

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KARS'TA İKİNCİ BASAMAK BİR HASTANEYE BAŞVURAN
GEBELERDE İSTENMEYEN GEBELİK SIKLIĞI VE
İSTENMEYEN GEBELİKLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Hilal KARAHAN

Danışman

Doç. Dr. Binali ÇATAK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KARS 2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KARS'TA İKİNCİ BASAMAK BİR HASTANEYE BAŞVURAN
GEBELERDE İSTENMEYEN GEBELİK SIKLIĞI VE
İSTENMEYEN GEBELİKLERİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

(UZMANLIK TEZİ)

Dr. Hilal KARAHAN

Danışman

Doç. Dr. Binali ÇATAK

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

KARS 2023

ÖNSÖZ

İstenmeyen veya zamanlamasının yanlış olduğu bildirilen gebelik olarak tanımlanan istenmeyen gebelik, karşılanmamış doğum kontrolü ve toplumun aile planlaması ihtiyacını anlamak için temel kavramlardan biri olarak kabul edilmektedir.

Dünya genelinde, her yıl, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan 74 milyon kadının istenmeyen gebelik yaşadığı, bu gebeliklerin sonucu olarak yıllık 47.000 anne ölümü meydana geldiği tahmin edilmektedir. Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü tarafından istenmeyen gebeliklerin doğrudan ve dolaylı etkileri ile tahmini olarak her yıl 2,7 milyon yenidoğan ölümü ve 2,6 milyon ölü doğum gerçekleştiği açıklanmıştır.

İstenmeyen gebelik insidansı son on yılda dünya genelinde azalmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan bölgelerde halen yüksektir. Bu yönden istenmeyen gebelikler, öncelikli halk sağlığı sorunlarından biri olarak nitelendirilmektedir.

Dünya genelinde, istenmeyen gebelikler ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörlere ilişkin araştırmalar bulunsa da ülkemizde bu konuya ilişkin araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu çalışmada, Kars ilindeki ikinci basamak bir hastaneye başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığının belirlenmesi ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörleri incelenmesi amaçlanmıştır.

Uzmanlık eğitimimde bana bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Binali Çatak'a teşekkür ederim.

Saygılarımla
Dr. Hilal Karahan

ÖZET

Kars'ta İkinci Basamak Bir Hastaneye Başvuran Gebelerde İstenmeyen Gebelik Sıklığı ve İstenmeyen Gebelikleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Bu araştırmada, Kars'ta ikinci basamak bir hastaneye başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığının belirlenmesi ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı. Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini ilgili hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2021 yılında kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebe sayısı 2118'dir. İki bin yirmi iki (2022) yılında da aynı sayıda gebe başvuracağı öngörülmüştür ve araştırmanın evreni 2118 olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü $N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / S^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p$ formülü kullanılarak 326 gebe olarak bulunmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkeni mevcut gebeliği istem durumudur. Araştırmanın bağımsız değişkenleri gebelerin sosyodemografik, biyodemografik, sosyoekonomik ve sağlık hizmet kullanımı-sağlık özellikleridir. Araştırma, ilgili kliniğe Ağustos 2022 ve Eylül 2022 tarihleri arasında başvuran toplam 326 gebe ile onamları alındıktan sonra yüz yüze yapılmıştır. Çalışma grubunda, istenmeyen gebelik sıklığı %36,5 olarak belirlendi. Ayrıca, kadınların %17,2'sinin mevcut gebeliği hiç istemediği, %19,3'ün ise gebeliği sonradan istediği saptandı. İstenmeyen gebelik, yaşadığı hanede dört ve daha az kişi bulunan gebelere göre, beş ve üzeri kişi bulunan gebelerde 2,4 kat (95% GA: 1,336-4,347), resmi nikahı bulunan gebelere göre, resmi nikahı bulunamayan gebelerde 4,9 kat (95% GA: 1,115-21,246), çocuk sahibi olmayan gebelere göre, tek çocuğu bulunan gebelerde 5,1 kat (95% GA: 2,379-11,038), iki ve daha fazla çocuğu bulunan gebelerde 17,6 kat (95% GA: 7,921-39,030) fazla olduğu belirlendi. Ayrıca, istenmeyen gebelik, gebelikten önce modern doğum kontrol yöntemi kullanan kadınlara göre, geleneksel yöntem kullanan kadınlarda 3,3 kat (95% GA: 1,575-7,165), yöntem kullanmayan kadınlarda 4 kat (95% GA: 1,670-9,334) fazla olduğu saptandı. İstenmeyen gebelikler ile ilişkili faktörlerin saptanmasını amaçlayan yerel çalışmalar yürütülerek ilgili topluma özgü risk faktörleri belirlenmeli ve gerekli müdahaleler, bu faktörler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. **Anahtar Sözcükler:** Aile Planlaması, Ana Çocuk Sağlığı, Halk Sağlığı, İstenmeyen Gebelik, Sosyoekonomik Faktörler

ABSTRACT

Examination of the Frequency of Unintended Pregnancy and the Factors Affecting Unwanted Pregnancies among Pregnant Women Admitted to a Secondary Care Hospital in Kars

In this study, it was aimed to determine the frequency of unintended pregnancies among pregnant women who applied to a secondary care hospital in Kars and to evaluate the factors affecting unintended pregnancies. The research is of cross-sectional type. The population of the study consisted of pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology clinic of the relevant hospital. In 2021, the number of pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology clinic of the hospital where the research was conducted was 2118. It was predicted that the same number of pregnant women would apply in 2022, and the population of the study was determined as 2118. The sample size was found to be 326 pregnant women by using the $N.t^2.p.q/S^2.(N-1) + t^2.p$ formula. The dependent variable of the study is the status of intention for the current pregnancy. The independent variables of the study are sociodemographic, biodemographic, socioeconomic and health service use-health characteristics of pregnant women. The study was conducted face to face with a total of 326 pregnant women who applied to the relevant clinic between August 2022 and September 2022 after their consent was obtained. The frequency of unintended pregnancy in the study group was determined as 36.5%. In addition, it was determined that 17.2% of the women did not want the current pregnancy at all and 19.3% desired the pregnancy later. Unintended pregnancy was 2.4 times (95% CI: 1.336-4.347) higher in pregnant women with five or more people compared to pregnant women with four or less people in their households, and 4.9 times (95% GA: 1.115-21.246) higher in pregnant women with no civil marriage, compared to pregnant women with civil marriage. Also, unintended pregnancy was 5.1 times (95% CI: 2.379-11.038) higher in pregnant women with one child and 17.6 times (95% CI: 7.921-39.030) higher in pregnant women with two or more children, compared to pregnant women who don't had children. Moreover, unintended pregnancy was found to be 3.3 times (95% CI: 1.575-7.165) higher in women using traditional methods and 4 times (95% CI: 1.670-9.334) higher in women who did not use a method compared to women who used modern contraception before pregnancy. Risk factors peculiar to the related community should be specified by conducting local studies aiming to determine the factors associated with unintended pregnancy and necessary interventions should be applied by considering these factors. **Keywords:** Family Planning, Maternal and Child Health, Public Health, Unintended Pregnancy, Socioeconomic Factors

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	II
ÖZET	III
ABSTRACT.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İstenmeyen Gebelik Kavramı	3
2.1.1. Dünyada İstenmeyen Gebeliklerin Durumu.....	4
2.1.2. Ülkemizde İstenmeyen Gebeliklerin Durumu.....	6
2.2. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri.....	6
2.2.1. Aile Planlaması ile İlgili Faktörler	7
2.2.1.1. Karşılanmayan Aile Planlaması İhtiyacı.....	8
2.2.1.2. Ülkemizdeki Sağlık Politikaları ve Aile Planlaması Çalışmaları ile İlgili Faktörler.....	8
2.2.2. Sosyodemografik, Biyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörler	10
2.2.3. Şiddet ile İlgili Faktörler	12
2.2.4. Olağan Dışı Durumlar ile İlgili Faktörler.....	12
2.3. İstenmeyen Gebeliklerin Sonuçları	13
2.3.1. Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmeti Alma.....	13
2.3.2. İstemli Düşükler ve Güvenli Olmayan Düşükler	14
2.3.3. Anne Ölümleri.....	15
2.3.4. Annede Gelişen Ruhsal Sorunlar	16
2.3.5. Emzirme ve Çocuk Gelişimi	16
2.3.6. Maternal-Fetal Bağlanma	17
2.3.7. Çocuk İhmali ve İstismarı	18
2.3.8. Çocuk Ölümleri	19
3. MATERYAL VE METOT.....	20
3.1. Bölgenin Tanıtımı	20
3.1.1. Coğrafi Yapı.....	20
3.1.2. Nüfus ve Sosyoekonomik Yapı.....	20

3.1.3. Sağlık Yapısı	20
3.1.4. Eğitim Düzeyi	21
3.2. Araştırmanın Yöntemi	21
3.3. Araştırmanın Yeri	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.5. Çalışmanın Değişkenleri	23
3.5.1. Çalışmanın Bağımlı Değişkeni: Gebelerin mevcut gebeliği istem durumu ...	23
3.5.2. Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri	23
3.6. Veri Toplama Araçları	27
3.6.1. Araştırmanın Veri Toplama Formunun Hazırlanması:	27
3.6.2. Araştırmanın Ön Denemesi:	27
3.7. Araştırma ile İlgili İzinler	28
3.8. Verilerin Toplanması	28
3.9. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:	28
3.10. Araştırma için dışlama kriterleri:	28
3.11. Çalışmadan çıkarılma kriterleri: Araştırmaya katılmayı kabul etmemek	28
3.12. Çalışma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analiz Edilmesi	28
3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları	29
4. BULGULAR	30
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	30
4.2. İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Ki-Kare Analizleriyle İncelenmesi	37
4.3. İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi	43
5. TARTIŞMA	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
6.1. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR	64
Ek: Veri Toplama Formu	72
ÖZGEÇMİŞ	75

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CİSÜ Platformu	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FFCW	Fragile Families and Child Well-Being
GA	Güven Aralığı
HÜNEE	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
RIA	Rahim içi araç
SPSS	Statistical Package for Social Science
TNSA	Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması
UNFPA	United Nations Population Fund

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: 1990–94 ve 2015–19 Yılları Arasında İstenmeyen Gebelik ve Düşük Oranları ve Düşük ile Sonuçlanan Gebelikler Arasında İstenmeyen Gebeliklerin Yüzdesi.....	5
Tablo 2. Araştırmanın Sosyodemografik Bağımsız Değişkenleri	23
Tablo 3: Araştırmanın Biyodemografik Bağımsız Değişkenleri	24
Tablo 4: Araştırmanın Sosyoekonomik Bağımsız Değişkenleri.....	25
Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Özellikleri.....	26
Tablo 6: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (Kars,2022)	30
Tablo 7: Gebelerin Biyodemografik Özellikleri (Kars,2022).....	31
Tablo 8: Daha Önce Gebelik Yaşamış Kadınların Biyodemografik Özellikleri (Kars,2022).....	32
Tablo 9: Gebelerin Sosyoekonomik Özellikleri (Kars,2022)	34
Tablo 10: Gebelerin Sağlık Özellikleri ile Gebenin ve Eşinin Sigara İçme Alışkanlıkları (Kars,2022).....	35
Tablo 11: Gebelerin Gebelikten Önce Sağlık Hizmetlerini ve Korunma Yöntemlerini Kullanma Durumları (Kars,2022)	36
Tablo 12: Gebelerin Gebeliklerini İstem Durumları (Kars,2022).....	36
Tablo 13: Mevcut Gebeliği İstememiş Olan Gebelerin Gebelik İstememe Nedenleri (Kars,2022).....	37
Tablo 14: Sosyodemografik Özelliklerin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022).....	38
Tablo 15: Biyodemografik Özelliklerin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022).....	40
Tablo 16: Sosyoekonomik Özelliklerin Gebeliği İsteme Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022).....	41
Tablo 17: Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Özelliklerinin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022)	42
Tablo 18: İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Kars,2022).....	45

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kavram olarak *istenmeyen gebelik*, çocuk istenmediğinde veya çocuk istenen zamandan daha önce meydana gelen gebelikleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu gebelikler, kadınlar ve çocuklar için bazı sağlık sorunları ve olumsuz sosyal ve psikolojik sonuçlar ile ilişkilendirilmektedir. (<https://www.cdc.gov>, Erişim Tarihi: 25 Temmuz 2022).

İstenmeyen gebeliklerin, her yıl dünya genelinde saptanan gebeliklerin neredeyse yarısını (121 milyon) oluşturduğu tahmin edilmektedir (Bearak ve ark. 2020). Yakın zamanda yayımlanan bir çalışmada, 150 ülkedeki kontraseptif ihtiyacı ve kullanımı, doğum oranları, istenmeyen gebelik sonucu yapılan doğumların oranları ve kürtaj insidansı verileri kullanılarak oluşturulan modele göre; ülkeler arasında, 15-49 yaş kadınlarda istenmeyen gebelik hızının bin kişide 11 ile 145 arasında değiştiği saptanmıştır (Bearak ve ark. 2022).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre, ülkemiz genelinde yapılan doğumların %26'sına yakını istenmeyen gebeliklerden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, aynı çalışmada, tüm gebeliklerin %15'inin hiç istenmeyen gebelikler olduğu saptanırken %11'inin ise daha sonra gerçekleşmesi istenen gebelikler olduğu saptanmıştır. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, HÜNEE 2018)

İstenmeyen gebelikler, kadınlar ve çocukları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Öncelikle, bu gebeliklerin çoğu kürtajla sonuçlanmaktadır. Kürtaja ilişkin katı yasalarının bulunduğu ülkelerde, uygun olmayan koşullarda ve uygun olmayan şekilde yapılan yasa dışı kürtaj veya isteyerek düşükler, anne ölümlerinin önemli bir nedenidir (The European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE Capri Workshop Group 2018). DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) tarafından (2020), dünya genelinde uygulanan tüm kürtaj işlemlerinin tahmini olarak yüzde 45'inin güvenli olmadığı, bu durumun bir halk sağlığı acili olduğu açıklanmıştır. Gelişmekte olan ülkelere, güvenli olmayan kürtajın her yıl yaklaşık 7 milyon kadının hastaneye yatırılmasına yol açtığı belirtilmektedir (Singh ve Maddow-Zimet 2016).

İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda, doğum öncesi bakımın gecikmesi, çocukta düşük doğum ağırlığının saptanması, doğan çocukların ileride

istismar ve ihmal edilmesi ve bu çocuklarda davranış problemi görülmesi gibi sorunlarla karşılaşma olasılığının arttığı belirtilmektedir (Naveed ve ark. 2018). İstenmeyen gebelik sonucunda doğan çocukların, genellikle zihinsel ve fiziksel açıdan daha kötü sağlığa sahip olduğu, bilişsel testlerde daha az başarı gösterdikleri ve bu çocukların daha yüksek olasılıkla evliliği kötü giden anne-baba ile yaşadıkları belirtilmektedir (Gipson ve ark. 2008; Carson ve ark. 2013)

Ayrıca, istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda hemoglobin düzeyinin düşük olarak saptanması gibi bulgularla birlikte, aile içi şiddet deneyimi yaşamış olma, kaygı, depresyon, intihar eğilimi gibi sosyal ve psikolojik problemlerin saptanma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yanikkrem ve ark. 2013; Abajobir ve ark. 2016; Naveed ve ark. 2018).

