındaki düşünceler açıkça tartışılmış ve anne hayatı tehlikede ise gebeliği sonlandırabileceği düşüncesi yaygınlaşmıştır (6). 18. yy başlarında İngiltere ve Amerika'da kadınlar istemedikleri gebeliklerini herhangi bir dönemde isteyerek düşükle sonlandırmada özgür bırakılmıştır (1).

19. yy'dan beri çeşitli tekniklerle uygulanan diagnostik kürtaj işlemlerinde kavitenin aspirasyonuna başvurulmakta ise de modern menstruel regülasyon

tekniklerinin geliştirilmesi 1960'ların sonunda Dr. Harvey Karman tarafından bükülebilir polietilen kanüllerin modifiye edilmesi ve aspirasyon için uygun enjektörlerin imal edilerek kanüllere aplane edilmesi ile mümkün olmuş ve bu gün pek çok ülkede resmen kabul edilmiş bir gebelik sonlandırma tekniğidir. Daha sonra geliştirilen sabit basınçlı enjektörler ve daha geniş çaplı kanüllerle yöntemin birinci trimestir içinde gebeliği rahatlıkla sonlandırabilecek düzeye gelmesi sağlanmıştır (1).

2.4.Küretaj ve Aile Planlamasının Dini Yönü

İnsanlık yaşamını farklı kurallarla çizen dinlerde, doğmamış bebeği, anneyi ve toplumu ilgilendiren, üzerinde çeşitli spekülasyonlar yapılan hassas ve karmaşık bir konudur. Bu konuda fark, dinlerden çok aynı dinden olan din adamları arasında dahi vardır (1,25,43). Çeşitli dinlerde çocuk düşürmeye bakış şöyledir:

a)İslam dini: Çocuk doğurma, çocuk sayısının sınırlandırılması, iki doğum arasındaki sürenin ayarlanması, kısırlığın tedavi ettirilmesi gibi konularda da karı kocanın ortak isteğine göre, meşru ve emin çarelere başvurulması, İslam alimlerinin çoğunluğunca uygun görülmektedir. İslam din adamları 1971 yılında Rabat'ta toplanarak aile planlaması ve çocuk düşürme olgusunu tartışmışlardır. Bir grup din adamı Kur'an-ı Kerim'e dayanarak gebeliğin ilk döneminde ceninin kan pıhtısı halinde bulunduğunu, henüz canlanmadığından bu dönemde çocuk düşürmenin günah olmadığını öne sürmüştü; diğer grup ise, yaşamın yumurtanın döllenmesi ile başladığı ve ana hayatının tehlikede olması durumu dışında çocuk düşürmenin günah olacağını belirtmişlerdir (1,25,61).

İslam alimlerinin, gebeliğin ilk dört ayı içinde çocuk düşürmek için zaruret saydıkları durumlar şunlardır: Annede tedavinin gecikmesi sakıncalı olan bir hastalık varsa, gebelik dolayısıyla sütünün kesilmesi ve ailenin emmekte olan çocuğa süt veya süt anne bulma imkanının olmaması, gebeliğin devamı veya doğum annenin hayatını tehlikeye sokacağı kesinlikle biliniyorsa, annenin hayatını kurtarmak için gebeliğin süresine bakılmaksızın, çocuğun düşürülmesi veya aldırılması caiz görülmüştür. İslam alimleri, dört aydan sonra çocuğu düşürme veya aldırmanın haram olduğunda ittifak etmişler; ancak annenin hayatının kurtarılması için caiz olduğunu belirtmiş, gerekçesiz düşük suç kabul edilmiştir (61). Bazı İslam mezhepleri çocuğun rahimde hareket etmesinden sonra düşüğü yasaklamış, bazıları ise cenin ruh sahibi olduktan sonra onu aldırmayı hem haram, hem de cinayet kabul etmektedir (6,19,43).

Henüz çocuk teşekkül etmezden önce, gerek azil (geri çekme) ve gerekse bu kapsama giren gebeliği önleyici nitelikteki yöntemlere İslam müsamaha ile bakmaktadır. Çocuk istenmediği durumlarda, karı kocanın ortak istekleriyle gebeliği önleyici tedbirler alınması caizdir, uygulanacak yöntemin erkeğin veya kadının fizik ya da ruh sağlığına zarar vermeyecek nitelikte olması gerekir, dinen meşru olmadıkça çocuk düşürmek veya aldırma (kürtaj) haramdır, gebeliği önleyici tedbir alınması veya ailede çocuk sayısının sınırlandırılması hususu ailelerin kendi imkan ve isteklerine bağlı olmalıdır, bunun kanunla sınırlandırılması dinen caiz değildir. Bu konuda devletin görevi vatandaşları eğitmek, meşru ve emin çareleri öğretmek, gerekli ilaç ve aletlerin temini hususunda kolaylık sağlamaktır (1,61).

b) Hristiyan dini: Hristiyan dininde mezhepler arasında farklılıklar vardır; Protestan kiliselerinde ancak ana sağlığı yönünden gerekli ise çocuk düşürülebilir görüşünde olanların yanında, bu konuda yetkinin kadın ve ameliyatı yapacak hekime ait olduğu ve dinsel yönü olmadığı görüşünde olanlar da vardır. Katolik kilisesi, bu konuda çok katı olup, insan hayatının döllenme ile başladığı, annenin hayatı tehlikede olsa bile, çocuk düşürmenin bir günahsız öldürme sayılabileceği görüşündedir. 1992’de Rio de Jenerio’da düzenlenmiş olan Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı’nda, cerrahi sterilizasyon konusunda çok katı olmasına rağmen, hafif ikaz dışında aile planlamasını desteklemiştir (1,25,31).

c) Musevi dini: Bir grup haham çocuk düşürmenin gebeliğin her döneminde günah olduğu görüşündedir. Bir diğer grup ise, mukaddes kitaplardan en büyük din adamlarının görüşlerinden kanıtlar vererek doğmamış bir fetusun annenin parçası olduğu, kişiliğini doğduktan sonra kazandığı, bu nedenle çocuk düşürmenin bir canlının öldürülmesi sayılmayacağı görüşündedirler (1).

2.5.Dünyada ve Türkiye’de Yasal Durum

2.5.1. Dünyada Yasal Durum

İnsanlık tarihi boyunca nüfus politikası, nüfusun büyüklüğünün, ulusal ve ekonomik gücün belirleyicisi olan, yani pronatalisttir. Aşırı nüfus artışından zaman zaman korkulmasına rağmen, nüfus büyüklüğü saldırılara karşı bir savunma sayılmıştır. İkinci dünya savaşından sonra, sanayileşmiş ülkeler nüfus büyüklüğü ile askeri güç arasında ilişki olduğu konusunda ki görüşlerini gözden geçirmişler; ekonomik ve teknolojik üstünlüğün önemini anlamışlar, batıda nüfus kontrolü fikri ortaya çıkmış, hızla artan nüfus karşısında gelişmiş ülkeler, gelişmekte olan ülkelerdeki uyarılmışlardır (25).

Hızlı nüfus artışının ilk habercisi, birçok ülkenin 1950’lerde ekonomik büyüme hızının, hızlı nüfus artışı tarafından engellenmesi sonucunda, üçüncü Dünya ülkelerindeki kalkınma hızının yavaşlamasıdır. 1959’da Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), bazı ülkelerde nüfus artış hızının besin üretimini aştığını göstermiştir (25).

Nüfus konusunun uluslararası tartışma platformuna taşınmasına katkıda bulunan ikinci faktör, 1960-61 nüfus sayımları ile dünya nüfusunun sanıldığından çok daha hızla artması ve bununla ters orantılı olarak kalkınma hızının yavaşlamasıdır (25). 1960 yılından sonra az gelişmiş ülkelerin pek çoğu nüfus artışının önemli bir sorun olduğunu kabul etmiş ve nüfus artış hızını azaltma veya ana-çocuk sağlığı düzeyini yükseltme gerekçesiyle aile planlaması programları başlatmışlar veya halka aile planlaması hizmeti sunmuşlardır (14).

Uluslararası ilgiyi çeken üçüncü faktör, bazı ülkelerin, nüfus artışının kalkınmayı engelleyen ana etkenlerden olduğunu açıklamasıdır. Son yüzyılda, nüfusun hızlı artışının getirdiği sorunlar ve hükümet politikaları ile beraber, değişik görüş ve düşünceye sahip çeşitli gruplar arasında nüfus planlaması ve nüfus politikası konusunda tartışmalara neden olmuştur. Nüfus sorununun siyasi olmaktan çok, sosyal ve ekonomik bir sorun olarak bakılması ve toplumsal ve bireysel refahın gözetilmesi bu konuda daha objektif düşünmeyi sağlar (25).

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda nüfus politikası, aile planlaması programlarının başlatılmasının ve sürdürülmesinin tartışılmasından çok, bu programların nasıl uygulanacağını tartışılması şeklindedir (25). Doğum kontrolü ve buna bağlı olarak kürtaj işleminin batı ülkelerinde yayılması, İngiliz iktisat bilgini ve Anglikan rahibi Thomas Roberts Malthus’un (1766-1834) öne sürdüğü “gıda maddelerinin artan dünya nüfusunu besleyemeyeceği” endişesine dayanır (1). İspanya, Fransa ve İngiltere’de Hristiyan kilise yasası değerlerinin modern ceza yasalarına ilk defa yansıdığı, 19. yüzyılın ilk dönemlerinde, düşüklere karşı ceza verilmesi için ceza yasası hükümleri kullanılmaya başlanmıştır (19).

Hükümetlerin istek üzerine çocuk düşürmeyi serbest bırakma veya sınırlama konusundaki politikaları birbirinden oldukça farklıdır. İngiltere’de 1860 yılına kadar çocuk düşürme konusunda yasal bir sınırlama bulunmazken, 1864 yılında çocuk düşürme yasaklanmış ve 1967 yılında yeniden serbest bırakmıştır (1). Rusya 1920 yılında düşüğe izin veren ilk ülke olmuştur (62). Sovyetler Birliği’nde isteyen kadın hastanelerde kürtaj yaptırabilirken 1934 yılında tıbbi nedenler dışında çocuk düşürme

yasaklanmış, daha sonraları istemli küretaj yeniden serbest bırakılmış olup halen bu politika uygulanmaktadır (1).

Hükümet düzeyinde nüfus planlaması hareketini ilk başlatan ülke Japonya'dır. Japonya 1948 yılında kürtajı serbest bırakmış ve ailelerden 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını istemiş, bu şekilde 10 yıl içinde kaba doğum hızını binde 30'dan, binde 18'e düşürmüştür. Nüfus planlaması programını başlatan ikinci ülke Hindistan'dır (14,63). Hindistan, Sri Lanka gibi istisnalar dışında, gelişmekte olan ülkelerin hükümetleri nüfusta ilgili eski düşüncelerini değiştirmekte yavaş davranmışlar; çeşitli gerekçelerle Batının antinatalist politika konusundaki ısrarına karşı koymuşlardır. Zamanla önce Asya'da, sonra Latin Amerika ve Afrika'da hükümetler hızlı nüfus artışı sonucu gelişen sorunlar karşısında etkisiz kalınca ülke politikalarını değiştirmeye başlamışlardır (25).

Amerika Birleşik Devletlerinde de 1861 yılında çocuk düşürmeyi yasaklayan bir yasa kabul edilmiştir. 1976 yılında Federal Yüksek Mahkeme, çocuk düşürmenin yasaklanmasının Anayasaya aykırı olduğu kararını vererek, eyaletlerdeki çocuk düşürmeyi yasaklayan yasaları iptal etmiştir (1). İsteğe bağlı düşük yasallık A.B.D. Anayasa Mahkemesinin Roe-Wade davasındaki kararı ile tesis edilmiştir (53). A.B.D. de 1973'te güvenli küretaj ile anne ölümleri azalmış İngiltere ve Malezya da 1982-84 yılları arasında küretaja bağlı anne ölümü bildirilmemiştir (43).

Macaristan, Polonya, Almanya, İspanya ve İsviçre'deki dini ve politik gruplar, kürtaja karşı çıkmakta, yasal kürtajı, kadın haklarını, bebeğin hakları, dini teoriler ve anayasanın kurallarına göre tartışmaktadırlar. Romanya'da 1966 yılında, kürtaj ve doğum kontrolleri kanun ile yasaklanmış, doğurganlık yaşındaki kadınlara, zorunlu pelvik muayeneler yapılmış, doğumevlerine güvenlik görevlileri yerleştirilmiş, doktorlar için uygunsuz kürtaj yapıldığında davalar açılmıştır. 1966'dan önce, Romanya'daki anne ölüm hızı Doğu Avrupa'daki ülkelerle aynı iken, sonra kürtaja bağlı anne ölümleri 10 kez daha fazla artmış 1980-1990 yıllarında 100.000 canlı doğumda: 150'ye çıkmıştır. 1989 yılında kanununun yeniden düzenlenmesiyle anne ölüm hızı tekrar %50 kadar düşmüştür (43). Yaklaşık yılda 4 milyon düşüğün gerçekleştiği Latin Amerika'da ise, düşük komplikasyonları bölgenin maternal mortalite ve morbiditenin ilk nedenleri arasındadır (2).

Birleşmiş Milletler, nüfus artış hızı yüksek olan ülkelere hızı azaltıcı önlemler önermekte ve teknik ve mali konularda, az gelişmiş ülkelere aile planlaması hizmetlerini geliştirmeleri için yardım etmektedir. Hükümetlerin konuya önem

vermeleri ve uluslar arası düzeyde yardımlaşmaya rağmen, Çin, Güney Kore gibi ülkelerde dışında beklenen hedefe ulaşamamakta ve başarı düzeyi düşük olmaktadır. Bunun nedeni ailelerin çocuk sayısını sınırlamada isteksiz olması yanında halka uygun hizmet sunulmayışıdır (14). Halen dünyada 44 ülke aile planlamasını tam olarak, 31 ülke ilke olarak desteklerken, 18 ülke ise pronatalist nüfus politikası izlemektedir (36).

İstemli küretajın yasalarla önlenememesi, uygunsuz koşullarda ve yetkisiz kişilerce yapılması, ana sağlığını olumsuz etkilemektedir. Birçok ülkede düşüklerle ilgili yasaklama ve yasal düzenlemeler yapılmış; düşüğün yasal olduğu ülkelerde ise düşüğe bağlı anne ölümlerinin azalırken; yasal sınırlamaların olduğu ülkelerde düşüğe bağlı anne ölümlerinin yüksek olduğu görülmektedir (10,14,43). Kadın çocuk düşürmek istiyorsa kendince geçerli saydığı nedenlerle istemediği gebeliği düşük ile sonlandırmak için ölümü bile göze alabileceği gerçeğini ülkeler, isteyerek ve sosyal nedenlerle çocuk düşürmeyi serbest bırakmışlardır (14).

Ülkelerin küretaj konusunda uygulama ve yasaları farklı olup, bugün dünyada düşükle ilgili çıkan yasalar dört başlık altında toplanmaktadır:

1. Annenin yaşamını tehlikeye sokan durumlar dışında düşüğe izin veren yasa: Bu uygulama 50 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %25'inde yer almaktadır. İrlanda, Güney Amerika, Müslüman ülkelerin çoğunda isteğe bağlı düşükler yasaktır. İrlanda'da her yıl 4000 kadar kadın kürtaj için İngiltere'ye gitmektedir.
2. Belli koşullarda düşüğe izin veren yasa: Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit eden gebelikler, fetusun özürlü doğma olasılığı ve yasal durum gerektiren tecavüz ve zina gibi durumlarda düşüğe izin verilmektedir. Bu uygulama 44 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %12'sinde yer almaktadır.
3. Sosyal ve tıbbi nedenlerle düşüğe izin veren yasa: Yoksulluk, genç yada ileri yaşta gebelik, çok çocukluluk gibi durumlarda ve tıbbi nedenlerle düşüğe izin verilmektedir. Bu yasa 30 ülkede, yaklaşık dünya nüfusunun %22'sinde uygulanmaktadır.
4. İsteğe bağlı düşüğe izin veren yasa, dünyanın bir çok ülkesinde, (Çin,Sovyetler Birliği, Türkiye ve Avrupa Ülkelerinin Yarısı) yaklaşık dünya nüfusunun %41'inde yer almaktadır. ABD, İngiltere, Fransa, İtalya, Norveç, Japonya, Rusya gibi gelişmiş ülkeler ile Çin Halk Cumhuriyeti, Hindistan, Tunus gibi az gelişmiş ülkeler vardır. Japonya, Çin Halk Cumhuriyeti, Tunus

gibi bazı ülkelerde çocuk düşürme aile planlaması yöntemi gibi kullanılmaktadır (1,3,8,10,14,19,26,43,48,62).

Dünya nüfusunun %61'i (54 ülke) düşüklerin yasal olduğu, %39'u (97 ülke) ise düşüğün yasak olduğu ülkelerde yaşamakta ve bu ülkelerin % 98'inde kadın sağlığı tehlikeye girdiğinde, %62'sinde ise kadın sağlığını korumak amacı ile, düşük yasaldır (2,9).

Tablo3 : Dünyanın En Kalabalık 10 Ülkesi ve İngiltere, Mısır,Türkiye, Meksika'da Düşükler

Ülke	1000 Canlı Doğuma karşılık Düşük sayısı	Bir yılda yapılan Düşük sayısı (bin)	Yıl	Düşüklere ilişkin yasal düzenlemeler
S.S.C.B	2080	11.000	1982	İstek üzerine
Brezilya	250-1200	3 000	1987	Kadının yaşamını tehdit eden durumlarda
Japonya	382-1492	528	1986	24. haftaya kadar sosyal/tıbbi nedenlerle
Çin	490	8.890	1984	İstek üzerine, yasal sınır yok
A.B.D.	422	1.589	1985	24. haftaya kadar istek üzerine
Türkiye	256	450	1982	10. haftaya kadar istek üzerine
Hindistan	247	6.000	1983	Sosyal nedenlerle 20. haftaya kadar, daha sonra kadının yaşamını tehdit ederse
İngiltere	223	148	1986	Sosyal tıbbi nedenlerle
Bangladeş	45	200	1985	Tıbbi nedenlerle
Mısır	-	-	-	Tıbbi nedenlerle
Endonezya	-	-	-	Kadının yaşamını tehdit eden durumlarda
Meksika	-	-	-	Kadının yaşamını tehdit eden durumlarda ve ırza geçme vb durumda
Nijerya	-	-	-	Tıbbi nedenlerle
Pakistan	-	-	-	Kadının yaşamını tehdit eden durumlarda
Dünya	300-500	50.000	1986	

*(1,19)

2.5.2.Türkiye'de Yasal Durum

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında ağır kayıplar verilmesi, ülkenin savunma gereksinimleri, tarımsal ekonominin gerekli insan gücü yetersizliği ve yüksek bebek-çocuk ölümlüğü gibi nedenlerle cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığı ve nüfusu artırmaya yönelik bir politikanın gerekli olduğu düşüncesi hakim olmuştur. Türkiye'de nüfus konusu ilk kez 1920'de Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve günün koşullarının gerektirdiği üzere pronatalist politika benimsenmiştir (5,6,8,13,25,32,34,31). Doğurganlık ve nüfus artışını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemeye yönelik bir dizi kanun çıkarılmıştır (5,13).

Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi

önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüş, 1926 yılında kadınların düşük yapması kesin olarak yasaklanmış, 1936 yılında bu suç için öngörülen ceza daha da artırılmış ve 1935’de bir nüfus politikası olarak, dışarıdaki Türklerin ülkeye göçleri de benimsenmiştir (1,5,8,13,14,25,31,62).

Pronatalist politikanın sonucu; hızlı nüfus artışı, aşırı doğurganlık, uyarılmış düşük ve ana ölümlerinde artışla belirti vermiştir (5,8,32). 1958 yılında çocuk düşürme ve düşürtme konusunu incelemek, tıbbi endikasyonlarını tespit etmek ve kriminal çocuk düşürmeleri önleyecek tedbirleri saptamak amacı ile Dr. Zekai Tahir Burak başkanlığında bir komisyon kurulmuş, bu komisyon isteğe bağlı düşüğün yasallaşmasına gerek olmadığını ancak tıbbi düşüklere ve gebeliği önleyici yöntemlere izin verilmesini bir yazı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na bildirmiştir (14,31,32,33). Dr. Zekai Tahir Burak daha sonraki yazısında isteğe bağlı düşüğe izin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (40).

Türkiye ise nüfus ve aile planlaması yönünden daha farklı bir gelişim tablosu göstermektedir (6). Ülkenin nüfus artış hızı, Osmanlı İmparatorluğu zamanından başlayarak 1927-45 arasında da sürdürülen çabaların sonunda, 1945’te binde 18’e ulaşmıştır, Nüfus artışı sorun olmaya 1950’de başlamış, binde 22’ye çıkmıştır. Sorunun öneminin 1955’te açıkça ortaya çıkmasına karşın hiç bir önlem alınmadan 1960’a gelinmiştir (25). Önlem alma çabaları 1960’ta başlamış, SSYB ve Devlet Planlama Teşkilatı işbirliğine girmiş ve 1962’de Türkiye Büyük Millet Meclisi Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı’nda ilk kez ifade edilmiş ve TBMM antinatalist politikayı kabul etmiştir (1,5,25,32,40). Konu Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde büyük tartışmalara yol açmış; uygulamaya geçilmesi 10 Nisan 1965’te 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun yayımı ile mümkün olmuştur (1,2,5,6,8,23,25). Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 01.04.1965 yılında antinatalist politika kabul edilmiş ve aile planlaması politikasını yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığına verilmiştir (5,13,34,43). Bu yasal düzenlemenin sınırlı olması nedeniyle yasal olmayan yollarla yapılan düşükler ve buna bağlı olarak gelişen anne ölümleri engellenmiştir (14).

10 Nisan 1965’te 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunla; Kontraseptif yöntemlerin halka tanıtımının yapılması

- ❖ Halkın bilgilendirilmesi ve eğitimi
- ❖ Halka bu konuda klinik hizmet verilmesi

- ❖ Cerrahi sterilizasyon ve gebelik sonlandırılmasının tıbbi endikasyonla yapılabileceği kabul edilmiştir (1,2,5,6,8,13,14,23,25,31,32,43).

Antinatalist politika, 1980'e kadar hiç bir hükümet tarafından değiştirilmemekle beraber, çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiş, İkinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında aile planlaması terimi kullanılmış, ana ve çocuk sağlığı düzeyinin yükselmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planlarında aile planlaması sadece sağlık için gerekli görülmüş, uygulamada, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması Klinikleri açılmış, eğitim çalışmaları yapılmıştır (1,13,25,32).

Türkiye'de de, yüksek öğrenim görmüş kesimde dahil olmak üzere, toplumun çeşitli katmanlarındaki bilgi eksikliği veya yanlış bilgilendirilme ve siyasi polemikler halen Devlet tarafından benimsenmiş bulunan antinatalist politikanın yanlış anlaşılmasına ve çeşitli haksız eleştirilere maruz kalınmasına neden olmuştur (25).

Yasal olmadığı halde, özel muayenelerinde veya bazı hastanelerde hekimler tarafından yaptırılan düşüklerin yaygınlığına ve pek çok hastanede mükerrer sezaryen sonrasında uygulanan cerrahi kısırlaştırma ameliyatlarına karşın, yasada 18 yıl boyunca hiçbir değişiklik yapılmamış, hükümetler istenmeyen doğumları azaltmak ve halkın hizmet gereksinimlerini karşılamak konusunda yetersiz kalmışlardır (25). 1965 yılından itibaren uygulamaya konulan Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunla istenmeyen gebelikler tam olarak önlenememiş, ilkel yöntemlerle ve sağlıksız koşullarda çocuk düşürme olayları devam etmiştir (1,5,13).

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme günün ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde 27 Mayıs 1983 gün ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun ile yapılmış, dünyadaki liberal mevzuat arasında yer alan yeni yasada, iki yenilik daha yer almış devletin sorumlulukları genişletilmiştir (5,6,13,25,34).

Bu yasa ile:

- ❖ Gebeliğin ilk 10 haftasında isteğe bağlı düşükler yasallaştırılmıştır.
- ❖ Gebelik sonlandırma işlemi (Menstruel regulasyon-MR), kadın-doğum uzmanı gözetimi altında eğitilmiş pratisyen hekimler tarafından yapılabilmektedir.
- ❖ Pratisyen hekimler vazektomi uygulayabilmektedir.

- ❖ Her iki cinsiyet için cerrahi korunma yöntemlerinin isteğe bağlı yapılabilir.
- ❖ Eğitilmiş ebe/hemşirelere, RİA uygulama gibi etkili gebeliği önleyici yöntem verme yetkisi verilmiştir.
- ❖ Yeni yasayla, aile planlaması etkinlikleri için sektörler arası işbirliği ve uyum vurgulanmıştır (1,2,4,5,6,8,10,11,13,14,18, 23,25,31,34,42,64,65).

Düşüğün yasal hale getirilmesi ile, istenmeyen gebelikleri güvenli bir biçimde sonlandıracak ortamı sağlayıp, sağlıklı koşullarda yapılan düşükler önlenerek anne morbidite ve mortalitesine olumsuz etkileri yok etmek amaçlanmıştır (11,14).

Tıbbi tahliye, medikal abortus, terapötik abortus tanımları aynı anlamda kullanılan kavramlar olup, ülkemizde 1983 yılında çıkarılan “2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK)” ve 18 Aralık 1983 tarihli “510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük (EK I)” ile düzenlenmiş olup 10 haftaya kadar olan denetiminde eşlerin rızasıyla uzman veya denetiminde eğitimli hekimler tarafından yapılabilir (11,64). Gebelik haftası 10 haftayı geçen gebeliklerde anne hayatı tehdit eden hastalıklardan birinin bulunması ve doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacak durumda doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerçekçi raporuna tıbbi abortus yapılır (1,20,64). Gebelikten ötürü kadın için hayati tehlikenin varlığı, gebelikten ötürü kadının hayati organlarından biri için tehlikenin varlığı, doğacak çocuğun ağır maluliyete uğraması tehlikesinin varlığı olarak NPK’da olağan endikasyonlar olarak sıralanmakta, derhal müdahale edilmediği takdirde, gebe kadının hayatı ve hayati organlarından birisini tehdit eden durumlar acil hal olarak tanımlanıp, olağan üstü endikasyonlar denilmektedir (1,64).

2.6.Küretaj Başvurma Nedenleri

İsteyerek düşükler, yasadışı veya sakıncalı olmalarına rağmen yıllardan beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldığı için, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmakta; üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (4,34). Aile planlaması hizmetlerine ulaşımın veya psikososyal faktörlerle yöntem kullanımının yetersiz kalması, yöntemlere ulaşamama, yöntemlerin etkili olmaması, yöntem kullanımındaki hatalara bağlı yöntem başarısızlığı veya etkili yöntem kullanılmaması, kadını isteyerek düşüğe yönelten istenmeyen gebeliklere yol

açmaktadır (2,4,8,42). İstemsiz veya planlanmamış gebelikleri sonlandırmak amacıyla başvuru alan istemli düşükler AP, danışmanlık ve hizmet sunumunun yaygınlaştırılmasıyla azaltılabilir (11).

Yalnızca istenmeyen gebelikleri değil, anne ve çocuk ölümlerinin yaklaşık üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine bugün dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır (39). Aile planlaması etkili olabilmesi için sağlık programları, kontraseptif seçimi, gebeliğin sonlandırılması, kadının sağlık ünitelerinden yararlanması ve sağlık eğitimi programları gereklidir (54). İstenmeyen gebeliğin meydana gelmesinde, eşler arasında doğurganlığın düzenlenmesi ve gebelikten korunma uygulamalarına ilişkin diyalogun yeterli olmaması, kadının çoğu zaman karar verici konumda olmaması, kadının toplumsal statüsünün düşüklüğü de önemli etmenlerdir (8).

Gebeliklerini düşükle sonlandırma yolunu seçen kadınların özelliklerinin bilinmesi, bu istemsiz gebelikleri önlemek için sunulacak hizmetlerin planlanması açısından önemlidir (8). Kadınların yarısının 45 yaş dönemine gelene kadar küretaj olabilme şansı yüksektir (5). Türkiye’de düşük yapan kadınların %17’sinin sağlık nedenleri ile düşüğe başvurduğu, %93’ünün gebelikler arası süre azlığı ve fazla sayıda çocuğa sahip olma gibi sosyal ve ekonomik nedenlerle düşük yaptıkları saptanmıştır (10).

Günümüzde kullanılan hiçbir yöntemin başarı oranı %100 değildir (40). Teorik etkililiği %100 olanların bile kullanım etkililikleri daha düşük olabilir ve sonuçta kontraseptif yöntemle rağmen istenmeyen gebelik olacaktır (2,8). Her yıl 8-10 milyon gebeliğin kontraseptif yöntemlerin başarısızlığı nedeni ile oluştuğu tahmin edilmektedir (2). İsteyerek düşüklerin, kontraseptif yöntemlerle önlenmemesinin en önemli nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

1-Kontraseptif yöntemlerin kullanılmaması; yöntemlere ilişkin yetersiz bilgi, ihmal, ensest ilişki ve tecavüz, kişisel dini inançlar, gebelik riskleri ile ilgili yeterince bilgi sahibi olunmaması ve kadının karar verme hakkının sınırlı olması,

2- Kontraseptif yöntemlerin başarısızlığı; kullanıcıya ait nedenlerle başarısızlık (unutma, ihmal, yanlış kullanma. vs.) ve yöntemlere ait nedenlerle başarısızlık oluşmasıdır (2,8,11).

Toplumun küçük aileyi norm olarak kabul etmesindeki artış, hızlı kentleşme, eğitim düzeyindeki artış, tüm bunlara karşılık etkili kontraseptif yöntemlerin yeterli ölçüde halka ulaştırılamaması, halkın kontraseptif yöntemlerle ilgili yanlış bilgileri,

eğitim eksikliği de isteyerek düşüğün ülkemizde halen yaygın olmasının nedenleridir (1,2).

Ülkemizde gebeliklerin çoğunluğu evlilik içinde meydana gelmekte ve istenilen çocuk sayısına ulaşıldıktan sonra küretaja başvurulmaktadır. TNSA (1998) göre, düşükten bir ay sonra kadınların %32,5'inin bir yöntem kullanmadığı görülmüştür (5). Ayrıca küretaj olan kadınların küretaja neden olan gebeliklerin %60'ının bir yöntem başarısızlığından sonra oluştuğu; yöntem başarısızlığında en büyük grubun (%68) geri çekme olduğu saptanmıştır (2,5). Kadınların düşükten bir ay sonra; özel ve kamu sektöründe küretajın ardından %31'i geleneksel bir yöntem seçtikleri belirlenmiştir (5). TNSA (2003) göre kadınların %24.43 'ü gebelik öncesi ayda hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmamış olup, düşüklerin yaklaşık yarısı geri çekme yöntemi (%46) kullanımı esnasında, %23'ü modern bir yöntem kullanımı sırasında meydana gelmiştir (12). TNSA (2003) göre gebeliğin sonlandırılmasını takip eden ay içinde herhangi bir modern yöntem kullanmaya başlama toplamı %40'dır (12).

Küretajların %60'ı kontraseptif yöntem başarısızlığı nedeni ile, %18'i kullanılan yöntemin bırakılmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. 1998 TNSA'ya göre evli kadınların % 76'sı başka bir çocuk istemezken, etkili yöntemle korunan kadınlar bu oranın yaklaşık yarısını (% 37.7) oluşturmaktadır. 1994 Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırmasında (TÜSDA) kadınların %90'ı küretaj sonrası aile planlaması yöntemi kullanmak istemesine karşın, ancak %46'sı yöntem olarak kuruluştan ayrılmaktadır (5).

TNSA 1993 sonuçlarına göre, kadınların istemli küretaja başvurma nedenleri; sahip olduklarından başka çocuk istememesi (%58), sosyoekonomik nedenler %17, doktor tavsiyesi %12 ve %8'i bir önceki gebeliği bitiminden sonra çok kısa süre geçmiş olmasıdır (1). Türkiye 1998 TNSA sonuçlarına göre, düşük yapan her on kadından altısının belirttikleri neden, sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir. Aynı çalışmada, isteyerek yapılan düşüklerin %9'unun önerilen zaman sınırlamasının dışında gerçekleşmiş olduğu görülmektedir (42).

Kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe, düşük nedeni olarak artık çocuk istememeyi öne sürenler çoğunluktadır. Sosyoekonomik nedenler, daha genç yaş gruplarınca daha sık belirtilmektedir. Otuz yaşın altındaki grupta gebeliklerin %12-16'sı bir önceki

gebeliğin yakın zamanda bitmiş olması nedeniyle sonlandırılmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar, eğitim görmemiş olanlara oranla daha sık olarak sosyoekonomik nedenleri ve doğumların arasını açma arzusunu belirtmektedir. Eğitim görmemiş kadınların %17'si doktor tavsiyesini, %62'si artık başka çocuk istememeyi sebep göstermişlerdir (1). Düşüklerinin nedeni olarak en çok belirttikleri: sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir (%58). Güney Anadolu'da bir önceki gebelikten sonra kısa zaman geçmiş olması gösterilirken, kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir (2).

Kadınların küretaja başvurma nedenleri; henüz aile olmaya hazır olmama, bir bebeğin bakımını üstlenemeyecek durumda olma, tek başına aile olmak istememe, seks yaptığını ve gebe kaldığını başkaları tarafından bilinmesini istememe, bir çocuk sahibi olmak için çok genç olma ve henüz yetişkin ve olgun olmama, istediği kadar çocuk sahibi olma veya fazla sayıda çocuğunun olması, küçük aile isteği içinde olanlar, köyden kentte göç edenler, eşi ya da ailesinin küretaj olmasını isteme, ceninde ya da kendisinde sağlık sorunları olma, tecavüz kurbanı olma, gebeliğin enstest ilişki sonucu olması, gebelikler arasındaki sürenin kısa olması, çalışmak zorunda olmak ve çocuğa bakacak kimsenin olmaması, geçim sıkıntısı ve kadının kocasından ayrılması veya kocasının ölmesi olarak sıralanabilir (5,8,18,43,44).

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

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

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

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

4-Tıbbi faktörler: Özellikle sağlık servislerinin ve insan gücünün ülke çapında yayılışı, insan gücü sayısı, hastane yatağı sayısı, sağlık personelinin aile

planlaması ve düşüğe karşı tutumu önerilen kontraseptif yöntemlerin etkinliği de, düşüğün boyutları konusunda önemlidir (1,43).

2.7.Gebelik Sonlandırmada Teknikleri

1-Birinci trimesterde gebeliği sonlandırma yöntemleri

- a)Servikal Dilatasyon ve Küretaj
- b)Servikal Dilatasyon ve Aspirasyon
- c)Menstruel Regulasyon

2-Gebeliğin Uterus Kontraksiyonlarının Uyarılması İle Sonlandırılması

- a)Tıbbi Düşük
- b)İntraamniyotik Hipertonik ve Ekstra Amniyotik Rivanol Uygulaması
- c)Oksitosin

3-Gebeliğin Büyük Cerrahi Girişimle Sonlandırılması

- a)Histerotomi
- b)Histerektomi

2.7.1.Birinci Trimesterde Gebeliği Sonlandırma Yöntemleri

a)Servikal Dilatasyon ve Küretaj (D&C)

İlk kez Olshausen tarafından 1874 yılında tanımlanmıştır (1). İlk trimester gebeliklerin sonlandırılmasında kullanılan işlem, önce serviksin dilate edilmesi sonra da küretle uterus içindeki gebelik materyalini boşaltmanın yanında, tüm anormal kanamaların değerlendirilmesinde kullanılır (1,6,21,22). Gelişmiş ülkelerde oranı tüm küretaj yöntemleri içinde %5-10'dur (30). Servikal dilatasyon; sert dilatörler, laminaria uygulaması ve prostoglandin yardımı ile sağlanır (1,6,8,53). Erken gebeliklerde, özellikle genç primigravidalarda servikal kanal dar ve küçük olup dilatasyona direnç gelişebilir, bu nedenle dilatasyon sırasında, serviks travması ve uterus perforasyonu riskini azaltmakta için her gebelik haftası için 1 mm'lik dilatasyonun yeterlidir (1). Sert ve zor dilate olan servikslerde travmayı azaltmak amacıyla Laminaria Japonica ya da Laminaria Digitata 2-10 mm çapında, 8 cm boyunda deniz yosunlarından elde edilen silindirlerin servikal kanal boyunca yerleştirildikten sonra su çekici özellikleri ile 3-5 kez kalınlaşarak dilatasyonu sağlanabilmektedir (1,30,53). Son zamanlarda hidrojen polimerden yapılmış sentetik dilatörler kullanılarak, serviksi daha hızlı bir şekilde dilate ettiği belirtilmektedir (53).

Prostoglandinler tıbbi düşük amacıyla kullanılmış, ancak yapılarının stabil olmaması, yan etkiler görülmesi ve tek gebelik sonlandırmada az başarılı olmaları

nedeni ile kullanımları sınırlı kalmıştır (1,8). Prostaglandinler ve çeşitli analogları; küretajdan önce dilatasyonu sağlamak amacıyla; servikse supozituar, servikal kanal ve en alt uterusu kateter aracılığıyla jel veya amniyotik keseye amniyosentez ile enjekte edilme şeklinde serviksin olgunlaşmasını ve dilatasyonu sağlamakta kullanılır (1,20,53). Bu üç verilim yolu, tekrarlayan dozlarda verilirse, servikte yumuşama, uterin kontraksiyonlarının artırılması, servikal dilatasyon ve vakaların büyük kısmında konsepsiyon ürünün dışarıya atılmasını sağlar (20,53).

Birinci trimester gebeliklerini sonlandırmak amacıyla yapılan dilatasyon ve küretaj ağırlı bir işlem olduğundan lokal ya da genel anestezi altında yapılmalı, işlem sırasında kanama açısından gözlenmeli, 100 ml'den fazla kanama normal kabul edilmemeli, uterus kavitesi ve fundus sistematik bir şekilde kontrol edilmelidir (1,6,8,16,53).

b)Servikal Dilatasyon ve Aspirasyon

Vakum aspirasyon kullanımı ile ilgili ilk bildiriler 1958 yılında Wu ve Wu ile T'sai tarafından Çin'de sunulmuş ve 1960'lardan sonra tüm dünyaya yayılmıştır (1,6). Gelişmiş ülkelerde küretajların %80'i bu yolla yapılmaktadır (30).12 haftaya kadar servikal kanal dilate edilir ve vakum küretajla gebelik sonlandırma işlemi, D&C'ye göre daha kısa sürede ve daha az kan kaybı ile yapılır (6,16,20,30). Vakum aspirasyonda servikal kanal kullanılacak kanülün geçişine izin verecek şekilde dilate edildikten sonra, plastik ve metal kanüllerle aspirasyon yapılır (1,6,53). Elektrikli vakum aleti ile 60 mmHg'lik negatif basınç elde edilir, ancak 500 mmHg'nin optimum olduğu belirlenmiştir (1,6). Bu basınç düzeyinde bazal ve endometrial veya myometrial elemanlar aspire edilmeksizin yeterli bir aspirasyon sağlanabilmekte ve kanama minimal olmaktadır (1). Plastik kanüller, özellikle erken gebeliklerin tahliyesinde avantajlı olup, kornual bölgenin temizlenmesi daha kolay yapılmakta ve retansiyon riskini azalmaktadır. Ancak işlemten sonra klasik küretle kontrol yapılmalıdır (1,30,53).

c)Menstruel Regulasyon

İlk defa Pion ve arkadaşları tarafından 1971 yılında tanımlanan bu yöntem Karman'ın geliştirdiği kıvrılabilir sentetik kanülleri takiben yaygın bir uygulama alanı bulmuştur (1). Yaygın ve nitelikli aile planlaması hizmetleri, güvenli küretaj hizmetleri tamamlanmamış küretajın elle vakum aspirasyonu (MVA) tekniğiyle tedavisi gibi yaklaşımlarla ölümlerin hemen tümü önlenabilir (50). Son adet tarihinden sonraki 63 gün içinde gerçekleştirilen elle vakum aspirasyonu (EVA)

olarak tanımlanan, basit, güvenli ve ucuz bir yöntemdir (6,8,30,66). Beklenen adet tarihinden sonraki 1-3 hafta içerisinde endometrial kavitenin 5 ya da 6 mm'lik fleksibl bir Karman kanülü ve enjektörü kullanılarak yapılan aspirasyona, menstruel ekstraksiyon, menstruel indiksiyon, enstantene periyod, atravmatik aborsiyon ve mini aborsiyon gibi çeşitli isimler verilmektedir (22,53).

Gebelik testi pozitif ise menstruel öykü ve bimanuel muayene ile gebeliğin 6. gebelik haftasından büyük olmadığı tespit edilirse işlem uygulanabilir (22). İşlem rahim içi araç uygulamadan farklı değildir. Operatör önce serviksten uterusu küçük bir kanül yerleştirir, operatör tüpün ucuna vakum uygular böylece uterusun aspirasyonu tamamlanır. Yöntemin esası, pistonu çekilip tespit edilerek negatif basınç oluşturabilen plastik bir enjektör (Karman) ve enjektörün ucuna takılı aynı anda aspirasyon ve küretaj yapabilen polietilen kanüllerle, endometrium ve fetal dokuyu negatif basınçla çekmektir (1,6).

Menstruasyonun regulasyonu sadece gebelik sonlandırmasında değil, adet düzenleyici, endometrial kanser, patolojilerin ve enfeksiyon tanısında, endometriumun hormonal yanıtının incelenmesinde de kullanılmaktadır (6). Günümüzde Karman aspirasyonu gebelik sonlandırma, diagnostik, kürtaj ve organik fonksiyonel nedenli vajinal kanamaların acil müdahalesinde birinci seçenektir. Menstruasyonun regulasyonun avantajları; teknik basit ve emindir, eğitilmiş yardımcı sağlık personeli veya pratisyen hekim tarafından yapılabilir, gebeliğin kesin tanımlanması gerekmez, komplikasyonları az, erken ve geç yan etkileri az, işlem poliklinikte yapılabilir, genel anestezi gerektirmez, ucuzdur ve standart gebelik testlerinden önce güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir (1,6,8,22,53).

2.7.2. Gebeliğin Uterus Kontraksiyonlarını Uyarma İle Sonlandırma

a) Tıbbi Düşük

Klasik dilatasyon ve kürtaj yoluyla uterusun boşaltılması yerine geliştirilen bu yeni yöntemler, gebeliğin erken döneminde uygulanabilir olmaları, her türlü sağlık riskini ve acıyı azaltmaları nedeniyle daha başarılı olmuşlardır (43). Fransa, Çin, İngiltere ve İsveç'te RU 486'yı kullanmış olup resmi olarak onay almıştır (1). Erken gebeliklerin sonlandırılmasında son yıllarda myometrial aktiviteyi ve uterus kanamasını uyarma etkisine sahip olan Mifepriston (RU-486 ya da Mifeprex) gibi progesteron hormon antagonistleri kullanım alanına girmiştir (1,8,43,67). Mifepriston, son adet tarihine göre 9 haftayı geçmeyen gebeliklerde sentetik bir prostoglandin olan Misoprostol ile birlikte kullanıldığında (oral ve vajinal), gebeliği

ortalama %95 oranında sonlandırmaktadır (1,8,66,67). Uygulanan rejim genellikle 200 mg Mifepristondan 48 saat sonra 400 ug Misoprostol uygulanmasıdır (8,68).

Yapılan çalışmalar, gebeliği sonlandırmada %93-95 arasında başarılı olduğunu, yan etki ve komplikasyonu olmayan aksine, cerrahi yöntemin taşıdığı enfeksiyon riskinin olmadığı, bu nedenle ilk gebeliklerin sonlandırılmasında tercih edilmesi gereken bir yöntem olarak değerlendirilmiştir (8,67).

b)İntraamniyotik Hipertonik Solüsyon ve Amniyotik Rivanol Uygulaması

Tıbbi endikasyon durumlarında ve ikinci trimester gebeliklerinin sonlandırılmasında bu teknik uygulanmaktadır (6,8,53,64). Batından uterus ve amniyon kesesi içerisine girilip, amniyon sıvısı alınıp alınan miktar kadar hipertonik tuzlu su solüsyonu verilmesi ve servikal kanaldan nelaton sonda ile girilip uterus ile amniyon kesesi arasında rivanol verilerek kesenin dekolmanı yoluyla gebeliğin sonlandırılması da sağlanabilir (20). Fetüs ölür, plasenta dekole olur, 48 saat içinde gebeliklerin %80-90'ında düşük gerçekleşir (20,30,53). Hipertonik solüsyonların komplikasyonları; kanama, servikal hasar, pıhtılaşma defektleri, enfeksiyon, perforasyon, infertilite, Rh sensitizasyon, embolizm, yaşayan fetüs doğumu, uterin rüptür ve anesteziye bağlı komplikasyonlar olarak sıralanabilir (20,30,64). Mortalite, 100.000'de 30 kadardır (20).

c)Oksitosin

İkinci trimestirde intravenöz olarak verilen oksitosin sağlıklı kadının gebeliğini sona erdirmede ender olarak etkilidir. Spontan yada prostoglandin gibi başka ajan sonucu, serviks herhangi bir derecede effase ve dilate olduğunda intravenöz olarak verilen oksitosinin gebeliği boşaltma ihtimali çok daha yüksektir. Özellikle vasküler hastalık yada maternal hipoksi ile komplike hastalıklar gibi ciddi maternal hastalıklarda intravenöz oksitosinin uterusu boşaltacak uterin kontraksiyonları gerçekleştirmesi çok daha muhtemeldir. Oksitosin kullanımındaki komplikasyonlar; su intoksikasyonu, hipotansiyon intraamnionik prostoglandin F dan sonra oksitosin veriliminde serviks yada isthmus rüptürü tespit edilmiştir (53).

2.7.3.Gebeliğin Büyük Cerrahi Girişimle Sonlandırılması

a)Histerotomi ve Histerektomi

Konsepsiyon ürünleri, cerrahi olarak uygun bir şekilde dilate olmuş serviksten veya transabdominal olarak histerotomi yada histerektomi yolu ile, genellikle ikinci trimester gebeliklerinde medikal endikasyonlar nedeni ile uygulanır (8,53). Histerotomi; abdominal veya vajinal yoldan uterusu kesi yapılarak içeriğin

boşaltılmasını içeren bir cerrahi girişimdir. İleri gebelik aylarında ve genellikle pelvik bir patolojinin de varlığı durumunda uygulanır. Histerektomi; rahmin çıkarılması işlemidir. Morbidite ve mortalite oranı diğer gebelik sonlandırma yöntemlerine göre daha yüksektir (6,30).

2.8.Küretaj Komplikasyonları

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

Tıbbi-isteğe bağlı düşük olayı, en güvenli ve en basit tıbbi müdahalelerden birisidir (2). Küretajları uygunsuz koşullarda sağlık personeli tarafından yapılmayan ve tıbbi koşullarda sağlık personeline yapılan düşükler olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Küretaj cerrahi bir operasyon olup en iyi koşullarda ve uzman ellerce bile yapılsa bile anne sağlığı açısından önemli bir risk ve tehlike taşımaktadır (5). Güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükler sonucunda enfeksiyon, kanama ve mekanik incinmeler kadının sağlığının bozulmasına, hatta ölüme neden olmakta, gebelik yasal, erken dönemde, eğitilmiş sağlık personeli tarafından uygun koşullarda sonlandırıldığında belirtilen komplikasyonların görülme olasılığı azalmaktadır (5,8). Sağlıksız koşullarda küretaj olan kadınların % 10-50'sinde komplikasyon tedavisinin gerekmede, sağlıklı koşullarda yapılan düşüklerde ölüm hızı 100.000'de 3 iken yasa dışı düşüklerde bu hız 100.000'de 100'e yükselmektedir (5,10).

Maternal ölümlerin Asya'da yaklaşık % 25'i, Afrika ve Latin Amerika'da % 30-50'si küretaj nedeniyle meydana gelmektedir (7). Yaklaşık yılda 4 milyon düşüğün gerçekleştiği Latin Amerika'da araştırmalar, ana ölümlerinin %30 ile 40'ının yasa dışı düşük (Santiago'da % 53, Guatemala %47, Bogota %37) komplikasyonlarından kaynaklandığını göstermektedir (2,5,19).

Afrika'daki 1966 ile 1972 yılları arasında görülen ana ölümlerinin % 51'i düşük komplikasyonlarına bağlanmaktadır. 1980'de Nairobi'de yapılan bir çalışmaya göre, 1973 ve 1978 yılları arasında hastaneye kabul edilen septik düşük vakalarında her 1000 hastanın 2'si bu nedenle kaybedilmiştir (19). 1987'de her gün 30-60 kadın septik düşük komplikasyonu ile hastaneye yatırılırken, hastaneye başvuranların, tüm düşüklerin ancak % 50'si olduğu tahmin edilmektedir (5). Özaydın ve Akın'ın

bildirdiğine göre, Nairobi’de hastanelerde yapılan bir araştırmada, gebelikle ilişkili ölümlerin % 35’inin güvenilir olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükler nedeniyle olduğu saptanmıştır (2).

Düşük esnasında ve düşük sonrası ilk 2 hafta içinde gelişebilecek komplikasyonlar, erken dönem komplikasyonları olup, bunlar; aşırı kanama, uterin perforasyon, servikal lacerasyon, akut hematometra, düşük sırasında ya da sonrasında senkop geçirme, inkomplet abortus, gebeliğin devam etmesi, pelvik enflamatuvar hastalık, psikolojik sorunlar, anestezi komplikasyonlar, tromboemboli, sepsis, parça retansiyonudur (1,2,5,8,14,19,53).

Geç dönem komplikasyonları düşükten iki hafta sonra gelişebilecek komplikasyonlardır. Bunlar; gecikmiş kanama, ileri gebeliklerde olabilecek komplikasyonlar (plasenta previa, prematüre doğum riski, ektopik gebelik riski iki ya da daha fazla sayıda yapılan küretaj sonrası 160 artmaktadır, spontan abortus riski iki ya da daha fazla sayıda küretajdan sonra kendiliğinden % 200 artmaktadır), plasenta ayrılmasında gecikme, enfeksiyon buna bağlı infertilite (küretaj sonrası gebeliklerin % 24,3’ünde riskli gebelik artmaktadır), servikal stenoz, Rh sensitizasyonu, yapışıklık, işlemin yapılamaması, meme kanseri riski (küretaj sonrası % 140 artmaktadır), psikolojik sorunlar, düşüğü provoke etmek için kullanılan ilaç veya kimyasal maddelere karşı toksik reaksiyonlar, inkomplet abortus, sepsis, kronik pelvik ağrı ve RU 486’nın komplikasyonları ağır kanama, inkomplet düşüktür. (kadınların %4’ünde, düşük inkomplet olduğu ya da gebelik devam ettiği için cerrahi, uterusun boşaltılması gereklidir) (1,5,8,14,19,69).

2.8.1.Komplikasyon Riskini Etkileyen Faktörler

İstemli küretaj en uygun koşullarda bile yapılsa bir müdahale olması nedeni ile kuşkusuz bazı riskler taşır. Ancak, isteyerek düşüklerin yasal olmadığı ya da yasal olsa bile sağlıklı olmayan koşullarda yapılması, ölüme bile yol açan ciddi komplikasyonlara neden olabilir (8).

Düşüğe bağlı; kullanılan düşük yöntemi, gebenin yaşı ve kadının sağlık durumu, tıbbi olanakların varlığı ve niteliği, kadının genel sağlık durumunun kötü olması, gebeliğin büyük olması, steril olmayan şartlarda yapılması, gebeliğin zamanı (gebelik haftası ile 100.000 yasal düşükte meydana gelen anne ölümü incelendiğinde; 8 gebelik haftası ve daha az 0,4, 9-10 gebelik haftası 0,6, 11-12 gebelik haftası 0,8, 13-15 gebelik haftası 1,2, 16-20 gebelik haftası 7,1 olarak bulunmuştur), küretaj gerçekleştiren klinisyenin yeterince deneyimi olmaması,

kadına küretaj sonrası tehlike belirtilerinin iyi öğretilmemiş olması, düşükten sonra kontrolünün iyi yapılmaması, düşükte boşaltılan dokunun muayene edilmemesi, gonore veya başka pelvik enfeksiyon olması, küretajda ortaya çıkabilecek komplikasyonlarda sevk edilebilecek uygun sağlık basamaklarının varlığı, bireyin veya ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması ve genel sosyoekonomik durumu gibi faktörler komplikasyon riskini ve anne ölümünü etkiler. Düşük, hem kadın ve ailesi, hem de hekimler için travmatik bir olaydır. İdeal olarak, düşükler etkin kontraseptif yöntem kullanımı ile önlenabilirler (1,2,5,8,14,19).

2.9.KÜRETAJ RİSKLERİ

2.9.1.Anestezi ve Kullanılan İlaçlara Bağlı Riskler

Lokal anestezi ile yapılan işlemlerde en önemli risk işleme başlarken uterus ağzı özel bir alet yardımı ile tutulduğunda duyulan ağrı nedeni ile ani tansiyon düşmesi, bradikardi ve bayılma şeklinde görülen vazovagal senkoptur. Lokal anestezi toksisitesinde ise konvulsiyon, kardiovasküler kollaps ve apne görülür. Genel anestezinin riskleri hastanın yaşı, genel sağlık durumu, var olan sistemik hastalıkları, alerjik öyküsü gibi faktörlere bağlı olup, bu riskleri azaltmak için, anestezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanı tarafından verilmeli ve hastane şartlarında yapılmalıdır (1,5,21). Düşüğü başlatmak için lokal veya sistemik olarak kullanılan ajanlara karşı toksik reaksiyonlar meydana gelebilir. Ergonovin zehirlenmeleri kusma, diare, susuzluk hissi, kaşıntı, kol ve bacaklarda titremeye neden olabilir. Aşırı dozda, konfüzyon, nabız zayıflaması, bilinç kaybı ve ölüm görülebilir (Öldürücü dozu, ağızdan 26 mg'dır) (5,19).

2.9.2.Rüptür (Uterusun Delinmesi)

Uterus rüptürü işlem dikkatli yapıldığı takdirde ve vakum aspirasyonu ile yapılan düşüklerde son derece nadir görülen bir komplikasyondur (5,19,21). Tahliyenin herhangi bir aşamasında uterusun sonda ile kontrolü, dilatasyon ya da küretaj sırasında kaza sonucu perforasyonu olabilir, ancak kendi kendine yapılan düşük girişimlerinde uterus zedelemeleri çok daha ciddi sorunlara neden olabilir (5,19,53). 8. gebelik haftasından sonra ve özellikle yasal sınırı aşmış tahliyelerde görülür (5). Gebe bir uterusun yumuşak olması nedeniyle; rüptürde iki önemli unsur hekimin yeteneği ve uterus pozisyonudur; hekim deneyimsiz ve uterus retrovert olduğunda çok daha yüksek bir uterus perforasyonu ihtimali olmakta, uygulanan ilaçlar doğru yerleştirilmemesi sonucu yaralanmalar görülmektedir (5,19,53). Alet herhangi bir engelle karşılaşmaksızın uterin perforasyon olmadığı takdirde

gidebileceğinden daha ileri geçtiğinden dolayı uterin perforasyon kazasını anlamak genel olarak kolaydır (53). Çoğu rüptür vakasında delinme uterusun fundus bölgesinden olduğunda delinme küçük olduğu için kanama olmaz ve bölge bir süre sonra kendiliğinden kapanır, rüptür fark edildiğinde hemen işleme son verilir ve hastanın 24 saat süre ile bağırsak zedelenmesi veya iç kanama olasılığına karşı dikkatle izlenir. Perforasyon, uterin histerometri ile oluşmuşsa tedavi gerektirmeden kendiliğinden iyileşip kapanır, ancak keskin bir araç veya küret ile rüptür edilmişse ve fark edilmezse bağırsaklar, mesane, rektum gibi organlar hasar görebilir ve hayati tehlike yaratacak riskler doğabilir, bu durumda abdominal organları muayene etmek için laparotomi yapılmalı ve delinen yer onarılmalıdır (5,19,21,53).

2.9.3.Serviks Travmaları

İkinci trimester düşüklerinin intraamniyotik prostaglandinler, prostaglandin içeren vajinal tabletlerle veya intraamniyotik salinle indüklenmesi sırasında, ortaya çıkan güçlü uterus kontraksiyonları sonucunda oluşabilir (5,19). Vakum aspirasyonu ile yapılan düşüklerde, daha nadir olarak görülmekte ve serviksi tenekulum ile tutulmasından kaynaklanan yırtıklar daha sık görülmektedir. Kendi kendine ve yasa dışı düşüklerden sonra ciddi sorunlara neden olmaktadır (19).

2.9.4.Gebelik Dokusu Artığı

İstemli küretajın en sık görülen komplikasyonu halk arasında parça kalması olarak anılan “**rest**” durumu, vakum aspirasyonu tekniği kullanıldığında daha seyrek, 5 haftadan küçük ve 10 haftadan büyük gebeliklerde daha fazla görülür. Güvenli uygulamalarda görülme oranı % 5’tir. Fazla miktarda ve kesilmeyen vajinal kanama, karın ve belde kramp şeklinde ağrı, kanama süresine bağlı çarpıntı, soğuk terleme, halsizlik ve baygınlık hissi, hipovolemi ve şok bulguları görülmekte ve pelvik muayenede uterus büyük ve yumuşak hissedilmektedir. Tedavide uterusu kalan parçaların veya kan pıhtıları temizlenip ve uterotonik ilaçlar uygulanır (5,19,21).

2.9.5.Enfeksiyon

Gebelik dokusu artıkları, bakterilerin çoğalması için çok uygun bir ortam oluşturduğundan, bu sorunla birlikte hemen her zaman enfeksiyon gelişir. İşlem esnasında sterilite kurallarına uyulursa enfeksiyon riski azalır, ancak bazen kişinin kendinden kaynaklanan faktörler neticesinde enfeksiyon oluşabilir (5,19).Enfeksiyon belirtileri, düşükten 3-6 gün sonra ortaya çıkar, fakat daha erken ve daha geçte görülebilir. İsteyerek düşükte enfeksiyon; karın, pelvis ve belde kramp şeklinde ağrı, ateş ve titreme, kötü kokulu vajinal akıntı, uzamış kanama veya lekelenme, halsizlik,

kas ağrıları, pelvik muayenede uterus ve adnekslerin duyarlı olması veya serviks hareketlerinde duyarlılık şeklinde belirti verir. Gelişen enfeksiyon tüplere kadar yayılırsa tüplerde yapışıklık ve tıkanıklığa ve sonuçta kadın fertilitesi olumsuz etkileyip infertiliteye neden olabilir. Klinik belirtilerin ciddiyetine göre yaklaşım planlanıp, enfeksiyonla mücadele edilir. Küretajdan sonra koruyucu amaçlı antibiyotik tedavisi ve inkompley abortus şüphesinde uterus içi boşaltılır (5,19,21).

2.9.6.Adet Gecikmesi

Küretaj sonrası ilk adet genelde 4 hafta sonra görülür. Küretajın yapıldığı gün adet kanamasının ilk günü olarak kabul edilir ve normal süresinde ilk adeti beklenir. Nadiren bu süre 60 güne kadar uzayabilir. Eğer beklenen günde adet görülmez ise mutlaka jinekolojik değerlendirme gerekir (5,21).

2.9.7.Gebeliğin Devamı

5 haftalıktan küçük gebeliklerde daha sık görülmekle birlikte, küretaj işlemi %0.1-3 başarılı olmaz ve gebelik devam edebilir. Bu durumda 1 hafta sonra işlemin tekrarlanır. Bu nedenle küretajın en erken 5-6 haftalarda yapılması gerekir (5,19,21).

2.9.8.Hematometra (Uterus İçinde Kan Birikmesi)

Nadir görülen bir durumdur. Özellikle 6. haftadan önce yapılan uygulamalarda görülür. İşlem sonrası uterus ağzı kapanır ve kan uterusu birikir. 4-6 saatlik bir süre sonunda uterusun aşırı büyür ve kramp tarzı ağrılar oluşur. Muayenede uterusun büyük olduğu saptanır ve serviksten girilen kanül ile uterus boşaltılır (5,21).

2.9.9.İşlemin Yapılamaması

Geçirilmiş operasyonlara ya da uterustaki şekil bozukluklarına bağlı, uterus içerisine kateter sokulamaz ve küretaj yapılamaz. Bu durumda hasta anesteziden uyandırılır, ağızdan ve vajinal yoldan uygulanan bazı ilaçlar yapılır ve daha sonra küretaj gerçekleştirilir (5,21).

2.9.10.Yapışıklık

Metal küretler ile uterusun gereğinden fazla kazındığı durumlarda Asherman sendromu adı verilen, uterusun iç duvarlarında yapışık, adet kanamasında azalma ve hatta infertilite görülebilir. Tanısı uterus filmi çekilerek konur, tedavisi cerrahidir (5,20,21,69).

2.9.11.Kanama

Her düşükten sonra, bir miktar kanama normal olup, menstruasyondan daha şiddetli olan, 3-4 haftadan uzun süren ve sürekli kanamaların, değerlendirilmesi

gerekir. Düşükten sonraki ilk 24-36 saat içinde kanama çok azdır, daha sonra endometrium gebeliğin neden olduğu hormon desteğini kaybedince kanama artar ve menstruasyona benzer miktarda kanama, bazen 6 haftaya kadar uzayabilir. Şiddetli kanamalar öncelikle, gebelik dokusu artıklarının uterusda kalması, serviks, vajina veya uterusun kullanılan alet veya kimyasal maddelerle zedelenmesi ve atoni sonucu olur. Eğer kanama çok şiddetli ve hastada şok belirtileri varsa, intravenöz sıvı tedavisi, kan transfüzyonu veya cerrahi müdahale için hazırlık yapılırken kas tonüsünü artırmak için uterus masajı ve oksitosin veya ergometrin başlanır (5,19).

Küretajın tüm riskleri gebelik haftası büyüdükçe artar. Özellikle büyük gebeliklerde işlem esnasında aşırı miktarda kanama olabilir (5,19,21). Bu nedenle küretaja karar verildiğinde yasal sınır olan 10. haftanın geçirilmemesi gerekir. 10 haftadan büyük gebelikler illegal olduğu için genelde hastane şartlarında değil özel muayenelerinde uygulanmaktadır. Bu durum zaten artmış olan risklerin daha da katlanmasına olanak sağlamaktadır (5).

2.10.Aile Planlaması Yöntemleri

Batıda endüstri çağına giren ülkelerde aşırı doğurganlığın kontrolü, bir halk hareketi olarak 19. yüzyılda başlamıştır. Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi bir İngiliz papazı olan Jeremy Bentham'dır. Bentham'ın etkisi ile Francis Place doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve Richard Carlyle da doğum kontrolü yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. Dünyada ilk aile planlaması kliniği de 1882 yılında Hollanda'da kurulmuştur (14).

Türkiye'de son yıllardaki hızlı toplumsal değişim, gençleri doğurganlık, nüfus sorunu ve aile planlaması konularında doğru bilgi ile ulaşılması gereken öncelikli bir hedef grup konumuna getirmiştir (70).

İsteyerek düşükler, aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesinde önemli göstergelerdir (2). Ülke nüfusunun hızlı artışıyla; toplumun refah düzeyini düşüren ve sosyoekonomik gelişmeyi olumsuz yönde etkileyen aşırı doğurganlık, kontraseptif kullanımının yaygınlaştırılması ve kaliteli hizmet ile istendik seviyeye eriştirilebilir (6). Son 45 yılda nüfusunu üçe katlayan ülkemizde, hızlı nüfus artışı, yüksek anne ve bebek ölüm hızı, yüksek kaba doğum hızı doğurganlıkla ilgili ölçütlerin istenilen düzeyde olmaması aile planlaması hizmet gereksiniminin karşılanmadığını göstermektedir (71). Bugün dünyada 120 milyon çift çocuk istememesine karşın bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır (5).

Ülkemizde 1980-1987 yılları arasında doğum kontrol yöntemi kullanımı %51'dir (10). Nüfus İdaresi çalışma verilerine göre (1980) yöntem kullanımı %11, 1978'de %15 ve 1980-1987 yılları arasında %51 oranında olduğu bildirilmektedir (5,13). Yıllara göre bakıldığında kontraseptif kullanım düzeyinin arttığı, 1993 TNSA verilerine göre evli kadınların %63'ü yöntem kullanmakta, bu oran 1998'de %67,3'e ve 2003'te ise %71'e yükselmiştir (2,5,12,13,58). TNSA'lara göre evli kadınların 1993'te %35'i, 1998 %38'i ve 2003'te %42,5'i modern yöntem kullanmaktadır (12,13). Bu rakamlar, ülkemizde eşlerin doğurganlıklarını kontrol etmek için, oldukça motive olduklarını göstermekte ve kadınların %26.4'ü yüksek başarısızlık hızı olan geri çekme yöntemi kullanmaktadır (2,5). TNSA 2003'e göre evli kadınların %76'sının ile planlaması hizmeti talebi olup, %92'sinin bu talebi karşılanmaktadır. Daha önceki TNSA'larla karşılaştırıldığında karşılanmamış hizmet talebi daha düşüktür (12).

Halen yöntem kullanan kadın oranları yıllara göre karşılaştırıldığında korunan kadın oranında artış gözlenmemesine karşılık, modern yöntem kullanan kadın oranında sürekli bir artıştan söz edilebilir. Bu durum, korunmayan kadınların yöntem kullanmaya başlamalarından çok, geleneksel yöntem kullanımının modern yöntem şekline dönüşmesini akla getirmektedir (58). TNSA (2003) sonuçlarına göre, ülkemizde evli kadınların yüzde 69'u ilerde başka çocuk istemediklerini, % 14'ü de bir sonraki doğuma kadar en az iki yıl beklemek istediklerini belirtmişlerdir (12).

Birleşmiş Milletler tarafından çok sayıda hükümetin, uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla Bükreş'te (1974), Mexico City'de (1984), Kahire'de (1994) ve Pekin'de (1995) yılında Dünya Nüfus Konferanslarında, aile planlamasının, devamlı kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur (13,26). Bükreş'te 1974 yılında "sahip olacağı çocuk sayısı ve iki doğum arasındaki süre yönünden bağımsızca ve sorumluluk yüklenerek karar vermek, bu konularda yeterli ve etkin bir hizmete kavuşmak, bilgi sahibi olmak ve eğitim görmek, herkese verilmesi gereken en önemli insan haklarından" şeklinde bir karar alınmıştır (13). 1978 yılında, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün öncülüğünde, Kazakistan'ın başkenti Alma-Ata da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda "2000 Yılında Herkese Sağlık" amacına ulaşabilmenin politika ve ilkelerini içeren Alma-Ata Bildirgesi'ne göre aile planlaması dünyadaki tüm ülkelerin sağlık örgütlerince sunulması ve toplumun her kesimine eşit bir biçimde ulaştırılması gereken bir hizmet olarak belirtilmiştir

(13,54). 1984 yılında Mexico City’de yapılan Uluslararası Nüfus Konferansı’nda aile planlaması; “bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olma ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri ve bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları” olarak kabul edilmiş ve uluslararası oybirliği ile bu yaklaşım güvence altına alınmıştır (13,72).

Dünya’da 2003 verilerine göre 1 milyar 43 milyon 265 bin olmuştur. Bu ailelerin %60.9’u herhangi bir yöntemle korunmakta, modern yöntemle korunanların oranı %54.0’tür (62). Yasal herhangi bir engel olmamasına karşın bugüne kadar yürütülen mevcut aile planlaması programları ile hedef nüfusa istenilen oranda ulaşamamıştır. Buna neden olarak alt yapı yetersizlikleri, sağlık kuruluşlarının araç-gereç ve donanımındaki eksiklikler, ulaşım araçlarının sayı ve nitelik yönünden yetersizliği, personelin sayısı ve konuya özel eğitim yetersizlikleri, sektörler arası işbirliğinin istenen olmayışı, okur-yazarlık düzeyinin düşüklüğü ve ekonomik yetersizlikler sayılmaktadır (5). İstemli küretajları önlemenin tek yolu başarılı bir aile planlaması programı uygulamaktır (14).

Günümüzde kullanılan gebeliği önleyici yöntemler şunlardır:

1-KADINA AİT YÖNTEMLER

- ❖ Hormonal yöntemler
 - Günlük haplar
 - Enjekte edilen kontaseptifler
 - Deri altı implantlar
- ❖ Rahim içi araç
- ❖ Bariyer yöntemler
 - Kadın kondomu
 - Diyafram
 - Sperisit
- ❖ Laktasyonel amenore metodu
- ❖ Doğal aile planlaması yöntemleri
 - Servikal mukus yöntemi
 - Bazal vücut ısısı yöntemi
 - Servikal palpasyon yöntemi
 - Semptotermal yöntem
 - Takvim yöntemi
- ❖ Tüp ligasyon

2-ERKEĞE AİT YÖNTEMLER

- ❖ Kondom
- ❖ Geri çekme
- ❖ Vazektomi

2.10.1.Kadına Ait Yöntemler

2.10.1.1. Hormonal Yöntemler

Günümüzde 64 milyonu kombine oral kontraseptif (gelişmiş ülkelerde %14 gelişmekte olan ülkelerde %6), 4 milyonu enjekte edilen hormonal kontraseptif, 2 milyonu derialtı implantı olmak üzere toplam 70 milyon kadın hormonal yöntemle korunmaktadır (25,59). Hormonal kontraseptiflerin içinde kombine oral kontraseptifler, mini hap, enjekte edilen kontraseptifler, ve deri altı implantlar bulunmaktadır (72).

1)Kombine Oral Kontraseptifler (KOK)

Oral kontraseptiflerin insanda kullanımına ilk kez 1956 yılında Porto Rico’da başlanmış, 1960 yılında ABD’de de ve 1965 yılında Türkiye’de kullanıma girmiştir (23,25,59,72). Dünya’da kadınların %7.2’si KOK’lar ile korunmaktadır (62). TNSA 2003 göre evlenmiş kadınların %98’i hapi bilmekte ve % 4,7’si kullanmaktadır (12).

En yaygın olarak kullanılan kombine hapların içinde kadınlık hormonu (etininil östrodiol ve progestin) vardır. Türkiye’de 2000 yılı başında bulunan kombine oral kontraseptifler düşük dozlu haplar (östrojen 20-30µg ve progesteron 0,075-0,30 mg), normal dozlu haplar (estrojen 50 µg ve progesteron 0,25-1,00 mg) ve trifazik haplar (östrojen 30 µg ve progesteron 0,075-0,125 mg) gibi değişen miktarlarda hormon içermektedir. Günümüzde piyasada ve sağlık kuruluşlarında kullanılan KOK’ler, sağlık açısından güvenle kullanılabilecek düşük doz hormon içermekte ve 21,22 ve 28 günlük paketler halinde sunulmaktadır. Kadın her gün bir tane hap aldığında, ovulasyonu engeller, servikal mukusu kalınlaştırır, endometriyumu incelterek implantasyon olasılığını azaltır ve ovumun transportunu yavaşlatarak gebeliği önler. KOK’lar, gebelikten %99,9 oranında korur (23,25,59,72,73,74,75).

Kullanımı kolay olduğundan her yaş grubundaki kadın tarafından güvenle kullanılabilir. Adet kanamalarının miktarı ve süresi azalır, adetler düzenli hale gelir, adet öncesi gerginlik ve şikayetleri azaltır. Hapın kullanımı bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner, her gün düzenli olarak hap almanın unutulmaması gerekir (23,25,29,59,72,73,75).

Yan etkileri; bulantı, kilo artışı, adetlerde azalma, ara kanamaları ve lekelenme, memelerde hassasiyet, baş ağrısı ve baş dönmesi ve akne olarak sıralanabilir (23,25,59,72,73,76,77). Her gün hap almayı hatırlayabilecek olan, adet kanamaları fazla miktarda veya aşırı ağrılı adet görenler, gençler, yeni evlenenler ve ilerde yeniden çocuk sahibi olmak isteyen kadınlar için uygundur (23,29,59,73).

2)Minihap

Minihaplar yalnızca progestin içeren, gerek östrojenin kontrendike olduğu durumlarda, gerekse acil kontrasepsiyon amacıyla kullanılabilen preparatlardır. KOK'lara oranla daha düşük doz progesteron bulunur ve östrojen içermezler. Servikal mukusu kalınlaştırarak, ovulasyonu %40-60 engelleyerek, tubal motiliteyi yavaşlatarak ve endometriumu inceltirerek gebeliği önler (20,23,25,59,72).

Minihaplar kadın emzirdiği sürece %98.5, diğer zamanlarda %96 oranında gebelikten koruyucudur. İçerisindeki hormon düzeyi çok düşük olduğundan aynı saatte alınmadığında bile gebelik riski vardır. Adet kanaması miktarını ve krampları azaltır, anne sütünün niteliğini değiştirmez, KOK'lara oranla kilo alma, bulantı, baş ağrısı ve mizaç değişikliği gibi yan etkiler daha azdır. KOK'lara oranla ara kanaması, lekelenme, amenore ve adet düzensizliği daha fazla görülür (23,25,59,72,75).

3)Enjekte Edilen Kontraseptifler

Gebelikten koruyucu enjeksiyonlar kadınlık hormonları içerir (72,73). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 12 milyon, halen kontraseptif kullananların %3'ü tarafından kullanılmaktadır (78). TNSA 2003 sonuçlarına göre evlenmiş kadınların %82'si enjekte edilen kontraseptifleri bilmektedir (12). Türleri: Yalnız progestin içerenler; 3 ayda bir uygulanan (DMPA: 150 mg depo medroksiprogesteron asetat), 2 ayda bir uygulanan NET-EN (200 mg norethisteron enanthat) ve östrojen+progesteron içerenler; ayda bir uygulanan: Cylofem (25 mg DMPA, 5 mg estradiol cypionate), ayda bir uygulanan mesigyna (50 mg NET-EN, 5 mg estradiol valerate) içerir (23,25,59,72,73,78).

4)Üç Ayda Bir Uygulanan Depoprovera

İçinde yalnız progestin bulunan depoprovera, 1950'lerde geliştirilmiş, önceleri endometriyozis, endometrial kanser, dismenore, hirsütizm ve kanama düzensizliklerinin tedavisinde kullanılmış, 1960'larda kontraseptif olarak gündeme gelmiştir. Dünyada 6 milyon kadın tarafından kullanılmaktadır (23,25,59).

Ovulasyonu engeller, servikal mukusu kalınlaştırır, tubal motiliteyi değiştirir, endometriumu inaktif, uzun süre kullanımla atrofik hale gelir. 100 kadın yılı için

başarısızlık oranı %0,1'den azdır. İleri yaştakiler ve emziren kadınlar rahatlıkla kullanabilir, emzirmeyi etkilemez (23,25,59,72,73,79). Uzun süre veya sürekli gebelikten korunmak isteyen kadınlar, östrojen kullanımı açısından risk taşıyan kadınlar, uzun süre korunmak isteyenler veya istediği sayıda çocuk sahibi olup sürekli korunmak isteyen fakat geriye dönüşü olmayan (cerrahi) yöntemleri istemeyenler için uygun yöntemlerden biridir (23,25,59,73). Ektopik gebeliği ve demir eksikliği anemisini önler, PID, endometriyum ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır (23,59). Adet düzensizliği, baş ağrısı, memelerde gerginlik ve mizaç değişikliği yapabilir. Bazı kadınlarda yöntem bırakıldığında adet gecikmesi olabilir, doğurganlık birkaç ay gecikmeyle (büyük kısmı 9 ay içinde) geri döner (23,25,59,72,73,75,78).

5)Kombine Enjekte Edilen Kontraseptifler

Kombine enjekte edilen kontraseptifler 1960'lerden beri araştırılmaktadır (59). İçerik olarak KOK'lara benzeyen kombine enjekte edilen kontraseptifler, östrojen ve progesteron içerir (23,25,59). Kombine enjekte edilen kontraseptifler; ovulasyonu baskılanması, servikal mukusun kalınlaşması ve endometriyumun inaktif hale gelmesi ile gebelik oluşmasını engeller (59,72,78).

Kullanımın kolay ve son derece etkili olduğundan ileri yaştaki kadınlar tarafından sigara içmedikleri sürece kullanılabilir. PID ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır. Bırakıldığında doğurganlık hemen geri döner, ektopik gebelik ve demir eksikliği anemisini önler. Adet düzeninde aksama, baş ağrısı, migren atakları, baş dönmesi, halsizlik, yorgunluk, memelerde gerginlik ve ağrı, kilo artışı gibi sağlığı çok fazla etkilemeyen yan etkiler görülebilir (23,59,72,78).

6)Deri Altı İmplant (Norplant)

Deri altı implantlarıyla ilgili çalışmalar 1960'lerden beri sürmektedir (25,59). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %43'ü implantları bilmektedir (12).

Sentetik hormon içeren 6 ince ve esnek kapsülden oluşan bir kontraseptiftir. Kapsüllerin her biri 3-4 cm uzunluğunda, 2,4 mm çapında ve ortalama 36 mg kristalize levonorgestrol içerir. Eğitilmiş sağlık personeli tarafından küçük bir cerrahi girişimle, üst kolun iç kısmına ve deri altına yerleştirilince, içerdiği hormon sürekli bir şekilde, çok küçük miktarlarda kana karışır ve ovulasyonu engelleyerek, servikal mukusu kalınlaştırarak ve endometriumu elverişsiz durumda tutarak 5 yıl süreyle gebelikten korur (23,25,59,72,73,80,81,82).

Gebeliği önleyici yöntemlerin en etkili olanlarından biridir; gebelikten 5 yıl sürede yıllık ortalama gebelik hızı %1'den azdır. Kullanımı kolaydır, çıkarıldıktan sonra doğurganlığın dönüşünde (%30'u ilk 3 ayda, %75'i bir yıl içinde gebe kalır) herhangi bir gecikme olmaz. Her küçük cerrahi işlem gibi, uygulama yerinde şişlik, kızarıklık, iltihap veya kanama oluşabilir. Deri altı implantlar; adet düzensizliği, baş ağrısı, baş dönmesi, saç dökülmesi, memelerde duyarlılık, bulantı, akne ve kilo değişiklikleri yapabilir (23,25,59,72,73,80,82,83,84).

Norplant ileri yaştaki kadınlarda olduğu gibi, gençlerde de rahatlıkla kullanılabilir (59,72,73,83). Ayrıca KOK'ları kullanması sakıncalı olan kadınlar, sigara içenler, emziren kadınlar, uzun süre korunmak isteyenler veya istediği sayıda çocuk sahibi olup sürekli korunmak isteyen fakat cerrahi sterilizasyonu istemeyenler, diğer yöntemleri kullanamayanlar veya kullanmak istemeyenler için uygundur (72,73,83).

2.10.1.2.Rahim İçi Araç (RİA)

İlk RİA'ların ipek böceği barsağından yapılmış halka şeklinde olduğu belirtilmektedir (25). Rahim içi araçlar, 40 yıla yakın bir süredir kullanılmaktadır. Rahim içi araç, rahim içine yerleştirilen, genellikle bakır ya da hormon içeren, küçük plastik bir cisimdir. Spermilerin üst genital kanala geçmesine, ovumun transportuna ve fertilizasyona engel olarak gebeliği önler, hormonlu RİA'lar servikal mukusu kalınlaştırarak gebelikten korur (23,25,46,59,60,72,73).

Günümüzde dünya çapında 106 milyondan fazla kadın tarafından kullanılan RİA'lar inert (katkısız RİA'lar; Lippes Loop ve Mahua halkası), bakırlı RİA'lar (TCu, Multiload, Nova T) ve hormonlu RİA'lar (LevoNova ve Mirena) olmak üzere üç tiptir (25,46,59,75,85). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %98'i RİA'yı bilmekte ve kadınların %20,2'si RİA ile korunmaktadır (12).

RİA çeşitlerine göre farklı sürelerde gebelikten korur, ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarda uygulanan ve dünyanın en uzun ömürlü bakırlı RİA'sı (TCu380A) 10 yıl süreyle gebelikten korur. Gebelikten %98-99 (başarısızlık hızı 100 kadın yılında 0,3-1) oranında korur (23,25,59,72,73,85).

RİA'lar, gebelik olmadığından emin olunduğu sürece siklüsün herhangi bir zamanında, sağlık kuruluşunda eğitilmiş personel tarafından uygulanır ve çıkarılır. Uygulama sonrası kadının sadece ipleri kontrol etmesi ve yılda bir kez kontrole gitmesi yeterlidir. Uygulama ve çıkarma hafif ağrılı olabilir ve %5'i daha azı orta derecede veya daha şiddetle ağrı duyabilir (23,25,59,73,85). RİA çıkarıldıktan sonra

doğurganlığın dönüşünde herhangi bir gecikme olmaz (23,25,73). RİA emzikli anneler, uzun süre gebelikten korunmak isteyenler, uzun süre korunmak isteyen fakat cerrahi sterilizasyonu kabul etmeyen kadınlar, ileri yaştaki kadınlar ve diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekenler için uygun yöntemlerden biridir (23,25,59,73). Hiç doğurmamış kadınlarda kesin olmamakla birlikte, zorunlu kalmadıkça ilk tercih edilecek yöntemlerden değildir (73,77). Bazı kadınlarda RİA takıldıktan sonraki birkaç ay hafif; uterin kramp şeklinde ağrılar, adet miktarında artma ve lekelenmeler olabilir (23,25,46,59,72,73,86). RİA üreme organları enfeksiyonuna neden olmamakla birlikte; cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olanlarda ve birden fazla cinsel eşi bulunanlarda (kendisinin veya eşinin) enfeksiyon riskini arttırır. Kullanım süresi sonunda, ara vermek, rahmi dinlendirmek vb. gereksizdir. Eğer kadın yönteme devam etmek istiyorsa ve muayenesi uygunsa, süresi dolan RİA çıkarıldıktan sonra hemen yeni bir RİA uygulanabilir (59,73).

2.10.1.3.Bariyer Yöntemler

1)Diyafram

Diyafram günümüzde, dünyanın bir çok ülkesinde yaygın olarak kullanılan bir bariyer yöntemidir (59). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %46'sı diyaframı bilmektedir (12).

Diyafram serviksi örten yuvarlak, kauçuk ya da plastikten yapılmış, vajinaya yerleştirilen, serviks, anterior ve posterior forniksi kapatan, kenarları esnek, daire şeklinde bir araçtır. Spermlerin üst genital kanala geçmesini engelleyerek gebeliği önler, daha etkili olabilmesi için spermisit kremlerle birlikte kullanılır. Diyafram ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanıcılar için %1-9 olarak bildirilmektedir. Kadınların çoğu için uygun olup, sağlık kuruluşunda nasıl kullanıldığını öğrendikten sonra, kendi kendilerine uygulayabilirler. Serviks kanserini önler, sistemik bir etkisi yoktur ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu vardır. Diyafram kullanan bazı kadınlarda üriner enfeksiyon görülme sıklığı artabilir (23,25,55,59,72,73,75,87).

Seyrek cinsel ilişkide bulunanlar ve diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekenler kullanabilir. Cinsel ilişkiden sonra 6 saat çıkarılmamalıdır. Her kullanımdan sonra diyafram su ve sabunla iyice yıkanıp kurulandıktan sonra yeniden kullanım için saklanır (23,25,59,72,73).

2)Servikal Başlık

Servikal başlık, diyaframa göre daha sert, yüksek kubbemsi ve daha küçük, kıvrılabilen kenarlarıyla vakum oluşturarak servikse ya da üst vajinal duvara oturur. Vajinal kas tonüsü azalmış ya da serviks yapısı çok uzun ya da değişik olan ve bu nedenle diyafram kullanamayan kadınlar, servikal başlığı başarıyla kullanabilir. İlk yıl başarısızlık olağan kullanıcılar için %20, ideal kullanımda %9'dur. Küçük olduğu için estetik olması ve kenarlarının belirgin olmaması nedeniyle cinsel eş tarafından hissedilmemesi gibi üstünlükleri vardır. Spermisitlerle birlikte kullanılır ve 48 saat çıkarılmadan kalabilir (25,59,72,75).

3)Spermisit

Vajinal spermisitler, cinsel ilişkiden önce vajene konan spermleri öldürerek ve etkisiz hale getirerek gebeliği engelleyen kimyasal maddelerdir. Spermisitler krem, jel, köpük, ovül, film ve köpüren tabletler şeklinde bulunmakta ve tek başlarına gebe kalma riski olağan kullanıcılarda ilk yıl %5-50 arasında değişmekte, diyafram ve kondom ile kullanıldığında etkinliği artmaktadır (23,25,59,72,73,75,87). Spermisitler, türüne göre cinsel ilişkiden hemen, 5 dakika veya 10 dakika önce vajenin derinlerine yerleştirilir ve etkili olabilmeleri için ilişkiden sonraki 6-8 saat vajen içinde kalmaları gerekir (23,25,59,72,73).

Vücuda herhangi bir olumsuz etkisi olmayan bu yöntemi kadınlar kendi kendilerine uygulayabilirler. Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı (nonoksinol-9) koruyuculuğu vardır. Her yaş grubundaki kadınlar, cinsel yolla bulaşan hastalığa karşı korunmak isteyenler, seyrek cinsel ilişkide bulunanlar ve diğer yöntemleri kullanmakta zorluk çekenler, kullanabilir. Reçete ya da tıbbi izlem gerektirmez. Bazı kadınlarda vajinal yanma ve irritasyon yapabilir (23,25,59,72,73,75).

4)Kadın Kondomu

Cinsel ilişki sırasında vajene yerleştirilen bir kılıftır (23). Erkek kondomuna benzer maddeden yapılmış, ancak daha geniş ve biraz farklı olan kadın kondomu, ülkemizde henüz bulunmamaktadır (72). Doğru kullanımda %5, tipik kullanıcılarda %21 başarısızlığı vardır (87). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %13,5'i kadın kondomunu bilmektedir (12).

2.10.1.4.Tüp Ligasyonu

Kadınlarda karından yapılan küçük bir kesi ile fallop tüplerinin her ikisi de kapatılınca, kadınların yumurtalıklarından her ay çıkan ovum tüplere geldiğinde, spermlerle karşılaşamaz ve gebelik oluşmaz. Ovum kadın vücudunda absorbe olur.

Tüp ligasyonu en etkili ve geri dönüşümsüz kontraseptif yöntemlerden biridir; başarısızlık oranı (laparoskopik yöntemde 0,1-0,5, minilaparotomide 0,4-1) yalnızca 1000'de bir kadardır (23,37,59,72,73,75,81,88,89). Population Reports tahminlerine göre, Güney Amerika ülkelerinde tüp ligasyonu %17, Asya'da %22, A.B.D.'inde %23 olarak tahmin edilmektedir (88). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %90'ı tüp ligasyonu bilmekte ve %5,7'si tüp ligasyonu ile korunmaktadır (12).

Tüplerin bağlanması; basit bir işlemle doğum sonu veya interval dönemde uygulanan çok etkili ve güvenle kullanılabilir bir yöntem olup, Pomeroy, Irving, ve Parkland gibi oklüzyon teknikleri yapılmaktadır (25,37,72,73,88,89). Cinsel ilişkiyi etkilemez, uzun dönemde ortaya çıkabilecek herhangi bir yan etkisi yoktur (23,25,59,72,73). Kadının cinsel isteğinde, adet döngüsünün düzeninde, vücut yapısında herhangi bir değişiklik oluşturmaz, bütün olaylar eskisi gibi devam eder (23,59,73). Uygulama sırasında ve sonrasında kanama ve enfeksiyon riski, operasyonu izleyen birkaç gün kesi yerinde ve alt karında ağrı olabilir (23,59,72,73,88). Çok düşük oranda da %002 ile %0.31 oranlarında dış gebelik olasılığı vardır (59,72,73,89). Tüp ligasyonu kadın yeniden gebe kalmak isterse, tüplerin yeniden işlev kazanması açısından başarı oranı %60-95, gebelik oranı %10-90 arasında değişmektedir (37,25,46). Kendisin ve eşinin başka çocuk istemediğinden emin olan, çocuk yapması sakıncalı olanlar ve kalıcı bir yöntem isteyenler için uygun bir yöntemdir (23,59,73).

2.10.1.5. Doğal Aile Planlaması Yöntemleri

Çiftlerin, kadının adet döngüsünün fertil ve infertil dönemlerinde, kadındaki doğal belirtileri ve semptomları gözleyerek gebeliği planlamaları veya gebelik istenmiyorsa, fertil dönem boyunca cinsel ilişkiden kaçınmaları doğal aile planlamasıdır. Bu yöntemler için başarısızlık hızı seçilen yönteme ve kullanıcı özelliklerine göre değişmekte ve başarısızlığı %20-25 arasındadır. Bu nedenle; bu yöntemlerin, gebelikten korunmak için değil, gebeliği oluşturmak için kullanılması daha uygundur. Erkeğin katılımını ve işbirliğini gerektirir. Kullanım için kadının en az üç ay bir sağlık personeli tarafından eğitimi gerektirir (23,25,59,73). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %98'i doğal aile planlaması yöntemlerini bilmekte ve %26,4'ü geri çekme ile korunmakta, %2'si diğer geleneksel yöntemlerle korunmaktadır (12).

1)Servikal Mukus Yöntemi (Billings Ovulasyon Metodu)

1960'lı yıllarda Billings'ler tarafından geliştirilen yöntemde kadın, vajinal salgısını kontrol ederek, fertil ve infertil günlerini belirler (25,59). Bir siklüste servikal mucus değişiklikleri; menstruel kanama bittikten sonra, birkaç gün hiç mucus görülmez, vajina kurudur ve akıntı koyu kıvamlı ve pürüklü olup rengi sarıdan beyaza kadar değişir. Ovulasyon yaklaşırken, mucus artar, incilir ve rengi berraklaşır, daha elastik ve kaygan olur, bu mucus yumurta akına benzer ve iki parmak arasında süner. Şeffaf ve iplik gibi uzayan mukusun vajina girişinde oluşturduğu ıslaklık ve yağlanmanın hissedildiği en son güne zirve günü denir. Daha sonra akıntı azalır, yapışkan ve pürüklü bir hal alır ve adet kanamasına kadar devam eder (23,25,59,87). Servikal mucus miktarının arttığı, incelendiği, renginin berrak, kıvamının daha elastik ve kaygan olduğu dönemden (fertil dönem), zirve gününden sonraki 3 güne kadar çiftler cinsel ilişkiye girmeyerek gebelikten korunur (23,25,59,73).

2)Bazal Vücut Isısı Yöntemi

1930'lu yılların ortalarına doğru, bilimsel çalışmalarda luteal fazda progesteron etkisiyle vücut ısısını 0,2-0,5⁰C yükseleceği saptanmıştır. Isı artışı ovulasyonun olduğunu gösterir, fakat ovulasyonun ne zaman olacağı önceden belirlenemez. Her sabah bir termometre ile vücut ısısını oral yoldan ölçerek kaydeder ve ovulasyon dönemini saptayabilir. Çift, menstruel kanamanın ilk gününden infertil dönemin başladığı, ısı artışı saptanan üçüncü günün akşamına kadar cinsel ilişkiye girmeyerek gebelikten korunur. Vücut ısı hastalık, stres, uyku bozuklukları gibi faktörlerden etkilenebildiği için, ısı değişikliklerinin çok titiz yorumlanması şarttır (23,25,59,73).

3)Servikal Palpasyon Yöntemi

Palpasyonla, serviksin kıvamındaki ve servikal ostaki değişiklikleri hissederek, fertil ve infertil dönemlerini bilmesi esasına dayanır. Serviksin sert (burun ucu sertliğinde), servikal osun kapalı ve kolay ulaşıldığı dönem infertil dönemdir. Ovulasyondan 4-5 gün önce servikte yumuşama (alt dudağın iç kısmı) başlar, servikal os açılır, serviks daha yüksekelir, zor ulaşılır ve ıslak akıntılıdır, bu bulgular fertil dönemin göstergesidir. Servikte değişikliklerin başladığı andan, serviksin tekrar sert olduğu ve osun kapandığı zamana kadar cinsel ilişkide bulunmamalıdır (23,59,73).

4)Semptothermal Yöntem

Servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi ve servikal palpasyon yöntemlerinin birleşiminden oluşur (23,25,59,73).

5)Takvim Yöntemi

Menstruel siklusun fertil ve infertil günlerini hesaplamak için 6 aylık bir gözlem süresi sonunda matematiksel formüllere dayanan doğal bir yöntemdir (23,25,59). Kadının fertil olduğu günlerde cinsel ilişkiden kaçınmasıdır. Bu yöntem, düzenli adet döngüsü olan kadınlar için uygundur. Bir sonraki (beklenen) adetten yaklaşık 14 gün önce ovulasyonun olacağı ve ovulasyon sonrası ovumun 24-48 saat, spermilerin ise ortalama 72 saat yaşayabildiği ve dölleme yeteneğinin olduğu varsayımı üzerine kurulmuştur. Bunun için, beklenen adet tarihlerinden 11-17 gün geri giderek olası ovulasyon tarihi hesaplanır ve bu tarihin 1 gün öncesinden 3 gün sonrasına kadar çiftler cinsel ilişkide bulunmazlar. Ovulasyonun ne zaman olacağı çok kesin olarak saptanamadığından bu yöntemin koruyuculuğu düşüktür (59,73).