Dünya genelinde, ana ve çocuk sağlığı açısından yol açtığı olumsuz sonuçlar nedeniyle, halk sağlığına yönelik politikaların temel amaçlarından birinin, istenmeyen gebeliklerin sayısının azaltılması olması gerektiği belirtilmektedir (ESHRE Capri Workshop Group 2018).

Literatürde, dünya çapında istenmeyen gebelikler ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörlere ilişkin araştırmalar bulunsa da ülkemizde bu konuya ilişkin araştırmalar sınırlı sayıdadır. Literatür taramasında, Kars ilinde bu konuda yürütülen çalışma bulunmadığı saptanmıştır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, Kars ilinin kadın sağlığı ve aile planlaması konusundaki sağlık hafızasının oluşturulmasına katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada, Kars ilindeki ikinci basamak bir hastaneye başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığının belirlenmesi ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İstenmeyen Gebelik Kavramı

İstenmeyen gebelik (unintended pregnancy), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA) tarafından, “Daha fazla çocuk sahibi olmayı planlamayan veya istenenden daha erken meydana geldiği için yanlış zamanda bir kadının başına gelen gebelik” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım, gebeliğin sonucundan (kürtaj, düşük veya plansız doğum) bağımsız olarak yapılmaktadır (UNFPA 2022). Bu gebelikler, CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından “Çocuk sahibi olmanın veya daha fazla çocuğun istenmediği durumlarda meydana gelen ya da zamanlamasının yanlış olduğu (örneğin, gebeliğin istenilenden daha erken gerçekleşmesi) gebelikler” olarak tanımlanmıştır (www.cdc.gov, Erişim Tarihi: 22 Ekim 2022).

İstenmeyen gebelik tanımları, kadının gebe kalmadan önceki düşüncesini yansıtabilecek şekilde oluşturulmuştur. İstenmeyen gebelikler, istenmeyen (çocuk olmaması veya daha fazla çocuk istenmediği halde meydana gelen) veya zamanlaması yanlış (istenenden daha erken meydana gelen) olarak bildirilen gebeliklerdir. Buna karşılık, gebeliklerin *doğru zamanda* veya istenenden daha sonra (kısırlık veya gebe kalma güçlüğü nedeniyle) gerçekleştiği bildirilirse, istenen gebelik olarak tanımlanmaktadır (Santelli ve ark. 2003).

Gebeliğin istenmesi durumu, genellikle sadece canlı doğumla sonuçlanan gebelikler için ölçülmekte veya raporlanmaktadır. Kürtajla sonuçlanan gebeliklerin genellikle istenmediği varsayılmaktadır. İstenmeyen gebelikler ile ilgili bu tanımlar, gebeliğin bilinçli bir karar olduğunu varsaymaktadır (Santelli ve ark. 2003).

Yukarıda belirtilen nedenlerden dolayı, istenmeyen gebeliklerin ölçümü karmaşıktır. Ortak kullanımda tek, doğrulanmış bir ölçüm veya gerçek tanımın bulunmadığı belirtilmektedir (ESHRE Capri Workshop Group 2018). Ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerde, istenmeyen gebelik ile ilgili en yaygın kullanılan kaynak veriler olan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (Nüfus ve sağlık araştırmaları 1984 yılından beri 85 ülkede, beş yılda bir yürütülmektedir.) yakın zamanda doğumun ya da mevcut

gebeliğin istenen, daha sonra gerçekleşmesi istenen veya hiç istenmeyen bir gebelik olma durumu sorgulanmaktadır.

2.1.1. Dünyada İstenmeyen Gebeliklerin Durumu

Bearak ve ark. (2020) tarafından yürütülen araştırmada, dünya genelinde, 2015-19 yılları için, meydana gelen gebeliklerin tahmini olarak %48'inin istenmeyen gebelikler olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda, bu zaman aralığında, 15-49 yaş arasındaki 1000 kadın başına yıllık 64 istenmeyen gebelik meydana geldiği tahmin edilmiştir. İstenmeyen gebeliklerin %61'inin kürtajla sonuçlandığı (yılda 73,3 milyon kürtaj), bunun da 15-49 yaşlarındaki her 1000 kadın için 39 kürtaj oranına denk geldiği belirlenmiştir. Avrupa ve Kuzey Amerika istenmeyen gebelik oranındaki %47'lik düşüş, kürtaj hızındaki %63'lük düşüş ile dünyada en dramatik iyileşmeyi sağlayarak sağlık hizmet sunumunun önemini göstermiştir. Aynı şekilde kürtaj ile sonuçlanan istenmeyen gebeliklerin oranında da belirgin düzeyde düşüş saptanmıştır (Tablo 1).

Finer ve Zolna tarafından (2016) yürütülen çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD), istenmeyen gebelik oranı %45 olarak tahmin edilmiştir. Rowe ve ark. tarafından (2016) Avustralya'da yürütülen ulusal düzeydeki araştırmaya 18-51 yaş arası kişiler dahil edilmiş, çalışmanın sonucunda, katılımcıların %40'ının daha önce istenmeyen gebelik deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Bain ve ark. tarafından (2020) Sahra Altı Afrika ülkelerinde yapılmış 29 araştırma ile yürütülen sistematik derleme çalışmasında, bu ülkelerdeki istenmeyen gebelik oranı %33,9 olarak saptanmıştır. Sarder ve arkadaşları tarafından (2021) Bangladeş, Pakistan, Nepal, Afganistan, Maldivler ve Hindistan'ı içeren altı Asya ülkesinde yürütülen çalışmaların verileri kullanılarak yapılan çalışmada, bu ülkelerdeki istenmeyen gebelik oranı %19,1 olarak saptanmıştır. Kebede ve arkadaşları (2021) tarafından Etiyopya'da yürütülmüş 24 araştırmanın verileri kullanılarak yürütülen meta analiz ve sistematik derleme çalışmasında ise bu ülkedeki istenmeyen gebelik oranı %30,0 (%95 GA; %27,0-33,0) olarak saptanmıştır.

Tablo 1: 1990–94 ve 2015–19 Yılları Arasında İstenmeyen Gebelik ve Düşük Oranları ve Düşük ile Sonuçlanan Gebelikler Arasında İstenmeyen Gebeliklerin Yüzdesi

	15-49 yaş arası kadınlarda istenmeyen gebelik hızı (binde)			15-49 yaş arası kadınlarda kürtaj hızı (binde)			Kürtaj ile sonuçlanan istenmeyen gebelikler (%)		
	1990-94	2015-19	1990-94 ve 2015-19 arası değişim	1990-94	2015-19	1990-94 ve 2015-19 arası değişim	1990-94	2015-19	1990-94 ve 2015-19 arası değişim
Dünya	79 (74 ile 84)	64 (60 ile 70)	- 18 (-24 ile -11)	40 (37 ile 44)	39 (35 ile 44)	- 3 (-14 ile 10)	51 (48 ile 54)	61 (58 ile 63)	18 (12 ile 26)
Sahra-altı Afrika	103 (96 ile 112)	91 (86 ile 96)	-12 (-19 ile -4)	27 (20 ile 34)	33 (29 ile 38)	24 (-3 ile 65)	26 (21 ile 31)	37 (34 ile 40)	41 (18 ile 76)
Batı Asya ve Kuzey Afrika	126 (103 ile 158)	86 (67 ile 114)	-31 (-45 ile -16)	61 (40 ile 91)	53 (34 ile 78)	-14 (-40 ile 21)	48 (39 ile 58)	61 (51 ile 69)	25 (6 ile 50)
Orta ve Güney Asya	89 (76 ile 107)	64 (59 ile 70)	-28 (-40 ile -15)	40 (29 ile 56)	46 (42 ile 51)	15 (-17 ile 60)	45 (37 ile 54)	72 (69 ile 75)	59 (35 ile 93)
Doğu ve Güneydoğu Asya	60 (53 ile 70)	58 (48 ile 73)	-4 (-19 ile 15)	38 (35 ile 42)	43 (34 ile 54)	13 (-9 ile 42)	63 (54 ile 70)	74 (65 ile 80)	16 (7 ile 29)
Latin Amerika	94 (88 ile 100)	69 (61 ile 79)	-27 (-35 ile -16)	35 (31 ile 38)	32 (25 ile 41)	-8 (-28 ile 21)	37 (34 ile 40)	47 (41 ile 53)	26 (9 ile 45)
Avrupa ve Kuzey Amerika	67 (62 ile 72)	35 (33 ile 39)	-47 (-53 ile -40)	46 (42 ile 50)	17 (15 ile 20)	-63 (-67 ile -56)	69 (66 ile 72)	49 (45 ile 53)	-29 (-34 ile -24)
Avustralya ve Yeni Zelanda	42 (36 ile 48)	38 (32 ile 45)	-9 (-21 ile 5)	19 (18 ile 20)	15 (12 ile 19)	-19 (-37 ile 3)	45 (39 ile 53)	41 (33 ile 50)	-11 (-27 ile 7)
Okyanusya (Avustralya ve Yeni Zelanda hariç)	82 (61 ile 116)	78 (58 ile 113)	-4 (-21 ile 16)	22 (8 ile 53)	34 (16 ile 66)	51 (-8 ile 161)	28 (13 ile 48)	44 (27 ile 60)	54 (8 ile 147)

*Parantez içerisinde %80 güven aralıkları verilmiştir.

Kaynak: Bearak J ve ark. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. The Lancet Global Health, 8(9), e1152-e1161, 2020.

2.1.2. Ülkemizde İstenmeyen Gebeliklerin Durumu

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, ülkemiz genelinde 1993 yılından beri beş yılda bir kesintisiz olarak yürütülmekte olan ve anne ve çocuk sağlığı ölçütlerinin incelendiği TNSA (Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması) çalışmalarında, istenmeyen doğumlara ilişkin veriler toplanmaktadır. 1993 yılında yürütülen TNSA çalışmasında, toplam doğurganlık hızı 2,7 olarak tespit edilmiş, buna karşın, toplam istenen doğurganlık hızının ise 1,8 olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya göre, 1993 yılından önceki beş yıl için, ülkemizdeki tüm doğumların üçte birinden fazlası istenmeyen doğumlardır. 2018 yılında yürütülen TNSA çalışmasında ise toplam doğurganlık hızı 2,3 ve toplam istenen doğurganlık hızı 2,0 olarak saptanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; ülkemizde, 1993-2018 yılları arasında, ise toplam doğurganlık hızının %15 azaldığı, toplam istenen doğurganlık hızının %11 arttığı, istenmeyen doğumların ise %67 azaldığı görülmektedir. TNSA çalışmalarında sadece istenmeyen doğumlar sorgulandığından bu çalışmalarda toplanan veriler, istenmeyen gebeliklere ilişkin kısmi veri sunmaktadır (hips.hacettepe.edu.tr, Erişim tarihi: 22 Ekim 2022).

İzmir, Ankara, Kırklareli, Kayseri, Hatay, Zonguldak, Diyarbakır, Erzurum ve Manisa’da farklı tarihlerde yürütülen çalışmaların sonuçları incelendiğinde, araştırma gruplarına dahil edilen kadınlarda istenmeyen gebelik oranının %14,8-%43,8 arasında değiştiği görülmektedir (Savaş ve ark. 2017; Apay ve ark. 2015; Dikmen ve ark. 2015; Pilatin ve ark. 2014; Erken ve Günay 2015; Söğüt ve Erbay 2017; Çetinkaya 2018; Özkan ve ark. 2019).

2.2. İstenmeyen Gebeliklerin Nedenleri

İstenmeyen gebeliklerin en önemli nedeni, kadınların güvenilir doğum kontrol yöntemlerine erişememesi olarak gösterilmektedir. Ancak doğum kontrol yöntemlerinin kadınlar için ulaşılabilir olmasının kritik derecede önemli olmakla birlikte, tek başına yetersiz olduğu öne sürülmektedir. Bir araştırmada, doğum kontrolü konusunda farkındalık ve yöntemlere erişim eksikliğinin artık yöntem kullanmamanın başlıca nedenleri arasında olmadığı gösterilmiştir. Günümüzde, yan etkiler, doğum kontrol yöntemlerine ilişkin toplumda oluşan yanlış algılar ve damgalanma korkusu gibi etkenlerin ön planda olduğu öne sürülmektedir (Sedgh ve

Hussain 2014). Bunun yanında, bireysel, ailevi ve toplumsal faktörlerin; kız çocuklarını, ergenleri ve yetişkin kadınları düşük eğitim düzeyi, madde kullanımı/istismarı ve eş şiddeti gibi olumsuz sonuçlarıyla birlikte istenmeyen gebeliklere karşı da savunmasız hale getirdiği belirtilmektedir (Chung ve ark. 2018). Çalışma kapsamında güncel literatür verileri incelenmiş, istenmeyen gebelikler ile ilişkili olduğu saptanan faktörler aşağıda sunulmuştur.

2.2.1. Aile Planlaması ile İlgili Faktörler

Aile planlaması, kişilerin çocuk sahibi olmaya veya ne zaman çocuk sahibi olacaklarına karar vermelerini sağlayan faktörlerin bütünüdür. Aile planlaması, istendiğinde nasıl gebe kalınacağına dair bilgileri ve infertilite tedavisini de içermelidir. Kontrasepsiyon olarak da isimlendirilen doğum kontrolü, gebeliği önlemek için tasarlanmış yöntemleri barındırmaktadır. Bu yöntemler, haplar, implantlar, rahim içi araçlar, doğurganlığı sınırlayan cerrahi prosedürler ve prezervatif gibi bariyer yöntemleri olmak üzere çok geniş yelpazedeki doğum kontrol yöntemlerini ve ayrıca takvim yöntemi ve perhiz gibi invaziv olmayan yöntemleri içermektedir (McFarlane 2022).

Dünya genelindeki 1,9 milyar 15-49 yaş grubu kadının tahmini olarak 1,1 milyarının 2019 yılı için aile planlaması ihtiyacı bulunduğu; bunların 842 milyonunun doğum kontrol yöntemleri kullandığı, ancak geriye kalan 270 milyon kadının doğum kontrolü ihtiyacının karşılanmadığı belirtilmiştir (Kantorová ve ark. 2020).

Aile planlaması hizmeti sunumu, gebe kalma niyetinin yanı sıra, istenmeyen gebeliğin ne olduğunun ve kadınların bunu nasıl algıladığının da değerlendirilmesini içermelidir. Pek çok kadının, gebeliği kontrol edemeyeceğini düşündüğü ve gebeliği *bir anda olan bir şey* olarak algıladığı belirtilmektedir (Biggs ve ark. 2012). Ek olarak, sosyal ve kültürel belirleyicilerin etkisi sonucu, kadınlar gebeliğin kendiliğinden bir süreç olması gerektiğini düşünebilmekte, bazı kadınlar için aile planlaması uygulamaları sosyal ve kültürel olarak kabul edilebilir görünmeyebilmektedir (Morse ve ark. 2017).

2.2.1.1. Karşılanmayan Aile Planlaması İhtiyacı

Karşılanmayan aile planlaması ihtiyacı, ifade edilen doğurganlık tercihleri ile kontrasepsiyon uygulaması arasındaki uyumsuzluğu yani, gebelikten kaçınma arzusunun gebeliği önleme davranışına dönüştürülememesini ifade etmektedir. Başka bir çocuk istemediğini belirten veya bir sonraki doğumu en az iki yıl ertelemek isteyen, buna karşın bir doğum kontrol yöntemi kullanmayan bireyler, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacına sahip kadınlar olarak tanımlanmaktadır (Machiyama ve ark. 2017). Sonuç olarak, karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olan kadınlar, istenmeyen gebelik riskine maruz kalmaktadır.