6)Vajinal Yıkama

Vajinadaki spermileri yıkayıp atma düşüncesiyle cinsel ilişkiden hemen sonra vajinayı suyla yıkamadır. Hiçbir kontraseptif etkisi yoktur, çünkü spermiler birkaç saniye içinde servikal mukusa geçer. Vajinal yıkama yapan kadınlarda akut pelvik enflamatuvar hastalığa yakalanma riski yüksektir (23,25,55,59).

7)Laktasyonel Amenore Metodu (LAM)

Modern kontraseptif yöntemlerin ortaya çıkmasından önce, iki gebelik arasında geçecek süreyi belirleyen başlıca faktör emzirmeydi. LAM, emzirme döneminde emzirmeyle ilgili bazı koşullara uyarak laktasyon amenoresini bir aile planlaması yöntemi olarak kullanmasıdır. Doğumdan sonraki ilk aylarda, bazı koşullar yerine getirildiğinde emzirmenin ilk 6 ay %98 oranında gebelikten koruduğundan söz edilebilir. Bu koşullar; bebek 6 aydan küçük olması, annenin adet görmemesi, bebek “tam” olarak, sık sık ve uzun süre anne sütü ile beslenmesi (her istediğinde, günde en az 6-10 kez, iki dakika ya da daha uzun süre, her iki memeden, gece emzirmeye olacak, hiçbir ek gıda verilmeyecek), bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması ile sağlanabilir (23,59,73,79). Bu şartlarda, adet kanamaları başlamasa bile, postpartum 6 ay sonra ovulasyon yeniden başlayabilir ve 6 aydan sonra emzirmenin gebeliği önleyici etkisinden söz edilemez (73). TNSA (2003) verilerine göre emzirmeyi gebeliği önleyici bir yöntem olarak kullandığını belirten kadın oranı %16'dır (12).

2.10.2.Erkeğe Ait Yöntemler

1)Kondom (Kaput, Kılıf, Prezervatif)

Penise ereksiyon halinde takılan lateks, poliüretan ya da koyun bağırsağından yapılmış ince bir kılıftır (23,59,72,73,75). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %90'ı kondomu bilmekte ve 10,8'i kondom ile korunmaktadır (12). Spermilerin vajene boşalmasına bariyer oluşturarak gebeliği önler (23,59,72,73). Her cinsel ilişkide doğru kullanılırsa; ilk yıl başarısızlık hızı olağan kullanıcılar için %15, ideal kullanımda %3 olup, spermisitlerle kullanılması etkinliği artırır (23,25,59,72,73,75).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklara (CYBH) karşı koruyucu etkisi olmasının yanında human papilloma virüsünün neden olduğu servikal kansere karşı koruyucudur. Gebeliği önlemeye erkeğinde katılımını sağlayan, erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olan, ucuz ve kolay elde edilebilen bir yöntemdir. Herhangi bir yan etkisi olmamasına rağmen, bazı erkeklerde duyarlılığın azalmasına neden olabilir, cinsel ilişkiyi kesintiye uğratar ve bazı erkeklerde ereksiyonu güçleştirebilir (23,25,59,72,73,74). Seyrek cinsel ilişkide bulunanlar, diğer yöntemlerin yan etkilerinden kaygı duyan çiftler, CYBH olan veya bulaşma riski olan kişiler, birden fazla cinsel eşi olanlar, bir süre için çocuk istemeyen çiftler için uygun bir yöntemdir. Kadının veya erkeğin lateks alerjisi olması, gebeliğin tıbbi açıdan kesinlikle kontrendike olduğu durumlarda başka bir yöntem önerilmelidir (23,25,59,73).

2)Vazektomi

Erkeklerde vas deferenslerin bağlanıp kesilmesi sonucu spermilerin meniye geçişini engelleyen bir yöntemdir. Kanallar kapatılınca, spermeler dışarı atılamaz, böylece de gebelik oluşmaz. Kalıcı ve geri dönüşümü olmayan etkili bir yöntem olup, başarısızlık oranı 1000'de 1 kadardır (23,59,72,73). TNSA 2003 sonuçlarına göre kadınların %40,2'si vazektomiyi bilmektedir (12).

Cinsel ilişkiyi etkilemez, uzun dönemde ortaya çıkabilecek herhangi bir yan etkisi yoktur. Erkeğin cinsel isteğinde, ilişkisinde, boşalmasında ve vücut yapısında herhangi bir değişiklik oluşturmaz, bütün olaylar eskisi gibi devam eder (23,59,72,73). Uygulama sırasında veya hemen sonrasında uygulama yerinde hafif ağrı, şişlik ve iltihap olabilir. Bir daha asla çocuk sahibi olmak istemeyenler ve çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar için uygun bir yöntemdir (23,59,73).

Günümüzde “non-scalpel”, “bistürisiz” vazektomi adıyla bilinen yöntemde, tüm işlem 5-10 dakikada tamamlanır (23,72,73). Erkeklerde kanalların bağlanması işlemi için hastanede yatmak gerekmez (73). Kanalların bağlanmasından sonra,

yaklaşık 3 ay (20 boşalma) ya da klinikte yapılacak incelemede sperm görülmeyinceye kadar, erkek veya kadın ek bir yöntemle korunmalıdır. Çünkü kanallarda kalan spermler gebeliğe neden olabilir (23,59,72,73). Vazektomi sonrası rekanalizasyon yapılan erkeklerin %86-98'inde ejakülatta sperm bulunduğu, ancak gebelik oranının %51-57 arasında değiştiği belirtilmektedir (46).

3)Geri Çekme

TNSA 2003 araştırmasına göre kadınların %94'ü geri çekmeyi bilmektedir (12). Ülkemizde %26,4 oranıyla kontraseptif yöntemler arasında birinci sıradadır (12,13,23,59,70,77,90). Yöntemin etkililiği yaş ve yöntemle ilgili deneyim gibi kişisel faktörlere bağlıdır (23,77). Cinsel ilişki sırasında erkeğin cinsel organını, ejakulatın gelmesinden önce vajinadan çıkararak menisini vajina dışına boşaltmasına dayanan bir yöntemdir (23,59,90). Doğru kullanıldığında gebelik oranı %9-15, topluma dayalı araştırmalarda %7-37 olarak bulunmuştur (59,75,77,90). Geri çekme CYBH karşı koruyucu değildir. Başarıyla uygulansa bile eşlerde bazı psikolojik ve fizyolojik sorunların gelişebileceği belirtilmektedir (59). Etkinliğinin yeniden değerlendirilmesi; ejakulasyondan önce salgıda, gebeliğe neden olabilecek sayıda sperm bulunmadığının anlaşılmasından kaynaklanıyor. Normal bir ejakulatta bulunan 100 milyon spermin ancak 100 bininin tüplere ulaştığı biliniyor (90).

2.10.3.Düşük Sonrası Aile Planlaması

İstemli küretajlar bir çiftin çocuk istemeyişinin en somut ifadesidir. İstemli küretaj hizmeti veren kuruluşların tümünde aile planlaması hizmeti sunulması ve küretaj olan kadınların büyük çoğunluğu bir aile planlaması yöntemi kullanmaya karar verdiklerini söylemesine rağmen, bunların ancak %40'ı sağlık kuruluşundan yöntem olarak ayrılmaktadır (59). Birinci trimester düşük sonrası kullanılan kontraseptif yöntemler ve başlama zamanları şöyledir: (23,25,48,59,72,81,86,91,92)

Tablo 4 : Kontraseptif Yöntemler ve Başlama Zamanları

YÖNTEM	BAŞLAMA ZAMANI
Rahim İçi Araç	Uterus enfekte değilse hemen
Kombine Oral Kontraseptif	Düşükten hemen sonra veya ilk yedi gün içinde
Enjekte Edilen Kontraseptifler	Düşükten hemen sonra
Deri Altı İmplantlar	Hemen
Minihap	Düşükten hemen sonra
Kondom	Cinsel ilişki başladığı zaman
Spermisitler	Cinsel ilişki başladığı zaman
Diyafram ve Servikal Başlık	Kanama sona erdiğinde
Tüp Ligasyonu	Düşükten hemen sonra (enfeksiyon yoksa)
Vazektomi	Düşükle bağlantılı değil
Geri Çekme	Cinsel ilişki başladığı zaman

2.11.İstemli Küretaj ve Aile Planlamasında Ebe-Hemşirenin Rolü

İstemli küretaj sonrası kadınlara emosyonel yönden destek olunmalı ve yöntem kullanımı vurgulanmalıdır. İstemli küretaj sonrası kadınlar hemen gebe kalma açısından risk altında olup, tıbbi bir sakınca yoksa küretaj sonrası yöntem kullanımına başlanmalıdır (92).

507 sayılı kanunun yönetmeliğine göre ebe- hemşirenin yetki ve sorumlulukları; tek tek veya grup halinde her yaştaki kişiye eğitim vermek, yöntemleri açıklamak, kişi için uygun olanı seçmesini sağlamak, yöntemi nasıl kullanacağını, olası yan etkilerini ve kontrol ziyaretleri hakkında bilgi vermek, yöntemler ilgili malzemeyi dağıtmak, hizmetin sürekliliğini sağlamak, cerrahi yöntem tercih edenleri girişime hazırlayıp, bakım vermek, kayıt ve istatistikleri yapmak, infertil çiftlerin eğitim, danışmanlık ve takibini yapmak, toplumumuzda aile planlaması sorunları ve buna ilişkin girişimleri ele alan araştırmalarda ekip içinde yer almak, hizmetin yönetimi ve denetimini yapmak ve personel ile öğrenci eğitime yardımcı olmak olarak belirtilmektedir (6).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine istemli küretaj olmak için başvuran kadınların, küretaja olma nedenleri ve küretaj sonrası aile planlaması yöntemi seçimi dağılımını belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'nde yapılmıştır. Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi 125 yataklı olup, 24 kadın doğum, 1 enfeksiyon hastalıkları, 2 anestezi ve reanimasyon, 2 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile 76 ebe, 14 hemşire çalışmaktadır.

Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği Gaziantep'te kamu kuruluşları içinde istemli küretaj hizmeti veren tek kuruluştur. Aile Planlaması poliklinik hizmetleri 08:00-16:00 saatleri arasında verilmekte olup, MR kursu almış 1 pratisyen doktor, RİA sertifikalı 1 hemşire, 1 hizmetli ile hizmet vermektedir. Klinik 3 kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım kliniğe başvuran kadınların kayıt ve kabul işlemlerinin yapıldığı, ikinci kısım küretaj sonrası kadınların dinlenmesi için ayrılan kısım, üçüncü kısımda küretaj işlemi ve rahim içi araç uygulanması gibi işlemlerin yapıldığı kısımdır. 01.01.2004-31.12.2004 tarihleri arasında 483 istemli küretaj yapılmıştır. Günlük istemli küretaj sayısı ortalama olarak 2-3, ayda ortalama 35'dir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Bu araştırmanın evrenini Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği'ne 01.02.2005-31.07.2005 tarihleri arasında istemli küretaj için başvuran tüm kadınlar oluşturmaktadır.

3.3.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine, 01.02.2005- 31.07.2005 tarihleri arasında kuruma başvuran; adet gecikmesi anemnezi olan, bimanuel muayene, idrar testi ve ultrason yardımıyla gebeliği ve gebelik haftası tespit edilmiş, isteyerek küretaj olmak için kuruma başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlar oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında 210 gebe kadına ulaşılmıştır.

3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya aşağıdaki özelliklere uyan kadınlar alınmıştır. Bunlar;

- Sözü edilen tarihlerde, küretaj olmak için kuruma başvuran kadınlardan elde edilen verilere dayanan bulgular, bu zaman dilimi ile sınırlıdır.
- Örneklemeye uyan ve ulaşılabilen kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan; sosyo-demografik değişkenler, doğurganlık özellikleri, aile planlaması bilgileri, bu gebeliğe ilişkin bilgiler ve küretaj sonrası aile planlaması kullanımı ile ilgili değişkenlerin yer aldığı görüşme formu (EKII) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.Verilerin Toplama Araçları

Görüşme Formu (EK II)

Veri toplamanın birinci aşamasında istemli küretaj olan kadınlarda küretaj olmaya neden olabilecek kadını tanıttıcı bilgilerle ilgili anket formu (EK II) istemli küretaj yapan kadınların küretaj olma nedeni ve küretaj sonrası yöntem kullanımının değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu 5 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadın ve eşine ilişkin sosyo-demografik değişkenler, ikinci bölümde kadının doğurganlık öyküsü ve küretaja ilişkin bilgiler, üçüncü bölümde aile planlamasına ilişkin bilgiler, dördüncü bölümde bu gebeliğine ilişkin bilgiler ve beşinci bölümde kadının küretaj sonrası yöntem kullanımına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.4.2.Verilerin Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya geçmeden önce, Gaziantep İli 75. Yıl Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli izin alınmış, kadınlarla görüşmenin yapılacağı tarih ve günler belirlenmiştir. Uygulama öncesinde istemli küretaja başvuran 10 kadına görüşme formu uygulanmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, 01.02.2005-31.07.2005 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme yoluyla kadınlara, istemli düşük öncesi ve sonrasında uygulanmıştır. Küretaj sonrası kadınların verdiği haberleşme adresleri aranarak 2 ay sonra kullandığı yöntemler belirlenmiştir. Her görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:Kadınların küretaj olma nedenleri, küretaj sayısı, küretaj olma nedeni, son gebeliğinde kullandığı aile planlaması yöntemi ve istemli küretaj sonrası kullandığı aile planlaması yöntemi.

Bağımsız Değişkenler:Yaş, eğitim durumu, evlilik süresi, gelir durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, eşin yaş ve eğitimi, çalışma durumu, yaşadığı yer, doğurganlık bilgileri.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde kişisel özellikler ve doğurganlık bilgileri bağımsız, küretaj olma nedenleri, küretaj sayısı, son gebeliğinde kullandığı aile planlaması yöntemi ve istemli küretaj sonrası kullandığı aile planlaması yöntemi ile ilgili sorular bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Veriler bilgisayarda, SPSS(Statistical Pacgage for Social Sciences) paket programı kullanılarak bilgisayara verilmiş ve tablolar oluşturulmuştur. Verilerin analizinde Yüzdelik Dağılım, Aritmetik Ortalama ve Ki-Kare, Fisher Kesin Ki Kare, Yates Testi, Bağımlı Gruplarda Ki Kare, Kolmogorov Simirnov testleri kullanılmıştır.

3.7.Süre ve Olanaklar

Araştırma 2004 yılı içinde planlanmış, Haziran ayında araştırma önerisi hazırlanarak, çalışmanın yapılacağı kuruma sunulmuş ve gerekli izin alınmıştır. 01.02.2005-31.07.2005 tarihleri arasında toplanan veriler araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan kadınların sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntemleri, bu gebeliğine ilişkin bazı bilgileri, istemli küretaj özellikleri, küretaj sayıları ile sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerin karşılaştırılması, küretaj sonrası kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

Tablo 5:Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
20-24 yaş	19	9.1
25-29 yaş	46	21.9
30-34 yaş	45	21.4
35-39 yaş	58	27.6
40-44 yaş	35	16.7
45 yaş ve üzeri	7	3.3
Kadınların Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	56	26.7
Okur yazar	26	12.4
İlkokul	103	49.0
Ortaokul ve üzeri	25	11.9
Çalışma Durumu		
Ev hanımı	178	84.7
Çalışıyor	5	2.4
Ev hanımı+Çiftçi	27	12.8
Ekonomik Durumun Algılanması		
Gelir Gideri Karşılıyor	4	1.9
Gelir Gideri Karşılanmıyor	121	57.6
Gelir Gideri Kısmen karşılıyor	85	40.5
Sosyal Güvence		
Emekli sandığı, Bağ-Kur, SSK	91	43.3
Yeşil Kart	96	45.7
Yok	23	11.0
Doğduğu Yer		
Köy	110	52.4
İlçe Merkez	20	9.5
İl Merkezi	80	38.1
En Uzun Süre Yaşadığı Yer		
Köy	37	17.6
İlçe Merkez	6	2.9
İl Merkezi	167	79.5
Oturduğu evin sahibi olma durumu		
Ev sahibi	105	50.0
Ev sahibi değil	105	50.0
Aile Tipi		
Çekirdek aile	170	81.0
Geniş Aile	40	19.0
Ailede yaşayan kişi sayısı		
4 ve altı kişi	36	17.1
5-7 kişi	116	55.3
8 kişi ve üzeri	58	27.6
Toplam	210	100.0

Tablo 5’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; %27.6’sı 35-39 yaş grubunda olup yaş ortalaması 33,5±0.44 (min:20-max:50)’dür. Kadınların

%26.7'si okuma yazma bilmediğini, %12.4'ü okur-yazar, %49.0'u ilkokul mezunu ve %11.9'u ortaokul ve üzerinde eğitimi olduğunu; %84.7'si ev hanımı olduğunu, %12,8'i tarım sektöründe aile işlerinde ve evde oya yaparak, fıstık kırarak para kazandığını, %2.4'ü ev dışında bir işte çalıştığını; %57.6'sı gelirinin giderini karşılamadığını, %1,9'u ise gelirin gideri karşıladığını; %45.7'si Yeşil Kart olmak üzere, %89.0'u sosyal güvencesinin olduğunu; %52,4'ü köyde doğduğunu, %79,5'i hayatı boyunca en uzun süre ile il merkezinde yaşadığını; %50'si oturduğu evin kendisine ait olduğunu; %81.0'i çekirdek aile yapısında, %55.3'ü ailede yaşayan toplam kişi sayısının 5-7 kişi olduğunu, ortalama aile büyüklüğünün 6.4±0.13(min:3,max:16) belirtmişlerdir.

Tablo 6: Kadınların Evlilik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Sayı	%
İlk Evlenme Yaşı		
18 yaş ve altı	128	61.0
19-22 yaş	77	36.6
23 ve üzeri	5	2.4
Evlilik Süresi		
1-5 yıl	19	9.1
6-15 yıl	84	40.0
16-25 yıl	100	47.6
26 yıl ve üzeri	7	3.3
İdeal Evlenme Yaşı		
18 yaş	23	11.0
19 yaş	8	3.8
20 yaş	118	56.2
20 yaş üzeri	61	29.0
Akraba evliliği durumu		
Akraba evliliği var	60	28.6
Akrabalık yok	150	71.4
Toplam	210	100.0

Çalışmamızda; %61.0'i 18 yaş ve altında ilk evliliklerin yaptığını (ortalama 18.2±0.21, min:12-max:38); %47.6'sı 16-25 yıl arasında evli olduğunu, (ortalama:15.2± 0.46, min:1-max:36); %56.2'si ideal evlenme yaşının 20 olduğunu, %28,6'sı akrabası ile evli olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 7: Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sigara Kullanma Durumu		
Sigara kullanıyor	44	21.0
Sigara kullanmıyor	166	79.0
Alkol Kullanma Durumu		
Alkol kullanıyor	1	0.5
Alkol kullanmıyor	209	99.5
Toplam	210	100.0

Tablo 7’de istemli küretaja başvuran kadınların %79’u sigara kullanmadığını ve sadece %0,5’i (1 kişi) alkol aldığını ifade etmiştir.

Tablo 8: Hastalık Bulunma ve İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Sürekli Hastalık		
Var	40	19.0
Yok	170	81.0
Sürekli İlaç Kullanma		
Kullanıyor	29	13.8
Kullanmıyor	181	86.2
Toplam	210	100.0

Tablo 8’de kadınların %19’unun mevcut hastalığı olduğu (guatr %5.0, eklem romatizması %10.0, depresyon %17.5, aritmi %7.5, migren %5.0, hipertansiyon %10.0, astım %10.0, hiperkolesterolemi %2.5, böbrek sorunu %2.5, diabetes mellitus %7.5, kalp hastalığı %5.0, bel fıtığı %2.5, romatoid artrit %2.5, hipertansiyon + diabetes mellitus %5.0, epilepsi %2.5, tromboemboli %2.5, hepatit B %2.5) hastalığının bulunduğu ve % 13,8’inin bu hastalıklar nedeniyle düzenli olarak ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 9: Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
24-34 yaş	67	31.9
35-44 yaş	99	47.1
45 yaş ve üzeri	44	21.0
Eşin İlk Evlenme Yaşı		
19 ve altı	49	23.3
20-24	120	57.2
25 ve üzeri	41	19.5
Eşin Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	12	5.7
Okur yazar	10	4.8
İlkokul	141	67.1
Ortaokul ve üzeri	47	22.4
Eşin Mesleği		
Çiftçi	21	10.0
İşçi	60	28.6
Memur	12	5.7
Serbest Meslek	99	47.1
Emekli	5	2.4
İşsiz	13	6.2
Toplam	210	100.0

Araştırmaya katılan kadınların eşlerin %68.1’i 35-44 yaş grubunda ortalama yaşlarının 38.01 ±0.49 olduğunu (min:24 max:62); %57,2’si 20-24 yaş grubunda iken ilk evliliğini yaptığı ve ortalama ilk evlenme yaşının 22.4±0.27(min:15 max:41)

olduğunu; %67.1'i ilkokulu bitirdiğini; %47.1'i serbest meslek (bakkal, hamal, inşaat işçisi gibi) sahibi olduğunu, %6.2'si eşinin işsiz olduğunu belirtmiştir.

Tablo 10: Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Kadınların İlk Gebelik Yaşı		
18 ve altı	96	45.7
19-22 yaş	96	45.7
23 yaş ve üzeri	18	8.6
Gebelik Sayısı		
1-2 gebelik	3	1.4
3-4 gebelik	54	25.7
5 gebelik ve üzeri	153	72.9
Canlı Doğum Sayısı		
1-2 doğum	45	21.4
3-4 doğum	78	37.1
5 doğum ve üzeri	87	41.5
Ölü doğum		
Var	10	4.8
Yok	200	95.2
Canlı Doğup Ölen Çocuk		
Var	47	22.4
Yok	163	77.6
Kendiliğinden Düşük		
Kendiliğinden düşük yok	152	72.4
1 kendiliğinden düşük	43	20.5
2 ve üzeri kendiliğinden düşük	15	7.1
Yaşayan Çocuk sayısı		
1-2 çocuk	44	21.0
3-4 çocuk	93	44.3
5 çocuk ve üzeri	73	34.7
Bir Önceki Gebeliğin Sonucu		
Doğum	140	66.7
Düşük	13	6.2
Küretaj	57	27.1
Toplam	210	100,0

Tablo 10'da kadınların %45.7'si ilk gebelik yaşının 18 ve altında (ortalama:18.9±0.18 (min:13 max:33) olduğunu; % 72.9'u 5 ve üzerinde gebe kaldığı (ort: 6.33±0.19 (min:2 max:21) olduğunu; %41.5'i 5 ve üzerinde canlı doğum yaptıkları (ort:4.4±0.15 (min:1 max:17) olduğunu; %95.2'si ölü doğum yapmadığını, (ort:0.06±2.5,min:0 max:4) olduğunu; %77.6'sı canlı doğup ölen çocuğu olmadığı ve (ortalama:0.32±4.92 (min:0 max:4) olduğunu; %72.4'ü daha önceden kendiliğinden düşük yapmadığını, ortalama kendiliğinden düşük sayısı 0.36±4.54 (min:0 max:4) olduğunu ifade etmiştir. Yaşayan çocuk sayısı dağılımına bakıldığında; %44.3'ü 3-4 arasında yaşayan çocuğu olduğunu, ortalama yaşayan çocuk sayısı 4.1±0.13 (min:1-max:13)olduğunu; %66,7'si bir önceki gebeliğinin doğum, %33.3'ünün düşük ve küretajla gebeliğinin sonlandırdığını belirtmişlerdir.

Tablo 11: Kadınların İstemli Küretaja İlişkin Bulgularına Göre Dağılımları

Özellikler	Sayı	%
İstemli Küretaj Sayısı		
1. Küretaj	130	61.9
2. Küretaj	59	28.1
3. Küretaj	15	7.1
4 ve üzerinde Küretaj	6	2.9
Gebelik Haftası		
4 hafta	14	6.6
5 hafta	73	34.8
6 hafta	100	47.6
7 hafta ve üzeri	23	11.0
Küretaj olma Nedeni		
Maddi Yetersizlik	87	41.4
Yeterli Çocuk Sayısı	73	34.8
Anneye Ait Nedenler	19	9.0
Çocuğa Ait Nedenler	17	8.1
Gebelikte İlaç Kullanma	14	6.7
Küretaja Karar Veren Kişi		
Kendim	29	13,8
Eşim	14	6,7
Beraber	161	76,7
Diğer	6	2,8
Yakınları Küretaj Olacağını Bilme Durumu		
Evet	143	68.1
Hayır	67	31.9
Ailenin Küretaja Bakışı		
Kesinlikle kabul etmez	37	17.6
Yanlış olduğunu düşünürler ama hoş görürler	33	15.7
Çoğu kabul eder	108	51.4
Bilmiyorum	24	11.4
Onları ilgilendirmez	8	3.8
Kürtaj Günah Olarak Gören Durumu		
Günah	166	79.0
Günah değil	44	21.0
Kürtaj Sağlığa Zararlı Görme Durumu		
Sağlığa zararlıdır	94	44.8
Sağlığa zararlı değildir	116	55.2
Küretaj yasa		
Doğru biliyor	6	2.9
Bilmiyor	204	97.1
Gebelikte Cinsiyet Tercihi Belirtme Durumu		
Erkek olsaydı küretaj olmazdım	32	15.2
Kız olsaydı küretaj olmazdım	18	8.6
Farketmez	160	76.2
Küretajlar arası Geçen Zaman* (n:80)		
1 yıl ve altı	34	42.5
2 yıl	11	13.8
3 yıl ve üzeri	35	43.7
Toplam	210	100.0

*Bu soruya sadece daha önce isteyerek küretaj olmuş kadınlar cevap vermiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %61.9'u bir , %2.9'u dört ve üzerinde istemli küretaja başvurduğunu, ortalama 1.5±5.5 (min:1 max:5); %47,6'sı 6. gebelik haftasında küretaja başvurduğunu ortalama gebelik haftası 5.7±0.78 (min:4 hafta

max:8 hafta) olduğunu; %41,4'ü maddi yetersizlik, %6.7'si gebelikte ilaç kullandıkları için istemli küretaja başvurduğunu; %76.7'si istemli küretaja eşi ile birlikte karar verdiğini; %68.1'i küretajı aile üyelerinin bildiğini; %1.4'ü ailelerinin küretajı kabul ettiğini belirtmiştir Kadınların %79'u küretajın günah olduğunu; %55.2'si sağlığa zarar vermediğini; %76.2'sinin küretajda cinsiyet tercihinin olmadığını; %2.9'unun küretajdaki yasal durumu doğru bildiğini; %42.5'i 1 yıl ve daha az zaman önce küretaj olduğunu belirtmiştir.

Tablo 12: Kadınların Doğurganlık Hedeflerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Kadının İlerde Başka Çocuk İsteme Durumu		
İstiyor	19	9.0
İstemiyor	191	90.1
Eşin İlerde Başka Çocuk isteme Durumu		
İstiyor	27	12.9
İstemiyor	183	87.1
İki Doğum Arasında İstenen Süre		
3 yıl ve altı	62	29.5
4 yıl	57	27.1
5 yıl	49	23.3
6 ve üzeri	42	20.1
İdeal Buldukları çocuk sayısı		
2	66	31.4
3	69	32.9
4 ve üzeri	75	35.7
Toplam	210	100,0

Kadınların %91.0'i ilerde başka çocuk istemediği; %87.1'i eşinin ilerde başka çocuk istemediğini; %29.5'i iki doğum arasında 3 yıl altında ara vermek istediği; %35.7'si ideal çocuk sayısını 4 ve üzeri olduğunu, ortalama ideal çocuk sayısı 3.1 ± 7.22 (min:2, max:12) olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 13: İstemli Küretaj Olan Kadınların Tekrar Gebe Kalırsa Küretajı İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Özellik	Sayı	%
Tekrar gebe kalırsa küretaj isteme durumu		
Küretaj olurum	140	66.7
Küretaj olmam	25	11.9
Kararsızım	45	21.4
Toplam	210	100.0

Kadınların %66,7'si tekrar gebe kalırsa yeniden küretaj olacağını, %21.4'ü tekrar gebe kalırsa küretaj olma konusunda kararsız olduğunu belirtmiştir.

Tablo 14: İstemli Küretaj Gebeliğinde Yöntem Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Gebelikten Korunma Durumu		
Korunan	188	89.5
Korunmayan	22	10.5
Kullanılan Yöntem*		
Hormonal Yöntem	10	5.3
Rahim içi Araç	11	5.2
Kondom	27	12.8
Geri Çekme	140	66.7
Yöntemi kullanma süresi*		
1 yıl ve altı	71	37.7
2-3 yıl	56	29.8
4-5 yıl	34	18.1
6 ve üzeri	27	14.4
Yöntemi kullanma nedeni*		
Çocuk olmasın	94	50.0
Yönteme ait nedenler	39	20.7
Etkin yönteme geçinceye dek	9	4.8
Yönteme ilişkin önyargılar	21	11.2
Diğer	25	13.3
Yönteme karar verme durumu*		
Eşi ile birlikte	177	94.1
Diğer	11	5.9
Yöntemi kullanırken fiziksel rahatsızlık duyma durumu*		
Var	26	13.8
Yok	162	86.2
Yöntem kullanmasına rağmen gebe kalma nedeni*		
Bilmiyor	90	47.9
Yöntemi yanlış kullanma	77	41.0
Yönteme ilişkin sorunlar	18	9.6
Kadına ait nedenler	3	1.5
Toplam	188	100,0

*Bu bölümde yöntem kullandığı halde gebe kalan 188 kadının cevapları değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 14'te kadınların %89.5'i bu gebeliğinde korunmasına rağmen gebe kaldığını, %66.7'si geri çekme yöntemini kullandığını; %37.7'si yöntemi 1 yıl ve daha az süredir kullandığını; ortalama kullanma süresi 2.81 ± 2.74 (min:1 ay max:21 yıl) yıl olduğunu; %50.0'sinin çocuk olmaması için kullandığı; %94.1'i yönteme eşi ile birlikte karar verdiğini, %13.8'i yönteme bağlı (kanama düzensizliği, sancı, kaşıntı, sıkıntı) sıkıntı oluştuğunu; %41.0'i yöntemi yanlış kullandığı, %9.6'sı yönteme ilişkin sorunlar, %1.5'i kadına ait nedenlerle gebe kaldığını belirtmişlerdir.

Tablo 15:İstemli Küretaj Gebeliğinde Yöntem Kullanmama Nedenine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yöntem Kullanmama Nedeni*		
Emziriyor	1	4.5
Gebe kalmam	21	95.5
Toplam	22	100.0

*Gebeliğinde yöntem kullanmayan 22 kadının cevapları değerlendirmeye alınmıştır.

Kadınların %95.5'i gebe kalmayacağını düşündüğünden korunmadığını (eşiyle düzenli cinsel ilişkiye girmediği, menapoza girdiği ve ilaç kullandığı için gebe kalmayacağını düşündüğü) belirtmiştir.

Tablo 16: İstemli Küretaj Sonu Yöntem Kullanımına İlişkin Görüşlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Kullanmak İsteddiği Yöntem		
Hormonal Kontrasepsiyon	31	14.8
Rahim içi araç	62	29.5
Kondom	8	3.8
Geri Çekme	8	3.8
Ne uygunsa	37	17.6
Cerrahi Sterilizasyon	64	30.5
Yöntem Kullanımına Kiminle Karar Verecek		
Sağlık Personeli	7	3.3
Eşi ile Birlikte	203	96.7
Aile Planlaması Hakkında Bilgi Almak İsteddiği Kişi		
Sağlık personeli	150	71.4
Diğer (aile yakınları, komşu, arkadaş)	60	28.6
Kadının En Etkili Bulduğu Aile Planlaması Yöntemi		
Rahim içi araç	45	21.4
Hormonal Yöntem	26	12.4
Kondom	4	1.9
Cerrahi Sterilizasyon	102	48.6
Geri çekme	2	1.0
Diğer	31	14.8
Kadınların Eşlerinin İsteddiği Aile Planlaması Yöntemi		
Rahim içi araç	52	24.8
Hormonal yöntem	16	7.6
Cerrahi sterilizasyon	48	22.6
Kondom	8	3.8
Etkisi Sınırlı Yöntem	9	4.3
Diğer	77	36.7
Toplam	210	100.0

Tablo’da gösterilmeyen bir bulgu olarak istemli küretaj olan kadınların %100.0’ü istemli küretaj sonrası gebelikten korunmak istediklerini belirtmişlerdir. İstemli küretaj sonu kadınların; %30.5’i cerrahi sterilizasyon ile gebelikten korunmak istediğini; %96.7’si kullanacağı yönteme eşi ile birlikte karar vermek istediğini; %71.4’ü yöntemleri sağlık personelinden öğrenmek istediğini; %48.6’sı cerrahi sterilizasyon en etkili yöntem olduğunu belirtmiştir. Kadınların %24.8’i eşlerinin rahim içi araçla korunmak istediğini ifade etmiştir.

Tablo 17: İstemli Küretajdan 2 Ay Sonra Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Şu anda gebelikten korunma durumu		
Korunuyor	203	96.7
Korunmuyor	7	3.3
Kullandığı Yöntem*		
Kondom	23	11.3
Rahim İçi Araç	63	31.0
Kombine oral kontraseptif	43	21.2
Enjekte edilen kontraseptif	22	10.8
Geri çekme	40	19.7
Tüp Ligasyonu	12	5.9
Bu yöntemi seçme nedeni*		
Bana uygun olduğu için	49	24.1
Kocam istiyor	8	3.9
Kolay ulaştığım için	28	13.8
Yönteme ilişkin nedenler	118	58.1
Yönteme başlama zamanı*		
1. gün	48	23.6
10. gün	36	17.7
11-20 gün	64	31.5
21-30 gün	46	22.7
31 gün ve üzeri	9	4.4
Yöntemden Memnuniyet durumu*		
Memnun	181	89.2
Memnun değil	22	10.8
Toplam	203	100.0

*Bu soruya sadece gebelikten koruyucu yöntem kullanan kadınların verdikleri cevaplar alınmıştır.
N:203

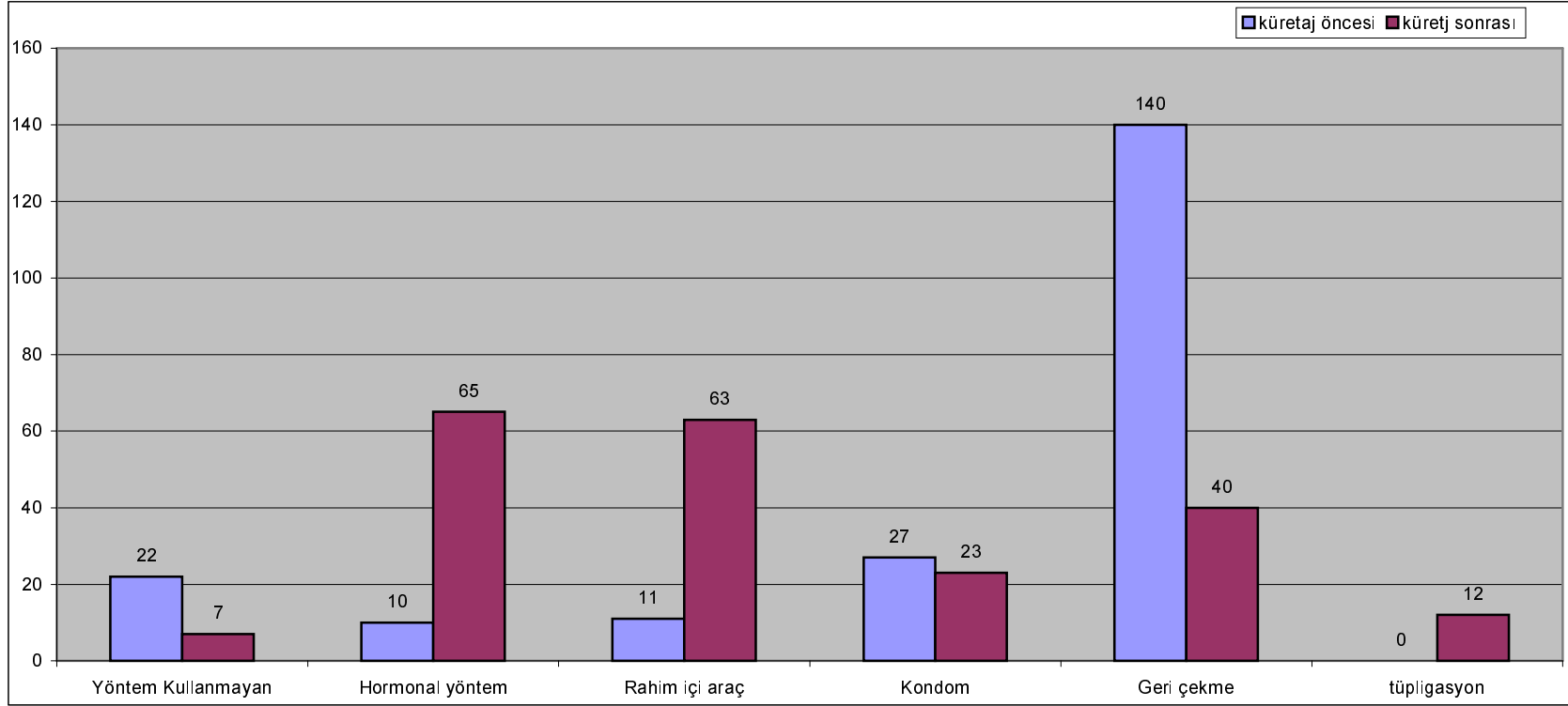
İstemli küretaj sonrası aile planlaması yöntem kullanım dağılımı incelendiğinde; kadınların %96.7'si gebelikten korunduğunu, %3.3'ü gebelikten korunmadığını belirtmişlerdir. İstemli küretaj sonrası kadınların kullandıkları yöntemlerin dağılımına bakıldığında; %11,3'ü kondomla, %31.0'i rahim içi araçla, %21.2'si kombine oral kontraseptiflerle, %10.8'i enjekte edilen kontraseptiflerle, %19.7'si geri çekmeyle, %5.9'u tüp ligasyonu ile gebelikten korunduğunu; %58.1'i yönteme ilişkin nedenlerle bu yöntemi kullanmaya karar verdiğini belirtmiştir. %23.6'sı 1. gün, %17.7'si 10. gün, %31.5'i 11-20 gün arası, %22.7'si 21-30. gün arası, %4.4'ü 31 gün ve üzerinde yöntemi kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir. Küretaj sonrası kadınların kullandıkları yöntemden memnuniyet durumlarına bakıldığında; %89.2'si kullandığı yöntemden memnun olduğu, %10.8'i kullandığı yöntemden memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 18: İstemli Küretajdan 2 Ay Sonra Kadınların Gebelikten Korunmama Nedenleri ve Gelecekte Yöntem Kullanımına İlişkin Bazı Bilgilerin Dağılımı

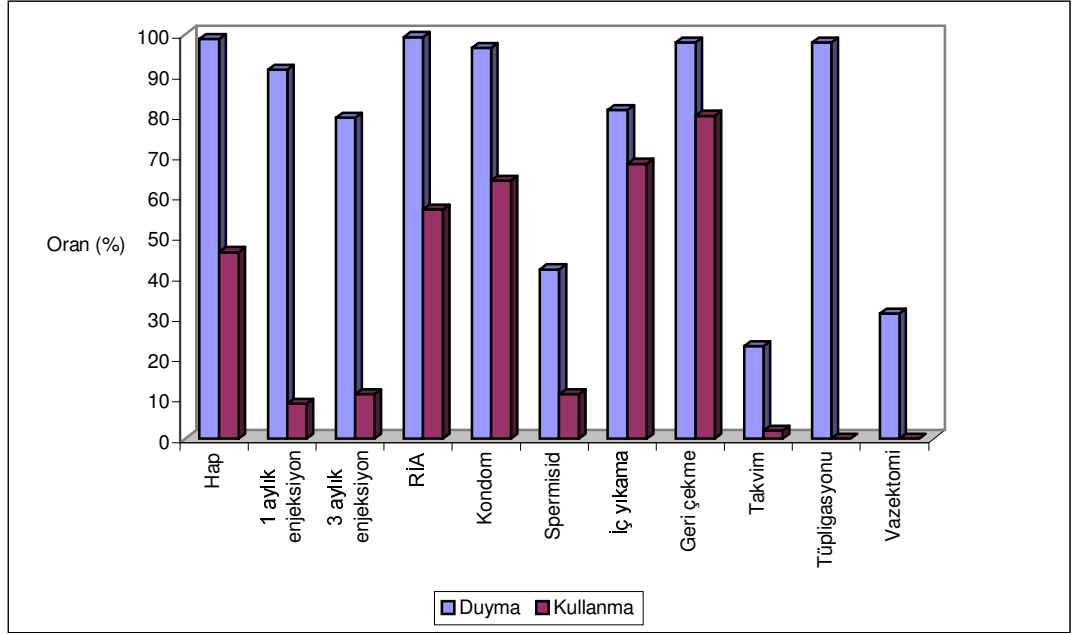
Özellikler	Sayı	%
Küretaj sonrası gebelikten korunma nedeninin dağılımı		
Sağlık nedenleri	5	71.4
Gebelik	2	28.6
Daha sonrası için gebelikten korunma durumu		
Korunmak istiyor	5	71.4
Korunmak istemiyor	2	28.6
Hangi yöntemle korunmak istiyor*		
Kondom	1	20.0
Rahim içi araç	2	40.0
Gönüllü cerrahi sterilizasyon	2	40.0
Toplam	7	100,0

*Bu soruya ilerde gebelikten korunmak isteyen kadınların verdikleri cevaplar alınmıştır. n:5

İstemli küretaj olan kadınların %71.4'ü sağlık nedenleri, %28.6'sı tekrar gebe kaldıkları için yöntem kullanmadıklarını; %71.4'ü daha sonrası için etkili bir yöntemle gebelikten korunmak istedikleri, %28.6'sı gebelikten korunmak istemediklerini belirtmişlerdir. İlerde gebelikten korunmak isteyen kadınların %20'si kondomla, %40'ı rahim içi araçla, %40.0'ı gönüllü cerrahi sterilizasyonla gebelikten korunmak istediğini ifade etmiştir.



Şekil 1: İstemli Küretaj Olan Kadınların Küretaj Öncesi ve Küretaj Sonrası Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı



Şekil 2 : Aile Planlaması Yöntemlerini Duyma ve Kullanma Oranlarına Göre Dağılımları

Araştırma kapsamına alınan kadınların; %99.0'u kombine oral kontraseptifleri bildiğini ve %46.2'si daha önce kullandığını; aylık enjekte edilen kontraseptifleri %91.4'ü bildiğini ve %8.6'sı geçmişte kullandığını; 3 aylık iğneleri %79.5'i bildiğini; %11.0'i daha önce kullandığını, rahim içi aracı %99.5'i bildiğini ve %56.7'si daha önce kullandığını; kondomu %96.7'si bildiğini ve %63.8'i geçmişte kullandığını; spermisitleri %41.9'u bildiğini, %11.0'i daha önce kullandığını; iç yıkamayı %81.4'ü bildiğini ve %68.1'i daha önce kullandığını; geri çekmeyi %98.1'i bildiğini ve %80.0'i geçmişte kullandığını; takvim yöntemini %22.9'u bildiğini ve %1.9'u daha önce kullandığını; tüp ligasyonunu %98.1'i bildiğini; vazektomiye %31.0'i bildiğini; emzirmeyi %31.4'ü bildiğini; %6.7'si deri altı implant, ertesi gün hapını bildiğini ifade etmiştir.

Tablo 19: Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Zamanı, Yöntemlere İlişkin Bilgi Edinme Kaynakları ve Görüşlerin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=210)	Yüzde
Evlenir Evlenmez Gebelikten Korunma Durumu		
Korunan	11	5.2
Korunmayan	199	94.8
İlk çocuktan sonra		
Korunmayan	103	49.0
Rahim içi Araç	25	12.0
Hormonal Yöntem	7	3.3
Kondom	19	9.0
Doğal Aile Planlaması (Geri çekme, LAM)	56	26.7
İlk Küretajdan Sonra korunma durumu*		
Korunmayan	9	11.2
Rahim içi Araç	5	6.3
Hormonal Yöntem	12	15.0
Kondom	12	15.0
Doğal Aile Planlaması	42	52.5
Yöntemler İçin Bilgi Kaynağı		
Sağlık Kuruluşları	105	50.0
Komşu, Arkadaş, akraba	65	31.0
Basın Yayın Araçları	21	10.0
Diğer (Eczane, okul)	19	9.0
Aile planlaması yöntemlerini günah olarak düşünme durumları		
Aile planlaması yöntemleri günahtır	68	32.4
Aile planlaması yöntemleri günah değildir	142	67.6
Günah olarak düşünülen yöntem**		
Rahim içi Araç	27	39.7
Cerrahi Sterilizasyon	7	10.3
Küretaj	15	22.1
Diğer(Eşinin istemediği, hepsi)	19	27.9
Toplam	210	100.0

*Bu bölümde sadece daha önceden istemli küretaj olan kadınların verdikleri cevaplar değerlendirilmeye alınmıştır. N=80'dir.

**Bu bölüme sadece kullanılması günah olan yöntemleri belirten kadınların verdikleri cevaplar alınmıştır. N:68

Araştırma kapsamına alınan kadınlar; %94.8'i evlendikten hemen sonra korunmadığı; %49'u ilk çocuktan sonra korunmadığını; önceden istemli küretaj olan kadınların %88.8'i ilk küretajdan sonra korunduğunu; %50.0'si sağlık kuruluşundan, %31.0'i komşu, akraba ve arkadaş gibi yakın çevresinden aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edindiğini, %67.6'sı aile planlamasının günah olmadığını belirtmiştir. Günah olarak düşünülen yöntemlerin; %39.7'sinin rahim içi aracı, %10.3'ünün cerrahi sterilizasyonu, %22.1'inin küretajı, %27.9'unun diğer (hepsi, eşi istemezse) yöntemleri günah olarak belirtmişlerdir.