Aile planlaması hizmeti sunumunun yetersizliği, özellikle gelişmekte olan ülkelerde karşılanmayan aile planlaması ihtiyacının en önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Ek olarak, sağlık yan etkilerinden korkma, normatif kabul edilebilirlik (dini kaygılar dahil), sosyal kabul edilebilirlik (eşin onayının dışında doğurganlığa karar verememe) ve çeşitli kültürel faktörler gibi hizmet sunumunun kalitesi ile ilişkili olmayan etkenler de mevcuttur (Campbell ve ark. 2006). Algılanan gebe kalma riskinin gerçek gebe kalma riski ile uyuşmaması ve gebelikten kaçınma isteği ile ilgili belirsizlik ve kararsızlığın da istenmeyen gebeliklerin oluşmasında önemli rol oynayabileceği belirtilmektedir (Jones ve ark. 2015). Örneğin, Endonezya'da yürütülen bir araştırmada, hükümetin doğum kontrol yöntemi yatırımlarının doğum kontrol yöntemi kullanımı üzerinde yalnızca hafif düzeyde bir etkisi olduğunu gösterilmiştir (Molyneaux ve Gertler 2000). Özellikle doğum kontrol yöntemlerinin kullanımının düşük olduğu bölgelerde; sosyal, kültürel ve ahlaki kabul edilebilirlik ve bilgi edinememe gibi faktörlerin, kontrasepsiyon kullanımında en önemli bariyerler olduğu saptanmıştır (Casterline ve ark. 2001; Cleland ve ark. 2014).

2.2.1.2. Ülkemizdeki Sağlık Politikaları ve Aile Planlaması Çalışmaları ile İlgili Faktörler

Üreme sağlığı ve kürtaj hem dünya genelinde hem de ulusal düzeyde politize olmuş konulardır. Bu konular, cinsiyet eşitliği, insan hakları, ahlaki değerler, din ve kültürel normlar üzerinden sürekli tartışılmaktadır. Üreme sağlığı ile ilişkili konular (özellikle doğum kontrolü) açısından, sosyal ve siyasi gruplar arasında ciddi fikir ayrılıkları bulunmaktadır (Blystad ve ark 2020).

Ülkemizde aile planlaması çalışmalarının yasalar ile düzenlenmesi, çoğu ülkede olduğu gibi nüfus politikaları temelinde şekillendirilmiştir. XX. yüzyılın ilk yarısında katı pronatalist uygulamalar ile nüfusun hızlı bir şekilde artırılması hedeflenirken 1963 yılından itibaren antinatalist politikaya geçilmesiyle birlikte aile planlaması kavramı düzenleyici metinlerde kullanılmaya başlanmıştır (Gökburun 2020). 1968-1972 yılları için hazırlanan II. Beş Yıllık Kalkınma Planı metninde, *Nüfus planlaması* kavramının kullanımı terkedilerek, ilk kez *aile planlaması* kavramı kullanılmıştır. Bu metin ile artık antinatalist nüfus politikasının uygulanacağı açık bir şekilde ortaya konulmuştur (Devlet Planlama Teşkilatı, DPT 1967). 1965 yılında ise 557 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yürürlüğe konmuş ve Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü kurulmuştur.

Resmi metinlerde, 2014 yılından itibaren pronatalist politikaların benimsendiğini gösteren ibareler eklenmiştir. 2014-2018 yılları için hazırlanan X. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yer alan *Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı* çerçevesinde toplam doğurganlık hızının artırılmasının hedeflendiği belirtilirken XI. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (2019-2023), toplam doğurganlık hızının 2023 yılında 2,15'e çıkarılmasının hedeflendiği belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı 2014; T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Kalkınma Başkanlığı 2019).

Ülkemizde, Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilmesinden sonra, koruyucu sağlık hizmetlerinde örgütlenme, birinci basamaktaki istihdam şekli, çalışma koşulları ve sağlık çalışanlarının görev ve sorumlulukları değişmiştir. Bu sistemde, aile hekimleriyle birlikte çalışabilen ve genellikle koruyucu hizmetler konusunda eğitimi bulunmayan acil tıp teknisyenleri de *Aile Sağlığı Elemanı* (ASE) olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 25.01.2013, Sayı: 28539). Birinci basamakta Aile Hekimliği Sistemi'nin uygulanmasıyla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve toplumla ilişkilerde önemli rolü olan ebelerin eski sistemde gerçekleştirdiği ev ziyareti gibi çalışmalar terkedilmiştir. Ayrıca, yakın zamanda yürütülen bir araştırmada, aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının, aşırı iş yükü nedeniyle özellikle RİA (Rahim içi araç) uygulaması gibi özel sertifika, zaman, yer ve malzeme gerektiren işlemleri yapmaktan vazgeçtikleri, erteledikleri ya da hizmet talep

eden kişileri başka birimlere yönlendirdikleri saptanmıştır (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu, CİSÜ Platformu 2021).

2.2.2. Sosyodemografik, Biyodemografik ve Sosyoekonomik Faktörler

Adolesan gebeler (15-19 yaş) 20-24 yaşındaki kadınlara göre daha yüksek gebelik ve doğum komplikasyonu (eklamps, puerperal endometrit ve sistemik enfeksiyon) riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca, bu annelerden doğan bebekler de düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski altındadır. 2019 itibarıyla, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki adolesanlarda her yıl yaklaşık 21 milyon gebeliğin meydana geldiği ve bunların yaklaşık %50'sinin istenmeyen gebelikler olduğu bildirilmiştir (<https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 1 Kasım 2022).

Erken evliliğin kabul gördüğü ülkelerde, kadınlar için ilk cinsel ilişki yaşının ortancasının 15,5 olduğu belirtilirken diğer ülkelerde ise ilk cinsel ilişki yaşı ortancaları 16,5 ile 20,5 arasındadır. Birçok ülkede, bu tür uygulamaları yasaklayan yasalara rağmen, çocuk evliliği oranı yüksektir. Genç kızlar, eş ve anne rolleri için genellikle fiziksel ve zihinsel olarak hazırlıksız olmalarına rağmen evlendirilmekte ve doğurganlıklarının topluma gösterilmesi için erken yaşta anneliğe zorlanmaktadır (DSÖ 2010). Doğurganlık çağına sonuna yaklaşan kadınlar da istenmeyen gebelik açısından risk altındadır (Sherman ve ark 2005). Bu kadınlarda temel sorunun azalan üreme kapasiteleriyle ilgili eksik bilgilerinden ve doğum kontrolüne ilişkin yöntem kullanımlarının düşük olmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Öztürk ve Kavlak 2012, Johnson-Mallard ve ark 2017). Bununla birlikte, çocuk sayısı fazla olan kadınların, çocuk sayısı az olan kadınlara göre istenmeyen gebelikler açısından daha yüksek risk taşıdıkları gösterilmiştir (Sarder ve ark 2021).

Engelli kadınların cinsel şiddete maruz kalma riski çok yüksektir. Öyle ki cinsel şiddete maruz kalma olasılığının engeli bulunmayan kadınlara göre 10 kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (www.unfpa.org, Erişim Tarihi: 14 Ağustos 2022). Kadınların hane içindeki statüsü, ailelerine ve kendilerine ilişkin kararların çoğunu etkilemektedir. Nüfus ve sağlık araştırmalarında, kadınlara sağlık hizmeti aramaya kendi başlarına karar verip veremedikleri sorularak bu durumun bir incelenmesi yapılmıştır. Bu araştırmaların yürütüldüğü toplam 30 ülkede, kadınların sadece

%37'sinin sağlıklarına yönelik hizmet almaya tek başlarına karar verebildikleri gösterilmiştir (Gwatkin ve ark 2007).

Doğum kontrolü işteği ve talebi; kişinin vücudu, cinselliği, üreme sağlığı ve doğum kontrol yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olmayı gerektirmektedir. Özellikle gençlerde, eksik bilgi düzeyi nedeniyle, doğum kontrolü ve insan anatomisine ilişkin yanlış tutum ve algıların bulunduğu belirtilmektedir. Doğum kontrolüne ilişkin temel bilgilerin daha erken yaşlarda örgün eğitimde verilmesi gerekirken bu bilgilerin genellikle, cinsel yaşam başladıktan sonra sağlık personeli tarafından verildiği dile getirilmiştir (UNFPA 2022).

Daha fazla çocuğu olan kadınların, istenmeyen gebeliklere karşı daha savunmasız olduğu bildirilmektedir (Goicolea ve San Sebastian 2010, Eliason ve ark 2014, Nyarko 2019). Sarder ve arkadaşları tarafından (2021) yürütülen çalışmada, üç veya daha fazla ocuk sahibi olan kadınların ortalama yüzde 22,7'sinin istenmeyen gebelik yaşadığı saptanırken bu oranın çocuğu olmayan kadınlarda yalnızca yüzde 5,5 olduğu grlmştir.

İnsani Gelişme Endeksi verileri incelendiğinde, sosyal ve ekonomik kalkınma düzeyi ile istenmeyen gebelik oranı arasında ters yönde güçlü bir ilişki bulunduğu görülmektedir. Bu sonucun, yüksek kalkınma düzeyine sahip ülkelerde kadınların doğum kontrol hizmetlerine daha geniş bir şekilde erişilebilmesi ve doğurganlık tercihlerini belirlerken daha az kültürel engelle karşılaşması ile açıklanmaktadır (UNFPA 2022). Gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda, en yoksul gelir kategorisindeki kadınların, ailenin toplam gelirinin yüksek olduğu kadınlara göre daha yüksek istenmeyen gebelik oranlarına sahip olduğu saptanmıştır (Sarder ve ark. 2021; Bain ve ark. 2020). Ayrıca, kadının eğitim düzeyinin artmasının daha düşük istenmeyen gebelik oranı ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Benzer bulgular, ABD'de yapılan çalışmada da grlmştir (Finer ve Zolna 2016). Modern kontraseptif yöntemlere ulaşamama ile birlikte üreme sağlığı ve kontraseptif yöntemlere başvurma konusunda serbest karar verememe gibi nedenlerden dolayı, kırsal bölgelerde yaşayan kadınların daha çok istenmeyen gebelik yaşadığı belirtilmektedir. Kırsal kesimlerde yaşayan kadınların istenmeyen gebelik yaşama olasılığının, kentsel bölgelerdeki kadınlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Ameyaw ve ark. 2019).

2.2.3. Şiddet ile İlgili Faktörler

Kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddet, fiziksel ve zihinsel sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (cinsel sağlık ve üreme sağlığı üzerindeki olumsuz etkiler dahil). Aile içi şiddete maruz kalan (özellikle eş şiddeti) kadınlarda istenmeyen gebelik riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Skracic ve ark. 2021). Maxwell ve ark. tarafından (2015) yürütülen ve beş ülkeden yaklaşık 15.000 katılımcıya ait verilerin incelendiği meta-analiz çalışmasında, partner şiddetine maruz kalan kadınların kontraseptif kullanma oranının şiddet maruziyeti bulunmayan kadınlara göre %53 daha düşük olduğu saptanmıştır.

2.2.4. Olağan Dışı Durumlar ile İlgili Faktörler

Afetle sonuçlanan ekolojik olaylar ve silahlı çatışma gibi insan kaynaklı felaketler gibi insani krizlerde, kadınlar ve kız çocukları bedensel ve psikolojik olarak etkilenmekte, artan cinsel şiddete maruz kalma riski yaşamakta ve doğum kontrol yöntemleri gibi birçok üreme sağlığı hizmetinden de mahrum kalmaktadırlar (Heidari ve ark. 2019). Mülteci kadınlarda ve ülke içinde yerinden edilmiş kadınlarda cinsel şiddete maruz kalma oranını saptamaya yönelik bir meta analiz çalışmasında, 19 araştırma değerlendirilmiş ve bu araştırmalar içerisinde yer alan kadınlarda cinsel şiddete maruz kalma oranının %21,4 olduğu sonucuna varılmıştır (Vu ve Ark 2014)

Yakın zamanda yaşanan Covid-19 pandemisi sırasında, iş gücü ve malzemenin büyük oranda salgın kontrolüne yönlendirilmesi, sokağa çıkma yasaklarının uygulanması, belirli hizmetlerin askıya alınması ve seyahat yasakları gibi uygulamalar bireylerin sağlık hizmetine erişimini zorlaştırmıştır. Bir çalışmada, modern yöntem arzının pandemi sırasında %10 civarında azaldığını ve bu durumun dünya genelinde tahmini olarak 49 milyon kadının daha karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı yaşamasına neden olduğu öne sürülmüştür (Riley ve ark. 2020). Dolayısıyla, Covid-19 salgını sonrasında, ülkemizdeki kadınların karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 1993 yılında yürütülen TNSA ile saptanan düzeye yaklaşmış olabileceği düşünülmektedir (HÜNEE 2020).

2.3. İstenmeyen Gebeliklerin Sonuçları

2.3.1. Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmeti Alma

Her gebenin Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Öncesi Bakım Rehberi'ne göre en az 4 kez izlenmesi gerekmektedir. İlk izlem 14. haftaya kadar, ikinci izlem 18-24. haftalar arasında, üçüncü izlem 28-32. haftalar arasında, dördüncü izlem ise 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır. Doğum sonrasında ilk gebelik izlemi 0-1 saat arasında, ikinci izlem 1-6 saat arasında, üçüncü izlem ilk 6-24 saat arasında hastanede gerçekleştirilmelidir. Dördüncü izlem 2-5. günler arasında, beşinci izlem 13-17. günler arasında, altıncı izlem 30-42. günler arasında evde ya da sağlık kuruluşunda yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2018). Hem doğum öncesi hem de doğum sonrası bakım annede ve bebeğinde gelişebilecek ve hayatı tehdit edecek sorunların önlenmesi adına önemlidir (UNFPA, Erişim tarihi: 10.11.2022)

Yetersiz doğum öncesi bakım ile erken doğum, ölü doğum ve yenidoğan ve bebek ölümü riskinin artması arasında güçlü bir ilişki bulunduğu bilinmektedir (Partridge ve ark 2012). Birçok ülkeden toplanmış nüfus ve sağlık araştırması verilerinin analizi ile yürütülen bir çalışmanın sonucunda, istenmeyen gebelik yaşayan kadınların, gebelik izlemi hizmeti aramaya genellikle daha geç başladıkları ve planlı gebelikleri olan kadınlara göre sağlık tesislerine daha az doğum öncesi bakım başvurusu yaptıkları gösterilmiştir (Amo-Adjei J ve Tuoyire 2016). Erol ve arkadaşları tarafından (2010) Aydın ilinde yürütülen çalışmada, istenmeyen gebelik bulunan kadınların daha az gebelik izlemi başvurusunda bulundukları, doğum öncesi ziyaretler sırasında daha az gebe eğitimi aldıkları ve daha az demir ve vitamin takviyesi kullandıkları saptanmıştır. Öner ve Çatak (2018) tarafından, İstanbul'da, 2011 yılında planlanmamış evde doğum gerçekleştiren 229 kadın ve 458 kişilik kontrol grubu ile yapılan vaka kontrol çalışmasında, istenmeyen gebelik bulunan kadınlarda planlanmamış evde doğum gerçekleşme olasılığının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Dibaba ve arkadaşları tarafından (2013) yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasına, 1997-2009 yılları arasında yayımlanmış ve istenmeyen gebeliklerin doğum öncesi bakım alma durumu üzerindeki etkisini inceleyen toplam

32 çalışmanın verileri dahil edilmiştir. Bu çalışmada, istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda doğum öncesi bakımın gecikme olasılığının 1,42 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Dibaba ve ark 2013). 2019 yılında yürütülen ve bu alanda yürütülmüş toplam 38 araştırmanın değerlendirildiği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, istenmeyen gebeliklerin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sunulan sağlık hizmetlerinin kullanımında %25 ila %39 arasında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir (Khan ve ark 2019).

2.3.2. İstemli Düşükler ve Güvenli Olmayan Düşükler

Ülkemizde, 1983 yılından beri, gebelikler 10. haftanın sonuna kadar yasal olarak sonlandırılabilir. Anne sağlığının tehlikede olduğu veya çocukta ağır gelişimsel kusurların saptandığı durumlarda, 10 haftanın üzerindeki gebelikler de ilgili hekimimin ve ailenin kararıyla sonlandırılabilir (T.C. Resmî Gazete, 14.11.1983, Sayı:2827)

Doğum kontrolü ve kürtaj, kadınlar tarafından istenmeyen çocuk doğurmaktan kaçınmanın alternatif yolları olarak görülmektedir. Bu nedenle, ilgili uygulamalardan birinin yükselişinin diğerinde düşüşe yol açtığı belirtilmektedir. Bununla birlikte, kürtaj işlemleri sadece istenmeyen gebeliklere yapılmamaktadır. İstenen gebeliklerde fetal anomali sebebiyle ve kadının sağlığının korunması içinde yapılmaktadır. Ayrıca cinsiyet seçici kürtaj gibi nedenlerle yapılan işlemlerin tüm kürtaj işlemlerinin yaklaşık %3'ünü oluşturduğu belirtilmektedir (Finer ve Henshaw 2006; Cleland 2020).

İki bin on iki yılında (2012) yapılan tahminler, sadece gelişmekte olan ülkelerde her yıl 7 milyon kadının güvenli olmayan kürtaj komplikasyonları nedeniyle hastanelerde tedavi edildiğini göstermektedir. İki bin altı (2006) yılı tahminleri, güvenli olmayan kürtaj komplikasyonlarının gelişmekte olan ülkelerde sağlık sistemlerine kürtaj sonrası tedaviler için yılda 553 milyon ABD dolarına mal olduğunu göstermektedir. Ayrıca, güvenli olmayan kürtajla ilgili uzun süreli engellilik nedeniyle haneler 922 milyon ABD doları gelir kaybına uğramıştır. Ülkeler ve sağlık sistemleri, modern doğum kontrol yöntemlerine ve kaliteli kürtaja daha fazla erişim sağlayarak önemli miktarda parasal tasarruf sağlayabilir (www.who.int, Erişim tarihi: 10.11.2022). Bearak ve arkadaşları (2020), 1990 yılından beri dünya genelinde

istenmeyen gebelik oranlarının düştüğünü, buna karşın kürtaj ile sonuçlanan istenmeyen gebeliklerin yüzdesinin arttığını saptamıştır. Aynı çalışmada, dünya genelinde istenmeyen gebeliklerin yarısına yakınının istemli düşük ile sonuçlandığı öngörülmüştür.

Güvenli olmayan kürtaj, kadın sağlığıyla açık nedensel ilişkisi ve küresel çaptaki büyüklüğü ile istenmeyen gebeliğin en ciddi olumsuz sonuçlarından biri olarak ön plana çıkmaktadır. Neredeyse tüm güvenli olmayan kürtajların gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştiği belirtilmektedir. Öte yandan, Afrika ve Latin Amerika'da yapılan her dört kürtaj işleminden üçünün güvenli olmadığı ve güvenli olmayan kürtajdan ölme riskinin Afrika'da en yüksek olduğu gösterilmiştir (Ganatra ve ark 2017). Ayrıca, tüm dünyada, bir yılda gerçekleşen anne ölümlerinin tahmini olarak %4,7 ila %13,2'si güvenli olmayan kürtaj işlemlerine atfedilmektedir (www.who.int, Erişim Tarihi: 13 Ağustos 2022).

Güvenli olmayan düşüklerin komplikasyonlarından en sık görülen enfeksiyon (%55) olduğu, diğer sık görülen olumsuz sonuçların ise kanama (%17) ve genital yol travması (%12) olduğu görülmüştür. Daha az görülen ancak çok ciddi komplikasyonlar septik şok, uterus rüptürü, böbrek yetmezliği, abdominal yaralanmalar, gazlı gangren ve peritonittir (Rasch 2011; Dönmez ve ark. 2016). İkincil infertiliteye yol açabilen pelvik inflamatuvar hastalık ve kronik ağrı, yaygın olarak görülen diğer komplikasyonlardır. Eldeki sınırlı verilere dayanan tahminler, kötü yapılan kürtajların bir sonucu her yıl yaklaşık 1,7 milyon kadında ikincil kısırlığın geliştiğini ve yılda üç milyondan fazla kadının ise kronik durumlara dönüşen üreme yolu enfeksiyonları yaşadığını göstermektedir (Rasch 2011).

2.3.3. Anne Ölümleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, dünya genelinde anne ölümleri kabul edilemeyecek kadar yüksektir. Aynı kuruluş, 2017 yılında, gebelikte, doğum sırasında veya doğumun sonrasında yaklaşık 295.000 kadının öldüğünü açıklamış, tüm anne ölümlerinin %94'ünün düşük ve düşük-orta gelirli ülkelerde gerçekleştiğini ve bu ölümlerin çoğunun önlenabilir anne ölümleri olduğunu vurgulamıştır (www.who.int, Erişim tarihi: 10.11.2022).

Tüm anne ölümlerinin yaklaşık %75'inden sorumlu olan başlıca komplikasyonlar; çoğunlukla doğumdan sonra gerçekleşmekte olan şiddetli kanama ve enfeksiyon ile preeklampsi, eklampsi, doğum sırasında gerçekleşen komplikasyonlar ve güvenli olmayan kürtajdır (www.who.int, Erişim tarihi: 10.11.2022). Hindistan'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada, istenmeyen gebeliğin preeklampsi, doğum sonu kanama ve preeklampsi ile ilişkili olduğu ve bu komplikasyonların yüksek anne ölüm oranlarına katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür. İstenmeyen gebeliğin maternal morbidite ve mortalite riskini artırdığı belirtilmiş ve bunun nedeninin annenin sağlık hizmetlerine erişimde fırsatları kaçırmamasından veya sağlık hizmeti kullanımlarında daha az proaktif olmalarından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür (Dehingia ve ark. 2020).

Anne ölümlerini önlemek için istenmeyen gebeliklerin önlenmesi de hayati önem taşımaktadır. Tüm kadınların doğum kontrolüne, yasanın izin verdiği ölçüde güvenli kürtaj hizmetlerine ve kürtaj sonrası kaliteli bakıma erişmesi gerekmektedir (www.who.int, Erişim tarihi: 10.11.2022).

2.3.4. Annede Gelişen Ruhsal Sorunlar

Yakın tarihli bir meta-analizde, farklı tarihlerde yürütülen toplam 30 çalışmaya dahil edilmiş 65.000'den fazla katılımcının verileri incelenmiş, çalışmanın sonucunda, istenmeyen gebelik bulunan kadınların doğum sonrası depresyon geliştirme riskinin, istenen gebelik yaşayan kadınlara göre önemli ölçüde fazla olduğu gösterilmiştir (Qiu ve ark. 2020). Ayrıca, 60 yıldır devam eden bir çalışma olan Wisconsin Kohort Çalışması'nın verileri ile yürütülen bir araştırmada, kürtajın yasallaştırılmasından önce gebelikleri tamamlanan, çoğunlukla evli ve beyaz kadınlardan oluşan çalışma grubunda, istenmeyen gebeliklerin, yaşamın ilerleyen döneminde daha kötü zihinsel sağlığın saptanması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Herd ve ark. 2016).

2.3.5. Emzirme ve Çocuk Gelişimi

Avrupa Birliği'nden ve ABD'den elde edilen veriler kullanılarak yürütülen araştırmalarda, istenmeyen gebeliklerden doğan bebeklerin hiç emzirilmeme veya kısa süre emzirilme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Gipson ve ark. 2008). Bir araştırmada, aynı ailedeki kardeşler arasında bile, planlı bir hamileliğin sonucu

doğan çocuğun anne sütüyle beslenme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Korenman 2002).

İstenmeyen gebelik sonucunda dünyaya gelen çocukların aşılama ve hastalandığında tedavi olabilme açısından dezavantajlı oldukları belirtilmektedir (Gipson ve ark. 2008). Singh ve ark. (2015) tarafından, 2011 Nepal Nüfus ve Sağlık Araştırması kapsamında toplanmış olan veriler kullanılarak yürütülen çalışmada, istenmeyen gebelikler sonucu yapılan doğumların evde gerçekleşmesi olasılığının 1,30 kat, istenmeyen gebelikler sonucu doğan çocukların yetersiz aşılama olasılığının 1,18 kat ve aynı çocukların bodur kalma olasılıklarının 1,25 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Kost ve arkadaşları (2015) tarafından, 2010 ABD Ulusal Aile Büyümesi Araştırması'nın verileri ile yürütülen çalışmada, istenmeyen gebeliklerin, gebeliğin anne tarafından daha geç fark edilmesiyle ve daha düşük oranda doğum öncesi bakım almayla ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, istenmeyen gebelik sonucu dünyaya gelen çocukların düşük doğum ağırlığına sahip olma olasılıklarının daha fazla olduğu ve anne sütüyle beslenme olasılıklarının daha düşük olduğu gösterilmiştir.

Shah ve arkadaşları (2011) tarafından yürütülen sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasına 2009 yılı ve öncesinde yayımlanmış toplam 14 çalışmanın verileri dahil edilmiştir. Bu çalışmada; istenmeyen gebeliklerin preterm doğum ile sonuçlanma olasılıklarının 1,31 kat ve bu gebeliklerin sonucunda doğan çocuklarda düşük doğum ağırlığı saptanması olasılığının 1,36 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

2.3.6. Maternal-Fetal Bağlanma

Zayıf maternal-fetal bağlanma bulunan gebelerin bebeklerinde gelişimin gecikmesi ve artmış kolik gibi sonuçlarla ilişkili olduğu, maternal-fetal bağlanmanın güçlü olmasının ise bebek gelişimi üzerinde olumlu etkisinin bulunduğu saptanmıştır (Branjerdporn ve ark 2017). Ayrıca, maternal-fetal bağlanmanın, annede doğum sonrası anksiyete ve depresyon gelişimi gibi ruhsal sorunları ve doğum sonrası anne-bebek bağlanmasının kalitesini etkilediği öne sürülmüştür (Petri ve ark 2018).

Shreffler ve arkadaşları (2021) tarafından yürütülen çalışmanın sonucunda, yüksek anne-fetal bağlanma puanının daha yüksek doğum sonrası anne-bebek bağlanması puanı ile ilişkili olduğu ve istenmeyen gebelik yaşayan kadınlarda doğum

sonrası anne-bebek bağlanma puanının daha az olduğunu raporlanmıştır. Diğer bir çalışmada, istenmeyen gebelik yaşayan kadınların Müller Bağlanma Anketi (Muller Attachment Questionnaire) puanının diğer gebelere göre daha az olduğu saptanmıştır (Sayahi ve ark 2017). Bununla birlikte, 1981-2006 yılları arasında yayımlanmış 72 makale ile yürütülen bir meta analiz çalışmasında, gebeliğin planlanmış olması durumunun maternal-fetal bağlanmaya düşük düzeyde etki ettiği saptanmıştır. Ayrıca, sosyal destek ve doğum öncesi testlerin etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu gösterilirken anksiyete, benlik saygısı, depresyon, yaş, parite, etnik köken, medeni durum, gelir ve eğitim düzeyinin düşük düzeyde ve yüksek riskli gebelik varlığının etki büyüklüğünün önemsiz düzeyde olduğu raporlanmıştır (Yarcheski ve ark 2009).

2.3.7. Çocuk İhmali ve İstismarı

Fetüs geliştikçe, ebeveynlerin gebeliği kabul etme ve bebeğin gelişimini desteklemeye yönelik davranışları benimseme olasılığının arttığı belirtilmektedir. Dolayısıyla, ebeveynin ilerlemiş gebeliğinde ve doğumdan sonra çocuğu *istenmeyen* olarak tanımlamaya devam etmesinin, gebeliği başlangıçta *istenmeyen* olarak tanımlamasından daha karmaşık durum olduğu öne sürülmüştür (Guterman 2015).

Guterman tarafından (2015) istenmeyen gebeliğin ebeveynlerin çocuğa yönelik kötü davranışlarına etkisini değerlendirmek amacıyla, Fragile Families and Child Well-Being (FFCW) adlı doğum kohortu çalışmasının verileri kullanılarak yürütülen çalışmaya 3,193 anne ve 2,638 baba dahil edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, annelerin istenmeyen gebelik yaşamasının, çocuğa yönelik psikolojik saldırganlık ve ihmal ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, babanın gebeliği istenmemesi durumunun ise baba tarafından çocuğa yönelik fiziksel saldırganlıkla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sidebotham ve Heron (2003) tarafından yürütülen çalışmada, gebeliğin 12. haftasında gebeliği isteyip istemedikleri saptanan annelerden doğan çocukların altıncı yaşlarında çocuk koruma kurumuna kaydedilme durumu incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, istenmeyen gebelik sonucu doğan çocukların ilgili kuruma kaydedilme olasılıklarının diğer çocuklara göre üç kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

2.3.8. Çocuk Ölümleri

Alam ve İslam (2022) tarafından yürütülen çalışmada, Bangladeş Nüfus ve Sağlık Araştırması'na ait veriler kullanılarak istenmeyen gebeliklerin beş yaş altı çocuk ölümleri ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, biyodemografik ve sosyodemografik özellikler de göz önünde bulundurulduğunda, istenmeyen gebelik sonucu doğan beş yaş altı çocuklarda ölüm oranının diğer çocuklara göre iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Chalasani ve arkadaşları (2007) tarafından yürütülen diğer bir çalışmada, 20 yıllık boylamsal bir çalışmanın verileri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, istenmeyen bebeklerin ölme olasılığının, diğer bebeklerle karşılaştırıldığında yenidoğan döneminde 1,30 kat ve postneonatal dönemde 2,08 kat fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yaşamın ilk 24 saati içinde yaşanan bebek cinayetleri (neonatisid), genellikle genç yaşta, evli olmayan, daha düşük eğitim düzeyine sahip anneler tarafından işlenmekte ve çoğunlukla istenmeyen bir gebelik sonucu yapılan hastane dışı doğumun gizlenmeye çalışılmasıyla ilişkili olarak meydana gelmektedir (Wilson ve ark 2020).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Bölgenin Tanıtımı:

3.1.1. Coğrafi Yapı

Kars ilinin, Ardahan, Erzurum, Ağrı, Iğdır illeri ve Ermenistan ile komşulukları mevcuttur. 1768 metre rakımla, Türkiye'nin en yüksek rakımlı illerinden biridir. Yüz ölçümü 10 bin km²'dir. Doğu Anadolu bölgesinin kuzey doğu bölümünde yer almaktadır. Karasal iklim mevcut olup bitki örtüsü bozkırdır (<https://tr.wikipedia.org/wiki/Kars> Erişim tarihi: 26.10.2022).