Tablo 20: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Sayılarının Durumu

Sosyo-Demografik Özellikler	İstemli Küretaj sayısı				Toplam	
	1 küretaj		2 ve üzeri küretaj			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grupları						
20-29 yaş	49	75.4	16	24.6	65	100.0
30-39 yaş	59	57.3	44	42.7	103	100.0
40 yaş ve üzeri	22	52.4	20	47.6	42	100.0
$X^2= 7.557$ $p=0.023^*$						
Evlilik Süresi						
1-9 yıl	41	85.4	7	14.6	48	100.0
10-19 yıl	59	56.7	45	43.3	104	100.0
20 yıl ve üzeri	30	51.7	28	48.3	58	100.0
$X^2= 14.981$ $p=0.001^*$						
Eğitim Durumu						
Eğitimi olmayan*	45	54.9	37	45.1	82	100.0
İlkokul	70	68.0	33	32.0	103	100.0
Ortaokul ve üzeri	15	60.0	10	40.0	25	100.0
$X_{\chi^2}= 3.357$ $p=0.187$						
Kadının Mesleği						
Ev hanımı	111	62.4	67	37.6	178	100.0
Çalışıyor	19	59.4	13	40.6	32	100.0
$X_{\chi^2}= 0.015$ $p=0.903$						
Gelirin Gideri Karşılama Durumu						
Gelir gideri karşılıyor	56	62.9	33	37.1	89	100.0
Gelir gideri karşılamıyor	74	61.2	47	38.8	121	100.0
$X^2= 0.068$ $p=0.795$						
Sosyal Güvence						
Var	117	62.6	70	37.4	187	100.0
Yok	13	56.5	10	43.5	23	100.0
$X_{\chi^2}= 0.113$ $p=0.737$						
Aile Tipi						
Çekirdek aile	106	62.4	64	37.6	170	100.0
Geniş aile	24	60.0	16	40.0	40	100.0
$X_{\chi^2}= 0.009$ $p=0.924$						
Akraba Evliliği Durumu						
Akraba evliliği var	33	55.0	27	45.0	60	100.0
Akraba evliliği yok	97	64.7	53	35.3	150	100.0
$X_{\chi^2}= 1.313$ $p=0.252$						
Doğduğu Yer						
Köy	71	64.5	39	35.5	110	100.0
İlçe merkezi	7	35.0	13	65.0	20	100.0
İl merkezi	52	65.0	28	35.0	80	100.0
$X^2= 6.789$ $p=0.252$						
Yaşadığı Yer						
Köy	22	59.5	75	40.5	37	100.0
İl merkezi	108	62.4	65	37.4	173	100.0
$X_{\chi^2}= 0.023$ $p=0.880$						
Ailede Yaşayan Kişi Sayısı						
4 kişi ve altı	25	69.4	11	30.6	36	100.0
5-7 kişi	74	63.8	42	36.2	116	100.0
8 kişi ve üzeri	31	53.4	27	46.6	58	100.0
$X^2= 2.802$ $p=0.246$						
Toplam	130	61.9	80	38.1	210	100.0

*Okur yazar olmayan ve okur yazar olan kadınlar

Yaşlara göre istemli küretaj sayısının dağılımına bakıldığında; 20-29 yaş grubundakilerin %75.4'ü birinci, 40 yaş ve üzerindeki kadınların %47.6'sı 2 ve daha fazla sayıda istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın ise 20-29 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

1-9 yıl arasında evli olan kadınların %85.4'ünün ilk, 20 yıl ve daha uzun süredir evli olan kadınların %48.3'ünün 2 ve daha fazla sayıda küretajı olduğu saptanmıştır. Evlilik süresi ile istemli küretaj arasındaki bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.005$). Farklılığın 1-9 yıl evli olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

İlkokul düzeyinde eğitimi olan kadınların %68.0'inin ilk, eğitim olmayan kadınların %45.1'i iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Ev hanımı olan kadınların %62.4'ünün ilk, çalışan kadınların %40.6'sının iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Geliri giderini karşılayan kadınların %62.9'unun ilk, gelirin gideri karşılamadığını belirten kadınların %38.8'inin 2 ve üzerinde küretajı olduğu belirlenmiştir. Gelirin gideri karşılama durumu ve istemli küretaj sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Sosyal güvencesi olan kadınların %62.6'sının ilk, sosyal güvencesi olmayanların %43.5'inin iki ve daha fazla istemli küretajı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çekirdek aile yapısına sahip olanların %62.4'ünün ilk, geniş aile yapısına sahip olanların %40.0'inin iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eşleri ile aralarında akrabalık bulunmayan kadınların %64.7'sinin ilk, akrabalık bulunan kadınların %45.0'inin iki ve daha fazla sayıda istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). İl merkezinde doğan kadınların %65.0'inin ilk, ilçe merkezinde doğanların %65.0'inin iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İlde yaşayanların %62.4'ünün ilk, köyde yaşayanların %40.5'inin 2 ve daha fazla sayıda istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Yaşanılan yer ve istemli küretaj arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır (p>0.05). Ailede yaşıyan kişi sayısı 4 ve daha az sayıda olan kadınların %69.4'ünün ilk, 8 kişi ve üzerinde yaşıyan kişi kadınların %46.6'sının 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 21:Kadınların Alışkanlıklarına ve Mevcut Hastalık Varlığına Göre İstemli Küretaj Sayılarının Durumu

Özellikler	İstemli Küretaj sayısı				Toplam	
	1 küretaj		2 ve üzeri küretaj		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara Kullanma Durumu						
Sigara kullanıyor	29	65.9	15	34.1	44	100.0
Sigara kullanmıyor	101	60.8	65	39.2	166	100.0
$X_v^2= 16.79$ $p=0.659$						
Mevcut Hastalık						
Hastalık var	21	52.5	19	47.5	40	100.
Hastalık yok	109	64.1	61	35.9	170	100.0
$X_v^2= 1.393$ $p=0.238$						
İlaç Kullanma Durum u						
İlaç kullanıyor	16	55.2	13	44.8	29	100.0
İlaç kullanmıyor	114	63.0	67	37.0	181	100.0
$X_v^2= 0.358$ $p=0.550$						
Toplam	130	61.9	80	38.1	210	100.0

Düzenli olarak sigara kullananların %65.9'unun ilk, sigara kullanmayanların %39.2'sinin iki ve üzerinde istemli küretajı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Mevcut hastalığı olmayan kadınların %64.1'inin, mevcut hastalığı olan kadınların %47.5'inin iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Mevcut hastalık varlığı ile istemli küretaj sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamli bulunmamıştır (p>0.05). Sürekli ilaç kullanmayan kadınların %63.0'ünün ilk, sürekli ilaç kullanan kadınların %44.8'inin iki ve fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 22: Gebelikte Cinsiyet Tercihine Göre Küretaj Sayılarının Durumu

Cinsiyet tercihi	İstemli Küretaj sayısı						Toplam	
	1 küretaj		2 küretaj		3 ve üzeri küretaj		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet tercihi belirten	30	60.0	10	20.0	10	20.0	50	100.0
Cinsiyet tercihi belirtmeyen	100	62.5	49	30.6	11	6.9	160	100.0
Toplam	130	61.9	59	28.1	21	10.8	210	100.0
$X^2 = 8.132$ $p=0.017$								

Cinsiyet tercihi belirtmeyen kadınların %62.5'inin ilk, cinsiyet tercihi belirten kadınların %20.0'sinin 3 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 3 ve üzeri küretaj olan kadın grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 23:Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Sayılarının Durumu

Eşlerin Sosyo- Demografik Özellikleri	İstemli Küretaj sayısı				Toplam	
	1 küretaj		2 ve üzeri küretaj			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Eşin yaş grupları						
24-34 yaş	53	79.1	14	20.9	67	100.0
35-44 yaş	55	55.6	44	44.4	99	100.0
45 yaş ve üzeri	22	50.0	22	50.0	44	100.0
X² = 12.741 						

Eşi 24-34 yaş grubunda olanların %79.1'inin ilk, 45 yaş ve üzerinde olanların %50.0'sinin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Farklılık 24-34 yaş grubunda olan eşlerden kaynaklandığı belirlenmiştir.

Ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanların %68.1'inin ilk, okur yazar olmayan- okur yazar olanların %45.5'inin 2 ve daha fazla sayıda istemli küretaj olmak için hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

İşsiz olan eşi sahip olan kadınların %69.2'sinin ilk, eşi işçi-memur- emekli eşlerinin %40.3'ünün iki ve daha fazla sayıda istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 24: Doğurganlık Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Sayılarının Durumu

Doğurganlık Özellikleri	İstemli Küretaj sayısı				Toplam	
	1 küretaj		2 ve üzeri küretaj		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
İlk Gebelik Yaşı						
19 yaş ve altı	83	64.3	46	35.7	129	100.0
20 yaş ve üzeri	47	58.0	34	42.0	81	100.0
X² = 0.842 						

19 yaş ve altında ilk kez gebe kalanların %64.3'ünün ilk, 20 ve üzerinde gebe kalanların %42.0'sinin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Gebelik sayılarına göre istemli küretaj sayılarının durumuna baktığımızda; 1-3 kez gebe kalan kadınların %92.9'unun ilk, 7 ve üzerinde gebelik geçirmiş kadınların %60.7'sinin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$). Gebelik sayısı 7 ve üzeri olanların küretaj olma sayısı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayısı 1-3 olan kadınların %69.0'unun ilk, 7 ve üzerinde çocuğu olanların %52.6'sının 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ölü

doğumu olmayan kadınların %63.0'ünün ilk, ölü doğumu olan kadınların %60.0'ının 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Canlı ölen çocuğu olmayan kadınların %65.6'sının ilk, canlı doğup ölen çocuğu olan kadınların %51.1'inin 2 ve üzerinde istemli küretajı bulunduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kendiliğinden düşüğü olan kadınların %62.1'inin ilk, kendiliğinden düşüğü olmayan kadınların %38.2'sinin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Önceki gebeliği doğumla sonlananların %83.6'sının ilk, düşük ya da küretajla sonlananların %81.4'ünün 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$). Farklılığın düşük ve küretaj grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 25:Doğurganlık Hedeflerine Göre İstemli Küretaj Sayılarının Durumu

Özellikler	İstemli Küretaj sayısı				Toplam	
	1 küretaj		2 ve üzeri küretaj			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İstenilen Çocuk Sayısı						
2 çocuk	48	72.7	18	27.3	66	100.0
3 çocuk	43	62.3	26	37.7	69	100.0
4 çocuk ve üzeri	39	52.0	36	48.0	75	100.0
$X^2= 6.403$ $p=0.041$						
İlerde çocuk İsteme durumu						
İstiyor	14	73.7	5	26.3	19	100.0
İstemiyor	116	60.7	75	39.3	191	100.0
$X_v^2= 0.741$ $p=0.389$						
Eşin İlerde Başka Çocuk İsteme Durumu						
İstiyor	19	70.4	8	29.6	27	100.0
İstemiyor	111	60.7	73	39.3	183	100.0
$X_v^2= 0.575$ $p=0.448$						
Doğumlar Arasında İstenilen Süre						
3 yıl ve altı	40	64.5	22	35.5	62	100.0
4 yıl	37	64.9	20	35.1	57	100.0
5 yıl ve üzeri	53	58.2	38	41.8	91	100.0
Toplam	130	61.9	80	38.1	210	100.0
$X^2= 0.916$ $p=0.633$						

Tablo 25'te doğurganlık hedeflerine göre istemli küretaj sayılarının durumu görülmektedir.

2 çocuk sahibi olmak isteyen kadınların %72.7'sinin ilk istemli küretajı olduğu, 4 çocuk ve üzerinde isteyenlerin %48.0'ünün 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılık 2 çocuk isteyen gruptan kaynaklanmaktadır.

İlerde başka çocuk isteyen kadınların %73.7'sinin ilk, çocuk istemeyen kadınların %39.3'ünün 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eşi başka çocuk isteyen kadınların %70.4'ünün ilk, eşi başka çocuk istemeyen kadınların %39.3'ünün 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

4 yıl aralarla çocuk isteyen kadınların %64.9'unun ilk, 5 yıl ve üzerinde çocuk isteyenlerin %41.8'inin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 26:Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Olma Nedenlerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Kadınların küretaj olma nedenleri								Toplam		X ² p
	Maddi yetersizlik		Yeterli çocuk sayısı		Anne ve çocuğa ait nedenler		Gebelikte ilaç kullanma		Sayı	%	
	Sayı	Sayı	%	%	Sayı	%	Sayı	%			
Kadının yaşı											
20-29 yaş	32	49.2	20	30.8	7	10.8	6	9.2	65	100.0	X ² :14.948 p:0.021
30-39 yaş	43	41.7	30	29.1	22	21.4	8	7.8	103	100.0	
40 yaş ve üzeri	12	28.6	23	54.8	7	16.7			42	100.0	
Evlilik süresi											
1-9 yıl	23	47.9	14	29.2	5	10.4	6	12.5	48	100.0	X ² :10.368 p:0.110
10-19 yıl	45	43.3	33	31.7	19	18.3	7	6.7	104	100.0	
20 yıl ve üzeri	19	32.8	26	44.8	12	20.7	1	1.7	58	100.0	
Eğitim Durumu											
OYD-OY	37	45.1	29	35.4	13	15.9	3	3.7	80	100.0	X ² :4.602 p:0.596
İlkokul	39	37.9	37	35.9	17	16.5	10	9.7	103	100.0	
Ortaokul ve üzeri	11	44.0	7	28.0	6	24.0	1	4.0	25	100.0	
Kadının mesleği											
Ev hanımı	74	41.6	61	34.3	31	17.4	12	6.7	178	100.0	X ² :0.148 p:0.986
Çalışıyor	13	40.6	12	37.5	5	15.6	2	6.3	32	100.0	
Aile tipi											
Çekirdek aile	70	41.2	57	33.5	29	17.1	14	8.2	170	100.0	X ² : 3.701 p:0.296
Geniş aile	17	42.5	16	40.0	7	17.5			40	100.0	
Mevcut Hastalık durumu											
Hastalık var	13	32.5	10	25.0	11	27.5	6	15.0	40	100.0	X ² : 10.544 p:0.014
Hastalık yok	74	43.5	63	37.1	25	14.7	8	4.7	170	100.0	
Eşin yaş grupları											
24-34 yaş	33	49.3	16	23.6	11	16.4	7	10.4	67	100.0	X ² : 10.337 p:0.111
35-44 yaş	39	39.4	37	37.4	16	16.2	7	7.1	99	100.0	
45 yaş ve üzeri	15	34.1	20	45.5	9	20.5			44	100.0	
Eşin eğitim durumu											
OYD-OY	12	54.5	6	27.3	3	13.6	1	4.5	22	100.0	X ² : 3.468 p:0.748
İlkokul	60	42.6	48	34.0	24	17.0	9	6.4	141	100.0	
Ortaokul ve üzeri	15	31.9	19	40.4	9	19.1	4	8.5	47	100.0	
Eşin mesleği											
Serbest meslek	47	39.2	48	40.0	16	13.3	9	7.5	120	100.0	X ² : 14.717 p:0.023
İşçi-memur-emekli	33	42.9	24	31.2	18	23.4	2	2.6	77	100.0	
İşsiz	7	53.8	1	7.7	2	15.4	3	23.1	13	100.0	
Toplam	87	41.4	73	34.8	36	17.1	14	6.7	210	100.0	

20-29 yaş grubundaki kadınların %49.2'sinin maddi yetersizlik, 30-39 yaş grubunun %41.7'sinin maddi yetersizlik, 40 yaş ve üzerindeki kadınların %54.8'inin yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 40 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

1-9 yıldır evli olan kadınların %47.9'u ve 10-19 yıldır evli olan kadınların %43.3'ü maddi yetersizlik, 20 yıl ve üzerinde evli olan kadınların %44.8'i yeterli çocuk sayısı nedeni ile küretaj olmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitimi olmayan kadınların %45.1'i maddi yetersizlik, ilkokul mezunu olan kadınların %35.9'u yeterli çocuk sayısı, ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınların %24.0'ü anne ve çocuğa ait nedenler ile istemli küretaj olmak istemektedir. Gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ev hanımı olan kadınların %41.6'sı maddi yetersizlik nedeni ile, çalışan kadınların %37.5'i yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çekirdek aile yapısına sahip kadınların %33.5'i yeterli çocuk sayısı, geniş aile yapısına sahip kadınların %42.5'i maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj olmuşlardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Mevcut hastalık bulunan kadınların %32.5 ile maddi yetersizlik ilk, %27.5 ile anne ve çocuğa ait nedenler ikinci sırada yer almaktadır. Hastalık bulunmayanların %43.5'ü maddi yetersizlik nedeni ile küretajı istemektedir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Mevcut hastalığı olan grupta, gebelikte ilaç kullanma durumu anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Eşi 24-34 yaş grubundakilerin %49.3'ü maddi yetersizlik, 35-44 yaş grubundakilerin %39.4'ü maddi yetersizlik, 45 yaş ve üzeri gruptakilerin %45.5'i yeterli çocuk sayısı nedeni ile küretaj olmuşlardır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşinin eğitimi olmayanların %54.5'i maddi yetersizlik nedeni ile küretaj olurken, ilkokul düzeyinde eğitimi olanların %42.6'sı maddi yetersizlik nedeni ile küretaj olmakta, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %40.4'ü yeterli çocuk sayısı nedeni ile küretaj olmuşlardır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşin serbest meslek ile meşgul olanların %40.0'ı yeterli çocuk sayısı, işçi, memur, emekli olanların %42.9'u maddi yetersizlik nedeni ile, işsiz olanların %53.8'i maddi yetersizlik nedeni ile küretaj olmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eşi işsiz olan gruptaki kadınların küretaj olma nedeni olarak maddi yetersizlik anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 27: Sosyal Güvence Varlığına Göre İstemli Küretaj Olma Nedenlerinin Dağılımı

Küretaj olma nedeni	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Sosyal Güvence Var		Sosyal güvence yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maddi yetersizlik	76	87.4	11	12.6	87	41.4
Yeterli çocuk sayısı	66	90.4	7	9.6	73	34.8
Anneye ait nedenler	15	78.9	4	21.1	19	9.0
Çocuğa ait nedenler	16	94.1	1	5.9	17	8.1
Gebelikte ilaç kullanma	14	100.0			14	6.7
Toplam	187	89.0	23	11.0	210	100.0
D=0.529p=0.942						

Sosyal güvencesi olanların %100.0'ü gebelikte ilaç kullandığı, sosyal güvencesi olmayanların; %21.1'i anneye ait nedenler ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28: Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre İstemli Küretaj Olma Nedenlerinin Dağılımı

Küretaj olma nedeni	Sürekli ilaç kullanma durumu				Toplam	
	İlaç Kullanıyor		İlaç Kullanmıyor			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maddi yetersizlik	8	9.2	79	90.8	87	41.4
Yeterli çocuk sayısı	7	9.6	66	90.4	73	34.8
Anneye ait nedenler	7	36.8	12	63.2	19	9.0
Çocuğa ait nedenler	2	11.8	15	88.2	17	8.1
Gebelikte ilaç kullanma	5	35.7	9	64.3	14	6.7
Toplam	29	13.8	181	86.2	210	100.0
D =1.419 p=0.036*						

Sürekli ilaç kullanan kadınların %36.8'i anneye ait nedenler, %35.7'si gebelikte ilaç kullandığı, sürekli ilaç kullanmayan kadınların %90.8'i maddi yetersizlik, %90.4'ü yeterli çocuk sayısı gibi nedenler ile istemli küretaja başvurduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 29:Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Olma Nedenlerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Kadınların küretaj olma nedenleri								Toplam		X2 p
	Maddi yetersizlik		Yeterli çocuk sayısı		Anne ve çocuğa ait nedenler		Gebelikte ilaç kullanma				
	Sayı	Sayı	%	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik sayısı											
1-3 gebelik	11	39.3	8	28.6	5	17.9	4	14.3	28	100.0	X ² : 3.215 p:0.360
4 gebelik ve üzeri	76	41.8	65	35.7	31	17.0	10	5.5	182	100.0	
Yaşayan çocuk sayısı											
1-3 çocuk	36	42.9	21	25.0	17	20.2	10	11.9	84	100.0	X ² : 10.451 p:0.015
4 çocuk ve üzeri	51	40.5	52	41.3	19	15.1	4	3.2	126	100.0	
Kendiliğinden düşük											
Düşük var	26	44.8	15	25.9	11	19.0	6	10.3	58	100.0	X ² : 3.831 p:0.280
Düşük yok	61	40.1	58	38.2	25	16.4	8	5.3	152	100.0	
Önceki gebeliğin sonlanma şekli											
Doğum	58	41.4	51	36.4	22	15.7	9	6.4	140	100.0	X ² : 0.871 p:0.832
Düşük- küretaj	29	41.4	22	31.4	12	20.0	5	7.1	70	100.0	
Kadının İlerde başka çocuk isteme durumu											
İstiyor	8	42.1	3	15.8	5	26.3	3	15.8	19	100.0	X ² : 5.799 p:0.122
İstemiyor	79	41.4	70	36.6	31	16.2	11	5.8	191	100.0	
Kadının İlerde başka çocuk isteme durumu											
İstiyor	8	42.1	3	15.8	5	26.3	3	15.8	19	100.0	X ² : 5.799 p:0.122
İstemiyor	79	41.4	70	36.6	31	16.2	11	5.8	191	100.0	
Eşin İlerde başka çocuk isteme durumu											
İstiyor	8	29.6	7	25.9	7	25.9	5	18.5	27	100.0	X ² : 9.660 p:0.022
İstemiyor	79	43.2	66	36.1	29	15.8	9	4.9	183	100.0	
Doğumlar arasında istenilen süre											
4 yıl ve altı	47	39.5	43	36.1	24	20.2	5	4.2	119	100.0	X ² : 4.365 p:0.225
5 yıl ve üzeri	40	44.0	30	33.0	12	13.2	9	9.9	91	100.0	
Toplam	87	41.4	73	34.8	36	17.1	14	6.7	210	100.0	

Tablo 29’da kadınların doğurganlık özelliklerine göre istemli küretaj olma nedenlerinin dağılımı yer almaktadır.

1-3 gebeliği olan kadınların %28.6’sı yeterli çocuk sayısı, 4 ve üzerinde gebelik geçiren kadınların %41.8’i maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj oldukları görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

1-3 yaşayan çocuğu olanların %42.9’u maddi yetersizlik nedeni ile, 4 ve üzerinde yaşayan çocuğu olanların %41.3’ü yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Farklılığın 1-3 yaşayan çocuğu olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kendiliğinden düşüğü olan kadınların %44.8’i maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj olurken, kendiliğinden düşüğü olmayan kadınların %38.2’si yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bir önceki gebeliği doğum ile sonuçlanan kadınların %36.4’ü yeterli çocuk sayısı, düşük ya da küretaj ile sonlanan kadınların %41.4’ü maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

İlerde tekrar çocuk isteyen kadınların %42.1’i maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj olduğu, çocuk istemeyen kadınların %36.6’sı yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşi ilerde çocuk isteyen kadınların %29.6’sı maddi yetersizlik, eşi ilerde çocuk istemeyen kadınların %36.1’i yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılık eşi ilerde çocuk isteyenlerden kaynaklanmaktadır.

Kadınların doğumları arasında istedikleri süreye göre istemli küretaj olma nedenlerinin dağılımına bakıldığında; doğumları arasında 4 yıl ve altında süre isteyen kadınların %36.1’i yeterli çocuk sayısı, 5 yıl ve üzerinde süre isteyen kadınların %44.0’ü maddi yetersizlik nedeni ile istemli küretaj olduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 30:Ölü Doğum Varlığına Göre İstemli Küretaj Olma Nedenlerinin Dağılımı

Küretaj olma nedeni	Ölü doğum				Toplam	
	Ölü doğum var		Ölü doğum yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Maddi yetersizlik	6	6.9	81	93.1	87	41.4
Yeterli çocuk sayısı	2	2.7	71	97.3	73	34.8
Anneye ait nedenler	2	10.5	17	89.5	19	9.0
Çocuğa ait nedenler			14	100.0	17	8.1
Gebelikte ilaç kullanma			14	100.0	14	6.7
Toplam	10	4.8	200	95.2	210	100.0
D=0.602 p=0.862						

Tablo 30’da ölü doğumu olan kadınların %10.5’i anneye ait nedenler; ölü doğumu olmayan kadınların %100.0’ü gebelikte ilaç kullanma, %100.0’ü çocuğa ait nedenler, %97.3’ü yeterli çocuk sayısı nedeni ile istemli küretaj olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 31:Kadınların İstemli Küretaj Öncesi ve Sonrası Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Bu gebelikte yöntem kullanan	Küretaj sonrası korunma durumu				Toplam	
	Yöntem kullanan		Yöntem kullanmayan			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yöntem kullanan	183	97.3	5	2.7	188	89.5
Yöntem kullanmayan	20	90.9	2	9.1	22	10.5
Toplam	203	96.7	7	3.3	210	100.0
X ² =9.000						

Tablo 31’de kadınların istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma durumlarına göre dağılımına bakıldığında; istemli küretaj öncesi yöntem kullanımı ile istemli küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. “ H_0 = Yöntem kullanma bakımından küretaj öncesi ve sonrası arasında fark yoktur.” hipotezi ret edilmiş olup, yöntem kullanma açısından istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası arasında fark vardır sonucuna varılmıştır.

Tablo 32: Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İstemi Küretaj Öncesi ve Küretaj Sonrası Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Demografik özellikler	Küretajdan Önce Yöntem Kullanma Durumu						X ² P	Küretajdan sonra Yöntem Kullanma Durumu						X ² P
	Korunan		Korunmayan		Toplam			Korunan		Korunmayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları														
20-29 yaş	62	95.4	3	4.6	65	100.0	X ² : 10.674 p=0,005	63	96.9	2	3.1	65	100.0	F.X ² : 6.244 p=0,031*
30-39 yaş	94	91.3	9	8.7	103	100.0		102	99.0	1	1.0	103	100.0	
40 yaş ve üzeri	32	76.2	10	23.8	42	100.0		38	90.5	4	9.5	42	100.0	
Kadının evlilik süresi														
1-9 yıl	45	93.8	3	6.3	48	100.0	X ² : 8.921 p=0,012	46	95.8	2	4.2	48	100.0	F.X ² :0.134 p=0,660*
10-19 yıl	97	93.3	7	6.7	104	100.0		103	99.0	1	1.0	104	100.0	
20 yıl ve üzeri	46	79.3	12	20.7	58	100.0		54	93.1	4	6.9	58	100.0	
Kadının Eğitim Durumu														
OYD-OY	71	86.6	11	13.4	82	100.0	X ² : 1.938 p=0,380	78	95.1	4	4.9	82	100.0	F.X ² :0.996 p=0,466*
İlkokul	93	90.3	10	9.7	103	100.0		100	97.1	3	2.9	103	100.0	
Ortaokul ve üzeri	24	96.0	1	4.0	25	100.0		25	100.0			25	100.0	
Kadının mesleği														
Ev hanımı	159	89.3	19	10.7	178	100.0	F. X ² :0.049 p=1.000	172	96.6	6	3.4	178	100.0	F.X ² :0.005 p=1.000
Çalışıyor	29	90.6	3	9.4	32	100.0		31	96.9	1	3.1	32	100.0	
Yaşadığı yer														
Kırsal alan	31	83.8	6	16.2	37	100.0	F. X ² :1.578 p=0.236	35	94.6	2	5.4	37	100.0	X ² :0.598 p=0.357
Kentsel alan	157	90.8	16	9.2	173	100.0		168	97.1	5	2.9	173	100.0	
Aile tipi														
Çekirdek aile	148	87.1	22	12.9	170	100.0	F.X ² :5.782 p=0.010	163	95.9	7	4.1	170	100.0	X ² :1.704 p=0.351
Geniş aile	40	100.0			40	100.0		40	100.0			40	100.0	
Sosyal güvence														
Var	167	89.3	20	10.7	187	100.0	F.X ² :0.087 p=1.000	181	96.8	6	3.2	187	100.0	X ² :0.082 p=0.562
Yok	21	91.3	2	8.7	23	100.0		22	95.7	1	4.3	23	100.0	
Eşin yaşı														
24-34 yaş	63	94.0	4	6.0	67	100.0	X ² :6.324 p=0.042	66	98.5	1	1.5	67	100.0	F.X ² :1.035 p=0.434*
35-44 yaş	90	90.9	9	9.1	99	100.0		96	97.0	3	3.0	99	100.0	
45 yaş ve üzeri	35	79.5	9	20.5	44	100.0		41	93.2	3	6.8	44	100.0	
Eşin mesleği														
Serbest meslek	101	84.2	19	15.8	120	100.0	X ² :10.921 p=0.004	115	95.8	5	4.2	120	100.0	F.X ² :6.246 p=0.062*
İşçi-memur-emekli	76	98.7	1	1.3	77	100.0		77	100.0			77	100.0	
İşsiz	11	84.6	2	15.4	13	100.0		11	84.6	2	15.4	13	100.0	
Eşinin Eğitim Durumu														
OYD-OY	20	90.9	2	9.1	22	100.0	X ² : 0.353 p=0,838	20	90.9	2	9.1	22	100.0	F.X ² 5.224 p=0,159*
İlkokul	125	88.7	16	11.3	141	100.0		139	98.6	2	1.4	141	100.0	
Ortaokul ve üzeri	43	91.5	4	8.5	47	100.0		44	93.6	3	6.4	47	100.0	
Toplam	188	89.5	22	10.5	210	100.0		203	96.7	7	3.3	210	100.0	

*Gözelerde 5'ten aza değeri bulunması nedeniyle, gözeler birleştirilip test yeniden yapılmış ve test sonucu yazılmıştır.

Yaş gruplarına göre küretaj öncesi yöntem kullanma durumuna bakıldığında; 20-29 yaş grubundaki kadınların %95.4'ü, 40 ve üzeri yaş grubundakilerin %76.2'sinin gebelikten korunduğu, istemli küretaj sonrası; 20-29 yaş grubunda %96.9'unun, 40 ve üzeri yaş grubundakilerin %90.5'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın küretaj öncesi ve sonrasında 40 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı bu yaş grubunun daha az gebelikten korunduğu belirlenmiştir.

1-9 yıl arasında evli olanların %93.8'i, 20 yıl ve üzerinde evli olanların %79.3'ünün bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 20 yıl ve üzerinde evli olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Küretaj sonrası; 1-9 yıl evli olan kadınların %95.8'i, 20 yıl ve üzerinde evli olan kadınların %93.1'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitimi olmayan kadınların %86.6'sı, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %96.0'sının bu gebelikte yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Küretaj sonrası; eğitimi olmayan kadınların %95.1'i, ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınların %100.0'ünün gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ev hanımı olan kadınların %89.3'ü, çalışan kadınların %90.6'sı istemli küretaj öncesi gebelikten korunduğu; küretaj sonrası ev hanımı olan kadınların %96.6'sının, çalışan grubun %96.9'unun gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Küretaj öncesi kırsalda yaşayanların %83.8'i, kentsel alanda yaşayanların %90.8'inin gebelikten korunduğu, küretaj sonrası kırsalda yaşayanların %94.6'sının, kentsel alanda yaşayanların %97.1'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çekirdek aile yapısına sahip kadınların %87.1'i gebelikten korunurken, geniş aile yapısına sahip kadınların %100.0'ü bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ($p<0.05$). Geniş aile yapısına sahip kadınların daha yüksek oranda gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Küretaj sonrası çekirdek aile yapısına sahip kadınların %95.9'unun, geniş aile yapısında olanların %100.0'ünün gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olanların %89.3'ü, sosyal güvencesi olmayanların %91.3'ü bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Sosyal güvencesi olanların %96.8'inin, olmayanların %95.7'sinin istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Eşi 34-34 yaş grubundakilerin %94.0'ünün gebelikten korunduğu, 45 yaş ve üzerindekiilerin %79.5'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Eşin yaşı arttıkça yöntem kullanımı azalmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 45 yaş ve üzeri gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eşi 24-34 yaş grubunda olanların %98.5'i, 45 ve yukarı yaş grubunda %93.2'sinin istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eşinin mesleği serbest meslek olanların %84.2'si, her ay düzenli geliri olan eşlerin %98.7'si, işsiz olan eşlerin %84.6'sının bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Farklılığın işçi, memur ve emekli grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir. İstemli küretaj sonrası duruma bakıldığında; serbest meslek sahibi olanların %95.8'i, işçi, memur, emeklilerin %100.0'ü, işsiz olanların %84.6'sının gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitimi olmayan eşlerin %90.9'u, ilkokul mezunlarının % 88.7'si, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %91.5'inin bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası yöntem kullanma durumlarına bakıldığında; eğitimi olmayanların %90.9'u, ilkokul mezunu olanların %98.6'sı, ortaokul ve üzeri eğitimi olanların %93.6'sının gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33: Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Öncesi ve Küretaj Sonrası Yöntem Kullanma Durumlarının Dağılımı

Doğurganlık özellikler	Küretajdan Önce Yöntem Kullanma Durumu						X ² P	Küretajdan sonra Yöntem Kullanma Durumu						X ² P
	Korunan		Korunmayan		Toplam			Korunan		Korunmayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk gebelik kadının yaşı														
19 yaş ve altı	113	87.6	16	12.4	129	100.0	X ² _y :0.845 p=0.358	124	96.1	5	3.9	129	100.0	F. X ² :0.306 p=0.709
20 yaş ve üzeri	75	92.6	6	7.4	81	100.0		79	97.5	2	2.5	81	100.0	
Gebelik sayısı														
1-3 gebelik	27	96.4	1	3.6	28	100.0	F. X ² :1.642 p=0.322	27	96.4	1	3.6	28	100.0	F. X ² :0.006 p=1.000
4 gebelik ve üzeri	161	88.5	21	11.5	182	100.0		176	96.7	6	3.3	182	100.0	
Yaşayan çocuk sayısı														
1-3 çocuk	75	89.3	9	10.7	84	100.0	X ² _y :0.000 p=1.000	81	96.4	3	3.6	84	100.0	F. X ² :0.025 p=1.000
4 ve üzeri çocuk	113	89.7	13	10.3	126	100.0		122	96.8	4	3.2	126	100.0	
Önceki gebeliğin sonucu														
Doğum	127	90.7	13	9.3	140	100.0	X ² _y :0.311 p=0.577	135	96.4	5	3.6	140	100.0	F. X ² :0.074 p=1.000
Düşük+ küretaj	61	87.1	9	12.9	70	100.0		68	97.1	2	2.9	70	100.0	
Kendiliğinden düşük														
Var	52	89.7	6	10.3	58	100.0	X ² _y :0.000 p=1.000	57	98.3	1	1.7	58	100.0	F. X ² :0.644 p=0.676
Yok	136	89.7	16	10.5	152	100.0		146	96.1	6	3.9	152	100.0	
İlerde çocuk isteme durumu														
Çocuk istiyor	18	94.7	1	5.3	19	100.0	F. X ² :0.605 p=0.700	18	94.7	1	5.3	19	100.0	F. X ² : 0.241 p=0.490
Çocuk istemiyor	170	89.0	21	11.0	191	100.0		185	96.9	6	3.1	191	100.0	
Eşin ilerde çocuk isteme durumu														
Çocuk istiyor	25	92.6	2	7.4	27	100.0	F. X ² :0.311 p=0.746	26	96.3	1	3.7	27	100.0	F. X ² : : 0.013 p=1.000
Çocuk istemiyor	163	89.1	20	10.9	183	100.0		177	96.7	6	3.3	183	100.0	
Toplam	188	89.5	22	10.5	210	100.0		203	96.7	7	3.3	210	100.0	

İlk gebelik yaşı 19 yaş ve altı olanların %87.6'sının, 20 yaş ve üzeri olanların %92.6'sının bu gebelikte yöntem kullandığı; küretaj sonrası ise; 19 yaş ve altında olanların %96.1'i, 20 yaş ve üzeri olanların %97.5'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanım açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj öncesi; 1-3 gebeliği olan kadınların %96.4'ünün, 4 ve üzeri gebeliği olan kadınların %88.5'inin; küretaj sonrası 1-3 kez gebeliği olan kadınların %96.4'ünün, 4 ve üzerinde gebe kalanların %96.7'sinin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda küretaj öncesi 1-3 yaşayan çocuğu olanların %89.3'ü, 4 ve üzeri yaşayan çocuğu olanların %89.7'sinin; küretaj sonrası 1-3 yaşayan çocuğu olanların %96.4'ünün, 4 ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadınların %96.8'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Yaşayan çocuk sayısına göre küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bir önceki gebeliği doğumla sonuçlananların %90.7'si, düşük ya da küretajla sonuçlananların %87.1'i bu gebelikte yöntem kullandığı belirlenmiştir. Önceki gebeliği doğumla sonlananların %96.4'ünün, düşük ve küretajla sonlanan kadınların %97.1'inin küretaj sonrası gebeliği önleyici yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Önceki gebeliğin sonlanma şekline göre istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma durumları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kendiliğinden düşüğü olanların %89.7'si, düşüğü olmayanların %89.7'si istemli küretaj öncesi gebeliklerinde korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası düşüğü olanların %98.3'ünün, düşüğü olmayanların %96.1'inin istemli küretaj sonrası gebelikten koruyucu yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İlerde çocuk isteyen kadınların %94.7'si, ilerde başka çocuk istemeyenlerin %89.0'u bu gebelikte korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İlerde çocuk isteyen kadınların %94.7'sinin, çocuk istemeyen kadınların %96.9'unun küretaj sonrası yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşi ilerde çocuk isteyenlerin %92.6'sı, istemeyenlerin %89.1'i istemli küretaj oldukları gebeliklerinde korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eşin ilerde çocuk isteyen kadınların %96.3'ünün, istemeyenlerin %96.7'sinin istemli küretaj sonrası yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 34: Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre İstemi Küretaj Öncesi ve Küretaj Sonrası Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı

Demografik özellikler	Küretajdan Önce Kullandığı Yöntem						X ² P	Küretajdan sonra Yöntem Kullanma Durumu						X ² P
	Modern		Geleneksel		Toplam			Modern		Geleneksel		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grupları														
20-29 yaş	18	29.0	44	71.0	62	100.0	X ² :1.016 p=0.602	54	85.7	9	14.3	63	100.0	X ² :0.200 p=0.200
30-39 yaş	21	22.3	73	77.7	94	100.0		82	80.4	20	19.6	102	100.0	
40 yaş ve üzeri	9	28.1	23	71.9	32	100.0		27	71.1	11	28.9	38	100.0	
Evlilik süresi														
1-9 yıl	12	26.7	33	73.3	45	100.0	X ² :0.070 p=0.966	42	91.3	4	8.7	46	100.0	X ² :6.891 sd:2 p=0.032
10-19 yıl	24	24.7	73	75.3	97	100.0		83	80.6	20	19.4	103	100.0	
20 yıl ve üzeri	12	26.1	34	73.9	46	100.0		38	70.4	16	29.6	54	100.0	
Kadının eğitim durumu														
OYD-OY	14	19.7	57	80.3	71	100.0	X ² :2.028 p=0.363	59	75.6	19	24.4	78	100.0	X ² :2.758 sd:2 p=0.252
İlkokul	27	29.0	66	71.0	93	100.0		85	85.0	15	15.0	100	100.0	
Ortaokul ve üzeri	7	29.2	17	70.8	24	100.0		19	76.0	6	24.0	25	100.0	
Kadının mesleği														
Ev hanımı	43	27.0	116	73.0	159	100.0	X _y ² :0.778 p=0.378	138	80.2	34	19.8	172	100.0	X _y ² :0.000 p=1.000
Çalışıyor	5	17.2	24	82.8	29	100.0		25	80.6	6	19.4	31	100.0	
Sosyal güvence														
Var	42	25.1	125	74.9	167	100.0	X _y ² :0.005 p=0.941	143	79.0	38	21.0	181	100.0	F. X ² :1.757 p=0.260
Yok	6	28.6	15	71.4	21	100.0		20	90.9	2	9.1	22	100.0	
Aile tipi														
Çekirdek aile	37	25.0	111	75.0	148	100.0	X _y ² :0.014 p=0.907	131	80.4	32	19.6	163	100.0	X _y ² :0.000 p=1.000
Geniş aile	11	27.5	29	72.5	40	100.0		32	80.0	8	20.0	40	100.0	
Yaşadığı yer														
Köy	7	22.6	24	77.4	31	100.0	X _y ² :0.035 p=0.852	30	85.7	5	14.3	35	100.0	X _y ² :0.426 p=0.514
İlçe-il merkezi	41	26.1	116	73.6	157	100.0		133	79.2	35	20.8	168	100.0	
Eşin yaş grupları														
24-34 yaş	16	25.4	47	74.6	63	100.0	X ² :0.803 p=0.669	61	92.4	5	7.6	66	100.0	X ² :9.605 p=0.008
35-44 yaş	25	27.8	65	72.2	90	100.0		73	76.0	23	24.0	96	100.0	
45 yaş ve üzeri	7	20.0	28	80.0	35	100.0		29	70.7	12	29.3	41	100.0	
Eşin öğrenim durumu														
OYD-OY	4	20.0	16	80.0	20	100.0	X ² :0.372 p=0.830	15	75.0	5	25.0	20	100.0	X ² :0.458 p=0.795
İlkokul	33	26.4	92	73.6	125	100.0		113	81.3	26	18.7	139	100.0	
Ortaokul ve üzeri	11	25.6	32	74.4	43	100.0		35	79.5	9	20.5	44	100.0	
Eşin mesleği														
Serbest meslek	26	25.7	75	74.3	101	100.0	X ² :0.031 p=0.985	96	83.5	19	16.5	115	100.0	X ² :3.432 p=0.180
İşçi-memur-emekli	19	25.0	57	75.0	76	100.0		57	74.0	20	26.0	77	100.0	
İşsiz	3	27.3	8	72.7	11	100.0		10	90.9	1	9.1	11	100.0	
Toplam	48	25.5	140	74.5	188	100.0		163	80.3	40	19.7	203	100.0	

Tablo 34'te kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre istemli küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemlerin dağılımı görülmektedir.

20-29 yaş grubunda %29.0'u modern yöntem, 30-39 yaş grubundakilerin %77.7'si geleneksel yöntem kullandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası; 20-29 yaş grubundakilerin %85.7'sinin ve 30-39 yaş grubundakilerin %80.4'ünün modern yöntem, 40 ve üzeri yaştakilerin %28.9'unun geleneksel yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

1-9 yıl evli olanların %26.7'si modern yöntem, 10-19 yıl evli olanların %75.3'ü geleneksel yöntem, 20 yıl ve daha uzun süredir evli olanların %73.9'u geleneksel yöntemle korunduğu belirlenmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası; 1-9 yıl evli olanların %91.3'ünün ve 10-19 yıl evli olanların %80.6'sının modern yöntemle, 20 yıl ve daha uzun süredir evli olanların %29.6'sının geleneksel yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 1-9 yıl evli olan kadın grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Küretaj öncesi; eğitimi olmayanların %80.3'ü, ilkökul mezunlarının %71.0'i, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %29.2'sinin modern yöntemle korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası eğitimi olmayanların %24.4'ünün geleneksel yöntem, ilkökul düzeyinde eğitimi olanların %85.0'inin ve ortaokul ve üzeri eğitime sahip kadınların %76.0'sının modern yöntemle gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Küretaj öncesi ev hanımlarının %27.0'si modern yöntem, çalışan kadınların %82.8'i geleneksel yöntem ile; küretaj sonrası ev hanımlarının %19.8'i geleneksel yöntem, çalışan kadınların %80.6'sı modern yöntem ile belirlenmiştir. Küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntem ile kadının mesleği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olmayanların %28.6'sı modern yöntem, sosyal güvencesi olan kadınların %74.9'unun geleneksel yöntemle korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Küretaj sonrası sosyal güvencesi olanların %21.0'inin geleneksel yöntem, sosyal güvencesi

olmayanların %90.9'unun modern yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Geniş aile yapısına sahip kadınların %27.5'i modern yöntem, çekirdek aile yapısına sahip kadınların %75.0'i geleneksel yöntemle küretaj öncesi korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çekirdek aile yapısına sahip olanların %80.4'ünün, geniş aile yapısına sahip olan kadınların %80.0'inin modern yöntem ile istemli küretaj sonrası korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kentte yaşayanların %26.1'inin modern yöntem, kırsalda yaşayanların %77.4'ünün geleneksel yöntemle küretaj öncesi korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kırsalda yaşayanların %85.7'sinin, kentsel alanda yaşayanların %79.2'sinin modern yöntem ile küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Küretaj öncesi eşi 35-44 yaş grubunda %27.8'i modern yöntem, 45 ve üzeri yaş grubunda %80.0'inin geleneksel yöntem ile korunduğu ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Küretaj sonrası; 24-34 yaş grubunda olanların %92.4'ünün, 45 ve üzeri yaş grubunda olanların %70.7'sinin modern yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın 24-34 yaş grubu eşlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Eğitimi olmayan eşlerin %80.0'i geleneksel yöntem, ilkokul mezunu olanların %26.4'ü modern yöntem ile küretaj öncesi korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitimi olmayan eşlerin %25.0'inin geleneksel yöntem ile, ilkokul düzeyinde eğitimi olanların %81.3'ünün modern yöntem ile küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Serbest meslek sahiplerinin %74.3'ü, işçi, memur ve emeklilerin %75.0'i, işsiz olanların %72.7'sinin geleneksel yöntem ile bu gebelikte korunduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Serbest meslek sahibi olan eşlerin %83.5'inin, işçi, memur ve emekli olanların %74.0'ünü, işsiz olanların %90.9'unun modern yöntem ile istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 35: Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre İstemli Küretaj Öncesi ve Küretaj Sonrası Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı

Doğurganlık özellikler	Küretajdan Önce Yöntem Kullanma Durumu						X ² P	Küretajdan sonra Yöntem Kullanma Durumu						X ² P
	Modern		Geleneksel		Toplam			Modern		Geleneksel		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
İlk gebelik kadının yaşı														
19 yaş ve altı	31	27.4	82	72.6	113	100.0	X _y ² :0.317 p=0.473	99	79.8	25	20.2	124	100.0	X _y ² :0.001 p=0.981
20 yaş ve üzeri	17	22.7	58	77.3	75	100.0		67	81.0	15	19.0	79	100.0	
Gebelik sayısı														
1-3 gebelik	10	37.0	17	63.0	27	100.0	X ² :3.665 p=0.160	24	88.9	3	11.1	27	100.0	X ² :1.984 p=0.371
4-6 gebelik	16	19.5	66	80.5	82	100.0		73	81.1	17	18.9	90	100.0	
7 gebelik ve üzeri	22	27.8	57	72.2	79	100.0		66	76.7	20	23.3	86	100.0	
Yaşayan çocuk sayısı														
1-3 çocuk	18	24.0	57	76.0	75	100.0	X ² :0.178 p=0.915	67	82.7	14	17.3	81	100.0	X ² :1.057 p=0.589
4-6 çocuk	26	26.8	71	73.2	97	100.0		83	79.8	21	20.2	104	100.0	
7 çocuk ve üzeri	4	25.0	12	75.0	16	100.0		13	72.2	5	27.8	18	100.0	
Önceki gebeliğin sonucu														
Doğum	37	29.1	90	70.9	127	100.0	X _y ² :2.119 p=0.145	114	84.4	21	15.6	135	100.0	X _y ² :3.637 p=0.057
Düşük ve küretaj	11	18.0	50	82.0	61	100.0		49	72.1	19	27.9	68	100.0	
Kendiliğinden düşük														
Var	11	21.2	41	78.8	52	100.0	X _y ² :0.441 p=0.506	116	79.5	30	20.5	146	100.0	X _y ² :0.083 p=0.774
Yok	37	27.2	99	72.8	136	100.0		47	82.5	10	17.5	57	100.0	
İlerde çocuk isteme durumu														
İstiyor	2	11.1	16	88.9	18	100.0	F. X ² :2.177 p=0.167	14	77.8	4	22.2	18	100.0	F. X ² :0.079 p=0.759
İstemiyor	46	27.1	124	72.9	170	100.0		149	80.5	36	19.5	185	100.0	
Eşin ilerde çocuk isteme durumu														
İstiyor	7	28.0	18	72.0	25	100.0	X _y ² :0.003 p=0.954	21	80.8	5	19.2	26	100.0	X _y ² :0.000 p=1.000
İstemiyor	41	25.2	122	74.8	163	100.0		142	80.2	35	19.8	177	100.0	
Toplam	48	25.5	140	74.5	188	100.0		163	80.3	40	19.7	203	100.0	

Tablo 35'te kadınların doğurganlık özelliklerine göre istemli küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemlerin dağılımları görülmektedir.

Kadınların ilk gebe kalma yaşına göre istemli küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemlerin dağılımına bakıldığında; 19 yaş ve altında ilk kez gebe kalanların %27.4'ü modern yöntem ile, 20 yaş ve üzerinde ilk kez gebe kalanların %77.3'ünün geleneksel yöntem ile bu gebelikte korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). 19 yaş ve altında ilk kez gebe kalan kadınların %20.2'sinin geleneksel yöntem ile, 20 yaş ve üzerinde gebe kalan kadınların %81.0'inin modern yöntem ile istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Gebelik sayılarına göre istemli küretaj öncesi kullandıkları yöntemlerin dağılımına bakıldığında; 1-3 gebeliği olan kadınların %37.0'si modern yöntem ile, 4-6 gebeliği olan kadınların %80.5'i geleneksel yöntem ile, 7 ve üzerinde gebeliği olan kadınların %72.2'sinin geleneksel yöntemle gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İstemli küretaj sonrası duruma bakıldığında; 1-3 gebeliği olan kadınların %88.9'unun modern yöntemle, 4-6 gebeliği olan kadınların %81.1'inin modern yöntem ile, 7 ve üzerinde gebeliği olan kadınların %23.3'ünün geleneksel yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

1-3 yaşayan çocuğu olan kadınların %76.0'sı geleneksel yöntem ile, 4-6 yaşayan çocuğu olan kadınların %26.8'i modern yöntem ile korunduğu, 7 ve üzeri yaşayan çocuğu olan kadınların %75.0'i geleneksel yöntem ile bu gebeliklerinde korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İstemli küretaj sonrası duruma bakıldığında; 1-3 yaşayan çocuğu olan kadınların %82.7'sinin modern yöntem ile, 4-6 yaşayan çocuğu olan kadınların %79.8'inin modern yöntem ile, 7 ve üzerinde yaşayan çocuğu olan kadınların %27.8'inin geleneksel yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Önceki gebeliği doğum ile sonlanan kadınların %29.1'i modern yöntem ile, düşük ve küretaj ile sonlanan kadınların %82.0'sinin geleneksel yöntem ile istemli küretaj öncesi korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Önceki gebeliği doğumla sonlanan kadınların

%84.4'ünün modern yöntem ile, düşük veya küretajla sonlanan kadınların %27.9'unun geleneksel yöntem ile istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu görülmektedir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Kendiliğinden düşüğü olan kadınların %78.8'i geleneksel yöntem ile, kendiliğinden düşüğü olmayanların %27.2'sinin modern yöntem ile bu gebelikte korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kendiliğinden düşüğü olan kadınların %20.5'inin geleneksel yöntem ile, kendiliğinden düşüğü olmayan kadınların %82.5'inin modern yöntem ile istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

İlerde çocuk isteyen kadınların %88.9'u geleneksel yöntem ile, çocuk istemeyen kadınların %27.1'inin modern yöntem ile bu gebelikte korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İstemli küretaj sonrası duruma bakıldığında; ilerde başka çocuk isteyen kadınların %22.2'sinin geleneksel yöntem ile, ilerde başka çocuk istemeyen kadınların %80.5'inin modern yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eşi ilerde çocuk isteyenlerin %28.0'i modern yöntem ile, çocuk istemeyenlerin %74.8'inin geleneksel yöntemle bu gebelikte korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eşi ilerde başka çocuk isteyenlerin %80.8'inin modern yöntem ile, eşi ilerde başka çocuk istemeyenlerin %19.8'inin geleneksel yöntem ile istemli küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p>0.05$).

5.TARTIŞMA

Araştırmamız Gaziantep Doğum ve Kadın Hastalıkları Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine istemli küretaj olan kadınlara anket yöntemi uygulanarak yapılmıştır. Menstruel gecikme ve gebelik kuşkusu ile kliniğe gelen kadınlara önce jinekolojik muayene yapılmakta, gebelik testi ile gebelik doğrulanmakta ve ultrasonografi ile gebelik haftası belirlenmektedir. On haftadan az süreli gebeliklerde resmen evli çiftlerden eşinin ve kendinin imzalı rızası alınmakta ve küretaj işlemi uygulanmaktadır.

İstemli küretajlar, milyonlarca kadının yaşamış olduğu doğurganlığın önemli bir parçası olup, dünyada bir çok ülkede yasa dışı ve sağlıksız koşullarda gerçekleşmektedir. Düşüğün yasal hale gelmesi, istenmeyen gebelikleri güvenli biçimde sonlandırma ortamı sağlarken, düşüğün yasallaşması ile birlikte kadınların düşük sayılarındaki artış düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanıldığı düşüncesini akla getirmektedir. Etkin aile planlaması yöntemleri yerine, istemli küretajı kullanmaları kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kadınlar çoğunlukla aile planlaması hizmetlerine ulaşmanın yetersiz olduğu ya da diğer psiko-sosyal faktörlerin yöntem kullanımını engellediği durumlarda istemli küretaja yönelmektedir. Bireysel özelliklerin, kişilerin davranış ve yaşam şekillerine yön verdiği bilinmekte, aile planlaması yöntem kullanma bilincinin oluşmasında da etkili olduğu düşünülmektedir. Aile planlamasının öncelikli hedeflerinde birisi de istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. İstemli küretajlar, karşılanmayan aile planlaması gereksinimini göstermesi nedeni ile aile planlaması hizmetleri içinde önemli bir yer tutmaktadır (5,6).

Çalışmamızda kadınların %31'i 20-29 yaş, %49'u 30-39 yaş ve %20'si 40 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı, ortalama yaşlarının $33,5 \pm 0.44$ belirlenmiştir. Dünyada ortalama yaş gittikçe yükselmektedir. 1975'te 22 olan ortalama yaş, 2050 yılında 36.2'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (38). Devlet İstatistik Enstitüsü (2003) verilerine göre kadınların ortalama yaşı 25.30'dur (41). TNSA (2003) verilerine göre %12.9'unu 20-24 yaş, %18.3'ün 25-29 yaş, %18.4'ü 30-34 yaş, %17.6'sını 35-39 yaş, %16.5'ini 40-44 yaş, %13.3'ünü 45-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır ve yaş ortalaması 24.7'dir (12). İstemli küretaj ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, kadınların ortalama yaşlarının 27 ile 35 arasında değişmektedir (1,7,11,15,18,43,93,94). Yeni Zelanda istatistik raporuna göre kadınların 20-24 yaşları arasında istemli küretaj olduğu, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise istemli

küretaj olan kadınların %19'unun 25 yaş ve altında, İsviçre'de düşük yapmanın 34.3 yaşta pik yaptığı bildirilmiştir (9,52,95). Türkiye'de yapılan çalışmalar ile uyumluluk gösteren bulgumuzun, yabancı ülke bulgularına göre farklı olmasının nedeni; ülkemizde doğumların ve küretajların büyük çoğunluğunun evlilik içinde gerçekleşmesi ve kadınların istedikleri çocuk sayısına ulaştıktan sonra istemli küretaja yönelmesi ile açıklanabilir.

Kadın sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında tıbbi nedenlerin yanında, kadının sosyal statüsünün düşük olması da önemli bir faktördür (43). Sağlık ve eğitimin birbirine çok yakın konular olması, eğitimin yükselmesinin sağlığın yükselmesine katkıda bulunacağı gerçektir. Çalışmamızda kadınların %26.7'sinin okuma yazma bilmediği, %12.4'ünün okur-yazar, %49.0'unun ilkokul mezunu ve %11.9'unun ortaokul ve üzerinde eğitimi olduğu belirlenmiştir. Literatürde, dünyada eğitimsiz 1.3 milyar insanın %70'ini kadınların oluşturduğunu bildirilmektedir (47,96). TNSA (2003) verilerine göre kadınların %21.8'inin eğitimi olmadığı, %53.7'sinin ilkokul, %7.4'ünün ortaokul, %17'sinin lise ve üzeri eğitimi olduğu, Güneydoğu Anadolu bölgesinde kadınların %56.3'ünün eğitimi olmadığı, %31.9'unun ilkokul, %11.8'inin ortaokul ve üzerinde eğitimi olduğu bildirilmiştir (12). Yapılan çalışmalarda kadınların okur yazar olmayan oranı %14 ile %61.9 arasında, ilkokul mezunu oranı %38.1 ile %71.7 arasında, ortaokul ve üzeri eğitim oranı %7.2 ile %20.33 arasında değişmekte olduğu bildirilmiştir (1,5,6,7,10). Saka ve arkadaşlarının (2004) Diyarbakır'da yaptığı çalışmada; kadınların %53.0'ünün okuma yazma bilmediği, %9.5'inin okur yazar, %24.4'ünün ilkokul, %13.1'inin ortaokul ve üzeri eğitime sahip olduğunu belirtilmiştir (11). Çalışmamızda kadınların eğitim durumunun TNSA verilerine göre daha düşük olmasına rağmen, Güneydoğu Anadolu Bölgesine göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni Gaziantep ilinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi için kalkınmış illerden birisi olması ile açıklanabilir.

Kadının statüsünü belirlemede para getiren bir işte çalışma durumu, yaptığı işin özelliği ve aile içindeki yeri önemlidir (5,25). Çalışmamızda kadınların %84.8'inin ev hanımı, %12,9'unun tarım sektöründe aile işlerinde ve evde oya yaparak, fıstık kırarak para kazandığı, %2.4'ünün ev dışında bir işte çalıştığı bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınların %75.0-97.0'i oranında değişen oranlarda ev hanımı olarak çalıştığını belirtmektedir (1,6,10,11,13,43,47,97,98,99). ILO'nun değerlendirmelerine göre ekonomik aktivite içinde olan kadın sayısının 900 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir.

Bağımsız Devletler Topluluğu'nda çalışan kadın oranı %53, Amerika Birleşik Devletlerinde %36'dır (100). İş gücüne katılan kadınların %67.2'si ücretsiz aile işlerinde, %19.1'i ücretli, %3.3'ü mevsimlik ve yevmiyeli, %10.2'si kendi işlerinde çalışmaktadır (101). TNSA (2003) verilerine göre, kadınların %27'si çalıştığı, %73'ünün çalışmadığı; Güneydoğu Anadolu Bölgesinde ise kadınların %19.8'inin çalıştığı ve %80.2'sinin çalışmadığı belirtilmektedir (12). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumlu olup, ülkemizde kadınların genellikle aile işlerinde ücretsiz işçi olarak çalıştığı ve aile ekonomisi üzerindeki sınırlı etkiye sahip olduğunun göstergesi olması bakımından önemlidir.

Ülkemizde gelir dağılımında eşitsizlik sonucu; yıllık gelirin %70'ini nüfusun %30'luk kısmı, gelirin %30'unu nüfusun %70'i almaktadır (17,25,102). Kişi başına yıllık gelir 3074 dolardır (102). Çalışmamızda kadınların %57.6'sı gelirin giderini karşılamadığı, %40.5'i kısmen karşıladığı, %1,9'un ise gelirin gideri karşıladığını belirtmiş olmasına rağmen, ekonomik durumun önemli bir göstergesi olarak %50'sinin oturduğu evin kendisine ait olduğu belirlenmiştir. Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında; erkeklerin %77.5'inin gelir durumlarını yetersiz olarak gördüğü belirlenmiştir (71). Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında; %60'ının gelirin giderini karşılamadığı, %36.5'inin gelirin gidere denk olduğu belirlemiştir (103). Mahmoudi (2001) çalışmasında kadınların %48.5'inin gelirin gidere göre az, %50'sinin denk, %1.5'inin fazla olduğunu bildirilmiştir (99). Kanber (1997) çalışmasında; %29.7'sinin dar gelirli, %63.1'inin orta gelirli olduğu belirlenmiştir (1). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. İstemli küretaja başvuran ailelerin genel olarak ekonomik durumlarının çok iyi olmadığını düşünülebilir.

Bireyleri ve toplumu tüm sağlık hizmetlerinden ve kuruluşlarından etkin bir biçimde yararlanmasını sağlamanın en önemli kolaylıklardan biriside kişilerin sosyal güvencesinin bulunmasıdır. Çalışmamızda; %45.7'si Yeşil Kart olmak üzere, %89.0'unun sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Mayda ve arkadaşları (2004) çalışmalarında; kadınların %69.0'unun sosyal güvencesi olduğunu, Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarında; %62.5'inin sosyal güvencesinin olmadığını, Süren (2002) çalışmasında; %72.1'inin sosyal güvencesi olduğunu, Şankazan ve arkadaşları (2002) çalışmalarında; %49.2'sinin sosyal güvencesi olmadığını, Mahmoudi (2001) çalışmasında; %99.5'inin sosyal güvencesi olduğunu belirtmişlerdir (11,13,98,99,104). İstemli küretajın %27'sinin devlet kurumlarında yapıldığı bilinen bir gerçektir. Çalışmamızda diğer literatür bulgularına kıyasla

sosyal güvencenin özellikle de yeşil kartlıların daha çok başvurması özel kurum ücretlerini karşılamayanların kamu hastanelerine yöneldiğinin bir göstergesi olabilir.

Population Reports'a göre; 2.5 milyar olan kent nüfusunun hızla artarak, 2025'te 5.1 milyar olacağı ve artışın büyük kısmının gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (105). Çalışmamızda kadınların %52,4'ü köyde doğduğu, %38.1'i il merkezinde doğduğu belirlenmiştir. Kadınların %79,5'i hayatı boyunca en uzun süre ile il merkezinde, %17.6'sı köyde ve %2.6'sı ilçede yaşadığını belirlenmiştir. Daha önceki TNSA'larda kent ve kır nüfusu sırasıyla %60, %40 iken, TNSA (2003) verilerine göre evlenmiş kadınların %71'i kentsel alanda yaşamaktadır (12,17,25,102). Karaoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmalarında; %40.7' sinin kentsel alanda, %23.9'unun kırsal alanda oturduğu saptamışlardır (106). Demographic Health Surveys (DHS)'e göre, gelişmekte olan ülkeler de şehir nüfusunun büyük kısmı göçle gelmiştir. 1980'de Tahran'ın nüfusunun %39'unu, Accra'nın nüfusunun %45'ini, Pakistan'da %25'ini, Kenya'da 1/3'ünü göçle gelenler oluşturmaktadır. DHS'in Afrika'da 14 ülkede yaptığı bir çalışmasında kentte yaşayan doğurgan çağıdaki evli kadınların %22-55 arasında son on yılda kırsal alandan göçenler oluşturmaktadır (105). Çalışmamızda kadınların doğduğu yer %52.4 ile köy iken, en uzun süre yaşadığı yer %79.5 ile il merkezidir. Bu bulgu, kadınlarımızın doğduktan sonra yada evlendikten sonra il merkezlerine göç ettiklerini göstermektedir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kentleşme ile birlikte giderek çekirdek aile yapısı artmasına karşın, kırsal alanda hala geleneksel aile yapısı varlığını sürdürmektedir (25,102). Çalışmamızda kadınların %81.0'i çekirdek aile, %19.0'u geniş aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde kadınların %68.9-%90 oranında çekirdek aile yapısına, %31.1 - %10 oranında geniş aile yapısına sahip oldukları görülmektedir (11,13,18,31,106). Literatürle uyum gösteren bulgumuz, toplumumuzun geleneksel aile yapısından uzaklaşıp, gittikçe modern aile yapısına doğru gittiğini düşündürülebilir.

Çalışmamızda ailede yaşayan toplam kişi sayısının; %55.2'si 5-7 kişilik aileye ve %27.6'sı 8 ve daha fazla kişilik aile yapısına sahip olduğu, ortalama aile büyüklüğü 6.4 ± 0.14 olarak belirlenmiştir. TNSA (2003) göre; ortalama hane halkı büyüklüğü 4.1'dir (12). Yapılan çalışmalarda ailede yaşayan ortalama kişi sayısını sırasıyla 3.63-4.5 olarak belirtilmiştir (13,15,74). Bizim çalışmamızda ortalama aile büyüklüğünün daha fazla olması, geleneksel aile anlayışının sonucu olabileceği gibi,

kırdan kentte göçün ve kırsal alanda doğurganlık davranışının kentte de sürmesinin sonucu olabilir.

Ülkemizde boşanmalar az olup kadınların büyük çoğunluğu ilk evliliğini sürdürmektedir. Evlilik yaşı erken olan toplumlarda erken çocuk sahibi olma eğilimi yüksek olup, eğitim seviyesi düştükçe erken evlenme eğilimi görülmektedir. Evlilik yaşı için lise ve daha fazla eğitimi olan kadınlar arasında 4 yıl fark vardır (25,102). Çalışmamızda kadınların %61.0'i 18 yaş ve altında iken, ilk evliliklerin yaptıkları, ortalama ilk evlenme yaşının 18.2 ± 0.21 olduğu belirlenmiştir. TNSA (2003) verilerine göre; 25-49 yaş grubundaki ilk evlenme yaşının 20 ve GAB 19.3 olduğu bildirilmektedir (12). Farklı çalışmalarda ortalama ilk evlenme yaşı Konya'da 18.5, İstanbul'da 19 yaş'tan önce, Diyarbakır'da 18, İzmir'de 19 yaş ve altında, Samsun'da 19.5, Afyon'da 18.96, İzmir'de 18.91, Muğla'da 21.04, Çorum'da 17.67, Manisa'da 20.97 olarak belirtilmiştir (1,6,10,11,13,15,57,99,103,106). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. İstemli küretaja doğurganlığını sonlandırmak isteyen ileri yaş grubu kadınların başvurmasının çalışmamızda ilk evlilik yaşı ortalamasını etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların %47.6'sı 16-25 yıl arasında evli olduğu ve ortalama evlilik süresinin 15.2 ± 0.46 yıl olduğu belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda ortalama evlilik süresi; Altıntaş ve arkadaşları (2004) 13 yıl, Süren (2002) çalışmasında 13.2 yıl, Uyar (1999) çalışmasında 9.46 yıl olarak bildirmektedir (13,15,97). Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında; erkeklerin %71.1'inin 11 yıl ve daha uzun süredir evli olduğunu; Altıntaş ve arkadaşları (2004) çalışmasında kadınların %22.8'inin 6-10 yıldır evli olduğunu; Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %22.7'si 16 yıl ve üzerinde evli olduğunu, Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında %46.66'sının 11 yıl ve üzerinde evli olduğunu bildirilmiştir (10,71,97,103). Bulgumuz literatür ile uyumludur.

Evliliklerin büyük çoğunluğunun ailelerin onayı hatta kararı ile gerçekleşmektedir (5,107). Çalışmamızda kadınların %85.2'si 20 yaş ve üzerinde iken evlenmek istediği, ortalama ideal evlenme yaşının 20.2 ± 0.2 olarak belirlenmiştir. Ulufer (1992) çalışmasında kadınların, %81.67'si ideal evlenme yaşı olarak 20-24 yaş grubunu belirtmiştir (31). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Bu sonucun, erken evlenme durumunda kalan kadınların deneyimleri ve günün gereklerinin getirdiği sonuçlar neden olabilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %71.4'ü eşleri ile akraba olmadığı, %28,6'sı eşleri ile akraba oldukları belirlenmiştir. Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında %15'inin eşleri ile akraba olduğu, Şen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında %14.1'inin akraba evliliği yaptığı, Gözükara ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında %37'sinin eşleri ile 1. dereceden akraba olduğu, Kişioğlu ve arkadaşları (2004) çalışmasında Isparta ilinde akraba evliliği yapma oranı %16.8 bildirilmektedir (7,57,106,108). Bu bulgular toplumumuzda sakıncaları sürekli dile getirilmesine rağmen, geleneksel yapının korunmasını isteyen ebeveynlerin akraba evliliğine sıcak bakması ve çocuklarını etkilemesinin sonucu olabilir. Bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadınların %21'inin her gün düzenli olarak sigara kullanmaktadır. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %26'sı sigara kullanmaktadır (103). Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, Gaziantep'te sigara içme oranı kentsel alanda yaşayan kadınlarda %14.1, kırsal alanda yaşayan kadınlarda %1.2, toplamda ise %9.9 olarak bildirilmiştir (109). Koçoğlu ve Akın (2001) makalelerinde, Türkiye'de kadınların erkeklere göre 3 kat daha az sigara içtiğini belirtmiş, gebe kadınlar üzerine yapılan bir çalışmada sigara içme prevalansını %14.7 olarak bildirmişlerdir (110). Bizim çalışmamızda Güngör ve arkadaşlarının çalışmasına göre daha düşük bir sonuç, Gaziantep'te yaşayan kadınlara göre ise daha yüksek bir sonuç bulunmuştur. Bu sonuç çalışmamızın daha az sayıda ve belirli bir grup üzerine yapılması nedeni ile açıklanabilir. Kadınların yalnızca %0,5'inin (1 kişi) düzenli olarak alkol aldığı bulunmuştur. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, %6.6'i arada sırada alkol almaktadır (103). Bu sonuç Gaziantep'te toplumun kadına yüklediği rol ve sorumlulukların bir sonucu olabilir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %19'unun sürekli hastalığı olduğu, bu hastalıklardan ilk beşi; depresyon %17.5, hipertansiyon %10.0, astım %10.0, eklem romatizması %10.0, diabetes mellitus %7.5 olarak sıralanmaktadır. 15-44 yaş grubunda toplam hastalık yükü içerisinde, üremeye ilişkin hastalık yükü hesaplandığında bu yük, kadınlar için %36.6'dır (111). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, %10.1'inin sistemik bir hastalık olmadığı, Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %13'ünde sürekli bir hastalığın olduğu bildirilmiştir (98,103). Akarsu ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında; %13.2'sine kalp hastalığı, %2.3'üne diabetes mellitus, %0.8'ine psikiyatrik sorunlar, %3.1'ine böbrek hastalığı nedeni ile terapötik abortus uygulandığını belirtmiştir (64).

Bulgumuzun yapılan çalışmalara oranla daha yüksek olması, ileri yaş grubu ve doğurganlık çağı sonundaki kadınların başvurmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada kadınların mevcut hastalık nedeniyle % 13,8'inin ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %8.5'i sürekli ilaç kullanmaktadır (103). Çalışma bulgumuz bu çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Türkiye'de erkekler kararlar ve uygulamalarda önemli rol oynamaktadır (5). Erkeklerin yaşı ve eşler arasındaki yaş farkının; sosyal beklentileri, evlilikteki diğer ilişkileri etkilediği bildirilmektedir (5,107). Çalışmamızda eşlerin %47.1'i 35-44 yaş grubunda ve ortalama yaşlarının 38.1 ± 0.50 olduğu belirlenmiştir. Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, erkeklerin %60.1'inin 31-40 yaş grubunda, ortalama yaşı 37 olduğunu; Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında eşlerinin ortalama yaşlarının 35.8 olduğunu; Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında eşlerinin yaş ortalaması 34.51 olduğunu, Şankazan ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında erkeklerin %33.8'inin 35-55 yaş grubunda olduğunu; Güngör ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında eşlerinin yaş ortalamasını 34.2 olduğunu; Öner'in (1996) çalışmasında %53'ünün 30-39 yaş grubunda, ortalama yaşı 35.8 olduğu, bildirilmiştir (43,71,91,98,103,104). Bu sonuçlar çalışma bulgumuz ile uygunluk göstermektedir. Bizim çalışmamızda ortalamanın yüksek çıkmasının nedeni istemli küretaja başvuran kadınların eşleri olmalarında kaynaklandığı düşünülebilir.

Eşlerinin ilk evlenme yaşlarına bakıldığında %57,1'inin 20-24 yaşında evlendiği ve ortalama ilk evlenme yaşının 22.4 ± 0.17 'dir. Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında erkeklerin %59.2'sinin 20-24 yaşında iken evlendiği belirlenmiştir (71). Bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda kadınların ilk evlenme yaşı 18.2 iken, eşlerinin ilk evlenme yaşı 22.4 olup, erkekler kadınlara göre 4 yıl daha geç evlenmektedir.

Çalışmamızda eşlerinin eğitim düzeyine bakıldığında %10.5'i eğitimi olmadığı, %67.1'inin ilköğretim düzeyinde eğitimi olduğu ve %22.4'ünün ortaokul ve üzerinde eğitimi bulunduğunu belirtmişlerdir. Literatürde erkeğin eğitim durumu oranları; eğitimi olmayanların %9 ile %24.4 arasında, ilköğretim mezunu olanların %47.1 ile %66.8 arasında, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %24.3 ile %48.6 arasında değiştiği bildirilmektedir (6,7,71,98,99,106). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Bu sonucun, ülkemizde erkeklerin kadınlardan daha eğitilmiş olduğunu göstermesi bakımından da önemli olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda eşlerin; %10.0'u çiftçi, %28.6'sı işçi, %5.7'si memur, %47.1'i serbest meslek, %2.4'ü emekli ve %6.2'si eşinin işsiz olduğu belirlenmiştir. Kanber (1997) çalışmasında %27.9'unun işsiz olduğunu, Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, eşlerinin %44.9'u işçi, %38.6'sı çiftçi, %16.5'i memur ve emekli olduğunu, Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %37.2'sinin serbest meslek, %36'sının işçi, %15.6'sının memur, %4.7'sinin emekli, %3.5'inin işsiz olduğunu, Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında eşlerinin %11.5'i işsiz, %10.6'sı memur, %57.5'i işçi, %14.2'si serbest, %6.2'si emekli olduğunu, Mahmoudi (2001) çalışmasında eşlerin %85.5'inin işçi, %4.0'ü serbest meslek, %3.5'i memur, %5.5'i emekli olduğunu, Turan (1997) çalışmasında eşlerinin % 91.6'sının gelir getiren bir işte çalıştığını, Öner (1996) çalışmasında eşlerinin %41'inin işçi, %27.3'ünün serbest meslek, %11.7'sinin memur, %6'sının çiftçi, %14'ünün işsiz olduğunu, Akçınar (1992) çalışmasında eşlerinin %60'ının memur, %39.9'unun diğer meslek grubunda olduğunu bildirmişlerdir (1,6,22,43,71,98,99,103). Bulgumuz literatür ile uyumludur. Erkeklerin çalışma hayatındaki aktifliği ev ekonomisi üzerinde de kendini hissettirebileceğini düşündürebilir.

Annelik, beraberinde sosyal statü değişiklikleri ve sorumluluklar getiren, kadının yaşamındaki en önemli dönüm noktalarından biridir (107). Çalışmamızda kadınların %45.7'si 18 yaş ve altında ilk kez gebe kaldığı, ortalama ilk gebelik yaşı 18.91 ± 0.18 olduğu saptanmıştır. Farklı çalışmalar, kadınların ilk doğum yaşı ortalamasını 19, 20.76 ve 21.79 olarak belirtmektedir (11,99,103). TNSA (2003) verilerine göre, genç kadınların yaşlı kadınlara göre ilk doğumlarını 15-19 yaş grubunda yapma olasılığı daha azdır. TNSA (2003) verilerine göre, kadınların ilk doğum yaşı kentte 22.1, kırsalda 21.1, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 20.6 olarak belirtilmektedir (12). Günümüzde kadınların ilk doğum yaşı gittikçe artmaktadır. Çalışmamızda ilk gebelik yaşının daha erken olması araştırma kapsamına alınan kadınların izole bir grup olması ve büyük çoğunun doğurganlığını sonlandırmak istemeyen ileri yaş grubu kadınlardan oluşması ile açıklanabilir.

Gebelikler, çok erken yaşta, çok geç yaşta, çok sayıda ve çok yakın aralıklı olduğunda yüksek riskli gebelik olmakta, son zamanlarda yapılan çalışmalarda bu tür gebeliklerin gelişmekte olan ülkeleri daha çok etkilediğini göstermektedir (73). Çalışmamızda kadınların %72.9'u 5 ve üzerinde gebe kaldığı ve ortalama gebelik sayısının 6.33 ± 0.18 belirlenmiştir. Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların ortalama gebelik sayısının 5.3 olduğu; Altınbaş ve arkadaşlarının (2004)

çalışmasında kadınların %25.0'inin 5 ve daha önce gebelik geçirdiği, ortalama gebelik sayısının 3.4 olduğu; Yıldırım ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında kadınların toplam gebelik sayısı ortalamasını 2.7 olduğu; Şen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ortalama gebelik sayısı 3.05 olduğu; Süren (2002) çalışmasında ortalama gebelik sayısı 3.1 olduğu; Karaoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısı 3.66 olduğu; Mahmoudi (2001) çalışmasında kadınların %42'sinin 1-2 kez, %42.5'inin 3-4 kez, %15.5'inin 5 ve üzerinde gebelik geçirdiği ortalama gebelik sayısını 3.07 olduğu; Polat ve arkadaşları (2000) çalışmasında kadınların ortalama gebelik sayısının 3.7 olduğu ve 4 üzerinde gebelik geçirmiş kadın oranını %45.4 olduğu; Kanber (1997) çalışmasında, %46.9'unun 4 ve daha az sayıda, %24.3'ünün 7 ve üzerinde gebelik geçirdiği, ortalama gebelik sayısının 5.07 olduğu; Öner (1996) çalışmasında kadınların %61.9'unun 5-9 arasında gebelik geçirdiği, ortalama gebelik sayısını 7.16 olduğu bildirilmiştir (1,11,13,15,24,43,57,65,95,106). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %74.7'sinin 1-4 kez gebelik geçirdiğini; Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %63.02'sini 1-2 gebeliği olduğunu; Gözükar ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında kadınların %49.7'inin 5 ve üzerinde gebeliği olduğunu; Turan (1997) çalışmasında kadınların %40'ının 5 ve üzeri gebelik geçirdiğini, Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında kadınların %34.66'sının 5 ve üzerinde gebelik geçirdiğini saptamıştır (6,7,10,98,103). Çalışmamızda kadınların toplam gebelik sayısı literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bulgumuzun bazı çalışmalara göre daha yüksek çıkması geleneksel toplum yapısının aile üzerindeki etkisinden kaynaklanabilir.

Kadınların %37.1'inin 3-4 kez ve %41.4'ünün 5 ve üzerinde canlı doğum yaptıkları, ortalama 4.4 ± 0.15 'inin canlı doğum yaptığı belirlenmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde 1965-1970 döneminde kadın başına 6.1 olan toplam doğurganlık oranı, 1985-1990 döneminde 3.9'a düşmüştür (39). TNSA (2003) verilerine göre doğurganlık çağının sonunda olan 40-49 yaş grubu kadınların ortalama 3.54 canlı doğumu olduğu gözlenmektedir (12). Farklı çalışmalarda kadınların yaptıkları ortalama canlı doğum sayısı 2.2 ile 4.7 arasında değiştiği bildirilmektedir (11,13,24,57,65,99,106). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların %82.9'u 1-4 canlı doğum yaptığı; Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %72.26'sının 1-2 canlı doğum yaptığı; Mahmoudi (2001) çalışmasında %75.5'inin 1-2 kez canlı doğum yaptığı; Demir ve arkadaşları (1995) çalışmasında %56'sının 1-2

canlı doğum yaptığı belirtilmiştir (10,98,99,103). Çalışma bulgumuz bu sonuçlar ile paralellik göstermektedir. Kadınların doğurganlık hedefine ulaştıktan sonra istemli küretaja başvurmaları, çalışmamızda canlı doğum sayısının yükselmesine neden olabilir.

Çalışmada kadınların %95.2'sinin ölü doğumu olmadığı, %4.8'inin ölü doğumu olduğu, ortalama ölü doğum sayısının 0.06 ± 2.48 olduğu belirlenmiştir. TNSA (2003) verilerine göre, kadınların %4'ü ölü doğum yapmış olup ortalama ölü doğum sayısı <0.1 'dir (12). Altıntaş ve arkadaşları (2004) çalışmasında %92.3'ünün ölü doğum yapmadığı ve ortalama ölü doğum sayısının 1.1 olduğu; Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, %19.0'unun ölü doğumu olduğu; Şen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ortalama ölü doğum sayısının 0.45 olduğu; Karaoğlu ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ortalama ölü doğum sayısının 0.07 olduğu; Süren (2002) çalışmasında ortalama ölü doğum sayısı 0.1 olduğu bildirilmektedir (13,57,95,98,106). Bulgumuz literatür ile uygunluk göstermektedir.

Kadınların %22.4'ü canlı doğup ölen çocuğunun bulunduğunu belirtmişlerdir. Ölen çocuk ortalaması 0.32 ± 4.92 olarak tespit edilmiştir. Farklı çalışmalarda canlı doğup ölen çocuk oranı %13.2, %20.3 ve 21 arasında değişmekte olup, ortalama canlı doğup ölen çocuk sayısı 0.32-0.33 olarak belirtilmektedir (1,10,95,98,106). Bu sonuçlar çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir.

Kadınların %27.6'sının kendiliğinden düşük yaptığı ve ortalamasının 0.36 ± 4.54 olduğu belirlenmiştir. TNSA (2003) verilerine göre, kadınların %20.7'si kendiliğinden düşük yapmış olup, ortalama düşük sayısı 0.3'tür (12). Farklı çalışmalarda kendiliğinden düşük sayısı ortalamasına bakıldığında; Altıntaş ve arkadaşları (2004) çalışmasında 1.5; Karaoğlu ve arkadaşları (2002) çalışmasında 0.75; Mahmoudi (2001) çalışmasında 1.32; Polat ve arkadaşları (2000) çalışmasında 0.8; Kanber (1997) çalışmasında 0.28; Öner (1996) çalışmasında 2.06; Çakiner (1992) çalışmasında 0.23 olarak bildirmiştir (1,24,43,95,99,106,112). Literatürde kendiliğinden düşük oranları %9-%39.01 arasında değişmektedir (7,10,22,95,99,103,113). Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında Gaziantep ilindeki kendiliğinden düşük yapma oranı %37.5 olarak belirtilmiştir (114). Bulgularımız literatür ile uygunluk göstermektedir.

DHS'in 8 Latin Amerika ülkesini kapsayan çalışmasında; kentlerin yerlisi olan kadınların ortalama 3, kırsal alandan göç eden kadınların ortalama 4, kırsal alanda yaşayan kadınların ortalama 6 çocuğu olduğu belirtilmiştir (105).

Çalışmamızda kadınların %44.3'ü 3-4 arasında yaşayan çocuğu bulunduğu ve ortalama sayının 4.1 ± 0.12 olduğu belirlenmiştir. Literatürde kadınların ortalama yaşayan çocuk sayısı ile ilgili olarak 1.96 ile 4.3 arasında değişen bilgiler yer almaktadır (1,6,11,13,24,43,65,95,99,106). Altıntaş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %37.0'sinin yaşayan çocuk sayısının 2 olduğu; Mahmoudi (2001) çalışmasında, %79.5'inin 1-2 yaşayan çocuğu olduğu; Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında, %44.67'sinin yaşayan çocuk sayısının 1 olduğu; Kanber (1997) çalışmasında %54.0'ünün 3'ten fazla yaşayan çocuğu olduğu; Akçınar (1992) çalışmasında %44'ünün 2 yaşayan çocuğu olduğu belirtilmektedir (1,10,22,95,99). Amerika'da küretaj olan kadınların %60'ının bir veya daha fazla çocuğu vardır (9). TNSA (2003) verilerine göre evli kadınların 2.43 yaşayan çocuğu olduğu belirlenmiştir (12). Çalışmamızda kadınların gebelik sayıları ve yaşayan çocuk sayıları arasında fark olduğu görülmektedir. Bu durum kadınların her gebeliğinin yaşayan çocukla sonlanmadığının bir göstergesi olabilir.

Kadınların %66,7'si bir önceki gebeliğinin doğumla, %33.3'ü düşük ve küretajla sonlandığını ifade etmiştir. Yıldırım ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında son gebeliğinin %88.2'sinin doğumla, %9.8'inin düşük ve küretajla; Polat ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında son gebeliğinin %73.5'i doğumla, %1.5'i kendiliğinden düşük ve %24.4'ü istemli küretaj ile; Akçınar (1992) çalışmasında, bir önceki gebeliğinin %53'ünün doğumla, %47'sinin küretajla sonlandırmış olduğu bildirilmektedir (22,24,65). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

İstemli düşüklerin sıklığı, kadınların istenmeyen gebeliklerini sonlandırma ve doğurganlıklarını sınırlandırmaları konusundaki motivasyonlarını gösterir (102). İstenmeyen gebelikler ve düşükler anne yönünden ciddi sağlık sorunlarını beraberinde getirmektedir (42). İstenmeyen gebelikler üreme sağlığını tehdit eden önemli bir sorun olup, aile planlamasında karşılanmayan gereksinimi göstermektedir (25).

Kadınların %61.9'u ilk, % 38.1'inin iki ve üzerinde istemli küretajı olduğu, ortalama istemli küretaj sayısının 1.5 ± 0.79 olduğu belirlenmiştir. Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların %78.6'sının bir, %21.4'ü iki ve üzeri, Mahmoudi (2001) çalışmasında kadınların %68.6'sı bir kez, %31.3'ünün 2 ve daha fazla sayıda, Yüksel ve arkadaşları (2001) çalışmalarında %69'u ilk, %31'i iki ve üzerinde, Amerika'da kadınların %47'sinin birden fazla istemli küretajı olduğu bildirilmiştir (9,11,99,116). Literatürde istemli küretaj sayılarının ortalamasına

bakıldığında; Altıntaş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında 1.9, Erol ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında 1.7, Mahmoudi (2001) çalışmasında 1.43, Güngör ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında 1.7, Öner (1996) çalışmasında 1.60, olarak belirtilmektedir (43,91,95,99,117). Bulgularımız literatür ile uyumludur.

İstemli küretajın yasal sınırlar içinde yapılması annede ruhsal ve fiziksel açıdan daha az sorun oluşturacağı yadsınamaz bir gerçektir. Aynı zamanda düşük yapılan gebelik zamanı ile ölüm meydana gelmesi arasında yakın ilişki vardır; gebelik haftası ilerledikçe ölüm riski artmaktadır (2). Çalışmamızda kadınların %47,6'sı 6. gebelik haftasında istemli küretaja başvurduğu, ortalama gebelik haftasının 5.7 ± 0.78 olduğu belirlenmiştir. TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre istemli küretajların %9'unun yasal sınırların üzerinde, %66'sı bir ay, %25 ise iki aylık gebelik süresi içerisinde yapılmıştır (4). Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların %49.4'ü 5-6 gebelik haftalarında, %32.2'si 7. ve 10. haftalar arasında, Amerika'da kadınların %88'inin 6-12 gebelik haftalarında istemli küretaj olduğu, İsviçre'de yapılan çalışmada ortalama gebelik haftası 7.7 olarak bildirilmiştir (9,11,93). TNSA (2003) verilerine kadınların %73.4'ü ilk gebelik ayında, %21.9'u ikinci gebelik ayında, %4.7'si üç ve daha ileriki aylarda küretaj olmuştur (12). Çalışmamızda kadınların devlet kuruluşunda istemli küretaj olmaları nedeniyle yasal sınırları aşan olgular bulunmamaktadır.

Çalışmamızda kadınların istemli küretaj olma nedeni olarak; %41,4'ü maddi yetersizlik, %34.8'i yeterli çocuk sayısı, %9.0'u anneye ait nedenler, %8.1'i çocuğa ait nedenler ve %6.7'si gebelikte ilaç kullanmayı gösterdikleri belirlenmiştir. Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, %64.58'i başka çocuk istemediği, %12.50'si önceki gebelik ile arasının kısa olması, %11.46'sı anne sağlığı, %6.25'i çocuk sağlığı, %3.13'ü anne ve çocuk sağlığı, %2.08'i diğer nedenlerle; Yiğiter ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kadınların %36.4'ünün anne sağlığı sorunları, %22.0'sinin ekonomik nedenler, %20.3'ünün yeterli çocuk sayısı, %11.8'inin çocuk sağlığı sorunları, %8.4'ünün eşi istediği için, %2.5'inin gebelikler arasında süre azlığı nedeni ile; Yılmaz (2001) çalışmasında %53.8'inin ekonomik yetersizlik, %44.6'sının başka çocuk istememe, %11.5'inin sağlık nedenleri, %16.3'ünün iki doğum arasındaki süreyi uzatma isteği, %4.9'u eşinin çocuk istememesi nedeni ile; Kanber (1997) çalışmasında, kadınların %47.8 ile fazla çocuk sayısı, %15.3 geçim sıkıntısı, %8.1 anne yaşının ileri olması, %13.5 diğer nedenler ile; Turan (1997) çalışmasında kadınların %60.0'ı artık çocuk istemediği için %21.67'si küçük çocuğu

olduğu için, % 3.3'ü ekonomik nedenlerle; Eroğlu (1995) çalışmasında %74'ü yeterli çocuk sayısı, %62'si ekonomik sıkıntı, %28'i son çocuğu küçük olduğu, %12'si ileri yaşta olması nedeni ile; Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında %50.67'si yeterli çocuk sayısı, %14.67'si küçük çocuğunun olması, %22.33'ü ekonomik zorluk, %6'sı yöntem kullanırken gebe kaldığı için, %6.33'ü gebelikte ilaç kullandığı için; Akçınar (1992) çalışmasında kadınların %74.0'ünün çocuk sayısını fazla olması ve yeterli çocuk sayısı nedeni ile, %26'sının diğer nedenlerle; Ulufer (1992) çalışmasında %70.0'i yeterli çocuk sayısı, %17.92'si bebeğinin küçük olması, %5.42'si ekonomik yetersizlik, %6.67'si yöntem kullanırken gebe kaldığı için; küretaj olmuştur (1,3,5,6,10,18,22,109). TNSA (2003) verilerine göre kadınların %6.9 annede sağlık sorunu, %3.3'ü çocukta sağlık sorunu, %40.7'si başka çocuk istemediği için, %17.0'si önceki gebeliği yeni sonlandığı için, %30.6'sı diğer (ekonomik sorunlar) nedenlerle istemli küretaj olmuşlardır (12). Amerika'da kadınların %25.5'i çocuk doğurmayı ertelemek, %21.3'ü bir bebek sahibi olmayı göze alamamak, %14.1 birlikte olduğu kişinin istememesi yada ilişkilerinin hazır olmaması, %12.2'si çok genç olmaları, %10.8'i eğitim ve kariyerlerine engel olmaması, %7.9'u daha fazla çocuk istememesi, %3.3 bebekte sağlık sorunu, %2.8'i annede sağlık sorunu olması; İsviçre'de kadınların %93'ü psiko-sosyal nedenler, %2.9'u annede hastalık, %2.5'i psikiyatrik hastalık, %1.2'si fetal risk, %0.5'i tecavüz ve ensest nedeni ile küretaj oldukları bildirilmektedir (9,93,118). Ülkemizde yapılan çalışmalarda yeterli çocuk sayısı ilk neden olarak görülürken bizim çalışmamızda maddi yetersizlik ilk neden olarak yer almaktadır. Bu durum çalışmanın kamu hastanesinde yapılmasından kaynaklanabileceği gibi, ülkemizin son zamanlarda yaşadığı ekonomik krizlerin bir yansıması da olabilir. Yabancı ülkelerde yapılan çalışmalardan farklı çıkmasına neden olarak, ülkemizde gebeliklerin evlilik içinde gerçekleşmesi ve geleneksel annelik rolünün getirdiği yaptırımlar olabilir.

Erkeklerin karar verici rolü üreme sağlığında da etkisini göstermektedir. Erkekler aile büyüklüğü ve korunması ile ilgili kararlarda önemli söz hakkına sahip olup, Türkiye'de istemli küretaj olmak için eşin imzalı izni gereklidir (5). Çalışmamızda istemli küretaj olmaya kadınların %76.7'si eşi ile birlikte karar vermiştir. Farklı çalışmalarda istemli küretajda karar verme durumlarına bakıldığında; Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %85.7'sinin; Erol ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında %87.9'unun; Mahmoudi (2001) çalışmasında %73.6'sının; Yüksel ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında %77'sinin, Demir ve

arkadaşlarının (1995) çalışmasında %84.67'sinin; Eroğlu (1995) çalışmasında %60'ının Akçınar (1992) çalışmasında %77'sinin eşi ile birlikte küretaja karar verdiğini bildirmiştir (3,11,10,22,99,116,117). Bu durum eşlerin doğurganlıkları konusunda fikir alışverişinde bulunduğu ve ortak karar verdiğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kentleşme ile birlikte çekirdek aile yapısının artmasına rağmen geleneksel aile yapısının doğurganlık üzerinde etkisi devam etmektedir (25). Çalışmamızda %68.1'i küretaj olacağından aile üyelerinin haberi olduğunu, %51,4'ü ailelerinin küretaj olayını kabul ettiği belirlenmiştir. Kadınların %79'u istemli küretajın günah olduğu görüşündedir. Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların %68.4'ü; Erol ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında %9.7'si küretajın günah olduğu görüşündedir (11,117). Çalışmamızda küretajı yüksek bir oranda günah olduğunu düşünme kadınların toplumsal inanışların ve çevresel faktörlerin etkisi ile açıklanabilir.

İsteğe bağlı küretaj en güvenli ve en basit işlemlerden birisi olmasına rağmen her cerrahi girişim gibi risk taşımaktadır. Kadınların %44,8'i istemli küretajın kadın sağlığına zarar verdiğini düşünmektedir. Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, %56.0'sı küretajın sağlığa zarar verdiğini, Erol ve arkadaşları (2002) çalışmasında kadınların %30.3'ünün küretajın yan etkileri konusunda bilgisi olduğunu; Akçınar (1992) çalışmasında kadınların %52'sinin küretajın sağlığa zarar verdiğini belirttiğini bildirmiştir (11,22,117). Bu sonuç çalışmamızda kadınların küretajın etkileri konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürülebilir.