3.1.2. Nüfus ve Sosyoekonomik Yapı

Kars'ın nüfusu 281 077'dir (cip.tuik.gov.tr Erişim tarihi: 26.10.2022). Kars, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırılmasında TRA2 (Kars, Iğdır, Ardahan, Ağrı) bölgesinde yer almaktadır. Tarım ve hayvancılık, bu bölgenin temel geçim kaynağıdır. Kırsal alanlarda nüfus yoğunluğu daha fazladır. Kars'ın da içinde bulunduğu TRA2 bölgesi geçmişte de günümüzde de Türkiye'nin sosyoekonomik olarak geri kalmış bölgelerindendir. (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı 2017; www.wikipedia.org Erişim tarihi: 26.10.2022) Türkiye İstatistik Kurumu'na göre; 2019 yılındaki kişi başına düşen gayri safi milli hasılası 9 213 dolar iken il bazında değerlendirildiğinde kişi başına düşen milli hasıla 4 626 dolardır. (www.tobb.org.tr Erişim Tarihi: 26.10.2022).

3.1.3. Sağlık Yapısı

Sağlık sektörü gelişmişlik endeksine göre Türkiye genelinde Kars 70. sıralardayken üniversite hastanesinin açılmasıyla 47. sıraya yükselmiştir. (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı 2017)

Türkiye'de, yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 205 iken Kars'ın içinde bulunduğu Kuzey Anadolu Bölgesi'nde 175'tir. (T.C. Sağlık Bakanlığı 2021)

Bir bölgenin veya ülkenin gelişmişlik seviyesini ölçen başlıca epidemiyolojik ölçütler bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranıdır (Şenol ve ark. 2019). Türkiye Sağlık İstatistiği Yıllığı 2021 Haber Bülteni'nde bebek ölüm hızları Türkiye'de bin canlı doğumda 9,1 iken Kars'ın yer aldığı Kuzey doğu Anadolu bölgesinde 11,2'dir. Beş yaş altı ölüm hızı bin canlı doğumda 11,1 iken bölgede 13,6'dır. Anne ölüm oranı yüz

bin canlı doğumda Türkiye’de 13,1 iken bölgede 13,9’dur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2021). Ayrıca sağlık hizmetlerinin erişimde sıkıntılarda varlığını sürdürmektedir. Bölgenin verilerinin, Türkiye sağlık verilerinin altında kaldığını görülmektedir (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı 2017).

Bölgede erken yaşta evlilik ve adölesan doğumlarda ciddi bir problem olarak görülmektedir. Bu durumun oluşmasında toplumsal normlar, inançlar, tutum ve davranışlar önemli bir belirleyicidir (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı 2017).

3.1.4. Eğitim Düzeyi

Eğitimle ilgili veriler değerlendirildiğinde, iller sıralamasında Kars 71. sıradadır. Türkiye’de okuryazarlık oranı erkeklerde %93,9 iken, kadınlarda %80,6’dır. Aynı zaman aralığında TRA2 (Ağrı, Kars, Ardahan, Iğdır) bölgesindeki erkeklerdeki okur yazarlık oranı %82,7 iken kadınlarda okuryazarlık oranı %69,7’dir. Millî Eğitim Bakanlığı’nın 2017’de yaptığı bir çalışmada Türkiye’de lise çağına devam eden erkeklerin yüzdesi 82,4 iken, Kars’ın da içinde bulunduğu TRA2 bölgesinde erkeklerin liseye devam etme yüzdesi 71,2 idi; Türkiye’de kızlarda liseye devam etme yüzdesi 82,7 iken bu bölgedeki kızlarda devam etme yüzdesi 66,6’dır. TRA2 bölgesindeki eğitim düzeyinin, Türkiye ortalamasının altında olduğu görülmektedir (T.C. Serhat Kalkınma Ajansı 2017).

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Kesitsel tipte epidemiyolojik araştırma yöntemi kullanılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri

Bu araştırma, Kars İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan ikinci basamak bir hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılmıştır (Kars İl Sağlık Müdürlüğü ile imzalanan protokolün içeriği nedeniyle hastane/kurum ismi verilememektedir).

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, ilgili hastanenin kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı hastanenin 2021 yılında kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebe kadın sayısı 2118’dir. İki

bin yirmi iki (2022) yılında da aynı sayıda gebe başvuracağı öngörülmüştür ve araştırmanın evreni 2118 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Örnekleme

Evrenden seçilecek örneklem büyüklüğü *evrendeki birey sayısı biliniyorsa* formülü kullanılarak belirlenmiştir (Tezcan 2017a).

N = Evrendeki kişi sayısı

n = Örnekte en az bulunması gereken kişi sayısı

p = Bir olayın görülme sıklığı

q = Bir olayın görülmemesi sıklığı ($1-p$)

S = Elde edilecek hızın standart sapması

t = Belirli güven düzeyinde t-tablosunda bulunacak değer (serbestlik derecesi=sonsuz için $t=1,96$).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{S^2(N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Tip 1 veya alfa (α) hata düzeyi %5 alındığında %95 GA (Güven Aralığı) için t tablo değeri (t); 1,96'dır. En büyük örneğe ulaşabilmek için p değeri 0,5; q değeri $1-p$ olmak üzere 0,5 alınmıştır. Kabul edilen örneklem hatası olan alfa hata (α) %5 olarak belirlendiğinden S değeri 0,05 alınmıştır. Değerler formülde yerine yerleştirildiğinde 325,3094 sayısı bulunmuş olup “ n ” 326 kişi olarak saptanmıştır.

Buna göre örnekleme alınacak kişi sayısı:

$$n = \frac{2118 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (2118 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} = 325,3094 \cong 326$$

3.5. Çalışmanın Değişkenleri

3.5.1. Çalışmanın Bağımlı Değişkeni: Gebelerin mevcut gebeliği istem durumu

3.5.2. Çalışmanın Bağımsız Değişkenleri

Çalışmada incelenen değişkenler Tablo 2, 3, 4 ve 5’te sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırmanın Sosyodemografik Bağımsız Değişkenleri

Değişken Adı	Değişkenin Tanımı
İkamet Edilen Yer	Kır/Kent
Aile Tipi	Çekirdek Aile/Geniş aile
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	4 ve daha az / 5 ve üzeri
Eşle Akrabalık Bağının Varlığı	Var/Yok
Eşle Resmi Nikah Varlığı	Var/Yok
Evlenme Şekli	Görücü usulü/Anlaşarak

Katılımcıların ikamet ettikleri yerler; il merkezi, ilçe merkezi, belde/köy olarak üç grupta kaydedilmiş olup sonrasında analizlerde il merkezi ve ilçe merkezinde oturanlar kent olarak, köy ve belde de oturanlar ise kır olarak alınmıştır.

Aile tipi, eşi ve çocuklar dışında evde dede, amca dayı vb. gibi benzeri kişilerle yaşama şeklinde sorgulanmış olup veri toplama formunda ‘evet’ seçeneği geniş aile olarak alınmış ve ‘hayır’ seçeneği çekirdek aile olarak alınmıştır.

Evde yaşayan kişi sayısı, TNSA 2018’de toplam doğurganlık hızı 2,3 olduğundan dolayı evde yaşayan kişi sayısı; 4 kişi ve daha az, 5 kişi ve üzeri şeklinde hesaplanmıştır (HÜNEE 2018).

Eşle akrabalık bağı, akrabalık varlığı ve yokluğu şeklinde incelenmiştir (HÜNEE 2018).

Eşle resmi nikah durumu, resmi nikah varlığı ve yokluğu şeklinde incelenmiştir. Evlenme şekli sorgulanmış ve ‘evlenmeniz görücü usulü ile mi oldu?’ sorusuna ‘evet’ diyenler görücü usulü, ‘hayır’ diyenler anlaşarak evlenmiş olarak alınmıştır.

Tablo 3: Araştırmanın Biyodemografik Bağımsız Değişkenleri

Değişken Adı	Değişkenin Tanımı
Gebenin Yaşı	19 yaş ve altı/20-34 yaş/35 yaş ve üzeri
Kadının Eşinin Yaşı	20-34 yaş/35 yaş ve üzeri
İlk Evlenme Yaşı	19 yaş ve altı/20 yaş ve üzeri
İlk Gebelik Yaşı	19 yaş ve altı/20 ve üzeri
Fetal Kayıp ve Çocuk Kaybı (düşük, ölü doğum, 5 yaş altı çocuk kaybı)	Var/Yok
Yaşayan çocuk sayısı	Çocuğu yok/1 çocuk/2 ve üzeri çocuk

Yaş değişkeni, sürekli veri olarak veri toplama formuna kaydedilmiş olup sonrasında 19 yaş ve altı, 20-34 yaş, 35 yaş ve üzeri olarak üç kategoriye ayrılmıştır. TNSA 2018’de 15-19 yaş arası gebelikleri adölesan gebelik ve 35 yaş ve üzeri ileri anne yaşı olarak kabul edildiğinden üç kategoriye ayrılıp değerlendirilmiştir. Eş yaşı da benzer şekilde üç gruba ayrılmıştır ancak 19 yaş ve altında veri olmadığından analizlerde iki grup şeklinde veriler sunulmuştur.

İlk evlenme yaşı, sürekli değişken olarak veri toplama formuna kaydedilmiş olup DSÖ’nün adölesan tanımına göre ayrılarak 19 yaş ve altı ve 20 yaş ve üzeri şeklinde iki kategoriye ayrılmıştır (www.who.int, Erişim tarihi: 26.09.2022).

İlk gebelik yaşı, sürekli veri olarak öncelikle veri girişi yapıp TNSA 2018’de 15-19 yaş arası gebelikleri adölesan gebelik olarak kabul edildiğinden 19 yaş ve altı bir grup ve 20 yaş ve üzeri bir grup şeklinde ayırım yapılmıştır.

Fetal ve çocuk kayıpları varlığı sorgulanmış olup, kendiliğinden veya isteyerek düşüğü olanlar ile ölü doğum ve 5 yaş altı çocuk kaybı öyküsü olanların verileri birleştirilmiştir.

Yaşayan çocuk sayısı, çocuğu olmayanlar, 1 çocuğu olanlar ve 2 ve üzeri çocuğu olanlar şeklinde ayırım yapılmıştır.

Tablo 4: Araştırmanın Sosyoekonomik Bağımsız Değişkenleri

Değişken Adı	Değişkenin Tanımı
Sağlık Güvencesi Durumu	Var/Yok
Kadının Eğitim Düzeyi	8 yıl ve altı/9 yıl ve üzeri
Eşin Eğitim Düzeyi	8 yıl ve altı/9 yıl ve üzeri
Kadının Çalışma Durumu	Gelir Getirmeyen (Ev Kadını)/Gelir Getiren İşte Çalışan
Eşin Çalışma Durumu	İşsiz/Formel sektör/Kendi Hesabına çalışan
Algılanan Gelir Düzeyinin Ev Halkının Geçimine Yetme Durumu	Geçimini Rahat Sağlıyor/ Geçimini Ancak Sağlıyor/ Geçimine Yetmiyor

Katılımcıların sosyal güvenceleri; sosyal güvencesi yok, SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Yeşil Kart, diğer şeklinde veri toplama formuna kaydedilmiş olup sonrasında analizlerde literatüre uygun olarak sağlık güvenceleri var ve yok şeklinde iki kategoriye indirilmiştir (Ay ve ark. 2012)

Kadınların eğitim düzeyi öncelikli olarak okuryazar değil, okuryazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olarak 6 kategoride incelenmiştir. Kadınların tamamlanan eğitim yılının ortancası 2018'deki TNSA'da 8 yıl olarak bulunduğu için ikili analizde 8 yıl ve altı, 9 yıl ve üzeri olarak iki kategoriye indirilmiştir. Eşlerin eğitim düzeyi de öncelikli olarak okuryazar değil, okuryazar, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu ve üniversite mezunu olarak 6 kategoride incelenmiştir. Sonrasında 8 yıl ve altı, 9 yıl ve üzeri olarak iki gruba ayrılmıştır.

Kadınların çalışma durumu öncelikli olarak ev kadını, çiftçi, devlet işinde, özel sektörde, kendi hesabına (esnaf), iş buldukça ara işlerde çalışıyor, diğer şeklinde veri toplama formuna kaydedilmiş olup analizlerde literatüre bakılarak gelir getiren/ gelir getirmeyen şeklinde iki kategoriye indirilmiştir (Nyarko 2019). Eşlerin iş durumu işsiz, çiftçi, devlet işinde, özel sektörde, kendi hesabına (esnaf), iş buldukça ara işlerde çalışıyor, diğer şeklinde veri toplama formuna kaydedilmiştir. Analizlerde grup birleştirilmeye gidilmiş olup 'işsiz ve iş buldukça ara işlerde çalışıyor' işsiz grubuna, devlet ve özel sektörde çalışanları 'formel sektör', çiftçi ve kendi hesabına çalışan (esnaf) gruplarını ise 'kendi hesabına çalışan' olarak üç kategoriye indirilmiştir.

Gelir durumları, kişilerin algıladıkları gelir düzeyine göre üç kategoride; geçimini rahat sağlıyor, geçimini ancak sağlıyor, geçimine yetmiyor şeklinde incelenmiştir.

Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Özellikleri

Değişken Adı	Değişkenin Tanımı
Aile Planlaması Hakkında Birinci Basamaktan Bilgi Alma	Bilgi Alan/Bilgi Almayan
Aile Planlaması Hakkında İkinci Basamaktan Bilgi Alma	Bilgi Alan/Bilgi Almayan
Gebelikten Önce Yöntem Kullanma	Yöntem Kullanmamış/Geleneksel Yöntem/Modern Yöntem
Kronik Hastalık Varlığı	Var/Yok

Katılımcıların sağlık hizmetleri kullanımında gebeliklerinden önce aile planlaması ve korunma yöntemleri hakkında birinci basamaktan (aile hekimi veya aile sağlığı elemanından) bilgi alma durumları sorgulandığında ‘evet’ diyenler bilgi alan ve ‘hayır’ diyenler almayan şeklinde iki kategori şeklinde incelenmiştir.

Katılımcıların sağlık hizmetleri kullanımında gebeliklerinden önce aile planlaması ve korunma yöntemleri hakkında ikinci basamaktan (kadın doğum uzmanı veya hastanede çalışan ebe ve hemşireden) bilgi alma durumları sorgulandığında ‘evet’ diyenler bilgi alan ve ‘hayır’ diyenler almayan şeklinde iki kategori şeklinde incelenmiştir.

Gebelikten önce yöntem kullanım durumu sorgulanmış olup ‘evet’ diyenler kullandı şeklinde, ‘hayır’ diyenler kullanmadı olarak alınmıştır. Hap, RİA, kondom, iğne/enjeksiyon, deri altı implantı, diyafram/jel/köpük yöntemlerini kullananlar modern yöntem, geri çekme ve tehlikesiz günler yöntemlerini kullananlar ise geleneksel yöntem kullanıyor şeklinde alınmıştır. Analizlerde ise yöntem kullanmayan, geleneksel yöntem kullanan ve modern yöntem kullananlar olarak üç grupta incelenmiştir.

Doktor tarafından tanı almış ve sürekli ilaç kullanmaya neden olan kronik hastalık varlığı sorulmuş ve veriler iki kategori halinde incelenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Araştırmanın Veri Toplama Formunun Hazırlanması:

Veri toplama formu literatür taranarak oluşturulmuştur (Ay ve ark. 2012; Habib ve ark. 2017; HÜNEE 2018; Nyarko ve ark. 2019; Teshale ve Tesema 2020; Kebede ve ark. 2021; Yohannes ve Balis 2022)(Ek-1).