Erkek çocuk tercihi pek çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi ülkemizde de doğurganlığı etkileyen bir faktördür (5,25,43). Yaşayan erkek çocuğu olamayan kadınlar, olanlara göre daha fazla oranda çocuk sahibi olmak istemektedirler (102). Çalışmamızda kadınların %76.2'sinin bu gebelikte cinsiyet tercihi olmadığını belirlenmiştir. Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların %79.9'unun cinsiyet tercihi olduğunu belirlemiştir (5). Bu durum çalışma bulgumuzdan farklıdır. Bu durum kadınlarımızın istedikleri cinsiyetten çocuğu olduğunu ya da kadınların cinsiyet tercihi olmadığını düşündürülebilir.

Kadınların %97,1 istemli küretajda yasal durumu bilmemektedir. Akçınar (1992) çalışmasında kadınların %88'inin küretajın serbest olduğunu bildikleri, %47.7'sinin yasal sınırını doğru bildiği belirtilmiştir (22). Çalışma bulgumuzda kadınların bu konuda bilgisi yeterli değildir. Bu sonuç, çalışmamızda kadınların daha

ileriki yaş grubunda olmaları ve bu konuda yeterince bilgilendirilmediklerini düşündürmektedir.

Çalışmamızda daha önceden küretaj olanların %42.5'i bir önceki küretajından 1 yıl ve daha az zaman geçtiği belirlenmiştir. Yılmaz (2001) çalışmasında istemli küretaj olmuş kadınların önceki küretajın üzerinden %18.5'inin 1 yıldan az zaman geçtiğini, Eroğlu (1995) çalışmasında %30.7'sinin istemli küretajı üzerinde 11 aydan az zaman geçtiği belirlemiştir (3,5). Bizim çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak istemli küretaj sonrası aile planlaması konusunda kadınlara yeterince bilgi verilmediği, tekrar gebe kaldıklarında istemli küretaja başvurdıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların %91.0'i, eşlerin %87.7'si ilerde başka çocuk istememektedir. Mahmoudi (2001) çalışmasında kadınların %89.5'i; Özçırpıcı ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında GAP bölgesinde kadınların %73.2'sinin ilerde başka çocuk istemediğini bildirmiştir (99,115). TNSA (2003) verilerine göre halen evli kadınların %69'u başka çocuk istememekte, 30-34 yaştakilerin sadece %19'u başka çocuk istemektedir (12). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Şankazan ve arkadaşları (2002) çalışmasında erkeklerin %87.7'inin ilerde başka çocuk istemediğini belirlemiştir (104). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir. Başka çocuk istemeyen kadınlar ve eşlerinin etkin aile planlaması hizmetlerini kullanması yolu ile istemli küretajların büyük ölçüde önlenebileceği düşünülebilir.

Kadınların %70.5'i iki doğum arasında 4 yıl ve daha uzun süre ara vermek istemektedir. Süren (2002)'in çalışmasında, kadınların %98.9'unun iki doğum arasında en az iki yıl ara vermek istediği belirtilmektedir (13). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir. Doğumlar arasında istenilen süre, kadının doğurganlığını planlama ihtiyacını göstermesi nedeni ile, sık gebelikleri ve tekrarlayan küretaja başvurmayı önlemek için, etkin aile planlaması yöntemleri sunulmalıdır.

Kadınların %35.7'si 4 ve üzerinde çocuk istemekte olup, ortalama ideal çocuk sayısı 3.1 ± 7.22 'dir. Literatürde kadınların ideal çocuk sayısı ortalaması 2.8, 2.1, 2.08, 1.96, 2.21, 2.38 arasında değişmektedir (1,13,43,57,99,106). Özçırpıcı ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, Gaziantep ilinde kadınların ve erkeklerin ideal çocuk sayısı ortalamasını 3 olarak belirtmiştir (115). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması 4.1 olup ideal

çocuk sayısına (3.1) göre 1 çocuk fazladır. Bu durum kadınların etkin aile planlaması yöntemlerine olan ihtiyacını göstermesi bakımından önemlidir.

Kadınların %66,7'si tekrar gebe kalırsa yeniden küretaj olmak istemektedir. Eroğlu (1995) çalışmasında kadınların küretaj sonrası tekrar gebe kalırlarsa %94'ünün tekrar küretaj olacağını bildirmiştir (3). Akın (1979) çalışmasında kadınların %76'sının tekrar gebe kalırsa küretaj olmak istediğini belirtmiştir (119). Bu sonuç kadınların düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak gördüklerini düşündürmekte ve aile planlaması konusundaki bilgi eksikliğini de yansıtmaları bakımından, aile planlaması ihtiyacının bir göstergesi olabilir.

Doğurganlığı düzeyini etkileyen en önemli faktörler arasında; kontraseptif kullanımı ve kontraseptif kullanımındaki başarısızlıklar sayılabilir. İstenmeyen gebelikler; yöntem kullanmama ve yöntem başarısızlığı gibi iki önemli nedenle oluşabilir (2,25). TNSA (2003) verilerine göre, yöntem kullanmayan kadınların oranı %29.0 olup, en yüksek yöntem kullanmama hızı %56 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesindedir (12).

Çalışmamızda istemli küretaj olan kadınların %89.5'i bu gebeliğinde yöntem kullanmaktadır. Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı A.B.D. Aile Planlaması ünitesinde yapılan çalışmada evli ve doğurgan çağıdaki kadınların %82.0'sinin yöntem kullandığı, %18.0'inin gebelikten korunmadığı belirlenmiştir (77). Amerika'da kadınların %54'ü küretaj oldukları ayda kontraseptif yöntem kullanmaktadır (9). Yapılan çalışmalarda; Kanber (1997) çalışmasında %92.8'inin; Eroğlu (1995) çalışmasında %78'inin; Akçınar (1992) çalışmasında %67'sinin; Ulufer (1992) çalışmasında %86.67'sinin bu gebelikten korunduğunu belirtmişlerdir (1,3,22,31). Özgür ve arkadaşlarının (2002) çalışmalarında Gaziantep ilinde yöntem kullanma oranı %50.6'dır (120). TNSA 1993 verilerine göre istemli küretaj olan kadınların %34'ünün düşükten önceki ayda korunmamaktadır (2). Çalışma bulgumuz literatürle uyum göstermesine rağmen, TNSA verilerine göre yüksektir, bu durum kadınlarımızın doğurganlıklarını sınırlandırma konusunda motive olduklarını göstermesi açısından sevindiricidir.

Türkiye geleneksel yöntem kullanımının en yüksek olduğu ülkelerden biridir. 41 ülkedeki DHS ve Reproductive Health Survey (RHS) araştırması sonucunda; Fas'ta %4 geleneksel yöntem (%3 takvim yöntemi, %1 geri çekme) kullandığı, Nepal'de geri çekme kullanımı tüm yöntem kullanıcıların %5'ini, Romanya'da tüm yöntem kullanımı içinde %28'ini oluşturmaktadır (121). Araştırmaya katılan

kadınların bu gebelikte %4.8'i hormonal yöntemler ile, %5.2'si rahim içi araç ile, %12.9'u kondom ve %66.7'si geri çekme ile korunurken gebe kaldığını belirlenmiştir. Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %50.0'sinin gebelikten korunmadığı, %16.7'sinin modern, %33.3'ünün geleneksel yöntem ile; Yıldırım ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında %11.9'unun geri çekme ile; Yiğiter ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında %61.0'i hiçbir yöntem kullanmadığı, %23.7'sinin geleneksel yöntem, %15.3'ünün modern yöntem ile; Yüksek ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında %66'sı geri çekme, %10'u takvim yöntemi, %3'ü kondom ile; Yılmaz (2001) çalışmasında %3.7'si hap, %17.7'si kondom, %0.6'sı spermisit, %6.0'sı hazne yıkama, %74.4'ü geri çekme, %4.8'i takvim yöntemi, %3.0'ü emzirme ile; Öner (1999) çalışmasında %67.3'ünün geri çekme ile; %20'si Kanber (1997) çalışmasında %44.2'si geri çekme, %23.4'ü kondom, %13.5'i hap, %5.4'ü RİA ile; Turan (1997) çalışmasında kadınların %6.6'sı kondom, %3.3'ü KOK, %6.6'sı RİA, %80'i geri çekme, %1.7'si takvim yöntemi, %1.7'si vajinal lavaj, %71'i geri çekme ile; Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında %60'ının geri çekme ile; Eroğlu (1995) çalışmasında %94.87'sinin geri çekme ile; Akçınar (1992) çalışmasında %70.1'inin etkisi sınırlı yöntem ile; korunurken gebe kaldığı bildirmişlerdir (1,3,5,6,10,11,18,22,65,116). İsviçre'de küretaj öncesi kadınların %36'sı kondom, %17'si KOK kullandığı bildirilmiştir (93). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre istemli küretaj olan yöntem başarısızlığı oranı kondom %41.9, KOK %34.8, geri çekme %36.2, %32 RİA'dır (4). TNSA (2003) verilerine göre istemli küretaj olan kadınların %6.1'i KOK, %5'i RİA, %0.3'ü enjeksiyon, %0.8'i diyafram, %10.4'ü kondom, %2.3'ü emzirme, %3.5'i takvim, %46.1'i geri çekme, %1.1'i diğer, %24.4'ü yöntem kullanmadığı için gebe kalmıştır. TNSA (2003) verilerine göre hap kullanan kadınların %12.4'ü, RİA kullanan kadınların %4.9'u, diyafram kullanan kadınların %18.7'si, geri çekme kullanan kadınların %35.2'si yöntemi kullanırken gebe kaldığı için yöntemi bırakmıştır(12). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Bizim çalışmamızda geri çekme kullanma oranı bazı çalışmalara göre daha düşük olup, yöntem kullanım oranı daha yüksektir. Bu durum aslında kadınların aile planlamasına istekli olduklarını; ama uygulama ve bilgi konusunda eksikleri olduğunu düşündürebilir.

Çalışmamızda kadınların %66.7'si geri çekme ile korunurken gebe kaldığı belirlenmiştir. 15 gelişmekte olan ülkeyi kapsayan çalışma sonucuna göre; geri çekmenin başarısızlığı %4-37 arasında değiştiği, yöntemin başarısını yaş ve

yöntemle ilgili deneyim süresinin etkilediği belirtilmektedir (77,88). İnce ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında geri çekmeyi bir kez bile kullananların oranını %62.8 olduğunu, geri çekme uygularken gerçekleşen gebelik oranını %28.6 olduğunu bildirmiştir (122). Çalışmamızda çiftlerin %12.9'u kondom, %5.2'si RİA ile korunurken gebe kalmıştır. Brezilya, Endonezya, İtalya, Hollanda ve Portekiz'de kondomları test eden uluslar arası tüketiciler birliği, kondomların yarısının çok kötü, sadece %3'ünün çok iyi olduğunu ve test edilen kondomların 1/3'ü delik olduğu belirtmiştir(37). DSÖ klinik çalışmaları sonucunda TCu380A için gebelik hızları ilk iki yılda 0.3'ten, üçüncü ve beşinci yıllarda 0.1'e gebelik meydana gelmektedir (84). Ülkemizde yapılan çalışmada kondom kullanırken gebelik oranı %9.9, KOK kullanırken gebelik oranı %17.5, RİA kullanırken gebelik oranı %3.6 olarak bildirilmiştir (122).

İstemli küretaj öncesi kadınların %37.8'i yöntemi 1 yıl ve daha az süredir kullandığı, ortalama kullanma süresinin 2.81 ± 2.74 yıl olduğu belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda son kullanılan yöntemin ortalama süresi olarak; Altıntaş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında %32.9'unun 2 yıldan daha az süredir; Mahmoudi (2001) çalışmasında %31'inin 1 yıldan az süredir kullandığı ve ortalama kullanım süresinin 55.47 ay olduğunu; Uyar (1999) çalışmasında 4.29 yıl olarak bildirmiştir (15,95,99). Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

Kadınların istemli küretaj oldukları gebeliklerinde kullandıkları yöntemi, %50.0'si çocuk olmaması için, %20.7'si yönteme ilişkin nedenlerle (güvenilir, kullanımı kolay, uzun süreli, kolay elde etme) tercih etmiştir. Bu durum kadınların yöntemleri seçerken, yöntem hakkında bilgi almadan karar verdiğini düşündürebilir.

Kadınların %94.1'i kullandıkları yöntem eşi ile birlikte karar vermiştir. Vietnam Demografi Sağlık Çalışmasına göre evli kadınların %20'si aile planlamasını eşleri ile hiç konuşmadıkları, %50'sinin bu konuyu konuştuğu belirlenmiştir (123). Yılmaz (2001) çalışmasında, kadınların küretaj öncesi kullandıkları yönteme %38.4'ünün eşi ile birlikte karar verdiğini bildirmiştir (5). Bu oranı Mahmoudi (2001) çalışmasında %87 olarak saptamıştır (99). Bizim çalışmamızda ise, eşlerin bu konuda ortak karar verme oranı daha yüksek olup, bu bulgu erkeklerin eşleri ile doğurganlığın düzenlenmesine yönelik paylaşımlarının olduğunu düşündürebilir.

Bu gebeliğinde yöntem kullanan kadınların %47.9'u gebe kalma nedenini bilmediği, %41.0'i yöntemi yanlış kullandığı için gebe kaldığı belirlenmiştir. Farklı çalışmalarda kadınların yöntem kullanırken gebe kalma nedenlerine bakıldığında;

Yılmaz (2001) %36.0'sı nedenini bilmediği, %35.4'ü yöntemi yanlış kullandığı, %14'ü yöntemi güvenilir bulmama, %10.4'ü dikkatsizlik, %4.3'ü kaza ile; Turan (1997) %9.9'u yöntemi yanlış kullandığı için gebe kaldığı belirtilmektedir (5,6). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir.

Kadınların %80.6'sı gebelik, emzirlilik, menapoz, kısırlık gibi nedenlerle gebelikten korunmamaktadır (77). Çalışmamızda küretaj öncesi yöntem kullanmayan kadınların %95.5'i gebe kalmayacağını düşündüğü için, %4.5'i emzirdiği için gebelikten korunmamıştır. Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların %8.6'sının, Süren (2002) çalışmasında kadınların %11.4'ünün, Turan (1997) çalışmasında kadınların %21.4'ünün emzirdiği için yöntem kullanmadığını bildirmişlerdir (6,13,98). Çalışmamızda gebe kalmayacağını düşünme davranışı kadınların, yanlış inanışlar ve etkileşim sonucu olabilir. Emzirdiği için korunmayan kadınların LAM tam bilmediklerinden bu sonuca neden oldukları düşünülebilir.

İstemli küretaj olan kadınların %100.0'ü istemli küretaj sonrası gebelikten korunmak istediklerini belirtmişlerdir. Farklı çalışmalarda kadınların %80 ile %100 arasında istemli küretaj sonrası gebelikten korunmak istediği bildirilmiştir (3,5,11,22,91,116,117). Çalışma bulgumuz literatür ile uygunluk göstermektedir. Bu durum istemli küretaj sonrası kadınların aile planlamasına olan ihtiyacının ve isteğinin bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların istemli küretaj sonrası %14.8'i hormonal kontrasepsiyon, %29.5'i RİA, %3.8'i kondom, %3.8'i geri çekme, %30.5'i cerrahi sterilizasyon ile gebelikten korunmak istedikleri belirlenmiştir. Yılmaz (2001) çalışmasında %60'ı RİA, %19.4'ü tüp ligasyonu, %3.89'u enjeksiyon, %3.9'u kondom, %2.2'si vazektomi ile; Yüksel ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında %44'ü RİA, %20'si KOK, %8'i kondom, %8'i tüp ligasyonu ile; Mahmoudi (2001) çalışmasında %57'si RİA, %10.5'i KOK, %2'si kondom, %29.5'i 3 aylık iğne ve tüpligasyonu ile; Turan (1997) çalışmasında, kadınların %54.0'ü RİA'yı, %6.9'u geri çekme, %5.2'si tüp ligasyonu ile; Eroğlu (1995) çalışmasında %80'i RİA, %15'i KOK, %7.5'i kondom, %25'i tüp ligasyonu, %10'u geri çekme ile; Akçınar (1992) çalışmasında %74.46'sı RİA'yı, %8.51'i tüp ligasyonu, %17.02'si diğer yöntemleri; ile gebelikten korunmak istediklerini belirtmişlerdir (3,5,6,22,99,116). Kadınlar istemli küretaj sonrası büyük oranda modern yöntem ile korunmak istemektedirler. Özellikle %29.5 ile RİA, %30.5'i gönüllü cerrahi sterilizasyon istemektedir. Bu

durumun kadınların uzun süreli ve etkili yöntemle olan ihtiyacını göstermesi bakımından önemli olduğu düşünülebilir.

Aile planlaması uygulamalarına erkeklerin katkı ve katılımlarının sağlanması, yöntemin daha uzun süre ve daha uyumlu kullanmayı sağlaması bakımından önemlidir. Kadınların küretaj sonu kullanmak istedikleri yöntemle %96.7'si eşi ile birlikte karar vermek istemektedir. Süren (2002) çalışmasında %56.9'unun eşi ile birlikte; Yılmaz (2001) çalışmasında %52.5'inin kendisinin kullanacağı yöntemle karar verdiğini belirtmiştir (5,13). Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Kadınların %71.4'ü sağlık personelinden aile planlaması hakkında bilgi almak istemektedir. Uyar (1999) çalışmasında kadınların %74.2'sinin sağlık personelinden bilgi almak istediğini belirtmiştir (15). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile uyumludur. Bu sonuç gebeliği önleyici yöntemler konusunda doğru ve yeni bilgilere olan ihtiyacı göstermesi bakımından önemlidir.

Kadınların %48.6'sı cerrahi sterilizasyonu en etkili yöntem olarak görmektedir. Mahmoudi (2001) çalışmasında %47.5'i tüp ligasyonunu; Uyar (1999) çalışmasında kadınların %56.7 ile RİA'yı en etkili yöntem olarak belirtmiştir (15,99). Bulgumuz literatür ile uyumludur. Kadınların eşlerinin istediği yöntemlerin dağılımına bakıldığında; %24.8'i rahim içi araç, %7.6'sı hormonal yöntem, %22.6'sı cerrahi sterilizasyon, %3.8'i kondom, %4.3'ü etkisi sınırlı yöntem, %36.7'si diğer (farketmez, iç yıkama, kadın korunsun istiyor) olarak belirtmişlerdir. Bu durum erkeklerin gebelikten korunma rolünü kadına yüklediğini düşündürülebilir. Ancak ülkemizde halen yöntem kullananların %26.4'ü geri çekme, %10.8'i kondom gibi çiftlerin karşılıklı uyumunu gerektiren yöntemle korunması dikkat çekicidir (12).

İstemi küretaj sonrası kadınların %80.2'si (%11.3 kondom, %31 RİA, %21.2 KOK, %10.8 enjekte edilen kontraseptifler, %5.9 tüp ligasyonu) etkili bir yöntemle, %19.7'si geri çekme ile gebelikten korunmaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların küretaj sonrası; Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, %16.7 RİA, %6.5 kondom, %30.9 enjekte edilen kontraseptifler, %4.8 KOK ile; Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, GAP Bölgesindeki kadınların %22 RİA, %11 kondom, %7 KOK, %2 tüp ligasyonu, %20 geri çekme, %3 diğer etkin olmayan yöntemler ile; Yiğiter ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, %22'sinin modern yöntem, %25.5'inin geleneksel yöntemle; Yılmaz (2001) çalışmasında %8.9 KOK, %2.4 enjeksiyon, %26.6 RİA, %11.2 kondom, %0.6 spermisit, %0.6 hazne yıkama, %40.8 geri çekme, %3.0 tüp ligasyonu, %5.9 vazektomi ile; Turan (1997)

çalışmasında, %10.0 kondom, %5.0'i diyafram, %3.3'ü KOK, %16.7 enjekte edilen kontraseptifler, %10.0 norplant, %46.7 RİA, %3.3 tüp ligasyonu, %3.3 vazektomi ile; Eroğlu (1995) çalışmasında %64 RİA, %10 KOK, %16 kondom, %10 geri çekme ile gebelikten korunduğunu bildirmişlerdir (3,5,6,11,18,114). Bazı çalışmalarda küretaj olan kadınların %8'inin hiçbir kontraseptif yöntem kullanmadığı belirtilmektedir (9). TNSA (2003) verilerine göre istemli küretajdan sonra kadınların %1.5'ü tüp ligasyonu, %0.2'si vazektomiyi, %10.3'ü KOK, %15.9'u RİA'yı, %1.6'sı enjeksiyonları, %1.0'i diyaframı, %9.4'ü kondomu, %1.3'ü takvim yöntemi, %26.4'ü geri çekmeyi, %0.7'si diğer, %30.7'si yöntem kullanmadığı belirtilmektedir (12). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre istemli küretaj yapan kadınların %35'i istemli küretajdan hemen bir ay sonra modern bir yöntem ile, %31'i geleneksel yöntem ile korunmaya başlamakta, %33'ü gebelikten korunmamakta, %1'i ise tekrar gebe kalmaktadır (4). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda istemli küretaj öncesi %25.5'i modern, %74.5'i geleneksel yöntem ile korunurken; küretaj sonrası %80.3'ü modern, %19.7'si geleneksel yöntem ile korunmaktadır. Bu durum küretaj sonrası kadınlarımızın etkili bir yöntemle korunmaya motivasyonun göstergesi olarak düşünülebilir.

İstemli küretaj sonrası kadınların %58.1'i yöntemle ait nedenlerle bu yöntemi kullanmaya karar vermiştir. Uyar (1999) çalışmasında kadınların aile planlaması seçiminde %47.2'si etkili ve güvenilir, %14.2'si kullanımı kolay olmasının etkili olduğunu bildirmiştir (15). Küretaj öncesi yöntem seçim davranışı ile küretaj sonrası arasındaki bu fark kadınlara verilen danışmanlık hizmetinin bir sonucu olduğunun göstergesi olabilir.

Birinci trimester abortuslarından sonra herhangi bir sorun yoksa uygun danışmanlık hizmeti verildikten sonra tüm kontraseptif yöntemler uygulanabilir. İstemli düşük olmak için gelen kadınlar ve eşleri için etkili kontraseptif yöntemlerin sunulmasında en uygun zaman olup, yöntemle özel başka bir sakınca yoksa kontraseptif uygulamasına, kullanmasına, başlanmasına engel teşkil etmez (8,50). Çalışmamızda kadınların %23.6'sı 1. gün, %31.5'i 11-20 gün, %44.9'u ise daha sonraki günlerde yöntem kullanmaya başlamıştır. Literatürde gebelik sonlandırmak için başvuran kadınlarda yöntem kullanmaya karar verenlerin oranı %88, yöntem olarak ayrılanların oranı ise %66'dır (46). Saka ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %41.1'ine küretaj sonrası yöntem uygulanmadan klinikten ayrıldığı belirlenmiştir (11). Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında istemli

küretaj sonrası aile planlaması yöntemi uygulanmayanların oranı %10.2'dir (91). Sağlık Bakanlığı'nın 7 ilde yürüttüğü çalışmaya göre aile planlaması hizmeti alanların %47'sine bireysel danışmanlık verilmediği belirtilmektedir (46). Günümüzde aile planlamasında kaçırılmış fırsatlar düşüncesi küretaj sonrası aile planlaması hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Çalışmamızda küretaj sonrası %76.5'ünün yöntem almadan klinikten ayrılmaktadır. Bu durum küretaj sonrası karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının bir göstergesi olabilir.

Küretaj sonrası kadınların %89.2'si kullandığı yöntemden memnundur. Yılmaz (2001) çalışmasında küretaj sonrası kadınların %71.6'sının kullandığı yöntemden şikayetçi olmadığını belirtmiştir (5). İstemli küretaj sonrası kullandığı yöntemden memnun olmayan kadınların %90.9'u yöntemi değiştirmek istemekte, kadınların %35.0'i gebelik olasılığının yüksek olması, %30.0'u yönteme ait olmayan sorunlar nedeni ile kullandığı yöntemi değiştirmek istemektedir. Yöntemi değiştirmek isteyen kadınların %45.0'i cerrahi sterilizasyon yaptırmak istemektedir. Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların %52.6'sının yöntemi değiştirmek istediğini, yöntemi değiştirmek isteme nedeni olarak %65.4'ü gebelik olasılığının yüksek olması, kullanmak istedikleri yöntem olarak %63.0'ü RİA'yı belirtmişlerdir (5).

İstemli küretaj sonrası %3.3'ü yöntem kullanmamakta, bu kadınların; %71.4'ü sağlık nedenleri, %28.6'sı (2 kişi) tekrar gebe kaldığı için yöntem kullanmamaktadır. TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre küretaj sonrası kadınların %1'i tekrar gebe kalmaktadır (4). İlerde gebelikten korunmak isteyen kadınların %20'si kondomla, %40'ı rahim içi araçla, %40.0'ı gönüllü cerrahi sterilizasyonla gebelikten korunmak istemektedir. Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların yöntem kullanmayan kadınların (%8.2); %26.7'si menapoza girdiğini düşündüğü, %26.7'si ulaşım/elde etme güçlüğü, %20'si daha sonra başlamayı istediği, %20'si nadiren cinsel ilişkide bulunma, %6.7'si sağlık sorunları ile yöntem kullanmadığı belirtilmiş, kadınlar daha sonrası için %54.5'i RİA ile korunmak isteğini bildirmiştir (5). Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, GAP Bölgesindeki kadınların %32.29'unun korunmadığı belirtilmektedir (114). Bizim çalışmamızda istemli küretaj sonrası korunmama oranı daha düşük olup, kadınların sadece %0.5'i tekrar gebe kalmıştır. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda kadınların hemen hepsi bir aile planlaması yöntemini bilmektedir. Yapılan çalışmalar da kadınların hemen hepsinin en az bir aile planlaması yöntemini bildiği bildirilmektedir (1,5,6,13).

Çalışmamızda kadınların %99.5'i RİA, %99.0'u KOK, %98.1'i tüp ligasyonu, %98.1'i geri çekmeyi, %96.7'si kondomu, %91.4'ü aylık iğneleri, %81.4'ü iç yıkamayı, %79.5'i 3 aylık iğneleri, %41.9'u spermisitleri, %31.4'ü emzirmeyi, %31.0'i vazektomi, %22.9'u takvim yöntemini, %6.7'si deri altı implant ve ertesi gün hapını bilmektedir. Altıntaş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların duydukları yöntemlere bakıldığında KOK %97.8, kondom %95.2, RİA %95.2 ile ilk üç sırayı almıştır (95). Güngör ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında kadınların %58'i KOK, %65'i RİA, %47'si kondom, %28.5'i spermisit, %32.5'i vajinal yıkamayı, %37'si takvim yöntemini duymuştur (103). Şen ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kadınların en çok bildikleri yöntem RİA, KOK, geri çekme ve kondomu bilmektedirler (57). Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların %99.5'inin KOK, %90.2'sinin enjeksiyon, %50.2'si norplant, %100.0'ü RİA, %98.4'ü kondom, %49.5'i spermisit, %51.1'i hazne yıkama, %98.4'ü geri çekme, %44.6'sı takvim yöntemi, %96.7'si tüp ligasyonu, %80.4'ü vazektomi, bildiğini bildirmiştir (5). Süren (2002) çalışmasında, en fazla RİA ve hap bilindiği saptanmıştır (13). Turan (1997) çalışmasında en fazla bilinen yöntemin RİA, kondom, KOK, geri çekme ve tüp ligasyonu olduğu, enjekte edilen kontraseptifler, norplant, takvim yönteminin daha az bilindiği saptanmıştır (6). Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında kadınların %94.33'ü KOK, %97.33'ü RİA'yı, %59.99'u spermisitleri, %43'ü takvim yöntemini, %81.67'si geri çekmeyi, %73.33'ü vajinal lavajı bildiğini belirtmiştir (10). TNSA (2003) verilerine göre kadınların %98'i RİA, %90'ı kondom, %90 tüp ligasyonu, %82.5'i enjeksiyonu, %14'ü kadın kondomunu, %16'sı acil korunma hapını, %43.3'ü implantı, %40.2'si vazektomi, %45.7'si diyaframı, %49.7'si takvim yönteminin, %93.9'u geri çekmeyi, %84.3'ü emzirmeyi, %8.1'i diğer geleneksel yöntemleri bilmektedir (12). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda; %46.2'sinin kombine oral kontraseptifleri daha önce kullandığını, %8.6'sının aylık enjekte edilen kontraseptifleri geçmişte kullandığını, %11.0'inin 3 aylık iğneleri daha önce kullandığını, %56.7'sinin rahim içi aracı daha önce kullandığını, %63.8'inin kondomu geçmişte kullandığını, %11.0'i spermisitleri daha önce kullandığını, %68.1'inin iç yıkamayı daha önce kullandığını, %80.0'inin geri çekmeyi geçmişte kullandığını, %1.9'unun takvim yöntemini daha önce kullandığını belirlenmiştir. Yılmaz (2001) çalışmasında %45.1'inin kombine oral kontraseptifleri, %11.4'ünün enjeksiyonları, %63'ünün rahim içi aracı, %61.4'ünün

kondomu, %7.1'inin spermisitleri, %36.4'ünün iç yıkamay, %84.2'sinin geri çekmeyi, %14.1'inin takvim yönteminin kullandığı belirlenmiştir (5). TNSA (2003) verilerine göre, kadınların %35'i hap, %5.2'sinin enjeksiyonları, %43'ünün rahim içi aracı, %37.8'inin kondomu, %63'ünün geri çekmeyi, %9'unu takvim yöntemini ile daha önce gebelikten korunduğu bildirilmektedir (12). Çalışmamızda kadınların geçmişte bir kez etkili yöntem ile korunma deneyimi olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadınlarımızın bir çoğu kontraseptif yöntem kullanmaya ancak istedikleri çocuk sayısına ulaştıktan sonra başvurmaktadır. Çalışmamızda %94.8'i evlenir evlenmez, %49'u ilk çocuktan sonra gebelikten korunmadığı, daha önce küretaj olan kadınların %88.8'inin küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. TNSA (2003) göre evlenmiş kadınların %24'ü gebelikten korunmaya çocuğu olmadan başlamış, %48'i ise bir çocuğu olduktan sonra başlamıştır (12). Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların %94.0'ünün evlenir evlenmez korunmadığı, Süren (2002) çalışmasında kadınların %53.8'inin ilk çocuktan sonra korunmaya başladığı belirtmişlerdir (5,13). Yılmaz (2001) çalışmasında daha önce istemli küretaj olan kadınların %88.6'sının küretaj sonrası korunduğunu belirlemiştir (5). Bu durum geleneksel toplumlarda evlilikte öncelikle kadının doğurganlığını ispatlamak durumunda olduğunu ve doğum yapmadan yöntem kullanılmaz yönündeki inanışların bir göstergesi olarak düşünülebilir.

Kadınların %50.0'si sağlık kuruluşundan, %31.0'i yakın çevresinden, %10.0'u basın yayın araçlarından, %9.0'u diğer (eczane, okul) yerlerden aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi edindiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda aile planlaması yöntemlerine ilişkin; %41-%83.3 oranları arasında sağlık personeli, %25.5-%37 oranları arasında yakın çevre, %13.7-%33.7 oranları arasında basın yayın araçları bilgi kaynağı olarak bildirilmiştir (1,10,13,15,57,71,91,95). Özgür ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında Gaziantep ilindeki kadınların %47.1'i sağlık personelinin, %35.5'i akraba ve arkadaşlarından, %16.6'sı eşinde, %1.4'ü medyadan yöntemleri öğrenmiştir (120). TNSA (2003) verilerine göre modern aile planlaması yöntemlerinin temin edildiği kaynaklar olarak %57 ile kamu sağlık kuruluşları gelmekte, %25'i eczane, %9'u özel doktor, %6'sı diğer özel yerlerden yöntemi sağlamaktadır (12). Bulgumuz literatür ile uyumludur. Aile planlaması ile ilgili bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin ilk sırayı almasına rağmen henüz istenilen düzeye gelinmemiştir. Bu durum iyileştirmek sağlık personelinin

danışmanlık konusuna daha fazla eğilmesi, kendini günün gerekleri ve halkın ihtiyacına yönelmesi ile sağlanabilir. Kadınların yakın çevreden bilgi almak istemesi özel konularını daha rahat ve güvenebileceği biriyle paylaşma ihtiyacından kaynaklanabilir.

Kadınların %67.6'sı aile planlamasının günah olmadığını; %39.7'si RİA, %10.3'ü cerrahi sterilizasyonun, %22.1'i küretajın, %27.9 diğer (hepsi, eşi istemezse) yöntemleri günah olarak belirtmişlerdir. Güngör ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında kadınların %26.5'i istemli küretajı bir aile planlaması yöntemi olarak görmektedir (91). Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların %82.1'inin yöntem kullanmayı günah olarak görmediği, günah olarak görülen yöntemlerin; %61.9'u RİA, %42.9'u tüp ligasyonu, %23.8'i vazektomi, %4.8'i kondom, %9.5'i bütün yöntemlerin günah olduğunu belirtmektedir (5). Kanber (1997) çalışmasında kadınların çoğunun küretajı kontraseptif bir yöntem olarak görmedikleri belirlenmiştir (1). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. İlginç bir sonuç olarak %39.7 ile en fazla günah olarak görülen RİA istemli küretaj sonrası kadınların %31 tarafından en fazla kullanılan yöntemdir. Bu durum kadınların artık doğurmama konusuna ne derece istekli olduğunu göstermesi bakımından önemli olduğu gibi, etkili ve iyi bir yöntem sunumu ile kadınların yanlış inanışlarını düzelebileceğinin göstergesi olabilir.

Kadının yaşının artışı ile birlikte istemli küretaj olaylarının da artacağı bir gerçektir (43). Kadının yaşına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklı çalışmalarda kadınların yaşlarına göre istemli küretaj olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, ileri yaştaki kadınların daha çok küretaj olduğu belirtilmiştir (1,7,18,24,31,106,119). TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; kadının yaşı ile istemli küretaj yapma davranışı arasında çok yakın bir ilişki izlenmekte; 15-19 yaşta istemli küretaj hızı %6, 20-24 yaşta %7, 25-29 yaşta %19.8, 30-34 yaşta %26.6, 35-39 yaşta %37.3, 40-44 yaşta %37.8, 45-49 yaşta %42.5'e yükselmekte ve kadının yaşının artması ile birlikte istemli küretaj yapma olasılığı da artmaktadır (4). İstemli küretaja doğurganlığını tamamlamış ve artık daha fazla çocuk istemeyen kadınların başvurduğu bir gerçektir. Çalışmamızda da 20-29 yaş grubundaki kadınların %75.4'ü ilk, 40 ve üzeri yaş grubundakilerin %47.6'sının iki ve daha fazla sayıda küretajı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç yaş ilerledikçe doğurganlık özelliklerinin azaldığını

düşünerek etkili yöntem kullanmadıkları ve istenmeyen gebelik oluştuğunda, bu gebeliklerini küretajla sonlandırdıklarını düşündürebilir.

Kadınların evlilik sürelerine göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.005$). Kanber (1997) çalışmasında ve Demir ve arkadaşları (1995) çalışmasında evlilik süresi ve küretaj arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemsiz bulunmuşlardır (1,10). Ulufer (1992) çalışmasında istemli küretaj ile evlilik süresi arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (31). TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; erken evlilik yapmış kadınların 2 veya daha fazla istemli küretaj yapma hızının daha yüksek olduğu gözlenmektedir. İlk evlilik yaşının istemli küretaj hızlarını hafifçe etkilediği, ilk evlilik yaşının artışı ile birlikte istemli küretaj hızlarının da hafifçe azaldığı gözlenmektedir (4). Bu sonuçlar çalışma bulgumuz ile uyumludur. Evlilik süresinin artışı, gebelik sayılarını ve istenmeyen gebelik görülme riskini artırabilir. Bu gebeliği sonlandırmak isteyen kadınların küretaja başvurduğunu düşündürebilir.

Kadınların eğitim durumu doğurganlığını belirleyen en önemli faktörlerden biridir (5). Kadınların eğitim durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Farklı çalışmalarda kadının eğitimi durumu ile istemli küretaj arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (7,10,22). Şenol ve arkadaşlarının (2002), Polat ve arkadaşlarının (2000), Ulufer (1992) çalışmasında, eğitimsiz kadınların daha çok küretaja başvurduğu, eğitim durumu ile istemli küretaja olma arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir (10,24,31). Çalışmamızda ilköğretim düzeyinde eğitimi olan kadınların %68'inin ilk, eğitimi olmayan kadınların %45.1'inin 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; kadının eğitim düzeyinin artması, aile planlaması yöntem kullanımının da artmasına ve düşük yapma gereksiniminin azalmasına yol açmaktadır (4). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadının toplumda statü kazanmasında para getiren bir işte çalışma durumu önemlidir (5,17,25). Kadınların mesleğine göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Demir ve arkadaşlarının (1995) çalışmasında, Ulufer (1992) çalışmasında; çalışma durumu ve düşük arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (10,31). Çalışmamızda ev hanımı olanların %62.4'ünün, çalışan kadınların %59.4'ünün ilk küretajı olması çalışma durumunun küretajı değil, yöntem kullanımını daha fazla etkilediğini düşündürebilir.

Gelirin gideri karşılama durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kanber (1997) çalışmasında iyi gelirli aileler ve dar gelirli aileler çocuk sayısına bakılmaksızın orta gelirli ailelere göre daha az küretaj yaptırmıştır (1). Çalışmamızda gelirin gideri karşılama durumuna göre istemli küretaj oranları birbirine yakındır. Bu durum çalışmamızdaki kadınların daha çok ekonomik açıdan yetersiz kadınlardan oluşması ile açıklanabilir.

Sosyal güvence bulunma durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Şankazan ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında sosyal güvence durumu ile düşük yapma arasında ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (104). Çalışmamızın kamu hastanesinde yapılması ve kadınların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin bulunması bu sonuca neden olabilir.

Literatürde geleneksel aile yapısı, kadını doğurganlığı üzerinde daha edilgen yaptığı belirtilmektedir (25). Aile tipine göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Şenol ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, Ulufer (1992) çalışmasında aile tipi ile istemli küretaj arasında ilişki bulunmamaktadır (18,31). Çekirdek aile yapısında olanların %62.4'ünün, geniş aile yapısında olanların %60.0'nin ilk küretajı olması, aile yapısının daha çok yöntem kullanımında etkili olduğunu düşündürebilir. Çalışma bulgumuz literatürle uyumludur.

Günümüzde sigara içme oranı erkeklerde azalma eğilimine girmesine rağmen kadınlarda gittikçe artmaktadır (110). Gebelikte sigara kullanımının fetuste teratojenik etkisi olduğu bilinmektedir. Sigara kullanma durumuna göre istemli küretaj olma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Mevcut hastalık varlığına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalığı olmayan kadınların %64.1'inin ilk, hastalığı olanların %47.5'inin iki ve üzerinde küretajı olduğu belirlenmiştir. Sürekli hastalığı olan kadınların, genel sağlıklarının kötü olması, ileri yaşta olma ve gebelikte ilaç kullanma gibi risklere daha fazla maruz kalmaları nedeni ile istemli küretaja daha çok başvurdukları düşünülebilir.

Sürekli ilaç kullanma durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Sürekli ilaç kullanmayan kadınların %63.0'ünün ilk küretajı iken, sürekli ilaç kullanan kadınların %44.8'inin iki ve üzerinde küretajı bulunmaktadır. Bu sonuç sürekli ilaç kullananlar; ilacın

bebeğe olumsuz etkisi olasılığına karşı, küretaja daha çok başvurduklarını düşündürebilir.

Akraba evliliği yapma durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Akraba evliliği yapmayanların %64.7'sinin ilk, yapanların %45.0'inin iki ve üzerinde küretajı olduğu görülmektedir. Bu sonuç bize akraba evliliği yapan kadınların özürlü çocuk ihtimaline karşı küretajı seçtiklerini düşündürebilir.

Kadınların doğdukları yere göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kadının doğduğu yerin, daha sonraki doğurganlık davranışını etkilediği bilinmektedir. Bu durum daha az yöntem kullanma, daha çok doğum yapma şeklinde kendini göstermektedir (105). Araştırmamızda da ilçe merkezinde doğan kadınların %65'inin iki ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiş, köy ve il merkezinde böyle bir durum belirlenmemiştir. Bu durum kadınların doğduğu yerin, kadının yaşamına olan etkisinin kalktığına göstergesi olabilir.

En uzun süre yaşanan yere göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kanber (1997) çalışmasında yaşadığı yer ile küretaj sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (1). Bozkurt ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, yaşadığı yer ile istemli düşük yapma arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemli bulmuşlardır (114). Akın (1979) çalışmasında kasaba da oturanlarda düşük hızını en yüksek bulmuştur (119). TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; kentsel alanda %30 olan istemli küretaj hızı, kırsal alanda %20'ye düşmektedir (4). Kadının yaşadığı yerin istemli küretaj davranışı üzerinde, köyde yaşayanların iki ve üzerinde istemli küretaja daha çok başvurduğu belirlenmiştir. Bu durum kırsalda yaşayan kadınların aile planlaması yöntemlerine ulaşmada sorun yaşadığı, istenmeyen gebelik oluştuğunda küretaja başvurduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Ailede yaşayan kişi sayısına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Ailede yaşayan kişi sayısı 4'ten az olanların %69.4'ünün ilk küretajı olduğu, 8 ve üzerinde olanlarda %46.6'sının iki ve üzerinde küretajı olduğu görülmektedir. Ailede yaşayan kişi sayısı kadının doğurganlığını yansıtmaması nedeni ile, kalabalık aileye sahip kadınların daha çok küretaj olduğu düşündürebilir.

Kadınların eşlerinin yaşlarına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Çalışmamızda 24-34 yaş grubundaki eşlerin %79.1'inin ilk, 45 yaş ve üzerindeki eşlerin %50.0'sinin iki ve üzerinde küretajı bulunmaktadır. Kadının yaşının artması ile birlikte çocuk sayısının artması erkekte de görülen bir durumdur. Bu durum erkeğin yaşı ilerledikçe, yeterli çocuk sayısına ulaşıldığını ve artık başka çocuk istememe davranışının yerleşmesinin bir sonucu olabilir.

Çalışmamızda eşlerinin eğitim durumlarına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Farklı çalışmalarda eşin eğitim durumu ile istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (7,31). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Bu sonuç çalışma bulgumuz ile uyumludur. TNSA (1998) İleri Analiz sonuçlarına göre; kocanın eğitim düzeyi arttıkça, kadınların istemli küretaj olma hızlarında belirgin bir biçimde arttığı (eğitimi az %21, lise ve üzeri %30) izlenmektedir (4). Farklı bir sonuç olarak çalışmamızda; eğitimi olmayan erkeklerin eşlerinin %45.5'i iki ve üzerinde küretajı olduğu, ortaokul ve üzerinde erkeklerin eşlerinin %31.9'unun iki ve üzerinde küretajı olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda eğitilmiş eşlere sahip kadınların daha az istemli küretaja başvurması, bu grubun gebelikten daha etkin bir şekilde korunduğunu gösterebilir.

Kadınların eşlerinin mesleğine göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Ulufer (1992) çalışmasında eşin mesleğine göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır (31). Kanber (1997) çalışmasında küretaj en fazla eşi işçi olan veya eşinin herhangi bir işi olmayan kadınlarca yaptırılmakta, en az küretaj çiftçilerde görülmektedir (1). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Farklı bir sonuç olarak çalışmamızda; aylık düzenli geliri olan işçi, memur ve emeklilerin %40.3'ü iki ve üzerinde , işsiz eşleri olan kadınların %69.2'si ilk küretajı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların ilk gebe kalma yaşına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Akın (1979) çalışmasında erken evlenenlerde düşük oranının daha yüksek olduğunu, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemiştir (119). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre kadının gebelik sırasındaki yaşının her bir yıl artışı istemli küretaj riskini 1.1. kat arttırmaktadır (4). İlk gebelik yaşının küçülmesi, aile büyüklerinin deneyimlerinde yararlanma oranını arttırırken, bireylerin aile planlaması konusundaki gelişmelerden

ve mevcut imkanlardan yararlanma oranlarını azaltabilir (6). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadınların geçirmiş oldukları gebelik sayılarına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre kadının bu gebelikten önceki doğurganlık özelliklerinin istemli küretaj davranışı üzerinde çok önemli etkileri olduğu görülmekte, önceki gebeliklerin sayısındaki her artış istemli küretaj riskini de 1.1 kat arttırdığı, bir gebeliği olan kadınlarda istemli küretaj olma oranı %2 iken, 5 ve üzeri gebeliği olan kadınlarda %52'ye çıktığı bildirilmektedir (4). Kanber (1997) çalışması ve Ulufer (1992) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça küretaj sıklığını etkilediği ve gebelik sayısı ile küretaj sayısı arasında ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (1,31). Gözükara ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında ise gebelik sayılarına göre istemli düşük yapma durumlarının istatistiksel olarak anlamlı değildir (7). Çalışmamızda 1-3 gebelik geçiren kadınların %92.9'unun ilk küretajı, 7 ve üzeri gebelik geçirmiş kadınların %60.7'sinin iki ve üzerinde küretajı olduğu belirlenmiştir. Bulgumuz literatür ile uyum göstermekte olup, gebelik sayısı arttıkça planlanmayan gebelik görülme riskinin artacağı ve kadınların tekrarlayan küretaja başvurma davranışının görülebileceğini gösterebilir.

Kadınların yaşayan çocuk sayısına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kanber (1997) çalışmasında yaşayan çocuk sayısının arttıkça istemli küretajın arttığı, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (1). Yapılan çalışmalarda yaşayan çocuk sayısına göre istemli küretaj sıklığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş, yaşayan çocuk sayısının artışı istenmeyen gebeliklerin artışına ve bunun sonucu olarak istemli küretajların artacağı belirtilmektedir (6,7,18,31,119). Çalışmamızda 1-3 yaşayan çocuğu olan kadınların %69.0'unun ilk, 7 ve üzerinde canlı doğumu olan kadınların %52.6'sının 2 ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Bu durum yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların doğurganlık hedeflerine ulaştığını ve istenmeyen bir gebelikle karşılaştıklarında küretaja başvurduğunu ve aile planlamasının ihtiyacını göstermesi bakımından önemlidir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadınların ölü doğum yapma durumlarına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; ölü doğum deneyiminin olması istemli küretaj riskini

2.5 kat azaltmakta, ölü doğum öyküsü olan kadınlarda istemli küretaj hızı (%28.9), ölü doğum öyküsü olmayan kadınlarda hafifçe daha yüksek olduğu (%30.1) görülmektedir (4). Bizim çalışmamızda ölü doğum deneyimi olan kadınların %60'ının iki ve üzerinde istemli küretajı bulunması ilgi çekicidir.

Canlı doğup ölen çocuk varlığına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). En az bir çocuğunu kaybetmiş çiftlerin, hiç çocuğunu kaybetmemiş çiftlere göre, daha çok çocuk istedikleri ve kontraseptif yöntemleri daha az kullanma eğiliminde oldukları görülmektedir. Hindistan'da Lucknow şehrinde ölen çocuğu olan çiftlerin, hiç çocuğunu kaybetmemiş ailelere oranla daha çok çocuk istediği belirtilmektedir (37). Bu durum ölen çocuğun olan ailelerin gebeliklerini daha çok doğumla sonlandırma eğiliminde olduğunu düşündürülebilir. Çalışmamızda farklı bir sonuç olarak, ölen çocuğu olanların %51.1'inin iki ve üzerinde, ölen çocuğu olmayan ailelerin %34.4'ünün iki ve üzerinde istemli küretajı olduğu belirlenmiştir. Bu durum ölen çocuğu olan ailelerin sık ve çok sayıda gebelik geçirdiğini düşündürülebilir.

Kendiliğinden düşük yapma durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). TNSA (1998) İleri Analiz Sonuçlarına göre; kendiliğinden düşüğü olan kadınlarda istemli küretaj hızı %34 iken, hiç düşük yapmamış kadınlarda bu değer %28'e düşmektedir. Kadının daha önce düşük deneyimi olması istemli küretaj riskini azaltmaktadır (4). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Önceki gebeliğin sonlanma şekline göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$). Çalışmamızda önceki gebeliği düşük ve küretaj ile sonlananların %81.4'ünün iki ve üzerinden küretajı vardır. TNSA 1998 ileri analiz sonuçlarına göre önceden istemli küretaj deneyimi olan kadınların daha çok istemli küretaja başvurduğu belirtilmektedir (4). Bu durum çalışmamızdaki kadınların çocuk istemediğinin bir göstergesi olup, tekrarlayan küretajlar şeklinde kendini göstermektedir.

Kadınların sahip olmak istedikleri çocuk sayısına göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kanber (1997) çalışmasında ideal çocuk sayısı arttıkça yapılan küretaj sayıları da artmakta olup, ideal çocuk sayısı ile küretaj sıklığı arasında anlamlı istatistiksel ilişki olduğunu, önemli olanın ideal sayıda erkek çocuk sahibi olmak olduğunu bildirmiştir (1). Şankazan ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında istenilen çocuk sayısı ile istemli

düşük arasında istatistiksel ilişki saptanmıştır (104). Çalışmamızda ideal çocuk sayısını 4 ve üzerinde belirten kadınların %48'inin iki ve üzerinde istemli küretaja bulunmaktadır. Bu durum kadınlarımızın ideal çocuk sayısına ulaştıktan sonra istemli küretaja başvurduğunun göstergesi olabileceği gibi aile planlaması yöntemlerinin yeterince uygulamamanın bir sonucu da olabilir. Bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kadının ilerde çocuk isteme durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eşin ilerde çocuk isteme durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Doğumlar arasında istenilen süreye göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eşlerin çocuk isteme durumu ve doğumlar arasında istenilen süre, kadınların doğurganlığı sınırlandırma isteğinin göstergesi olup, eşlerin aile planlaması ihtiyacını belirlemede bir gösterge olması bakımından önemlidir.

Çocuklarda cinsiyet tercihi doğurganlığı ve yöntem kullanımını belirleyen bir faktördür (25). Literatürde Çin, Hindistan ve Güney Kore gibi ülkelerde prenatal tanı testleri ile çocuğun cinsiyetinin belirlenmesi ile, kız çocuk bekleyen anneler istemli küretaja yöneldiği belirtilmekte, bunu önlemek isteyen bazı ülkelerde cinsiyetin önceden belirlenmesinin yasaklanması düşünülmektedir (43,70). Çalışmamızda cinsiyet tercihi belirtme durumuna göre istemli küretaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmamızda kadınların %76.2'si cinsiyet tercihi belirtmemiştir. Literatürde çocuğun cinsiyetinin önemli olduğu, önemli olan ideal sayıda erkek çocuk sahibi olmak olduğu belirtilmektedir (1). Çalışmamızda cinsiyet tercihi belirtilmemesi, toplumdaki cinsiyet ayrımının kalkmaya başladığı göstergesi olabilir.

Kadının yaşına göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Akçınar (1992)'ın çalışmasında küretaj olma nedeni ile yaş arasındaki ilişki anlamlı değildir (22). Yaş gruplarına göre; 20-39 yaşlarında maddi yetersizlik ilk sırada iken, 40 ve üzeri yaşta ilk sırada yeterli çocuk sayısı bulunmaktadır. Bu durum kadınların ileri yaşla birlikte istediği çocuk sayısına ulaşmasının küretaj olma nedeninin etkilediğini düşündürebilir.

Evlilik süresine göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamızda evlilik süresinin kadında yaşa benzer etki yaptığı ve evlilik süresi artışı küretaj olma nedenini ekonomik

yetersizlikten yeterli çocuk sayısına kaydırđı görölmektedir. Kadının eğitim durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eğitimi olmayan kadınlarda en fazla küretaj olma nedeni maddi yetersizliktir. Bu durum ölkemizde yaşayan ekonomik sıkıntılarının alt gelir grubunu daha çok etkilediğini düşündürebilir.

Kadının çalışma durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Akçınar (1992)'ın çalışmasında kadınların mesleği ve küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (22). Bizim çalışmamızda önemsiz bulunması çalışan grubun azlığından kaynaklanabilir.

Kadının aile tipine göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Geniş ailede yaşayanların daha çok yeterli çocuk sayısı ile küretaja başvurduğu belirlenmiştir. Geniş ailelerde kadının doğurganlığı üzerinde söz hakkının daha kısıtlı olması, fazla sayıda çocukla kendini göstermesine neden olabilir.

Mevcut hastalık bulunma durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mevcut hastalığı olan kadınların küretaj olma nedeni olarak maddi yetersizlik ilk sırada iken, ikinci sırayı anne ve çocuğa ait nedenler almaktadır. Sürekli ilaç kullanma durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mevcut hastalık olan kadınların hastalığın tedavisine engel olmaması için, sürekli ilaç kullananların gebelikte ilaç kullanmanın riskleri ile karşı karşıya olmaları bu sonuca neden olabilir.

Eşin yaşına ve eşin eğitim durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Eşin mesleğine göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Aile hayatının müşterekliği ve küretajda eşin imzalı izninin gerekliliği, istemli küretajda kadının eşinin sosyo-demografik özelliklerinin bilinmesinin tekrarlayan küretajları önlemede gereklidir. 24-34 yaş grubundaki eşler maddi yetersizliği daha çok belirtirken, 45 ve üzeri yaş grubundaki eşler yeterli çocuk sayısını daha çok belirtmiştir. Bu durum ailenin yaşı ilerlemesi ile birlikte doğurganlık hedeflerine ulaştıklarını ve doğurganlığını sınırlandırma isteğini göstermesi bakımından önemlidir. Eğitimi olmayan eşlerin maddi yetersizlik ilk neden iken, ortaokul ve üzeri eğitime sahip eşlerde yeterli çocuk sayısı ilk nedendir.

Bu durum eğitim durumunun artışının aile ekonomisi üzerinde olumlu etkisi olabileceğini düşündürebilir. Eşi işsiz olan kadınlarda ekonomik yetersizlik nedeni ile küretaj olma ilk sıradadır. İşsiz eşlerde maddi yetersizlik ilk, serbest meslek sahiplerinde yeterli çocuk sayısı ilk nedendir. Bu durum günümüzde çocuğun aileye maliyetinin, aile ekonomisi üzerindeki etkisinin doğurganlığı kısıtlamaya etkili olduğunu düşündürebilir.

Sosyal güvence bulunma durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Bu sonuca çalışmanın kamu kuruluşunda yapılması ve çalışmaya katılan kadınların çoğunun sosyal güvencesinin olması neden olabilir.

Literatürde yeterli çocuk sayısı küretaj olmada ilk neden iken, çalışmamızda en büyük küretaj olma nedeni maddi yetersizlik olarak belirlenmiştir. Gebelik sayılarına göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). 1-2 gebelik geçirenler maddi yetersizlik, 4 ve üzeri gebelik geçirenler yeterli çocuk sayısı üzerinde daha çok durmuşlardır. Bu durum kadınların plansız gebeliklerde küretaja başvurduğunu ve etkin yöntemlerle korunmaya olan ihtiyacı gösterebilir.

Yaşayan çocuk sayısına göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 1-3 yaşayan çocuğu olanların %42.9'unun maddi yetersizlik, 4 ve üzeri yaşayan çocuğu olanların %41.3'ünün yeterli çocuk sayısı nedeni ile küretaja başvurduğu belirlenmiştir. Bu durum aile planlaması yöntemlerini kullanmak yerine küretaja başvurduğunu, maddi durumun yeterli olması halinde gebeliği doğumla sonuçlandırabileceklerini düşündürmektedir.

Kadınların kendiliğinden düşük yapma durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Düşüğü olanlarda maddi yetersizlik, olmayanlarda yeterli çocuk sayısı ilk küretaj nedeni olarak görülmektedir. Bu durum kendiliğinden düşüğü olmayanların istedikleri sayıda çocuğa ulaştıklarını düşündürebilir.

Önceki gebeliğin sonlanma şekline göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Önceki gebeliği doğumla sonlanan kadınların yeterli çocuk sayısı nedeni ile küretaj olması diğer gruba göre daha yüksektir. İki gebelik arasında sürenin az olması, istenilen çocuk sayısına ulaşıldığını gösterebilir.

Kadının ve eşinin küretajda ortak kararı gerekmektedir. Kadının ve eşinin ilerde başka çocuk isteme durumuna göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İlerde çocuk isteyenler yeterli çocuk sayısını daha az dile getirmişlerdir. Bu grup ailenin ekonomik açıdan yeni bir çocuğa hazır olmadığı düşüncesi ile küretaja başvurduğunu düşündürebilir. Doğumlar arasında istenilen süre ve ölü doğum varlığına göre istemli küretaj olma nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Doğumlar arasında istenilen zaman kadınların doğurganlığı planlamaya olan ihtiyacını göstermesi bakımından, ölü doğumlarında ideal çocuk sayısı hedefine ulaşmasını engelleyen ve tekrarlayan gebeliklere zemin hazırlayan bir faktör olarak düşünülebilir. Bu hedeflerde sorunla karşılaşan kadınların tekrarlayan küretaja başvurduğu düşünülebilir.

Bireylerin aile planlaması yöntemlerini kullanma durumlarını yaş, öğrenim durumu, gelir düzeyi gibi faktörlerin yanında, ilk evlenme yaşı, evlilik süresi, sahip olunan çocuk sayısı, ideal çocuk sayısı başta olmak üzere bir çok faktörden etkilenmektedir (17,71). Gebeliklerin istemli küretaj ile sonlanması hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmama, etkisiz yöntem kullanımı ya da yöntem kullanımının hataları nedeniyle olabilir (12).

Kadınların yaşlarına göre istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Süren (2002) çalışmasında yaş gruplarına göre herhangi bir yöntem kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ve en az yöntem kullanma 45-49 yaş grubunda olduğunu belirtmiştir (13). Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntemler ile yaş grupları arasındaki farkı istatistiksel olarak önemli bulmamıştır (5). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre yaş ilerledikçe yöntem kullanmayan kadın oranı artmaktadır (4). Bizim çalışmamızda istemli küretaj öncesi 40 yaş ve üzeri gruptaki kadınlar %76.2 ile istemli küretaj sonrası %90.5 ile en az korunanlardır. Kadınlarımızın yaşı ilerledikçe artık gebe kalmayacaklarını düşünerek yöntem kullanmama eğiliminde oldukları bilinmektedir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Evlilik süresine göre istemli küretaj öncesi yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ($p<0.05$), istemli küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Ülkemizde gebeliklerin hemen hepsi evlilik içinde görülmesi evlilik süresinin

yöntem kullanımını etkilediğini düşündürebilir. İstemli küretaj öncesi 1-9 yıl evli olanların %93.8'i, 20 yıl ve üzerinde evli olanların %79.3'ü gebelikten korunmaktadır. İstemli küretaj sonrası %93.8 ile en az yöntem kullanan 20 yıl ve üzerinde evli olan kadınlardır. Evlilik süresinin artması doğurganlık üzerinde kadının yaşı gibi etki yapmakta ve uzun süredir evli kadınlar daha az yöntem kullanma eğiliminde olduğunu düşündürebilir.

Kadının eğitim durumu ile istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanma durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, ancak eğitim düzeyi arttıkça yöntem kullanımının arttığı belirtilmiştir (5,6,22,43,120). TNSA 2003'e göre yöntem kullanma oranı; eğitimi olmayan kadınlarda %57 iken, ilkokul mezunu olan kadınlarda %75'e çıkmaktadır (12). Çalışmamızda eğitimi olmayan kadınların küretaj öncesi %86.6'sı, küretaj sonrası %95.1'i gebelikten korunurken, ortaokul ve üzerinde eğitimi olan kadınlarda küretaj öncesi %96.0'sı, küretaj sonrası %100.0'ü gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Kadının eğitim düzeyinin artması, yanlış inanış ve tutumlara yönelmede engelleyici olacağını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışma koşullarının zorluğunun doğurganlık tercihlerinin etkilediği, özellikle zor şartlarda çalışan kadınların daha az sayıda çocuk sahibi olmak istedikleri bildirilmiştir (5). Kadınların çalışma durumuna göre istemli küretaj öncesi ve istemli küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan çalışmalarda kadınların mesleki durumu ile yöntem kullanımı arasında istatistiksel ilişki anlamlı olduğu ve yöntem kullanımının çalışan kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir (6,22). Yılmaz (2001) çalışmasında küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanımı arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır (5). Çalışmamızda küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanım açısından ev hanımı ve çalışan grup arasında çok büyük fark bulunmamıştır. Bulgularımız literatür ile uyumludur.

Küretaj olan kadınların bölgesel ve yaşanan yere göre yöntem kullanma özellikleri farklılık göstermektedir (5,25). Çalışmamızda yaşadığı yere göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yılmaz (2001) çalışmasında yaşanan yer ile küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı

bulmamıştır (5). Kanber (1997) çalışmasında yöntem kullanımı kentsel alanda oturan kadınlarda kırsal alanda oturanlara göre daha az olduğu belirtmiştir (1). TNSA 2003'e göre yöntem kullanımı kentlerde yaşayan kadınlarda, kırsal alanda yaşayan kadınlardan daha yaygındır (12). Çalışmamızda küretaj öncesi köyde yaşayanların %83.8'i, ilde yaşayanların %90.8'i gebelikten korunurken, küretaj sonrası köyde yaşayanların %94.6'sı, ilde yaşayanların %97.1'i gebelikten korunmaktadır. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Kentsel alanda yaşayan kadınların aile planlaması yöntemlerine daha kolay ulaşması bu sonuca neden olabilir.

Aile tipine göre istemli küretaj öncesi istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yılmaz (2001) çalışmasında aile tipi ile küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır (5). Bulgumuz literatür ile uyumludur. Literatürde geleneksel aile yapısının yöntem kullanımında kadını edilgen yaptığını bildirmesine rağmen; çalışmamızda geniş aile yapısına sahip kadınların %100.0'ü istemli küretaj öncesi ve sonrası gebelikten korunması dikkat çekicidir.

Eşinin yaşına göre istemli küretaj öncesi yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), küretaj sonrası ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında erkeklerin yaşı ile yöntem kullanma arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (71). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların eşinin yaşı ve aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). Çalışmamızda eşi 24-34 yaş grubundaki kadınların %94.0'ü, 45 ve üzeri yaş grubundakilerin %79.5'i istemli küretaj öncesi gebelikten korunurken, bu oran istemli küretaj sonrası 24-34 yaş grubundakilerin %98.5'i, 45 ve üzeri yaştakilerin %93.5'inin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Bu durum doğurganlık fazla olduğu yaş gruplarında çiftlerin yöntem kullanımına daha çok motive olduğunu düşündürülebilir.

Eşinin mesleğine göre istemli küretaj öncesi yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında eşinin mesleği ve aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). Küretaj öncesi her ay düzenli geliri olan eşlerin %98.7'si, küretaj sonrası her ay düzenli geliri olan eşlerin

%100.0'ünün gebelikten korunması dikkat çekicidir. Bu sonuç çalışma bulgumuz ile uyumludur.

Eşinin eğitim durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kitiş ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında eşlerin eğitim durumu ile aile planlaması yöntemi kullanma arasında önemli bir ilişki bulunmamıştır (71). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre kadının kocasının eğitim durumu ile istemli küretaj sonrası yöntem kabul davranışı arasındaki ilişki; eşli lise ve üzerinde eğitimi olanlarda %53 ile modern yöntem kullanımı en yüksek olup, ilkokul ve altı eğitimi olan eşlerin geleneksel yöntem kullanımı en yüksektir (4). Bulgumuz literatür ile uyumludur.

İlk gebelik yaşına göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yılmaz (2001) çalışmasında ilk gebe kalma yaşı ile istemli küretaj öncesi yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli, ilk gebe kalma yaşı ile istemli küretaj sonrası yöntem kullanımı arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemsiz bulmuştur (5). Bulgumuz literatür ile uyumludur. İlk gebelik yaşının erkene kayması uzun bir üreme periyoduna ve fazla sayıda gebelik riskine ve yöntem kullanımı açısından uzun periyoda zemin hazırlayan bir durum olduğunu düşündürebilir.

Gelişmekte olan ülkelerde aile planlamasının esas amacı, kadının istemediği ve riskli gebeliklerden koruyarak sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürdürebilmesini sağlamaktır (6). Gebelik sayısına göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yılmaz çalışmasında istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanımı ile gebelik sayıları arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemsiz bulmuştur (5). Farklı çalışmalarda gebelik sayıları ile istemli küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (6,13,98). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda istemli küretaj öncesi 4 ve daha fazla sayıda gebeliği olan kadınların %11.5'inin gebelikten korunmadığı belirlenmiştir. Bu durum gebelik sayısı çok olan kadınların ileri yaşta olması nedeni ile gebe kalmayacaklarını düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Yaşayan çocuk sayısına göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Kitiş ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada erkeklerin yöntem kullanma durumu ve yaşayan çocuk sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (71). Süren

(2002) çalışmasında yaşayan çocuk sayısına göre halen herhangi bir yöntem kullanma durumu açısından anlamlı fark vardır (13). TNSA 2003'e göre yöntem kullanma düzeyi 1-4 çocuğu olanlarda %78 iken, 5 ve daha fazla çocuğu olan kadınlarda %62'ye düşmektedir (12). Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısına göre yöntem kullanma oranları; küretaj öncesi 1-3 yaşayan çocuğu olanların %89.3'ü, 4 ve üzeri çocuğu olanların %89.7'si korunmakta iken, küretaj sonrası 1-3 yaşayan çocuğu olanların %96.4'ü, 4 ve üzeri çocuğu olanların %96.8'i gebelikten korunmaktadır. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda kadınların yöntem kullanma oranları arasında çok büyük fark olmaması istenmeyen gebeliğe tekrar maruz kalmamaya isteğin göstergesi olabilir.

Önceki gebeliğin sonlanma şekline göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışmamızda kadınların 1/3'ünün son gebeliğinin küretaj veya düşükle sonlandığı belirlenmiştir. Literatürde daha öncede istemli düşük yapan kadınların tekrarlayan küretaja başvurduğu bildirilmektedir (6). Bu durum aile planlamasında hedef grubun ihtiyacına odaklanmada eksiklik olduğunu gösterebileceği gibi, kadınların küretajı bir kontraseptif yöntem olarak algılamalarının da sonucu olabilir. Kendiliğinden düşük yapma durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Kadının ilerde çocuk isteme durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mayda ve arkadaşlarının(2004) çalışmasında, kadınların çocuk isteme durumu ile aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). Çalışmamızda ilerde çocuk isteyen kadınların %94.7'si, istemeyen kadınların %89'u küretaj öncesi korunurken, küretaj sonrası çocuk isteyenlerin %94.7'si, istemeyenlerin %96.9'unun gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Küretaj öncesi çocuk istemeyen kadınların korunma oranı daha düşüken, küretaj sonrası yükselmiştir. Bu durum kadının yaşadığı deneyimin, yöntem kullanımı ile ilgili davranış değişikliğine yol açması ile açıklanabilir.

Eşin ilerde çocuk isteme durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası yöntem kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İlerde çocuk isteyen eşlerin %92.6'sı, çocuk istemeyenlerin %89.1'inin küretaj öncesi gebelikten korunduğu, küretaj sonrası çocuk isteyenlerin %96.3'ünün çocuk istemeyenlerin %96.7'sinin gebelikten korunduğu belirlenmiştir. Aile

planlaması yöntemlerinin sunumunda ihtiyaca yönelmek önemlidir. Çalışmamızda, başka çocuk istemeyen eşlere etkili yöntem sunumu ile ihtiyaca yönelerek kadınların tekrarlayan küretaja başvurması önlenabilir.

Kadınların yaşlarına göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yapılan çalışmalarda kadınların yaşlarına göre istemli küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları aile planlaması yöntemleri arasındaki ilişkiyi anlamlıdır (6,43,98,99). Yılmaz (2001) çalışmasında kadınların yaşlarına göre istemli küretaj öncesi ve sonrası kullandıkları yöntem ile arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemli bulmamıştır (5). Ulufer (1992) çalışmasında ileri yaşlarda kadınların gebe kalmayacaklarını düşünerek daha az yöntem kullandıklarını belirtmiştir (31). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Çalışmamızda küretaj sonrası 20-29 yaş grubundakilerin %41.5'i hormonal yöntem, 30-39 yaşındakilerin %33.0'ü RİA, 40 ve üzeri yaştakilerin %14.3'ü kondom ile korunurken, en fazla geri çekme kullanma oranı %14.3 ile 40 ve üzeri yaş grubundadır. Literatürde etkisi sınırlı yöntem kullanımının yaşla birlikte arttığı, ileri yaş kadınların doğurganlıkların azalmasıyla ilgili olarak yan etkisi olmayan yöntemleri tercih ettikleri söylenebilir (5).

Evlilik süresine göre istemli küretaj öncesi kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Evlilik süresine göre istemli küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mahmoudi (2001) yaptığı çalışmada kadınların ilk evlenme yaşına göre kullandıkları aile planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (99). Türkiye'de kadınların çoğunluğunun ilk evliliğinin sürdürmesi nedeni ile evlilik süresinin doğurganlık üzerine etkisi önemlidir. Çalışmamızda istemli küretaj sonrası 1-9 yıldır evli olan kadınların %45.8'i hormonal yöntem, 10-19 yıl evli olanların %30.8'i RİA, 20 yıl ve üzerinde evli olanların %27.6'sı geri çekme ile korunurken, bu grupta dikkat çekici olarak, tüp ligasyonunun en fazla olduğu gruptur. Bu durum ileri yaş grubundaki kadınların kondom, hormonal yöntem gibi düzenli izlem ve dikkat gerektiren yöntemler yerine, kalıcı ve uzun süreli yöntem istediğinin göstergesi olabilir.

Eğitim durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yıldırım ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, Süren (2002) çalışmasında, Mahmoudi (2001) çalışmasında, Yılmaz (2001) çalışmasında eğitim durumuna göre kullandıkları aile

planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (5,13,65,99). Öner (1996) çalışmasında kadınların eğitim durumuna göre istemli küretajda sonra tercih ettikleri yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (43). TNSA 2003'e göre eğitimi durumu arttıkça yöntem kullanımı artmakta olup, önemli bir bulgu olarak eğitilmiş kadınların modern yöntemleri (eğitimi olmayan kadınların %29.9'u modern, %26.9'u geleneksel yöntem ile korunurken, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %50.8'i modern, %31.3'ü geleneksel yöntem ile korunmaktadır) daha fazla tercih ettikleri görülmektedir (12). Çalışmamızda eğitim durumuna göre küretaj öncesi kullandıkları yöntemler arasındaki fark varken, küretaj sonrası bu fark daralmıştır (Tablo 34). Küretaj sonrası eğitimi olmayan kadınların %28.0'i RİA, ilköğretim mezunlarının %35.9'u hormonal yöntem, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %32.0'si hormonal yöntem ile korunmaktadır. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Çalışan kadınlar için modern aile yapısının daha uygun bir yaşam biçimi olduğu düşünülebilir (22). Kadının çalışma durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İstemli küretaj sonrası ev hanımı olan kadınların %32.0'si hormonal yöntem, çalışan kadınların %34.4'ü RİA ile korunmaktadır. Yapılan çalışmalarda çalışma durumu ile küretaj öncesi ve sonrası yöntem kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (5,22,99). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Sosyal güvence bulunma durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). İstemli küretaj sonrası sosyal güvencesi olmayanların %34.8'i RİA, sosyal güvencesi olanların %31'i hormonal yöntem ile korunurken, dikkat çekici olan, tüp ligasyonu olanların %100.0'ünün sosyal güvencesi olan kadınlardan oluşmasıdır. Bu durum sağlık harcamalarının karşılanmasında kişinin sosyal güvencesinin bulunması, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştıran bir faktör olduğunu düşündürebilir.

Kentleşme ile birlikte geleneksel aile yapısı yerini çekirdek aile yapısına bıraksa da, toplumun kural ve yaptırımları halen aileler üzerinde etkisini sürdürmektedir (5,25,102). Aile tipine göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Yılmaz (2001) çalışmasında aile tipi ile küretaj öncesi ve sonrası

kullandıkları yöntem arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmamıştır (5). İstemli küretaj sonrası çekirdek aileye sahip kadınların %30.6'sı RİA, geniş aile yapısına sahip kadınların 42.5'i hormonal yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Kentte yaşayanların aile planlaması kullanım davranışı ile kırsal alanda yaşayanların aile planlaması kullanım davranışı farklıdır (105). Yaşadığı yere göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre kırsal alanda geleneksel yöntem (%42) kabul hızı, kentsel alana (%34) göre daha yüksektir (4). TNSA 2003'e göre kentte yaşayan kadınların %45.8'i modern % 27.8'i geleneksel yöntem ile korunurken, kırsal alanda yaşayanların %34.4'ü modern yöntem, %30.1'i geleneksel yöntem ile gebelikten korunduğu bildirilmiştir (12). Yılmaz (2001) çalışmasında yaşanan yer ile istemli küretaj öncesi ve sonrası kullanılan yöntem arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak önemsiz bulmuştur(5). Kanber (1997) çalışmasında kentsel alanda oturanların %38.9'unun, kırsal alanda oturanların %49.3'ünün modern yöntemle korunduğunu belirtmiştir (1). Çalışmamızda küretaj öncesi köyde yaşayanların %22.6'sı, kentte yaşayanların %26.1'i modern yöntem ile gebelikten korunurken, küretaj sonrası köyde yaşayanların %85.7'si (%37.8'i RİA), kentte yaşayanların %79.2'si modern yöntem (%31.2'si hormonal yöntem) ile korunmaktadır. Bu durum küretaj sonrası köyde yaşayanların modern ve uzun süreli yöntemle korunmaya daha çok motive olduklarının bir göstergesi olabilir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur.

Eşin yaşına göre istemli küretaj öncesi kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız ($p>0.05$), küretaj sonrası anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, eşinin yaşı ve aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). İstemli küretaj öncesi eşlerin %74.5'i geleneksel yöntem ile korunurken, istemli küretaj sonrası 24-34 yaş grubundakilerin %92.4'ü modern yöntem (%43.3'ü hormonal yöntem) ile, 45 ve üzeri yaş grubundakilerin %70.7'si modern yöntem (25.0'i RİA) ile gebelikten korunmaktadır. Literatürde ileri yaştaki eşlerin gebe kalmayacaklarını düşünerek geleneksel yöntemi daha çok tercih ettiği belirtilmektedir (5). Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Eşin eğitim durumuna göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Küretajı sonrası eğitimi olmayanların %36.4'ünün hormonal

yöntem ile, ilkokul düzeyinde eğitimi olanların %31.9'unun rahim içi araçla, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanların %29.8 ile en fazla hormonal yöntemi tercih ettiği, geleneksel yöntem kullanmanın en çok eğitimi olmayan grupta olduğu belirlenmiştir (%25). TNSA 1998 İleri Analiz sonuçlarına göre kocanın eğitim durumu ile istemli küretaj sonrası; eşi lise ve üzerinde eğitimi olanlarda %53 ile modern yöntem kullanımı en yüksek olup, ilkokul ve altı eğitimi olan eşlerin geleneksel yöntem kullanımı en yüksektir (4). Eşin mesleğine göre istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, eşin mesleği ve aile planlaması yöntemi kullanma arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). İstemli küretaj sonrası serbest meslek sahiplerinin %31.7'si hormonal yöntem, aylık düzenli geliri olanların %31.2'si RİA, işsiz olanların %23.1'i tüp ligasyonu ile gebelikten korunmaktadır.

İlk gebelik yaşı erken olan toplumlarda geleneksel yapının etkinliği, doğurganlık üzerinde de kendini hissettirmektedir. İlk gebe kalma yaşı ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mahmoudi (2001) çalışmasında ilk gebe kalma yaşına göre kullandıkları aile planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (99). İlk gebe kalma 19 ve altı olanların %30.2'sinin hormonal yöntem ile 20 yaş ve üzerinde olanların %34.6'sının rahim içi araç ile küretaj sonrası gebelikten korunduğu belirlenmiştir. İlk gebelik yaşı 19 ve altı olanlar en fazla tüp ligasyonu uygulananlardır (11 kişi). İlk gebelik yaşının erken olması kadınların daha fazla gebelikle karşılaşmasına ve doğurganlık hedefine daha çabuk ulaşmasına neden olabilir. Gebelik sayısı ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların gebelik sayılarına göre aile planlaması yöntem kullanma arasındaki ilişki önemlidir (98). Mahmoudi (2001) çalışmasında gebelik sayılarına göre kullandıkları aile planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (99). Çalışmamızda istemli küretaj sonrası 1-3 gebelik kadınların %88.9'u modern yöntem (%50'si hormonal yöntem) ile korunduğu, 7 ve üzeri gebelik geçirmiş kadınların %76.7'si (%25.8'i rahim içi araç, % 10.1'i tüp ligasyonu) modern yöntem ile küretaj sonrası korunduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgumuz literatür ile uyumludur. Yaşayan çocuk sayısı ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak

anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Mahmoudi (2001) çalışmasında yaşayan çocuk sayısına göre kullandıkları aile planlaması yöntemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (99). Öner (1996) çalışmasında yaşayan çocuk sayısına göre istemli küretajda sonra tercih ettikleri yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (43). Çalışmamızda yaşayan çocuk sayısı arttıkça kadınların daha az modern yöntem tercih ettikleri belirlenmiştir. 1-3 yaşayan çocuğu olanların %38.1'inin hormonal yöntem ile, 7 ve üzerinde çocuğu olanların %31.6'sının hormonal yöntem ile, %26.3'ünün geri çekme ile küretaj sonrası korunduğu belirlenmiştir. Bulgumuz literatür ile uyumludur.

Önceki gebeliğin sonucu ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Küretaj sonrası son gebeliği doğumla sonlananların %32.9'u rahim içi araç, düşük ve küretaj ile sonlananların % 30'unun hormonal yöntemi seçtiği belirlenmiştir. Kendiliğinden düşük varlığı ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Şimşek ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında kadının kullandığı yöntem ile kendiliğinden düşük arasındaki ilişkiyi önemsiz bulmuştur (124). Küretaj sonrası kendiliğinden düşüğü olanların %82.5'inin (%37.9'unun hormonal yöntem ile) modern yöntem ile, kendiliğinden düşüğü olmayanların %79.5'inin (%30.3'ünün rahim içi araçla) modern yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir.

Literatürde istenilen çocuk sayısına ulaşıldıktan sonra kontraseptif yöntem seçiminde daha titiz davrandıkları belirtilmektedir (125). Kadının ilerde başka çocuk isteme durumu ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Turan (1997) çalışmasında kadınların %60.0'ı ilerde çocuk istemediği halde geleneksel yöntem kullanmaktadır (6). Mayda ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında, kadınların çocuk isteme durumu ile aile planlaması yöntemi kullanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemlidir (98). Çalışmamızda küretaj sonrası başka çocuk istemeyen kadınların %80.5'inin (%30.4'ünün hormonal yöntem) modern yöntem, %19.5'inin geleneksel yöntem ile korunduğu ve tüp ligasyonu yaptıranların tamamının bu grupta olduğu belirlenmiştir. Küretaj sonrası çocuk isteyen kadınların %22.2'sinin geleneksel yöntem ile, %77.8'inin modern yöntem (%36.8'inin hormonal yöntem) ile korunduğu belirlenmiştir. Bu durum başka çocuk istemeyen kadınların cerrahi

sterilizasyona olan isteğinin bir göstergesi olabilir. Eşin ilerde başka çocuk isteme durumu ile istemli küretaj öncesi ve küretaj sonrası kullandıkları yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Öner (1996) çalışmasında eşlerinin başka çocuk isteme durumuna göre istemli küretajdan sonra tercih ettikleri yöntem arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli değildir (43). Bu sonuç çalışma bulgumuz ile uyumludur. Küretaj sonrası eşi çocuk isteyen kadınların %80.8'inin (%37'sinin hormonal yöntem) modern yöntem ile, çocuk istemeyen kadınların %80.2'sinin (%30.6'sının rahim içi araç, tüp ligasyonu olanların tamamı) modern yöntem ile gebelikten korunduğu belirlenmiştir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

İstemli küretaj olan kadınların küretaj olma nedenleri ve küretaj sonrası yöntem seçimi dağılımını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Kadınların %27.6'sının 35-39 yaş grubunda, %49'unun ilkokul mezunu, %84.8'inin ev hanımı, %57.6'sının gelirinin giderini karşılamadığı, %45.7'sinin Yeşil Kart olmak üzere %89.0'unun sosyal güvencesi olduğu, %52,4'ünün köyde doğduğu, %79,5'inin en uzun süre il merkezinde yaşadığı; %50'sinin kendi evinde oturduğu, %81.0'inin çekirdek aile yapısında olduğu, %55.2'sinin 5-7 kişilik aileye sahip olduğu, %61.0'inin 18 yaş ve altında iken ilk evliliğini yaptığı, %47.6'sının 16-25 yıl evli olduğu, %56.2'sinin ideal evlenme yaşının 20 olduğu, %28,6'sının eşi ile akraba olduğu, %79'unun sigara kullanmadığını, %0.5'inin alkol kullandığı, %19.0'unun sürekli hastalığı olduğu, 13,8'inin bu hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Kadınların eşlerinin; %47.1'inin 35-44 yaş grubunda olduğu, %57.2'sinin 20-24 yaş grubunda ilk evliliğini yaptığı, %67.1'inin ilkokulu bitirdiği; %93,8'inin gelir getiren bir işte çalıştığı; %47.1'inin serbest meslek, %6.2'sinin işsiz olduğu belirlenmiştir.

Kadınlar; %45.7'sinin ilk gebelik yaşı 18 ve altında olduğu, % 72.9'unun 5 ve üzerinde gebelik geçirdiği, %41.4'ünün 5 ve üzerinde canlı doğum yaptığı, %95.2'sinin ölü doğum yapmadığı, %77.6'sının canlı doğup ölen çocuğu olmadığı, %72.4'ünün daha önce kendiliğinden düşük yapmadığı, %34.8'inin 5 ve üzerinde yaşayan çocuk sahibi olduğu, %33.3'ünün bir önceki gebeliğinin düşük ve küretaj ile sonlandığı saptanmıştır.

Kadınların %90'ının başka çocuk istemediği, eşlerin %87.1'inin başka çocuk istemediği; iki doğum arasında %29.5'inin 3 yıl ve altında, %20'sinin 6 yıl ve üzerinde ara vermek istediği, %35.7'sinin 4 ve üzerinde çocuk istediği belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınların %61.9'unun ilk istemli küretajı olduğu, %47,6'sının 6. gebelik haftasında küretaj geldiği, %41,4'ünün maddi yetersizlik nedeni ile küretaj olduğu, %76.7'sinin küretaja eşi ile birlikte karar verdiği, %68.1'inin küretajı aile üyelerinin bildiği, %51,4'ünün ailesinin küretajı kabul ettiği, %42.5'inin daha önceki küretajından 1 yıldan zaman geçtiği saptanmıştır. Kadınların; %79'unun küretajın günah olduğunu, %55.2'sinin küretajın sağlığa zarar

vermediğini, %76.2'sinin küretajda çocuk cinsiyetinin önemli olmadığı, %2.9'unun küretajdaki yasal durumu doğru bildiği, %66.7'sinin tekrar gebe kalırsa yeniden küretaj olacağı belirlenmiştir.

Kadınların küretaj oldukları gebeliklerinde; %89.5'inin korunmasına rağmen gebe kaldığı, %66.7'sinin geri çekme ile korunduğu, %37.8'inin 1 yıl ve daha az süredir bu yöntemi kullandığı, %50.0'sinin çocuk olmaması için yöntem kullandığı, %20.7'sinin yöntemin güvenilir, kolay, uzun süreli, kolay elde edilir olduğu için tercih ettiği, %94.1'inin yöntemle eşi ile birlikte karar verdiği, %13.8'inde yöntemle bağlı rahatsızlık oluştuğu; %41.0'inin yöntemi yanlış kullandığı için gebe kaldığı belirlenmiştir. %95.5'inin gebe kalmayacağını düşündüğü için korunmadığını belirlenmiştir.

Küretaj sonrası yöntem kullanıma ilişkin; %29.5'i rahim içi araç ile, %30.5'i cerrahi sterilizasyon ile gebelikten korunmak istediği, %96.7'sinin yöntemle eşi ile birlikte karar vermek istediği, %71.4'ünün yöntemler hakkında sağlık personelinin bilgi edinmek istediği, %48.6'sının cerrahi sterilizasyonun en etkili yöntem olduğunu düşündüğü, eşlerin %24.8'inin rahim içi araçla korunmak istediği belirlenmiştir.

İstemli küretaj sonrası; %96.7'sinin gebelikten korunduğu, %31.0'inin rahim içi araçla, %21.2'sinin kombine oral kontraseptiflerle, %19.7'sinin geri çekmeyle, %5.9'u tüp ligasyonu ile gebelikten korunduğu, %58.1'inin yöntemle ilişkin nedenlerle bu yöntemi seçtiği, %31.5'inin küretajdan sonra 11-20 gün arası yöntem kullanmaya başladığı, %89.2'sinin küretaj sonrası kullandığı yöntemden memnun olduğu belirlenmiştir.

İstemli küretaj sonrası %71.4'ünün sağlık nedenleri ile gebelikten korunmadığı, %40'ının ileride korunmak istediği saptanmıştır.

Kadınların; hemen hepsinin bir aile planlaması yöntemini bildiği, en fazla bilinen yöntemlerin kombine oral kontraseptifler, aylık enjekte edilen kontraseptifler, kondom, rahim içi araç, tüp ligasyonu ve geri çekme olduğu belirlenmiştir.

Kadınları %94.8'inin evlendikten sonra korunmadığı, %49'unun ilk çocuktan sonra korunmadığı, daha önce istemli küretaj olan kadınların %11.2'sinin ilk küretajdan sonra korunmadığı, %50.0'sinin sağlık kuruluşundan aile planlaması yöntem bilgilerini edindiğini belirlenmiştir.

Çalışmamızda istemli küretaj sayıları ile; kadının yaşı, evlilik süresi, eşin yaşı, gebelik sayıları, istenilen çocuk sayısı, önceki gebeliğin sonlanma şekli, bu

gebelikte cinsiyet tercihi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda istemli küretaj sayıları ile; eğitim durumu, kadının mesleği, gelirin gideri karşılama durumu, sosyal güvence, aile tipi, sigara kullanma durumu, mevcut hastalık, ilaç kullanma durumu, akraba evliliği, doğduğu yer, en uzun süre yaşadığı yer, ailede yaşayan kişi sayısı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, ilk gebelik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, ölü doğum varlığı, canlı doğup ölen çocuk varlığı, kadının ilerde çocuk isteme durumu, eşin ilerde çocuk isteme durumu, doğumlar arasında istenilen süre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

İstemli küretaj olma nedeni ile; kadının yaşı, mevcut hastalık durumu, eşin mesleği, sürekli ilaç kullanma durumu, yaşayan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

İstemli küretaj olma nedeni ile; evlilik süresi, eğitim durumu, kadının mesleği, aile tipi, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, sosyal güvence varlığı, ilk gebelik yaşı, kendiliğinden düşük varlığı, önceki gebeliğin sonlanma şekli, kadının ilerde başka çocuk isteme durumu, eşin ilerde başka çocuk isteme durumu, doğumlar arasında istenilen süre, ölü doğum varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

Çalışmamızda kadınların küretaj öncesi yöntem kullanma durumları ile; kadının yaşı, evlilik süresi, aile tipi, eşin yaşı, eşin mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda kadınların küretaj öncesi yöntem kullanma durumları ile; eğitim durumu, kadının mesleği, yaşadığı yer, sosyal güvence varlığı, eşin eğitim durumu, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğin sonucu, kadının ilerde başka çocuk isteme durumu, eşin ilerde başka çocuk isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

Kadınların küretaj sonrası yöntem kullanma durumları ile; kadının yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Kadınların küretaj sonrası yöntem kullanma durumları ile; evlilik süresi, kadının eğitim durumu, kadının mesleği, yaşadığı yer, aile tipi, sosyal güvence varlığı, eşin yaşı, eşin mesleği, eşin eğitim durumu, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğin sonucu, kendiliğinden düşük varlığı, kadının

ilerde başka çocuk isteme durumu, eşin ilerde başka çocuk isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

Kadınların küretaj öncesi kullandıkları yöntemler ile; kadının yaşı, evlilik süresi, kadının eğitim durumu, kadının mesleği, sosyal güvence varlığı, aile tipi, yaşadığı yer, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğin sonucu, kendiliğinden düşük varlığı, kadının ilerde başka çocuk isteme durumu, eşin ilerde başka çocuk isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

Çalışmamızda kadınların küretaj sonrası kullandıkları yöntemler ile; evlilik süresi, eşin yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)

Çalışmamızda kadınların küretaj sonrası kullandıkları yöntemler ile; kadının yaşı, kadının eğitim durumu, kadının mesleği, sosyal güvence varlığı, aile tipi, yaşadığı yer, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebeliğin sonucu, kendiliğinden düşük varlığı, kadının ilerde başka çocuk isteme durumu, eşin ilerde başka çocuk isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$)

6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- İstemli küretaj hizmeti sunan kuruluşlarda; her türlü amaç için başvuran kadınlara aile planlaması yöntemleri hakkında danışmanlık hizmeti sunulması,
- Basın yayın araçlarının etkili ve doğru bir şekilde kullanılmasının sağlanması,
- Aile planlaması hizmetleri kapsamında bireye gebelik sonlandırmanın kontrasepsiyon yöntem olmadığına benimsenmesi,
- Aile planlaması hizmetlerinin sunumunda, bireylerin etkin kontraseptif yöntemlerinden en iyi şekilde yararlanmaları için, bireysel ve doğurganlık özellikleriyle kültürel özelliklerinin birlikte değerlendirilmesi ve bunun için sağlık hizmeti sunan kuruluşların ortak politika uygulaması,
- Toplumda büyük kitlelere ulaşmak ve doğru bilgi akışını sağlamak için, sağlık personelinin bilgi düzeyini artırılması ve yeni gelişmelerden haberdar olması için hizmet içi eğitim olanaklarının geliştirilmesi,
- İstemli küretaja gelen kadınların doğurganlığını sonlandırmak isteyen kadınlardan oluşması nedeniyle, kadınların yöntem almadan klinikten ayrılmasının önlenmesi, kalıcı, uzun süreli ve istediği yöntemin uygulanmasının sağlanması yanında, özel kliniklerde küretaj olanlara da danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Aile planlaması yöntemlerini sunarken, eşlere birlikte danışmanlık verilmesi ve yönteme ortak karar vermelerinin sağlanması,
- Aile planlaması yöntemleri sadece evlilere değil, okullarda üreme sağlığı altında verilerek, geleceğin anne ve baba adaylarının bilinçlendirilmesi,
- Yöntemler hakkında kısa bilgiler yerine, kadının ihtiyacına ve sorunlarına odaklanılmalı, yöntemleri bırakma nedenleri olarak karşımıza çıkan yöntemlerin etki ve yan etkileri hakkında kadınların aydınlatılması, yöntemleri uygulamak değil, izlem davranışının yerleştirilmesi,
- Aile planlaması yöntemleri hakkında birinci kaynağı sağlık personeli haline getirebilmek için, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, ebe-hemşirelere eğitim ve danışmanlığın öneminin benimsenmesi,
- Kırsal alandan kente göçle gelen kadınların ihtiyacını karşılamaya yönelik eğitimlerin planlanması, olarak sıralanabilir.

7.KAYNAKLAR

1. KANBER, G.: Konya Bölgesinde İstemli Düşük Yapan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya,1997.
2. ÖZAYDIN, N., AKIN, A.: İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 55-60, Temmuz-Aralık 1998.
3. EROĞLU, K.: İsteyerek Yapılan Düşüklerin Önlenmesinde Sağlık Eğitiminin Etkinliği. Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1995.
4., Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, Ankara, 2002.
5. ÖZCAN, G.: İsteyerek Düşük (Küretaj) Yapan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
6. TURAN, N.: İsteğe Bağlı Küretaj Yaptıran Kadınların Etkin ve Güvenli Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçebilmelerinde Danışmanlığın Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
7. GÖZÜKARA, F., ERSİN, F., ŞİMŞEK, Z., KAYAHAN, M., KURÇER, MA.: Şanlıurfa’da Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Evli Kadınlarda Düşükler ve Ölü Doğumlar. Hemşirelik Formu Dergisi, 6(3): 27-32, Mayıs-Haziran 2003.
8. AKIN, A., ÖZVARİŞ, B: İstenmeyen gebelikler ve İsteyerek Düşükler, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3073.doc> 13.05.2005 tarihinde ziyaret edilmiştir.
9. KATZ, N.:Abortion Statistics-World-U.S.- Demographics-Reasons http://womensissues.about.com/cs/abortionstats/a/aaabortionstats_p.htm 21.06.2005
10. DEMİR, Ü., SARIHAN, A.: Kürtaja Başvuran Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi-Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 1995.