Araştırmanın veri toplama formu sosyodemografik, biyodemografik, sosyoekonomik ve sağlık hizmet kullanımı-sağlık özellikleri olmak üzere 4 kısımdan oluşmuştur.

Sosyo-demografik kısım: İkamet yeri, aile tipi, evde yaşayan kişi sayısı, eş ile akrabalık durumu, resmi nikah varlığı, evlenme şekli.

Biyo-demografik kısım: Gebenin yaşı, kadının eşinin yaşı, ilk evlenme yaşı, mevcut gebeliğin ilk gebelik olup olmaması, ilk gebelik yaşı, bir önceki gebeliğin sonlanım şekli, bir önceki gebeliği ile bu gebeliği arasındaki süre, düşük varlığı, ölü doğum varlığı, 5 yaş altı çocuk kaybı, gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları, gebelik haftası.

Sosyo-ekonomik kısım: Sağlık güvencesi, kadının eğitimi, erkeğin eğitimi, kadının çalışma durumu, erkeğin çalışma durumu, algılanan gelir düzeyinin ev halkının geçimine yetme durumu.

Sağlık hizmetinden faydalanma ve sağlık özellikleri: Aile planlaması hakkında aile sağlığı biriminden (aile hekimi ve/veya aile sağlığı elemanı) bilgi alma durumu, aile planlaması hakkında ikinci basamak sağlık çalışanlarından (kadın doğum uzmanı ve/veya hastanede çalışan ebe-hemşire) bilgi alma durumu, kadının ve eşinin sigara içme durumları, düzenli ilaç kullanımı gerektiren kronik hastalık varlığı, gebelikten önce yöntem kullanma durumu.

3.6.2. Araştırmanın Ön Denemesi:

Gebe olan 5 kadın katılımcı ile yapılmıştır. Ön çalışma sonrası veri toplama formunda gerekli görülen düzenlemeler yapılmıştır. Bu katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırma ile İlgili İzinler

Çalışma, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 08/06/2022 tarihinde 25 karar numarası ve 80576354-050-99 proje numarası ile onaylanmıştır. Kars İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izin belgesi alınmıştır (15.08.2022). Katılımcılardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Katılımcılara *Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi* imzalatılmıştır.

3.8. Verilerin Toplanması

Etik kurul onayı (08.06.2022) ve Kars İl Sağlık Müdürlüğü'nden (15.08.2022) izin alındıktan ve veri toplama formunun ön denemesi yapıldıktan sonra 17.08.2022 tarihinden sonra veriler toplanmaya başlanmıştır. Anket süresi 10-15 dakikadır. Anket araştırmayı kabul eden katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Araştırma, Kars'ta ikinci basamak bir sağlık kuruluşunun kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılmış olup veriler 17.08.2022-23.09.2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.9. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri:

- Gebe olma
- Araştırmaya katılmayı kabul etme

3.10. Araştırma için dışlama kriterleri:

- Gebe olmama
- Araştırmaya katılmayı reddetme

3.11. Çalışmadan çıkarılma kriterleri: Araştırmaya katılmayı kabul etmemek

3.12. Çalışma Verilerinin Düzenlenmesi ve Analiz Edilmesi

Bazı sürekli veriler analizler için gerekli durumlarda literatürde yer alan kesim değerleri önemsenerek nominal verilere dönüştürülmüş olup bazı nominal veriler farklı analizlere olanak sağlayabilmek için daha az sayıda grup içeren yeni nominal verilere dönüştürülmüştür.

Araştırmada toplanan veriler Statistical Package for Social Science (SPSS) v20.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0; Armonk, NY, USA) programına aktarılmış ve analizler yürütülmüştür. İstatistiksel kararlar için anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ seviyesi göz önünde bulundurulmuştur.

Tanımlayıcı istatistiklerden yüzde ve sıklık, en büyük ile en küçük değer ve yer gösteren ölçütlerden ortalama ve ortanca, yaygınlık gösteren ölçütlerden de standart sapma uygulanmıştır. Ki-kare testi, hız veya orantıların arasındaki farkın incelenmesinde kullanılan non-parametrik bir testtir (Tezcan 2017b). Lojistik regresyon analizi ise bağımlı ve iki kategorili nominal bir değişkenin birden sayıda değişkenin beraber etkilerini, ilişkilerini ve bu ilişkinin düzeyini gösteren bir analiz yöntemidir. (Tezcan 2017c). Sayımla belirlenen verilerin analizinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Bu analizlerde anlamlı olarak saptanan değişkenler Lojistik Regresyon analizi modellerine dahil edilmiştir. Lojistik regresyon analizinde Backward LR yöntemi uygulanmıştır.

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma sadece araştırmanın yapıldığı sağlık kuruluşunun kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebeleri kapsayıp diğer gebelere genellenemez (Kars İl Sağlık Müdürlüğü ile imzalanan protokol kapsamında hastane/kurum ismi verilememektedir). Bulgularımız katılımcıların verdiği cevaplara dayanmaktadır. Özellikle, obstetrik öyküye ilişkin sorulara verilen cevaplar, hatalı/eksik hatırlama ile ilişkili faktörlerden etkilenmiş olabilir.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde (Tablo 6); katılımcıları %62,9'unun (n=205) il merkezinde, %12,3'ünün (n=40) ilçe merkezinde ikamet ettiği görülürken, %24,8'inin (n=81) belde/köyde yaşadığı saptandı. Katılımcıların %64,1'i (n=209) yaşadığı hanede 4 ve daha az kişinin bulunduğunu belirtirken, %35,9 'u (n= 117) yaşadığı hanede 5 ve üzeri kişi yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların %66,0'ının (n=215) çekirdek ailesinin olduğu saptanırken, %34,0'ının (n=111) geniş ailede yaşadığı saptandı. Katılımcıların %15,6'sı (n=51) eşi ile akrabalık bağı bulunduğunu belirtirken, %84,4'ü (n=275) akrabalık bağı olmadığını belirtti. Katılımcıların %4,0'ü (n=13) eşi ile resmi nikahının bulunmadığı belirtirken, %96,0'ı (n=313) resmi nikahı olduğunu belirtti. Katılımcıların %36,8'i (n=120) görücü usulü ile evlendiğini belirtirken, %63,2'si (n=206) anlaşarak evlendiğini belirtti.

Tablo 6: Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri (Kars, 2022)

Sosyodemografik özellik		Sayı	Yüzde (%)
İkamet Yeri	İl merkezi	205	62,9
	İlçe merkezi	40	12,3
	Belde/köy	81	24,8
Hanede Yaşayan Kişi	4 kişi ve daha az	209	64,1
	5 kişi ve üzeri	117	35,9
Aile Tipi	Geniş aile	111	34,0
	Çekirdek aile	215	66,0
Eş ile Akrabalık	Var	51	15,6
	Yok	275	84,4
Resmi Nikâh	Var	313	96,0
	Yok	13	4,0
Evlenme Şekli	Görücü usulü	120	36,8
	Anlaşarak	206	63,2
Toplam		326	100,0

Çalışmaya dahil edilmiş olan gebelerde yaş ortalaması 28,09 ($\pm 5,73$) yıl iken ortalanca yaş 28'di (16-45). Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması 32,59 ($\pm 6,40$) yıl,

ortanca yaşı 32,0 (20-55) yıl olarak saptandı. Katılımcıların ilk evlenme yaşları ortalaması 22,11 ($\pm 4,58$) yıl, ortanca yaş 21 (14-40) olarak saptandı. Ayrıca, ilk gebelik yaşının ortalaması 23,07 ($\pm 4,81$) yıl, ortancasının 22 (14-40) yıl olduğu görüldü. Mevcut gebelik için ortalama gebelik haftası 25,24 (10,62) iken ortanca gebelik haftası 28 (5-40) hafta olarak belirlendi.

Katılımcıların biyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde (Tablo 7); katılımcıların %79,5'inin (n=259) 20-34 yaş aralığında olduğu, %6,1'inin (n=20) 19 yaş ve altı, %14,4'ünün (n=47) 35 yaş ve üzerinde olduğu görüldü. Katılımcıların eşleri göz önünde bulundurulduğunda; eşlerin %68,7'si (n= 224) 20-34 yaş arasında, %31,3'ü (n=102) ise 35 yaş ve üzerinde idi. Katılımcıların %61,3'ünün (n=200) ilk evlenme yaşının 20-34 yaş arasında olduğu, %37,5 'inin (n=122) ilk evlenme yaşının 19 yaş ve altında olduğu ve %1,2'sinin (n=4) ilk evlenme yaşının 35 yaş ve üzerinde olduğu görüldü. Ayrıca, katılımcıların %69,4'ünün (n=226) ilk gebelik yaşının 20-34 yaş arasında olduğu, % 29,1 'inin (n= 95) ilk gebelik yaşının 19 yaş ve altı, %1,5'inin (n=5) ilk gebelik yaşının 35 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Katılımcıların %32,5'i (n=106) ilk gebeliği olduğunu, %67,5'i (n=220) ilk gebeliği olmadığını belirtti.

Tablo 7: Gebelerin Biyodemografik Özellikleri (Kars, 2022)

Biyodemografik özellik		Sayı	Yüzde (%)
Gebenin Yaşı	19 yaş ve altı	20	6,1
	20-34 yaş	259	79,5
	35 yaş ve üzeri	47	14,4
Eşin Yaşı	19 yaş ve altı	0	0 ,0
	20-34 yaş	224	68,7
	35 yaş ve üzeri	102	31,3
İlk Evlenme Yaşı	19 yaş ve altı	122	37,5
	20-34 yaş	200	61,3
	35 yaş ve üzeri	4	1,2
İlk Gebelik Yaşı	19 yaş ve altı	95	29,1
	20-34 yaş	226	69,4
	35 yaş ve üzeri	5	1,5
İlk Gebelik	Evet	106	32,5
	Hayır	220	67,5
Toplam		326	100,0

Daha önce gebelik yaşamış kadınların biyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde (Tablo 8); %79,1'inin (n=174) son gebeliğinin canlı doğum ile sonuçlandığı, %18,6'sının (n=41) son gebeliğinin düşük ile sonuçlandığı, %2,3'ünün (n=5) son gebeliğinin ölü doğum ile sonuçlandığı saptandı. Daha önce gebelik yaşayan katılımcıların %37,7'sinin (n=83) gebelik aralığı 2 yılın altındaydı. Ek olarak, bu katılımcıların %35,9'unun (n=79) düşük, %7,3'ünün (n=16) ölü doğum ve %1,8'inin (n= 4) beş yaş altı çocuk ölümü öyküsü mevcuttu. Bu gebelerin, %46,4 'ünün (n=102) bir yaşayan çocuğu bulunurken, % 27,7'sinin (n=61) iki yaşayan çocuğu, %11,4'ünün (n=25) üç yaşayan çocuğu, %14,5'inin (n=32) 4 ya da daha fazla yaşayan çocuğu bulunmaktaydı. Ayrıca, daha önce gebelik yaşayan kişilerin %37,3'ü (n=82) bir kez, %29,1'i (n=64) iki kez, %14,5'i (n=32) üç kez, % 19,1 'inin de (n=42) 4 ya da daha fazla gebelik yaşamış olduğu saptandı.

Tablo 8: Daha Önce Gebelik Yaşamış Kadınların Biyodemografik Özellikleri (Kars, 2022)

Biyodemografik özellik		Sayı	Yüzde (%)
Bir Önceki Gebelik Sonlanması	Canlı doğum	174	79,1
	Düşük	41	18,6
	Ölü doğum	5	2,3
Gebelik Aralığı	2 yıl altı	83	37,7
	2 yıl ve üzeri	137	62,3
Düşük	Hayır	141	64,1
	Evet	79	35,9
Ölü Doğum	Hayır	204	92,7
	Evet	16	7,3
5 Yaş Altı Çocuk Ölümü	Hayır	216	98,2
	Evet	4	1,8
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	102	46,4
	2	61	27,7
	3	25	11,4
	4 ve daha fazla	32	14,5
Gebelik Sayısı	1	82	37,3
	2	64	29,1
	3	32	14,5
	4 veya daha fazla	42	19,1
Toplam		220	100,0

En az bir kez gebelik yaşamış gebelerde; ortanca düşük sayısı 0 (0-4), ortanca ölü doğum sayısı 0 (0-1), ortanca beş yaş altı çocuk ölümü sayısı 0 (0-2) olarak tespit edildi.

Gebelerin sosyoekonomik özellikleri incelendiğinde (Tablo 9); katılımcıların %42,0'nın (n=137) SSK güvencesi bulunduğu, %25,8'inin (n= 84) Emekli Sandığı, %9,2 'sinin (n=30) Bağkur, %13,5'inin (n=44) Yeşil Kartı'nın bulunduğu saptanırken %9,5'inin (n=31) hiçbir sağlık güvencesi olmadığı belirlendi. Katılımcıların %35,3'ünün (n=115) üniversite mezunu olup, %22,6'sının (n=74) lise mezunu, %26,1'inin (n=85) ortaokul mezunu %9,2'sinin (n=30) ilkokul mezunu, %4,3'ünün (n=14) okuryazar olduğu ve %2,5'inin (n=8) okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Eşlerin eğitim durumu incelendiğinde; %34,4'sının (n=112) üniversite mezunu, %27,6'inin (n=90) lise mezunu, %25,5'inin (n=83) ortaokul mezunu, % 10,1 'inin (n=33) ilkokul mezunu, %1,5'inin (n=5) okuryazar, %0,9'unun (n=3) okuryazar olmadığı belirlendi. Gebelerin %79,4'ünün (n=259) ev hanımı olduğu, %13,5'inin (n=44) devlet işinde çalıştığı ve %6,2'sinin (n=20) özel sektörde çalıştığı, %0,9'unun (n=3) kendi hesabına çalıştığı görüldü. Eşlerin çalışma durumu incelendiğinde; %36,5'inin (n=119) devlet işinde çalıştığı, %20,9'unun (n=68) özel sektörde çalıştığı, %15,0'mının (n= 49) kendi hesabına çalıştığı, %15,3'inin (n=50) iş buldukça ara ara çalıştığı, %7,7 'sinin (n=25) çiftçi, %4,6'sının (n=15) işsiz olduğu belirlendi. Gebelerin %27,9'u (n=91) geçimini rahat sağladığını, %51,9'unun (n=169) ancak geçimini sağladığını, %20,2'si (n=66) gelirinin geçimine yetmediğini bildirdi.