11. SAKA, G., CEYLAN, A., ERTEM, M., İÇLİN, E.: Kadın Sağlığı Merkezinde İstemli Düşük Yaptıran Kadınların Özellikleri. Sağlık ve Toplum, 14(1): 73-77, Ocak-Mart 2004.
12., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2003.
13. SÜREN, C.: Samsun Kent Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Samsun, 2002.
14. SARIHAN, A., ÜNSAL, Ş.: Kürtajda Suçluluk. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(3): 19-26, Mayıs-Haziran,2003.
15. UYAR, H.: Muğla İli Merkezinde Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntem Seçimi ve Kullanımını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim DalıYüksek Lisans Tezi, İstanbul,1999.
16. http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/maternal_mortality.htm
“Maternal Mortality” 27.10.2004.
17., Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara , 2000.
18. ŞENOL, YY., DÖNMEZ, L.: Antalya Kütükçü 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda İsteyerek Düşük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 12(4): 62-66, Ekim-Aralık, 2002.
19. HATCHER,RA., KOWAL, D., GUEST, F., TRUSELL, J.,STEWART, F.,STEWART, GK., et al.: Kontraseptif Yöntemler Uluslar Arası Basım, Demircioğlu Matbacılık, Ankara, 1990.
20. AKSOY, İ.: Kadın-Doğum, Türkiye Klinikleri. Ankara, 2001.
21. MUMCU, A.: Küretaj, <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=85>
21.06.2005
22. AKÇINAR, M.: Kadınlarımızın Yasal Tahliye Başvurmak Zorunda Kalış Nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara,1992.

23., Eđitciler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı John Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı. Ankara, 2000.
24. POLAT, SA., AÇIK, Y., GÜRATEŞ, B.: Elazığ Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 7(3): 260-265, 2000.
25., Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.
26. AKIN, A.: Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 4-8, 2001.
27. AKIN, A.: Uluslararası Kararlar Paralelinde Üreme Sağlığı Konusunda, Türkiye'deki Uygulamalar. Sağlık ve Toplum, 8(3-4):16-22, 1998.
28. ÖZVARIŞ, ŞB., AKIN, A.:Üreme Sağlığı.Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 23-26, Temmuz-Aralık, 1998.
29., Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Aile Planlaması Bülteni, S5:1-2,Ağustos 1996. ISSN:1300-7440.
30. İNCE, H.: Küretaj, www.kadınlar.com/gebelik/küretaj.htm , 21.06.2005 .
31. ULUFER, F.: Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İzmir, 1992.
32. ÖZGÜR, S.: Halk Sağlığı Ders Kitabı. Gaziantep, 2000.
33. BERTAN, M., GÜLER, Ç., editors:Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Grafiker Ofset, 2.Basım, Ankara 1997.
34. AÇIKALIN, İ.: Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, http://sağlik.tr.net/cinsel_sağlik_tükiye_aile_planlamasi.shtml, 13.07.2005.
35. AKIN,A., BİLİKER, M.,DOĞAN, BG., MIHIÖKUR, S.: Türkiye'de Anne Ölümleri Nedenleri, Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 24-29, Ocak-Şubat, 2001.
36. AKIN, A., ÖZVARIŞ, B.: Aile Planlaması, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/DS/7/3649.doc>,31.08.2005.
37., Daha Sağlıklı Anneler ve Çocuklar, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2(9): 1- 4, Haziran 1993.

38. DICZFALUSY, E.: Population Growth: Too Much, Too Little, or Both. IPPF Medical Bulletin, 36(1): 1-2, 2002.
39., Dünyada Kontraseptif Kullanımı, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2(7): 1-4, Ocak 1993.
40. GÜRİZ, A.: Türkiye’de Nüfus Politikası ve Hukuk Düzeni. Türkiye Kalkınma Vakfı Yayınları No.2, Sevinç Matbaası, Ankara, 1975.
41. http://www.die.gov.tr/tkba/tkba_tr.htm, Nüfus Sayım Sonuçları. (14.04.2005) tarihinde ziyaret edilmiştir.
42. ÖZALP, S., TANIR, HM.: İstenmeyen Gebelik ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 42-44, Ocak-Şubat, 2001.
43. ÖNER, S.: Adana Doğumevi Hastanesinde Menstrüel Regülatör (MR) Uygulanan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 1996.
44. SENANAYAKE, P., DE SİLVA. U.: Abortion, Public Health, and Human Rights. IPPF Medical Bulletin, 37(4): 1-2, August 2003.
45. BİLİKER, M.: Güvenli Annelik. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 37-41, Ocak-Şubat, 2001.
46., Rahim İçi Araçlar, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, S:17:2-3, Eylül 1996. ISSN:1300-7505
47. KÖŞKEROĞLU, N., AÇIKGÖZ, A., AYRANCI, Ü., Kadın Sağlığı. Sağlık ve Toplum, 14(3):8-13, Temmuz-Eylül, 2004.
48. DERVİŞOĞLU, A., BULUT, A., FİNCANCIOĞLU, N., GÖKMEN, O., KIRCALIOĞLU, N., ÖZALP, S., PEKCAN, H., TOMRUK, DG.: Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Nobel Tıp Kitapları. İstanbul, 1995.
49. http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/unwanted_pregnancy.htm “Unwanted Pregnancy” 27.10.2004 tarihinde ziyaret edilmiştir.
50., Küretaj ve Kadın Sağlığı, Düşük Sonrası Kontrasepsiyon. KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, S:18, Aralık, İstanbul, 1996. ISSN: 1300-7505
51. ASLAN, D.: Kadının İnsan ve Sağlık Hakkı. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 1 -3, Ocak-Şubat, 2001.

52. EWING, I.: Statistics New Zeland, 21.06.2005 tarihinde ziyaret edilmiştir <http://www.scoop.co.nz/stories/PO0506/S00149.htm>
53. PRITCHARD, J.A., MACDONALD, P.C., GANT, N.F., Williams Doğum Bilgisi. “Aborsiyon”.Çev:YILMAZ, İ,AYDEMİR, V. 17. bs., Ankara: Güneş Kitabevi, 1989; 600-610.
54. ARI, D.: İstenen ve İstenmeyen Gebeliklerde Gebe Kadının Kişilik Özellikleri ve Anksiyete Düzeyi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993.
55., Ergenlik ve Kontrasepsiyon, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 3(14): 2-3, Nisan 1994
56. NALBANT, H., BULUT, A.: Gençler ve Üreme Sağlığı. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı. 6(1): 30-36, Ocak-Şubat, 2001.
57. ŞEN, TA., ERBEK, N.: Afyon İlindeki Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkında Bilgi Düzeyleri. Sağlık ve Toplum. 12(4): 73-77, Ekim-Aralık, 2002.
58. BİLİKER, M.: Türkiye’de Kadının Sağlık Durumu. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı. 6(1): 18-23, Ocak-Şubat, 2001.
59., Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Kontraseptif Yöntemler, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
60. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993, <http://akif1.8k.com/tnsa93.html> 21.06.2005 tarihinde ziyarte edilmiştir.
61., Aile Planlaması ve İslam Dini, Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayın No:24, 4. Baskı. Ankara, 1999.
62. KOYUNCUER, A.: Kontrasepsiyon ve Türkiye’de Durum. Sted, 13(12):455-459, 2004.
63. FİŞEK, HN.:Halk Sağlığına Giriş, Aşırı Doğurganlığın Kontrolü. Çağ Matbaası, Ankara,1985,81-90.
64. AKARSU, MF., ORAL, E., YEDİGÖZ, V., ATASÜ, T., KAZANCIGİL, A., Terapötik Abortus. Cerrahpaşa J Med, 29(4): 175-179,1998.
65. YILDIRIM, G., TURAÇLAR, N., BAKIR, A., ÖZDEMİR, L.: Sivas İli Ana-Çocuk Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Yöntem Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25(3):99-104,2003.

66. NARRIGAN, D.:Early and Implications for Midwifery Practice. Journal of Nurse-Midwifery, 43(6):492-501,1998.
67. Safer Abortion: First Trimester Abortions, Early Abortion, <http://www.abortbypill.com/>, 21.06.2005.
68. SCHAFF, E.A., FIELDING, S.L: A Comparison of the Abortion Rights Mobilization and Population Council Trials. JAMWA, 55(3):137-140,2000.
69. GÜRGAN, T., DEMİROL, A.: İnfertiliteye Genel Bakış. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 52-55, Ocak-Şubat, 2001.
70., Aile Planlamasında Öncelikler, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2(11), Ekim 1993.
71. KİTİŞ, Y., BİLGİLİ, N., KARAÇAM, Z.: Gülveren Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Görüşleri ve Kararlara Katılma Durumları. Sağlık ve Toplum, 14(1): 56-66, Ocak-Mart, 2004.
72. ÖZVARIŞ, ŞB.: Aile Planlaması. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 45-51, Ocak-Şubat, 2001.
73. ÖZVARIŞ, ŞB.: Aile Planlaması. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 49-54, Temmuz-Aralık, 1998.
74., Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitim ve İletişim Konferansı, Aile Planlaması Bülteni, S:3, 1-5, Şubat 1996. ISSN:1300-7440.
75. BRANDEN. P.S.: Contraceptive Choice and Patient Compliance. Journal of Nurse-Midwifery, 43(6):471-482,1998.
76., KAYNAK Danışmanlık Rehberi, Population Reports, 26(4):1-31, Aralık 1998.
77., Ulusal Strateji Geliştirme Çalışmaları, Aile Planlaması Bülteni, 4(1):1-4, Mayıs 1996. ISSN: 1300-7440.
78., Enjekte Edilen Kontraseptifler İçin Yeni Bir Dönem, Population Reports ,23(2): 1-28, Ankara, 1995
79., Emzirme ve Gebeliğin Önlenmesi, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2(12): 2-2, Aralık 1993.
80. OMEIRIK, M.: Safety of Implantable Contraceptives for Women. IPPF Medical Bulletin, 36(1): 3-4, 2002.
81., Kadında Cerrahi Sterilizasyon, KAYNAK, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, 2(8): 2-3, Nisan 1993.

82., Decision For Norplant Programs, Population Reports, 20(2):
Seri M, 1992.
83., Başlarken, Aile Planlaması Bülteni, 1: 1-6, Ağustos 1995.
ISSN: 1300-7440.
84. KOLER, N., Türkiye’de Norplant Kullanımı. Aile Planlaması Bülteni, Sayı 6:
1-1, Kasım 1996, ISSN: 1300-7440.
85., RİA’lar- Yeni Bilgiler, Population Reports, 23(6): 1-30,
Aralık 1995.
86., Saha Ziyaretleri, Aile Planlaması Bülteni, S:2:1-4, Kasım
1995, ISSN: 1300-7440.
87. JENNINGS, V.H., AREVOLE, M.: The Standart Days Method For Family
Planing. IPPF Medical Bulletin, 37(5): 3-4, 2003.
88., Kadınların Kendi İstekleri ile Kısırlaştırılmaları, Population
Reports, Seri C, No:10: 1-22, Kasım, 1990.
89., Female Sterilization, Population Reports, 13(2), Seri C,
Mayıs, 1985.
90., Geri Çekme Rekoru Türkiye’de, KAYNAK, İnsan
Kaynağını Geliştirme Vakfı, Sayı 16:2-3, Haziran 1996. ISSN:1300-7505
91., Kontraseptif Uygunluk Kriterleri, Aile Planlaması Bülteni,
Sayı 7: 1-5, Şubat 1997, ISSN:1300-7440.
92. IMAP Statement on Safe Abortion. IPPF Medical Bulletin, 35(5):1-3, 2001
93. GÜNGÖR. L., AÇIK, Y., GÜNGÖR, M.Y., OĞUZÖNCÜL, A.F., Elazığ
Devlet Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine İsteğe Bağlı Düşük Yapmak
İçin Başvuran Kadınların ve Eşlerinin Aile Planlaması ve İsteğe Bağlı Düşük
Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları,
<http://www.dicle.edu.tr/~halks/m24.htm>, 16.08.2004,
94., Aile Planlamasında Başarı. KAYNAK, İnsan Kaynağını
Geliştirme Vakfı, 1(6), 1-4, Kasım 1992.
95. ADDOR. V., NARRING.F., MICHAUD. P.A.: Abortion Trends 1990-1999
in a Swiss Region and Determinants of Abortion Recurrence. Swiss Medical
Weekly, 133:219-226, 2003.
96. YARDIM, N.: Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) Kadın Sağlığının Çeşitli
Konulardaki Görüş ve Mesajları. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1):
37-41, Ocak-Şubat, 2001.

97. ALTINTAŞ, H., BEYHUN, NE., AYKUN, G., AZBOY, D., BALIKOĞLU, M., BALSAK, D., BARIN, H.: Emine Fahri Uçar AÇSAP 13 Merkezi Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bazı Bilgi, Görüş ve Davranışları. Sağlık ve Toplum, 14(4): 48-54, Ekim-Aralık, 2004.
98. MAYDA, A., YAKALI, G., MURATERİMEN, T.: Düzce Konuralp Kasabasında 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntem Kullanma Durumları ve Yöntem Kullanmama Nedenleri, Sağlık ve Toplum, 14(1): 67-72, Ocak-Mart, 2004.
99. MAHMOUDİ, M.:15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
100. ATLI, A., ÖZVARIŞ, ŞB.: Çalışma Yaşamı ve Kadın. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 79-84, Temmuz-Aralık, 1998.
101. GÜVEN, R.: Çalışma Yaşamı ve Kadın Sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 73-77, Temmuz-Aralık, 2001.
102. ÖZVARIŞ, ŞB.: Doğurganlığın Düzenlenmesi. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 45-48, Temmuz-Aralık, 1998.
103. GÜNGÖR, N., ÇEÇEN, D., ÖZBAŞARAN, F.: Manisa Organize Sanayi Bölgesindeki Bir Tekstil Fabrikasında Çalışan 15-49 Yaş Kadınlara Aile Planlaması ve Kontraseptif Yöntemler Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Formu, 7(2): 17-26, Mart-Nisan, 2004.
104. ŞANKAZAN, Ş., YILDIZ, A.: Ankara Deliler Köyündeki Evli Erkeklerin Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 55(1): 41-50, 2002.
105. Population Reports, "Reproductive Health Care for Urban Migrants", Preview Edition, June 1996, Special Habitat II Edition.
106. KARAOĞLU, L., ÖZTÜRK, C., PEHLİVAN, E.: Çorum İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Evli Kadınlarda Doğurganlık ve Etkileyen Faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 9(1):33-40, 2002.
107. SEZGİN, B., AKIN, A.: Adölesan Dönemi Üreme Sağlığı. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 27-32, Temmuz-Aralık, 1998.

- 108.KİŞİOĞLU, A., ÖZTÜRK, M., USKUN, E.:Akraba Evliliklerinin Isparta Toplumundaki Sıklığı. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 3-6 Kasım 2004, Ankara.
- 109.BOZKURT, A.İ., ÖZÇİRPİCİ, B., ÖZGÜR,S., ŞAHİNÖZ, S., ŞAHİNÖZ, T., SAKA, G., CEYLAN, A., İLÇİN, E., ACEMOĞLU, H., PALANCI, Y., AKKAFA, F., AK, M.: GAP Bölgesi'nde Düşükler. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2. Diyarbakır. 22-28 Eylül, 2002, 878-881.
- 110.KOÇOĞLU, G.O., AKIN, A.: Tütün ve Kadın Sağlığı. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 78-82, Ocak-Şubat, 2001.
111. AKIN, A., BAYAR, N.: Güvenli Annelik. Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 33-36, Temmuz-Aralık, 1998.
112. ÇAKINER, T.: Avcılar Bölgesinde Doğurgan Yaşta ve Çocukları Olan Annelerin, Gebelik, Aile Planlaması ve Çocuk Sağlığı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının Araştırılması. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul. 6-7 Eylül 1989, 213-219.
113. YÜKSEL, A., TÜMERDEM, Y.: Afganistan'dan Türkiye'ye Göç Etmiş Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Saptanması. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul. 6-7 Eylül 1989, 97-100.
114. BOZKURT, A.İ., ŞAHİNÖZ, S., ÖZÇİRPİCİ, B., ÖZGÜR,S., ŞAHİNÖZ, T., ACEMOĞLU, H., SAKA, G., CEYLAN, A., İLÇİN, E., AKKAFA, F.: GAP Bölgesinde 15 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sigara İçme Prevalansı ve Bunu Etkileyen Çeşitli Faktörler. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2. Diyarbakır. 22-28 Eylül 2002, 906-910.
- 115.ÖZÇİRPİCİ, B., ÖZGÜR,S., ŞAHİNÖZ, S., BOZKURT, A.İ., ŞAHİNÖZ, T., İLÇİN, E., SAKA, G., CEYLAN, A., ACEMOĞLU, H., PALANCI, Y., AKKAFA, F., BEKTAŞ, B.: GAP Bölgesi'nde Aile Planlaması Konusunda Tutumlar. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2. Diyarbakır. 22-28 Eylül 2002, 878-881.
116. YÜKSEL, H., ODABAŞI, A.R., KAFKAS, S., ONUR, E., ÇETİNŞAHİN, M: Aydın'da Yasal Gebelik Tahliyesi Amacıyla Başvuranların Korunma Biçimi ve Tahliye Sonrası için Düşündükleri Korunma Yöntemi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2(3): 5-8, 2001.

- 117.EROL, N., ERGİN, I., DÖNER, B., ONMUŞ, RD., ŞAKRU, N., KIRCA, Ü.:İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları.VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Diyarbakır. 22-28 Eylül 2002, 239-242.
118. Choosin Abortion-Questions and Answers,
<http://www.plannedparenthood.org/pp2/portal/medicalinfo/abortion/pub-abortion-q-and-a.xml>, 21.06.2005.
119. TEZCAN, S., ORAL, S.N., GÜÇİZ, B., PARLAR, A.: Ana Sağlığı, Aile Planlaması, Doğurganlık Konularına İlişkin Araştırma Özetleri. 1970-1986. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayın No. 86/37: 109-115, 1986, Ankara.
120. ÖZGÜR,S., BOZKURT, A.İ., ŞAHİNÖZ, S., ÖZÇIRPICI, B., ŞAHİNÖZ, T., SAKA, G., CEYLAN, A., İLÇİN, E., ACEMOĞLU, H., PALANCI, Y., AKKAFA, F.: GAP Bölgesi'nde Aile Planlaması Konusunda Davranışlar. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Diyarbakır. 22-28 Eylül 2002, 872-877.
121., Men's Surveys: New Findings. Populations Reports, 32(2): Spring, 2004.
- 122.İNCE N., ÖZYILDIRIM BA.: İstanbul'da Bir İlçede Geri Çekme Yönteminin Kullanımı. VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Diyarbakır. 22-28 Eylül, 197-199.
123. XINH, TT., LUAN, AN., HA, NT., DUNG, LT., LINH, PT., HOA, NH., et al.: Counseling Anout Contraception Among Repeated Aborters in Ho Chi Minh City, Vietnam. Health Car Efor Women International, 25(1):20-29, 2004.
- 124.ŞİMŞEK, Z., KURÇER, MA., ERSİN, F., GÖZÜKARA, F., KAYAHAN, M.: Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Hakkında Bilgileri ve Yöntem Kullanımını Etkileyen Faktörler.VIII. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı, Diyarbakır. 22-28 Eylül, 176-182.
125. TEKİN, N.: RİA Uygulanan Kadınların Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Yapılarının RİA Komplikasyonlarının Görülmesine Olan Etkisi. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul. 6-7 Eylül 1989, 101-106.

8.EKLER

EK 1.

NÜFUS PLANLAMASI HAKKINDA KANUN (Resmi Gazete ile neşir ve ilan: 10 Nisan 1965 Sayı: 11976)

I- Temel Hükümler

Madde 1- Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir.

Bu husus, gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Tıbbi zaruretler dışında gebelik sona erdirilmez veya sterilizasyon veya kastrasvon ameliyesi yapılamaz.

Madde 2- Nüfus planlaması zaruretinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelik esaslarına göre askeri, resmi ve gönüllü teşekkülleri ile işbirliği yaparak yürütülür.

Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı özel teşkilat kurmaya ve gebeliği önleyici ilaç ve araçları muhtaç olanlara parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla vermeye veya verdimeye veya sattırmak için tedbir almaya yetkilidir.

Nüfus planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliği ile tatbikata ait yönetmelik Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından. aralarında tıp fakülteleri :üretim üyelerinin de bulunduğu bir komasyonun yazılı mütalası alınmak suretiyle tespit edilir.

II- Tıbbi zaruret halinde gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon yapılmasıyla ilgili hükümler

Madde 3- Gebeliğin ana hayatını tehdit ettiği veya edeceği, . rüşeymin veya ceninin normal gelişmesini imkansız kılan veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyet sebebi teşkil edecek hallerde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının yetkili kılacağı kurulların objektif arazlara dayanan gerekçeli raporları üzerine tahliye edilebilir.

Derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde, durumu tespit eden yetkili hekim tarafından da gerekli müdahaleyi icabettiren gerekçeleri illerde Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüklerine ilçelerde Hükümet Tabipliklerine bildirmeye mecburdur.

Müdahale yoluyla rahmin tahliyesiyle ilgili esaslar, hastalıklar, tahliyenin yapılabileceği yer ve kurumlar ile acil hallerin nelerden ibaret bulunduğu ve yapılacak ihbarın şekil ve mahiyeti Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından çıkarılacak tüzükle düzenlenir.

Madde 4- Bir kadının gebe kalmamasını gerektirecek bir hastalık veya arıza ile malül olduğu veya bir erkek veya kadının irsen intikal eden vahim bir hastalı olduğu tıbben sabit olursa, bunların çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçlarını tatmine mani olmadan izalesi için gerekli müdahaleler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının yetkili kılacağı kurulların objektif araza dayanan gerekçeli raporu ile yapılabilir. Bu hususla ilgili esaslar, hastalıklar ve müdahalenin yapılabileceği yerler 3 üncü maddede çıkarılacağı bildirilen tüzükle belirtilir.

Herhangi bir hastalığın tedavisi için yapılan ve mahiyetleri itibariyle sterilizasyon veya kastrasyonu intaç eden müdahaleler bu hükmün dışındadır.

Madde 5- Üçüncü ve dördüncü maddelerde belirtilen müdahaleler, alakalı şahsın yazılı rızasına, küçüklerde velinin vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan şahıslarda sulh mahkemesinin izin vermesine bağlıdır.

Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birini tehdit eden acil hallerde izin şart değildir.

III- Ceza Hükümleri

Madde 6- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu kanunun 2 nci maddesine göre gebeliği önleyici nitelikte oldukları kabul edilmeyen ilaç ve araçlar yurt içinde imal edenler veya satanlar veya her ne surette olursa olsun dağıtanlar veya ticari maksadıyla yurda sokanlar veya bu maksatla bulunduranlar 7 aydan 2 yıla kadar hapis ve 2000 liradan 10000 liraya kadar ağır para cezasına çaptırılırlar, imalathaneler kapatılır ilaç ve araçlar müsadere olunur.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu kanunun 2 nci maddesine göre gebeliği önleyici nitelikte oldukları kabul edilen ilaç ve araçların reklam ve propagandası 1262 sayılı Kanunun 13 üncü maddesine göre yapılır. Buna aykırı hareket edenler 1 aydan 6 aya kadar hapis ve 500 liradan 2000 liraya kadara ağır para cezasına çaptırılırlar.

Madde 7- Bu kanunun. 3,4,5 inci maddeleri hükümlerine aykırı fiil ve hareketlerde bulunanlar, T.C.K. ile ceza hükümleri ihtiva den diğer kanunlarda daha ağır cezalar tayin edilmemiş ise 500 liradan 1000 liraya kadara ağır para cezasına çaptırılırlar.

IV- Kaldırılan Hükümler

Madde 8- 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununun 3 öncü maddesinin birinci fıkrasının doğumu tezyit hakkındaki hükmü ile 152 nci maddesinin başındaki «ilhaka mani veya» kelimeleri ve 156 nci maddeleri kaldırılmıştır.

Madde 9- 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 3038 sayılı Kanun'a değiştirilen 471 nci maddesinin 2 nci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir:

Birinci fıkrada yazılı fiil ve hareketlerin işlenmesini teşvik eden veya fiil ve hareketlerin işlenmesi için propaganda yapan kimse bir seneye kadar hapis veya bin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır. Eğer fiil kazanç gayesiyle işlenmiş ise her iki ceza birlikte hükmolunur.

Madde 10- Bu kanunun 1 inci ve 2 nci maddeleri yayımı tarihinde ve diğer hükümleri yayımından üç ay sonra yürürlüğe girer.

Madde 11- Bu kanunun hükümlerini Bakanlar Kurulu yürütür.

RAHİM TAHLİYESİ VE STERİLİZASYON HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ VE DENETLENMESİNE İLİŞKİN TÜZÜK (Resmi Gazete 18 Aralık 1983-Sayı: 18255) BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç ve Deyimler

Amaç

Madde 1- Bu tüzüğün amacı, rahim tahliyesinde acil müdahale hallerinin nelerden ibaret olduğunu ve yapılacak ihbarların şekli ve mahiyetini, rahim tahliyesini ve sterilizasyonu kabul edenlerden istenecek izin belgesinin şeklini ve esaslarını, rahim tahliyesini ve sterilizasyonun yapılacağı yerleri, bu yerlerde bulunması gereken sağlık koşulları ve diğer koşullarla buraların denetim ve esaslarını belirlemektir.

Deyimler

Madde 2- Bu Tüzükte geçen;

- a) Bakanlık deyimi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığını,
- b) Rahim tahliyesi deyimi, gebeliğin sonlandırılmasını,
- c) Sterilizasyon deyimi, kadınlarda tüp ligasyonu, erkeklerde vazektomiye,
- d) Menstrüel regülasyon (MR) deyimi, vakum aspirasyon yönteminin kullanıldığı küçük cerrahi müdahaleyi ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Rahim Tahliyesi

On haftayı geçmeyen gebeliklerde rahim tahliyesi:

Madde 3- Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar kadının Sağlığı açısından sakınca olmadığı takdirde, istek üzerine rahim tahliye edilir.

Rahim tahliyesi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılır.

Ancak, Bakanlıkça açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlik belgesi almış pratisyen hekimler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde menstrüel regülasyon yöntemiyle rahim tahliyesi yapılabilirler.

On haftayı geçmeyen gebelikte, rahim tahliyesinin yapılacağı yerler ve buralarda bulunması gereken koşullar:

Madde 4- On haftayı geçmeyen gebelikte, rahim tahliyesini,

a) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları mesleklerini uyguladıkları yerlerde

b) Pratisyen hekimler menstrüel regülasyon yöntemiyle resmi tedavi kurumlarında yaparlar.

Anestezi gerektiren tahliyeler ise, anestezi uygulayabilen resmi tedavi kurumlarıyla özel hastanelerde yapılır.

On hafta geçmeyen gebelikte rahim tahliyesinin yapılacağı resmi tedavi kurumlarıyla özel hastanelerde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının muayenehanelerinde, Tüzük ekli (1) sayılı listede ver alan araç ve gerecin bulunması zorunludur.

On haftayı geçen gebelikte rahim tahliyesi:

Madde 5- Gebelik süresi on haftayı geçen kadınlarda, rahim tahliyesi yapılamaz.

Bu durumda kadınlarda ancak, Tüzük ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından rahim tahliyesi yapılabilir. Hastalığın, kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla bu hastalığın ilişkin olduğu uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, kesin klinik ve laboratuvar bulgularına dayanan, gerekçeli raporların saptanması zorunludur.

Rahim tahliyesini yapan hekim bu raporu, ameliyatın sonucuyla birlikte geç bir hafta içinde, illerde Sağlık ve Sosyal Müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine göndermek zorundadır. Bu raporlar il Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğünde toplanır.

On haftayı geçen gebelikte rahim tahliyesinin yapılacağı yerler ve buralarda bulunması gereken koşullar:

Madde 6- On haftayı geçen gebelikte rahim tahliyesi, resmi yataklı tedavi kurumlarıyla özel hastanelerde yapılır.

Buralarda, Tüzüğe ekli (3) sayılı listede yer alan araç, gereç ve personelin bulunması zorunludur.

Acil hallerde rahim tahliyesi:

Madde 7- Derhal müdahale edilmediği takdirde kadının hayatını ya da organlarından birini tehdit eden acil hallerde rahim tahliye edilir.

Bu durumda, rahim tahliyesi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılır.

Rahim tahliyesini gerektiren acil haller:

Madde 8- Rahim tahliyesini gerektiren acil haller şunlardır:

a) Servikal internal os kapalı olsa bile, kadının yaşamını tehlikeye sokacak ölçüde vajinal kanamalar

b) Servikal internal osun açık olduğu haller,

c) Uterustaki gebelik ürününün bir bölümünün düştüğü ve kanamanın devam ettiği haller ya da enfeksiyon tehlikesi.

Acil hallerde rahim tahliyesinin yapılacağı yerler ve bildirme zorunluluğu:

Madde 9- Acil hallerde rahim tahliyesi resmi yataklı tedavi kurumlarıyla özel hastanelerde yapılır. Ancak, kadının buralara taşınması olanaksızsa, ameliye muayenehane, ev gibi hastanın bulunduğu yerlerde de yapılabilir.

Hekim, müdahaleyi yapmadan önce olanaksızsa, müdahaleden itibaren en 24 saat içinde, kadının kimliği, yapılan müdahaleyle müdahaleyi gerektiren nedenleri ve sonucunu, illerde Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bu raporlar, il Sağlık ve Yardım Müdürlüklerinde toplanır.

RAHİM TAHLİYESİ VE STERİLİZASYON HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ VE DENETLENMESİNE İLİŞKİN TÜZÜKTEKİ MADDE 5 DE BELİRTİLEN LİSTELER.

(1) SAYILI LİSTE

On haftayı geçmeyen gebeliklerde rahim tahliyesinin yapılacağı resmi tedavi kurumları, özel hastaneler ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının muayenehanelerinde bulunması zorunlu araç ve gereçler:

- 1- Menstrüel regülasyon (MR) ve diğer kürtaj setleri.
- 2- Otoklav ve elektrikli sterilizatör,
- 3- Uterotonikler, kanama durdurucu ilaçlar, intravenöz sıvı seti, enjektör, steril eldiven vb. diğer tıbbi araç ve gereç.
- 4- Rahim tahliyesinden sonra hastaların dinleneceği yataklar.
- 5- Elektrikli ya da elektriksiz vakum aspiratör.

(2) SAYILI LİSTE

On haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar:

A- Doğum ve Kadın Hastalıklarına bağlı nedenler

1. Daha önceki major uterin harabiyet ve hasarları
 - a- Sezaryen ameliyatı
 - b- Miyomektomi
 - c- Uterus rüptürü
 - d- Geniş perforasyon
 - e-Geçirilmiş vajinal plastik operasyonlar
2. Rekürren preeklampsi-eklampsi
3. İzomünizasyon
4. Mole hidatiform

B- Ortapedik nedenler

1. Osteogenezis imperfekta
2. Ağır kifoskolyoz
3. Doğumu güçleştiren osteomiyelit
4. Faaliyet halinde bütün mafsalları ilgilendiren osteoartiküler hastalıklar

C- Kan hastalıklarına bağlı nedenler

- 1.Lösemi
- 2.Kronik anemiye neden olan hastalıklar
- 3.Lenfomalar
- 4.Pıhtılaşma defektleri
- 5.Hemolitik sarılıklar
- 6.Agranülositozis

- 7. Tromboembolik hastalıklar
- 8. Hemoglobinopatiler ve talasemi sendromları (ağır klinik ve hematolojik bozukluğa neden olan)
- 9. Gamaglobulinopatiler
- D- Kalp ve dolaşım sistemi hastalıkları
 - 1. Doğumu engelleyen konjenital ve akkiz kalp hastalıkları
 - 2. Kalp yetmezliği, perikardit, miyokardit, miyokard enfarktüsü, aşikar koroner yetmezliği, arteriyel sistem anevrizmaları
 - 3. Ağır tromboflebitler ve lenfatik sistem hastalıkları
 - 4. Ağır bronşektaziler
 - 5. Solunum fonksiyonunu bozan kronik akciğer hastalıkları
- E- Böbrek hastalıkları
 - 1. Akut kronik böbrek hastalıkları
- F- Göz hastalıkları
 - 1. Dekolman
 - 2. Renal hipertansif ve diyabetik retinopatiler
- G- Endokrin ve metabolik hastalıklar
 - 1. Feokromositoma
 - 2. Adrenal hiperfonksiyon ya da yetmezliği
 - 3. Kontrol altına alınmayan hipotiroidi veya hipertiroidi
 - 4. Paratroid hiperfonksiyon ya da yetmezliği
 - 5. Ağır hipofiz hastalıkları
- H- Sindirim sistemine bağlı nedenler
 - 1. Gebeliğin devamını engelleyen sindirim organları hastalıkları
- İ- İmmünolojik nedenler
 - 1. İmmün yetmezliği hastalıkları
 - 2. Kollajen doku hastalıkları
- J- Bütün malign neoplastik hastalıkları
- K- Nörolojik nedenler
 - 1. Grand mal epilepsi
 - 2. Multipl skleroz
 - 3. Musküler distrofi
 - 4. Hemipleji ve parapleji
 - 5. Gebeliğin devamını engelleyen ağır nörolojik hastalıklar
- L- Ruh hastalıklarına bağlı nedenler
 - 1. Oligofreni
 - 2. Kronik şizofreni
 - 3. Psikoz manyak depresif (PMD)
 - 4. Paranova
 - 5. Uyuşturucu bağımlılıkları ve kronik alkolizm
- M- Enfeksiyon hastalıkları
 - 1. Teratojen intrauterin enfeksiyonları
 - a) Kızamıkçık
 - b) Toksoplazmozis
 - c) Sitomegalovirus
 - d) Herpes virüs grubu hastalıklar
 - 2. Cüzzam
 - 3. Sıtma
 - 4. Frengi
 - 5. Brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonlar
- N- Konjenital nedenler
 - 1. Marfan sendromu
 - 2. Mesane ekstrofisi
 - 3. Down sendromu
 - 4. Sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar
 - 5. Gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç
 - 6. Teratojenik ilaçlar
 - 7- Nörofibromatozis

EK II.**İSTEMLİ KÜRETAJ OLAN KADINLARIN KÜRETAJ OLMA NEDENLERİ VE KÜRETAJ SONU AİLE PLANLAMASI YÖNTEM SEÇİMİ DAĞILIMININ İNCELENMESİ BELİRLEMEK AMACIYLA GELİŞTİRİLEN VERİ TOPLAMA FORMU**

Adı Soyadı:

Anket Sıra No:

Tel:

İş:

Ev:

Tarih...../...../.....

Ulaşılabilecek Diğer

Tel

A-TANIMLAYICI BİLGİLER

1-Kaç yaşındasınız?.....

2-İlk evlenme yaşıınız?

3-Kaç yıldır evlisiniz?

4-Sizce bir kadın ideal olarak kaç yaşında evlenmeli?

5-Öğrenim durumunuz nedir?

1)Okur yazar değil

2)Okur yazar

3)İlkokul

4)Ortaokul

5)Lise

6)Üniversite

6-Mesleğiniz?

1)Ev hanımı

2)Çalışıyor

3) Ev Hanımı+çiftçi ya da ev işi

7-Gelir ve gider durumunuza göre kendinizi ekonomik yönden nasıl buluyorsunuz?

1)Gelir gideri karşılıyor

2)Gelir gideri kısmen karşılıyor

3)Gelir gideri karşılamıyor

8-Sosyal güvenceniz var mı?

1)Bağ-Kur

2)SSK

3) Emekli Sandığı

4)Yeşil Kart

5)Yok

9-Aile tipi

1)Çekirdek aile (Kişi sayısı

2)Geniş aile (Ailede yaşayan bireyler

10-Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet

2)Hayır

11-Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet

2)Hayır

12-Kronik bir hastalığınız var mı? 1)Evet(Tanı adı:.....)

2)Hayır

13-Sürekli ilaç kullanıyor musunuz?1)Evet (İlaç adı:.....)

2)Hayır

14-Eşiniz kaç yaşında?

15-Eşiniz ilk evlenme yaşı?

16-Eşinizin öğrenim durumu nedir?

1)Okur yazar değil

2)Okur yazar

3)İlkokul

4)Ortaokul

5)Lise

6)Üniversite

17-Eşiniz ne iş yapıyor?

1)Çiftçi

2)İşçi

3)Memur

4)Serbest meslek

5)Emekli

6)İşsiz

7)Diğer

18-Eşinizle akrabalığınız var mı?

1)Akrabalık var

2)Akrabalık yok

19-Doğduğunuz yer?

1)Köy

2)İlçe

3)İl

20- En uzun süre yaşadığınız yer?1)Köy

2)İlçe

3)İl

21-Oturduğunuz ev size mi ait?

1)Evet

2)Hayır

23-Ailenin toplam nüfusu

1)4 ve altı

2)5-7

3)8 üzeri

B-DOĞURGANLIKLA İLGİLİ BİLGİLER

- 1-İlk gebelik yaşıınız?
- 2-Toplam gebelik sayısının
- 3-Canlı doğum sayısının
- 4-Ölü doğum sayısının
- 5-Canlı doğup ölen çocuk sayısının
- 6-İsteyerek kürtaj sayısının
- 7-Kendiliğinden düşük sayısının
- 8-Yaşayan çocuk sayısının
- 9- Sizce bir kadının sahip olması gereken ideal çocuk sayısı kaçtır?
- 10-Bundan önceki gebeliğiniz ne şekilde sonuçlandı?
- 11- İleri de tekrar çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır 3)Belki
- 12-Eşiniz başka çocuk istiyor mu?
1)Evet 2)Hayır 3)Belki
- 13-Sizce bir kadın kaç yıl arayla doğum yapmalıdır? (Belirtiniz)
- 14-Bundan önceki isteyerek düşüğünüz ne kadar süre önceydi?
- 15-Şu andaki gebeliğiniz kaç haftalık?
- 16-Kürtaj olmaya kim karar verdi?
- 17 –Kürtaj (İsteyerek düşük) olma nedeniniz nedir?
.....
- 18-Yakınlarınız kürtaj olacağınızı biliyor mu? 1)Evet 2)Hayır
- 20-Ailenizin kürtaj olayını nasıl karşılar?
1)Kesinlikle kabul etmez 2)Yanlış olduğunu düşünürler ama hoş görürler
3)Çoğu kabul eder 4)Bilmiyorum 5)Onları ilgilendirmez
- 21-Sizce kürtaj günah mı? 1-Evet 2-Hayır 3- Fikrim yok
- 22-Sizce kürtaj kadın sağlığı için zararlı mı? 1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok
- 23-Bu gebeliğinizde çocuğun cinsiyeti
1)Erkek olsaydı kürtaj olmazdım 2)Kız olsaydı kürtaj olmazdım
3)Fark etmezdi
- 24-Kürtajın kaçınıcı haftaya kadar serbest olduğunu biliyor musunuz? Belirtiniz.
.....
- 25-Gebe kalsanız tekrar küretaj olur musunuz?
1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok

3-AİLE PLANLAMASI BİLGİLERİ

KORUYUCU ÖNLEMLER	1-Hiç duydunuz mu? 1-Evet 2-Hayır	2-Hiç kullandınız mı? 1-Evet 2-Hayır
Hap		
1 aylık enjeksiyon		
3 aylık enjeksiyon		
RİA		
Kondom		
Spermisid		
İç yıkama		
Geri çekme		
Takvim		
Tüpligasyonu		
Vazektomi		
Deri altı implant, ertesi gün hapı, DAP,		
Emzirme		

1-Evlenir evlenmez gebelikten korundunuz mu?

1)Korunmadım 2)Korundum (Belirtiniz)

2-İlk çocuktan sonra korundunuz mu?

1)Korunmadım 2)Korundum (Belirtiniz)

3-İlk küretajdan sonra korundunuz mu?

1)Korunmadım 2)Korundum (Belirtiniz)

4-Gebelikten koruyucu yöntemler ile ilgili bilgileri nereden edindiniz?

1-Sağlık Kuruluşları 2-Komşu, arkadaş ve akraba
3-Basın yayın araçları 4-Diğer (Eczane, okul)

4-BU GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLER VE İNANIŞLAR

1-Bu gebeliğinizde gebelikten korunmak için herhangi bir yöntemle korunuyor muydunuz?

1-Evet

2-Hayır(14. soruya geçiniz)

2-Yanıtınız evetse gebelikten korunmak için hangi yöntemi kullanıyordunuz?

1-Hap

2-Rahim içi araç

3-Kondom

4-Geri çekme

5)İğne

6)Hazne yıkama

7)Fital

8)Diğer.....

3-Bu yöntemi ne kadar süredir kullanıyordunuz?(Belirtiniz)

4-Neden bu yöntemi tercih ediyorsunuz? (Belirtiniz)

5-Bu yöntemi kullanmaya kim karar verdi? (Belirtiniz)

6-Bu yöntemi kullandığınızdan bu yana herhangi bir yakınma oldu mu?

1)Evet

2)Hayır

7-Yakınmalarınız nelerdir?

1)Kanama

2)Sancı

3)Kilo alma

4)Sıkıntı

5)Diğer(Gebe kalma, sinir,

8-Yöntem kullanmanıza rağmen gebe kalma nedeniniz nedir? Belirtiniz.

9-Yanıtınız hayır ise gebelikten korunmak için yöntem kullanmama nedeniniz nedir? Belirtiniz

10-Bu isteyerek düşüğünüzden sonra gebelikten koruyucu yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?

1-Evet

2-Hayır(18. soruya geçiniz)

3-Bilmiyorum

11-Yanıtınız evetse hangi yöntemi kullanmayı düşünüyorsunuz?

1-Hormonal kontrasepsiyon

2-RİA

3-Kondom

4-Geri çekme

5-Norplant

6-Hazne Yıkama

7-Tüp ligasyonu

8-Vazektomi

12-Bu düşüncenizi kim etkiledi?

1-Komşu, akraba, arkadaş

2-Doktor

3-Eşim

4-Aile büyükleri

5-Ebe/hemşire

6-Kendi kararım

7-Beraber

13-Yanıtınız hayırsa gebelikten koruyucu yöntem kullanmayı niçin düşünmüyorsunuz?

1-Kontraendikasyon/ diğer sağlık nedenleri

2-Hala kararsız

3-Yöntem sağlık kuruluşunda mevcut değil

4-Daha sonra başlamayı tercih ediyor

5-Diğer belirtiniz.....

14-Gebeliği önleyici yöntemleri hakkında bilgi almak ister misiniz?

1)Evet

2)Hayır

15- Gebeliği önleyici hakkında bilgiyi kimden almak istersiniz? Belirtiniz.

16-Sizce en etkili gebeliği önleyici yöntem hangisidir?

1)Rahim içi araç

2)Hormonal Yöntem

3)Kondom

4)Cerrahi sterilizasyon

5)Geri çekme

6)Diğer (Fital, iç yıkama)

17-Eşiniz gebeliği önleyici. yöntemlerden hangisini tercih ediyor? Belirtiniz

1)RİA

2)Hormonal yöntem

3)Cerrahi sterilizasyon

4) Condom

5)Etkisi sınırlı yöntem

6)Fark etmez, akdın korunsun

**GEBELİĞİN İSTEYEREK DÜŞÜKLE SONLANDIRILMASINDAN 2 AY SONRA
UYGULANACAK AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DURUMU SORU
FORMU**

- 1-**Şu anda gebelikten koruyucu her hangi bir yöntem kullanıyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır (12. soruya geçiniz)
- 2-**Bir önceki soruya cevabınız evetse kullandığınız yöntem nedir?
1)Kondom 2)RİA 3)Hap
4)Enjekte edilen kontraseptifler 5)Deri altı implantlar 6)Diyafram
7)Geri çekme 8)Takvim yöntemi 9)Sperisit
10)Vajinal lavaj 11)Tüp ligasyonu 12)Vazektomi
13)Diğer (Belirtiniz).....
- 3-**Niçin bu yöntemi seçtiniz?
1)Bana en uygun olduğu için 2)Kocam istiyor 3)Kolay ulaştığım için
4)Çocuk olmasın 5)Tavsiye 6)Kendi için uygun
7)Başka yöntemle geçinceye kadar 8)Diğer yöntemleri kullanamama
9)Rahat, kolay 10)Beyine güvenmiyor
11)Uzun süreli, güvenilir 12)Diğer (Belirtiniz.....)
- 4-**Ne zaman kullanmaya başladınız?
.....
- 5-**Kullandığınız yöntemden memnun musunuz?
1)Evet (Anketi bitir) 2)Hayır
- 6-**Yöntemi değiştirmeyi düşünüyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır 3)Bilmiyor
- 7-**Kullandığınız gebelikten koruyucu yöntemi değiştirmek istemenizin nedeni nedir?
1)Yönteme ilişkin şikayetlerin olması 2)Kullanımın zor olması
3)Elde edilebilirliğin zor olması 4)Gebelik olasılığının yüksek olması
5)Diğer (Yan etki)
- 8-**Cevabınız evetse gebelikten koruyucu hangi yöntemi kullanmak istiyorsunuz?
1)Kondom 2)RİA 3)Hap
4)Enjekte edilen kontraseptifler 5)Deri altı implantlar 6)Diyafram
7)Geri çekme 8)Takvim yöntemi 9)Sperisit
10)Vajinal lavaj 11)Tüp ligasyonu 12)Vazektomi
13)Diğer (Belirtiniz).....
- 9-**Şu anda gebelikten koruyucu bir yöntem kullanmama nedeniniz nedir?
1)Kontrendikasyonlar/Diğer sağlık nedenleri 2)Gebe
- 10-**Daha sonrası için gebelikten koruyucu bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?
1)Evet 2)Hayır 3)Bilmiyor
- 10-**Cevabınız evetse hangi yöntemle korunmayı düşünüyor musunuz?
1)Kondom 2)RİA 3)Hap
4)Enjekte edilen kontraseptifler 5)Deri altı implantlar 6)Diyafram
7)Geri çekme 8)Takvim yöntemi 9)Sperisit
10)Vajinal lavaj 11)Tüp ligasyonu 12)Vazektomi
13)Diğer (Belirtiniz).....

ÖZ GEÇMİŞ

1977 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk ve orta öğreniminin Gaziantep'te tamamladıktan sonra girmiş olduğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun oldu. Öğrenciliği esnasında ve sonrasında Antalya Devlet Hastanesi Beyin Cerrahi Yoğun Bakım Servisi, Nöroloji Servislerinde çalıştı. Bu kurumdan kendi isteğiyle ayrılarak Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak göreve başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmalarını sürdürmektedir.