Tablo 9: Gebelerin Sosyoekonomik Özellikleri (Kars,2022)

Sosyoekonomik Özellikler		Sayı	Yüzde (%)
Sağlık Güvencesi Varlığı	Yok	31	9,5
	SSK	137	42,0
	Bağkur	30	9,2
	Emekli Sandığı	84	25,8
	Yeşil Kart	44	13,5
Eğitim Düzeyi	Okur yazar olmayan	8	2,5
	Okur yazar	14	4,3
	İlkokul mezunu	30	9,2
	Ortaokul mezunu	85	26,1
	Lise mezunu	74	22,6
	Üniversite mezunu	115	35,3
Eşin Eğitim Durumu	Okur yazar olmayan	3	0,9
	Okur yazar	5	1,5
	İlkokul mezunu	33	10,1
	Ortaokul mezunu	83	25,5
	Lise mezunu	90	27,6
	Üniversite mezunu	112	34,4
Kadının Çalışma Durumu	Ev Kadını	259	79,4
	Devlet işinde çalışan	44	13,5
	Özel sektörde çalışan	20	6,2
	Kendi hesabına çalışan	3	0,9
	İş buldukça ara ara çalışan	0	0,0
Erkeğin Çalışma Durumu	İşsiz	15	4,6
	Çiftçi	25	7,7
	Devlet işinde çalışan	119	36,5
	Özel sektörde çalışan	68	20,9
	Kendi hesabına çalışan	49	15,0
	İş buldukça ara ara çalışan	50	15,3
Algılanan Gelir Düzeyi	Geçimini rahat sağlıyor	91	27,9
	Geçimini ancak sağlıyor	169	51,9
	Geçimine yetmiyor	66	20,2
Toplam		326	100,0

Çalışmaya dahil edilen gebelerin %13,2'si (n=43) sürekli ilaç kullandığı bir kronik hastalığının olduğunu belirtirken, %86,8'i (n=283) olmadığını belirtti. Katılımcıların %83,4'ü (n=272) hiç sigara içmediklerini, %11,0'ı (n=36) içip bıraktığını, %2,5'i (n=8) ayda yılda bir içtiğini, %3,1'i (n=10) her gün içtiğini ifade etti. Eşlerin sigara içme durumu değerlendirildiğinde; % 32,8'inin (n=107) hiç içmediği, %8,0'ının (n=26) içip bıraktığı, % 4,3'ünün (n=14) ayda yılda bir içtiği, %54,9'unun (n=179) her gün sigara kullandığı görüldü (Tablo 10).

Tablo 10: Gebelerin Sağlık Özellikleri ile Gebenin ve Eşinin Sigara İçme Alışkanlıkları (Kars,2022)

Sağlık özellikleri ve Alışkanlıklar		Sayı	Yüzde (%)
Sürekli İlaç Kullandığı Kronik Hastalık Varlığı	Yok	283	86,8
	Var	43	13,2
Gebenin Sigara İçme Durumu	Hiç içmeyen	272	83,4
	İçip bırakan	36	11,0
	Ayda yılda bir içen	8	2,5
	Her gün içen	10	3,1
Eşinin Sigara İçme Durumu	Hiç içmeyen	107	32,8
	İçip bırakan	26	8,0
	Ayda yılda bir içen	14	4,3
	Her gün içen	179	54,9
Toplam		326	100,0

Gebelikten önce sağlık hizmetlerini ve korunma yöntemlerini kullanma durumu incelendiğinde (Tablo 11); %70,2'sinin (n=229) birinci basamaktan %82,2'sinin (n= 268) ikinci basamaktan gebelikten korunma yöntemi hakkında bilgi almadığı görüldü. Ayrıca, gebelikten önce, kadınların %50,9'unun (n=166) geleneksel yöntem kullandığı, %23,9'unun (n=78) modern yöntem kullandığı, %25,2'sinin (n=82) ise hiçbir yöntem kullanmadığı belirlendi.

Tablo 11: Gebelerin Gebelikten Önce Sağlık Hizmetlerini ve Korunma Yöntemlerini Kullanma Durumları (Kars,2022)

Sağlık Hizmetlerini ve Korunma Yöntemlerini Kullanma		Sayı	Yüzde (%)
Aile Planlaması Hakkında Birinci Basamaktan Bilgi Alma Durumu	Bilgi alan	97	29,8
	Bilgi almayan	229	70,2
Aile Planlaması Hakkında İkinci Basamaktan Bilgi Alma Durumu	Bilgi alan	58	17,8
	Bilgi almayan	268	82,2
Yöntem Kullanımı	Yöntem kullanmamış	82	25,2
	Geleneksel yöntem	166	50,9
	Modern yöntem	78	23,9
Toplam		326	100,0

Çalışmaya dahil edilen gebelerin %63,5'inin (n=207) mevcut gebeliği istediği, %19,3'ünün (n=63) gebeliği sonradan istediği, %17,2'sinin (n=56) ise gebeliği hiç istemediği görüldü (Tablo 12).

Tablo 12: Gebelerin Gebeliklerini İstem Durumları (Kars, 2022)

Gebeliği İsteme Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Evet, istemiş	207	63,5
Sonradan istemiş	63	19,3
Hiç istememiş	56	17,2
Toplam	326	100,0

Mevcut gebeliği istememiş olan 119 gebe arasında en sık nedenin kişinin çocuğunun/çocuklarının küçük olması (%27,7; n=33) olduğu görüldü. En sık rastlanan ikinci neden ise mevcut yaşayan çocuk sayısının yeterli olması idi (%22,7; n=27). Ekonomik nedenler (%8,4; n=10), gebe kalmak için erken olduğunun düşünülmesi (%7,6; n=9) ve sağlık problemlerinin varlığı (%6,7; n=8) diğer sık rastlanan nedenlerdi (Tablo 13).

Tablo 13: Mevcut Gebeliği İstememiş Olan Gebelerin Gebelik İstememe Nedenleri (Kars, 2022)

Nedenler	Sayı	Yüzde (%)
Çocuğu/çocukları küçük olduğu için gebeliğini istemeyen	33	27,7
Çocuğu/çocukları olduğu için başka çocuk sahibi olmayı istemediği için gebeliğini istemeyen	27	22,7
Ekonomik nedenlerden dolayı gebeliğini istemeyen	10	8,4
Yeni evlendiği için erken olduğunu düşündüğü için gebeliğini istemeyen	9	7,6
Sağlık problemleri sebebiyle gebeliğini istemeyen	8	6,7
Maddi ve manevi olarak zorlanacağı için gebeliğini istemeyen	7	5,9
Yaşının ileri olduğunu düşündüğü için gebeliğini istemeyen	5	4,2
Yaşının küçük olduğunu düşündüğü için gebeliğini istemeyen	4	3,4
Zamanlaması (işe başlama, tayin vb. nedenler) uygun olmadığı için gebeliğini istemeyen	4	3,4
Tekrarlayan sezaryenleri olduğu için sağlık risklerinden korktuğu için gebeliğini istemeyen	3	2,5
Gebeliğinin/gebeliklerinin kötü geçmesinden dolayı gebeliğini istemeyen	2	1,7
Yakın zamanda düşük yaptığından dolayı psikolojisi iyi olmadığı için gebeliğini istemeyen	2	1,7
Boşanma aşamasında olduğu için gebeliğini istemeyen	2	1,7
Çocuk bakımında yardımcı olacak kimsesi olmadığı için gebeliğini istemeyen	1	0,8
Engelli çocukları olduğu için tekrardan engelli çocuğa sahip olma korkusundan dolayı gebeliğini istemeyen	1	0,8
Kocası (eşi) erkek çocuğu istediği için hamile kalan ancak kendisi bu gebeliği istemeyen	1	0,8
Toplam	119	100,0

4.2. İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Ki-Kare Analizleriyle İncelenmesi

Sosyodemografik özellikler ile gebeliği isteme durumu Ki-kare analiziyle incelenmiş ve sonuçlar Tablo 14'te sunulmuştur. Kırsal alanlarda yaşayan kadınların istenmeyen gebelik sıklığının (%54,3) kentte yaşayan kadınlara (%30,6) göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlendi ($p=0,001$). Bunun yanında, hanede yaşayan kişi sayısı beş ve üzeri olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%58,1) hanede yaşayan

kişi sayısı dört ve daha az olan kadınlara (%24,4) göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$). Ayrıca, resmi nikahı bulunmayan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı (% 69,2) resmi nikahı olan kadınlara (%35,1) göre anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,027$). Görücü usulü evlenenlerde istenmeyen gebelik sıklığı (%49,2) anlaşılarak evlenenlere (%29,1) göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,001$). Eş ile akrabalık durumu ve aile tipi ile istenmeyen gebelik yaşama arasında anlamlı ilişki bulunmadığı saptandı (sırasıyla; $p=0,845$, $p=0,277$).

Tablo 14: Sosyodemografik Özelliklerin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars, 2022)

Sosyodemografik özellikler		Bağımlı değişken		Toplam	X ²	p
		Gebeliği isteyen	Gebeliği istemeyen			
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
İkamet Yeri	Kır	37 (45,7)	44 (54,3)	81 (100,0)	14,763*	0,001
	Kent	170 (69,4)	75 (30,6)	245 (100,0)		
Aile Tipi	Geniş aile	66 (59,5)	45 (40,5)	111 (100,0)	1,184*	0,277
	Çekirdek aile	141 (65,6)	74 (34,4)	215 (100,0)		
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	4 kişi ve daha az	158 (75,6)	51 (24,4)	209 (100,0)	36,792*	0,001
	5 kişi ve üzeri	49 (41,9)	68 (58,1)	117 (100,0)		
Eş ile Akrabalık Durumu	Var	33 (64,7)	18 (35,3)	51 (100,0)	0,038*	0,845
	Yok	174 (63,3)	101 (36,7)	275 (100,0)		
Resmi nikâh	Var	203 (64,9)	110 (35,1)	313 (100,0)	4,878 ^a	0,027
	Yok	4 (30,8)	9 (69,2)	13 (100,0)		
Evlenme şekli	Görücü usulü	61 (50,8)	59 (49,2)	120 (100,0)	13,139*	0,001
	Anlaşarak	146 (70,9)	60 (29,1)	206 (100,0)		
Toplam		207 (63,5)	119 (36,5)	326 (100,0)		

^aYates süreklilik düzeltmeli Ki-kare testi , *Pearson Ki-kare testi, Satır yüzdesi verilmiştir.

Biyodemografik özellikler ile gebeliği isteme durumu Ki-kare analiziyle incelenmiş ve sonuçlar Tablo 15’te sunulmuştur. İstenmeyen gebelik sıklığı, 19 yaş ve altı kadınlarda %30,0 iken 20-34 kadınlarda %33,6 ve 35 yaş ve üzeri kadınlarda ise %55,3’tü. Eğitimde Ki-kare testinde, yaşın tedrici olarak artmasının istenmeyen gebelik olasılığının artışı ile ilişkili olduğu belirlendi ($p=0,009$). Bunun yanında, eşinin yaşı 35 yaş ve üzeri olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%52,9) eşinin yaşı 35 yaş altı olan kadınlara (%29,0) göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0,001$). Ayrıca, ilk evlenme yaşı 19 yaş ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%46,7) ilk evlenme yaşı 20 yaş ve üzeri olan kadınlara (%30,4) göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0,003$). İlk gebelik yaşı 19 yaş ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı (%48,4) ilk gebelik yaşı 20 yaş ve üzeri olan kadınlara (%31,6) göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,004$). Ek olarak, istenmeyen gebelik sıklığı, çocuk sahibi olmayan kadınlarda %9,9, bir çocuğu bulunan kadınlarda %34,0 ve iki ve üzeri çocuğu bulunan kadınlarda %70,6 olarak saptandı. Eğitimde Ki-kare testinde, çocuk sayısının artmasının istenmeyen gebelik olasılığının artışı ile ilişkili olduğu belirlendi ($p=0,001$). Fetal kayıp ve çocuk kaybı varlığı ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark bulunmadı. ($p=0,124$).

Tablo 15: Biyodemografik Özelliklerin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars, 2022)

Biyodemografik özellikler		Bağımlı değişken		Toplam	X ²	p
		Gebeliği isteyen	Gebeliği istemeyen			
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Yaş	19 yaş ve altı	14 (70,0)	6 (30,0)	20 (100,0)	6,834 ^a	0,009
	20-34	172 (66,4)	87 (33,6)	259 (100,0)		
	35 yaş ve üzeri	21 (44,7)	26 (55,3)	47 (100,0)		
Gebenin Eşinin Yaşı	20-34	159 (71,0)	65 (29,0)	224 (100,0)	17,306*	0,001
	35 yaş ve üzeri	48 (47,1)	54 (52,9)	102 (100,0)		
İlk Evlenme Yaşı	19 yaş ve altı	65 (53,3)	57 (46,7)	122 (100,0)	8,872*	0,003
	20 yaş ve üzeri	142 (69,6)	62 (30,4)	204 (100,0)		
İlk Gebelik Yaşı	19 yaş ve altı	49 (51,6)	46 (48,4)	95 (100,0)	8,216*	0,004
	20 yaş ve üzeri	158 (68,4)	73 (31,6)	231 (100,0)		
Fetal ve Çocuk Kaybı Varlığı	Var	51 (56,7)	39 (43,3)	90 (100,0)	2,502*	0,124
	Yok	156 (66,1)	80 (33,9)	236 (100,0)		
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	109 (90,1)	12 (9,9)	121 (100,0)	88,307*	0,001
	1 çocuk	68 (66,0)	35 (34,0)	103 (100,0)		
	2 ve üzeri çocuk	30 (29,4)	72 (70,6)	102 (100,0)		
Toplam		207 (63,5)	119 (36,5)	326 (100,0)		

^aEğimde Ki-kare testi,*Pearson Ki-kare testi, Satır yüzdesi verilmiştir.

Sosyoekonomik özellikler ile gebeliği isteme durumu Ki-kare analiziyle incelenmiş ve sonuçlar Tablo 16’da sunulmuştur. Eğitim düzeyi sekiz yıl ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%50,4) eğitim düzeyi dokuz yıl ve üzerinde olan kadınlara (%26,5) göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (p=0,001). Bunun yanında, eşinin eğitim düzeyi sekiz yıl ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı (%56,5) diğer kadınlara (%24,3) göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,001). Ayrıca, gelir getiren bir işte çalışmayan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%41,3) çalışan kadınlara (%17,3) göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (p=0,001).

İstenmeyen gebelik sıklığı; eşi kendi hesabına çalışan kadınlarda %54,1, eşi işsiz olan kadınlarda %49,2, eşi formel sektörde çalışan kadınlarda %25,1 olarak saptandı. Eşi formel sektörde çalışan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%25,1) diğer katılımcılara göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi ($p=0,001$). Gelirinin geçimine yetmediğini belirten kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı %53, geçimini ancak sağladığının belirtenlerde istenmeyen gebelik sıklığı %33,7, geçimini rahat sağladığını belirtenlerde ise istenmeyen gebelik sıklığı %29,7 olarak saptandı. Eğitimde Ki-kare testinde, geçinme durumunun kötüleşmesinin istenmeyen gebelik yaşama olasılığının artışı ile ilişkili olduğu belirlendi ($p=0,004$). İstatistiksel analizde, katılımcıların sağlık güvencelerinin varlığı ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,788$).

Tablo 16: Sosyoekonomik Özelliklerin Gebeliği İsteme Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022)

Sosyoekonomik özellikler		Bağımlı değişken		Toplam	X ²	p
		Gebeliği isteyen	Gebeliği istemeyen			
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sağlık güvencesi varlığı	Var	188 (63,7)	107 (36,3)	295 (100,0)	0,072*	0,788
	Yok	19 (61,3)	12(38,7)	31 (100,0)		
Eğitim düzeyi	8 yıl ve altı	68 (49,6)	69 (50,4)	137 (100,0)	19,590*	0,001
	9 yıl ve üzeri	139 (73,5)	50 (26,5)	189 (100,0)		
Eşin eğitim düzeyi	8 yıl ve altı	54 (43,5)	70 (56,5)	124 (100,0)	34,358*	0,001
	9 yıl ve üzeri	153 (75,7)	49 (24,3)	202 (100,0)		
Kadının Çalışma Durumu	Gelir getirici bir işte çalışmayan	152 (58,7)	107 (41,3)	259 (100,0)	12,577*	0,001
	Gelir getiren bir işte çalışan	55 (82,1)	12 (17,9)	67 (100,0)		
Erkeğin Çalışma Durumu	İşsiz	33 (50,8)	32 (49,2)	65 (100,0)	24,806*	0,001
	Formel sektör	140 (74,9)	47 (25,1)	187 (100,0)		
	Kendi hesabına	34 (45,9)	40 (54,1)	74 (100,0)		
Algılanan Gelir Düzeyi	Geçimini rahat sağlıyor	64 (70,3)	27 (29,7)	91 (100,0)	8,134 ^a	0,004
	Geçimini ancak sağlıyor	112 (66,3)	57 (33,7)	169 (100,0)		
	Geçimine yetmiyor	31 (47,0)	35 (53,0)	66 (100,0)		
Toplam		207 (63,5)	119 (36,5)	326 (100,0)		

^aEğimde Ki-kare testi,*Pearson Ki-kare testi, Satır yüzdesi verilmiştir.

Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık özellikleri ile gebeliği isteme durumu Ki-kare analiziyle incelenmiş ve sonuçlar Tablo 17’de sunulmuştur. Birinci basamaktan aile planlaması hakkında bilgi aldığını belirten kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı (%46,4) diğer kadınlara (%32,4) göre anlamlı olarak yüksekti ($p=0,016$). Gebelikten önce korunma yöntemi kullanmamış kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığı %41,5, geleneksel yöntem kullanmış kadınlarda %42,2, modern yöntem kullanmış kadınlarda ise %19,2 idi. Gebelikten önce modern korunma yöntemi kullanan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının (%19,2) diğer kadınlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p=0,001$). Bunun yanında, gebelerin aile planlaması hakkında ikinci basamaktan bilgi alma durumu veya kronik hastalık varlığı ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla; $p=0,803$ ve $p=0,053$).

Tablo 17: Sağlık Hizmetleri Kullanımı ve Sağlık Özelliklerinin Gebeliği İstem Durumu Üzerine Etkisi (Kars,2022)

Sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık özellikleri		Bağımlı değişken		Toplam	X ²	p
		Gebeliği isteyen	Gebeliği istemeyen			
		Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Aile Planlaması Hakkında Birinci Basamaktan Bilgi Alma Durumu	Bilgi Alan	52 (53,6)	45 (46,4)	97 (100,0)	5,826*	0,016
	Bilgi Almayan	155 (67,7)	74 (32,3)	229 (100,0)		
Aile Planlaması Hakkında İkinci Basamaktan Bilgi Alma Durumu	Bilgi Alan	36 (62,1)	22 (37,9)	58 (100,0)	0,062 ^c	0,803
	Bilgi Almayan	171 (63,8)	97 (36,2)	268 (100,0)		
Sürekli ilaç kullanımına neden olan kronik hastalık varlığı	Var	33 (76 ,7)	10 (23,3)	43 (100,0)	3,750 ^c	0,053
	Yok	174 (61,5)	109 (38,5)	283 (100,0)		
Korunma yöntemleri	Yöntem Kullanmamış	48 (58,5)	34 (41,5)	82 (100,0)	13,209*	0,001
	Geleneksel yöntem	96 (57,8)	70 (42,2)	166 (100,0)		
	Modern yöntem	63 (80,8)	15 (19,2)	78 (100,0)		
Toplam		207 (63,5)	119 (36,5)	326 (100,0)		

^cYates süreklilik düzeltmeli Ki-kare testi, *Pearson Ki-kare testi, Satır yüzdesi verilmiştir.

4.3. İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi

İki değişkenli analizlerde istenmeyen gebelikler ile ilişkili olan faktörlerin bir arada incelenmesi için backward lojistik regresyon analizinden yararlanıldı (Tablo 18). Bu analiz için Ki-kare testinde anlamlı bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Bu değişkenler, sosyodemografik özellikler, biyodemografik özellikler, sosyoekonomik özellikler ve sağlık hizmetleri kullanımı özellikleri olmak üzere dört gruba ayrıldı. Sonrasında, belirlenen gruplar kullanılarak dört regresyon modeli oluşturuldu. İlk modele sadece sosyodemografik özellikler dahil edilirken ikinci modele sosyodemografik özellikler ve biyodemografik özellikler; üçüncü modele sosyodemografik özellikler, biyodemografik özellikler ve sosyoekonomik özellikler; dördüncü modele tüm özellikler dahil edildi.

Birinci modele; ikamet yeri, evde yaşayan kişi sayısı, eş ile resmi nikah varlığı ve evlenme şekli dahil edildi. Dahil edilen dört faktörden sadece evde yaşayan kişi sayısı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir farklılık görüldü. Bu modele göre, yaşadığı hanede beş ve üzeri kişi bulunan gebelerde, dört ve daha az kişi bulunanlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumunun 3,2 kat (95% GA: 1,907-5,427) daha fazla olduğu saptandı (backward lojistik regresyon, Nagelkerke $R^2 = 0,183$ [1. basamak]).

İkinci model için kadının yaşı, eşinin yaşı, kadının ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve sahip olunan çocuk sayısı değişkenleri eklendi. Bu modele dahil edilen dokuz değişken arasında, evde yaşayan kişi sayısı, eş ile resmi nikah varlığı ve yaşayan çocuk sayısı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir farklılık görüldü. Bu modele göre, yaşadığı hanede beş ve üzeri kişi bulunan gebelerde, hanede dört ve daha az kişi bulunanlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumunun 2,1 kat daha fazla olduğu görüldü (95% GA: 1,178-3,662). Aynı zamanda, eşi ile resmi nikahı bulunmayanlarda, resmi nikahı bulunan kadınlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumu 5,4 kat daha yüksekti (95% GA: 1,266-23,100). Ayrıca, istenmeyen gebelik yaşama durumunun, çocuk sahibi olmayan gebelere göre, iki ya da daha fazla çocuğu bulunan kadınlarda 17,8 kat (95% GA: 8,107-38,909) ve tek çocuğu bulunan kadınlarda 4,9 kat (95% GA:

2,289-10,349) daha fazla olduğu belirlendi (backward lojistik regresyon, Nagelkerke $R^2 = 0,382$ [6. basamak]).

Üçüncü model için kadının eğitimi, eşinin eğitimi, kadının çalışma durumu, erkeğin çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyi değişkenleri eklendi. Bu değişkenler eklendikten sonra, evde yaşayan kişi sayısı ile istenmeyen gebelik arasındaki anlamlılığın kaybolduğu saptandı. Dahil edilen 14 faktör arasında; eş ile resmi nikah varlığı, yaşayan çocuk sayısı ve eşin eğitim durumu ile istenmeyen gebelik ile arasında anlamlı bir farklılık görüldü. Bu modelde, eşi ile resmi nikahı bulunmayanlarda, resmi nikahı bulunan kadınlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumu 5,4 kat daha yüksek olduğu saptandı (95% GA: 1,245-23,360). Aynı zamanda, istenmeyen gebelik yaşama durumunun, çocuğu olmayan kadınlara göre, iki ve daha fazla çocuğu bulunan kadınlarda 15,3 kat (95% GA: 6,906-34,029) ve tek çocuğu bulunan kadınlarda 4,4 kat (95% GA: 2,063-9,485) daha fazla olduğu belirlendi. Ayrıca, eşinin eğitimi 8 yıl ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumu diğer kadınlara göre 1,9 kat (95% GA: 1,061-3,388) yüksek olduğu saptandı (backward lojistik regresyon, Nagelkerke $R^2 = 0,396$ [10. basamak]).

Dördüncü model için birinci basamaktan bilgi alma durumu ve gebelikten önce kullanılan korunma yöntemi değişkenleri dahil edildi. Bu değişkenler eklendikten sonra, eşin eğitimi ile istenmeyen gebelik arasındaki anlamlılığın kaybolduğu saptandı. Dahil edilen 16 faktör arasında, evde yaşayan kişi sayısının, eş ile resmi nikah varlığının, yaşayan çocuk sayısının ve gebelikten önce tercih edilen korunma yönteminin istenmeyen gebelik ile ilişkili risk faktörleri olduğu görüldü. Bu modele göre, yaşadığı hanede beş ve üzeri kişi bulunan gebelerin, yaşadığı hanede dört ve daha az kişi bulunanlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumu 2,4 kat fazla olduğu saptandı (95% GA: 1,336-4,347). Bunun yanında, eşi ile resmi nikahı bulunmayanlarda, resmi nikahı bulunan kadınlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumu 4,9 kat daha yüksek olduğu saptandı (95% GA: 1,115-21,246). Ayrıca, istenmeyen gebelik yaşama durumunun, çocuk sahibi olmayan gebeler referans alındığında iki ve daha fazla çocuğu bulunan kadınlarda 17,6 kat (95% GA: 7,921-39,030) ve tek çocuğu bulunan kadınlarda 5,1 kat daha fazla olduğu belirlendi (95% GA: 2,379-11,038). Ek olarak, modern doğum kontrol yöntemi kullanan kadınlar ile karşılaştırıldığında istenmeyen gebelik yaşama durumunun, geleneksel yöntem

kullanan kadınlarda 3,3 kat (95% GA: 1,575-7,165), yöntem kullanmayan kadınlarda 4 kat (95% GA: 1,670-9,334) fazla olduğu belirlendi. (backward lojistik regresyon, Nagelkerke $R^2 = 0,421$ [13. basamak]).

Tablo 18: İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Kars,2022)

		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Sosyodemografik Özellikler					
İkamet yeri Kır Kent (ref)	β	0,519	0,510	0,389	0,433
	SE	0,290	0,321	0,374	0,378
	OR	1,680	1,666	1,475	1,542
	95% GA	0,952-2,965	0,888-3,125	0,708-3,072	0,735-3,235
	p	0,073	0,112	0,299	0,252
Evde yaşayan kişi sayısı 5 ve üzeri 4 ve daha az (ref)	β	1,168	0,731	0,540	0,880
	SE	0,267	0,289	0,305	0,301
	OR	3,217	2,077	1,716	2,410
	95% GA	1,907-5,427	1,178-3,662	0,944-3,119	1,336-4,347
	p	0,001	0,011	0,76	0,003
Resmi nikah Yok Var (ref)	β	1,120	1,688	1,685	1,582
	SE	0,643	0,741	0,748	0,752
	OR	3,066	5,409	5,392	4,866
	95% GA	0,869-10,811	1,266-23,100	1,245-23,360	1,115-21,246
	p	0,081	0,023	0,024	0,035
Evlenme şekli Görücü usulü Anlaşarak (ref)	β	0,443	0,088	0,106	0,160
	SE	0,261	0,297	0,332	0,346
	OR	1,557	1,092	1,112	1,174
	95% GA	0,934-2,598	0,610-1,955	0,580-2,129	0,595-2,314
	p	0,090	0,768	0,750	0,644

Tablo 18 (devamı): İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Kars,2022)

		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Biyodemografik Özellikler					
Gebe yaşı 19 yaş ve altı 20-34 yaş arası (ref)	β		1,110	1,219	1,346
	SE		0,679	0,683	0,735
	OR		3,033	3,383	3,842
	95% GA		0,801-11,489	0,887-12,911	0,909-16,230
	p		0,102	0,074	0,067
	β		-0,212	-0,118	-0,32
	SE		0,402	0,420	0,424
	OR		0,809	0,889	0,876
	95% GA		0,368-1,780	0,390-2,024	0,382-2,012
	p		0,598	0,778	0,755
Eşinin yaşı 35 yaş ve üzeri 20-34 yaş arası (ref)	β		-0,49	0,057	0,013
	SE		0,386	0,400	0,408
	OR		0,952	1,059	1,013
	95% GA		0,447-2,027	0,483-2,320	0,456-2,254
	p		0,898	0,887	0,974
İlk evlenme yaşı 19 yaş ve altı 20 yaş ve üzeri (ref)	β		-0,346	-0,438	-0,368
	SE		0,316	0,323	0,522
	OR		0,708	0,645	0,692
	95% GA		0,381-1,315	0,343-1,216	0,249-1,925
	p		0,274	0,175	0,481
İlk gebelik yaşı 19 yaş ve altı 20 yaş ve üzeri (ref)	β		-0,308	-0,396	-0,497
	SE		0,528	0,539	0,341
	OR		0,735	0,673	0,608
	95% GA		0,261-2,069	0,234-1,934	0,311-1,187
	p		0,560	0,462	0,145
Çocuk sayısı İki ve daha fazla Çocuğu yok (ref)	β		2,877	2,730	2,867
	SE		0,400	0,407	0,407
	OR		17,761	15,330	17,583
	95% GA		8,107-38,909	6,906-34,029	7,921-39,030
	p		0,001	0,001	0,001
	β		1,582	1,487	1,634
	SE		0,385	0,389	0,391
	OR		4,867	4,423	5,125
	95% GA		2,289-10,349	2,063-9,485	2,379-11,038
	p		0,001	0,001	0,001
Tek çocuk Çocuğu yok (ref)	β				
	SE				
	OR				
	p				

Tablo 18 (devamı): İstenmeyen Gebelikler ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle İncelenmesi (Kars,2022)

		Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Sosyoekonomik özellikler					
Kadının eğitimi Sekiz yıl ve altı Dokuz yıl ve üzeri (ref)	β			-0,326	-0,402
	SE			0,345	0,360
	OR			0,722	0,669
	95% GA			0,367-1,420	0,3301,356
	p			0,346	0,265
Eşin eğitimi Sekiz yıl ve altı Dokuz yıl ve üzeri (ref)	β			0,640	0,487
	SE			0,296	0,306
	OR			1,896	1,628
	95% GA			1,061-3,388	0,894-2,964
	p			0,031	0,111
Kadının çalışma durumu Gelir getirmeyen Gelir getiren (ref)	β			0,359	0,341
	SE			0,457	0,465
	OR			1,431	1,407
	95% GA			0,584-3,506	0,565-3,501
	p			0,433	0,463
Erkeğin çalışma durumu İşsiz Formel sektör (ref)	β			0,087	0,032
	SE			0,397	0,402
	OR			1,091	1,033
	95% GA			0,501-2,376	0,470-2,269
	p			0,827	0,936
Kendi hesabına Formel sektör (ref)	β			0,658	0,620
	SE			0,373	0,380
	OR			1,931	1,859
	95% GA			0,930-4,011	0,882-3,914
	p			0,078	0,103
Algılanan gelir düzeyi Yetmiyor Rahat yetiyor (ref)	β			0,114	-0,044
	SE			0,447	0,460
	OR			1,121	0,957
	95% GA			0,466-2,693	0,389-2,356
	p			0,799	0,924
Ancak yetiyor Rahat yetiyor (ref)	β			0,050	0,043
	SE			0,364	0,375
	OR			1,051	1,044
	95% GA			0,515-2,144	0,500-2,178
	p			0,891	0,908
Sağlık Hizmetleri Kullanımı					
Birinci basamaktan bilgi alma Yok Var (ref)	β				0,207
	SE				0,323
	OR				1,230
	95% GA				0,653-2,318
	p				0,521
Korunma yöntemi Yöntem kullanmamış Modern yöntem (ref)	β				1,373
	SE				0,439
	OR				3,949
	95% GA				1,670-9,334
	p				0,002
Geleneksel Modern yöntem (ref)	β				1,212
	SE				0,387
	OR				3,359
	95% GA				1,575-7,165
	p				0,002

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, halk sağlığı açısından önemli bir sorun olan istenmeyen gebeliklerin Kars'ta ikinci basamak bir devlet hastanesindeki yaygınlığının saptanması ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Çalışma grubunda, istenmeyen gebeliklerin oranı %36,5 olarak saptandı. Ülkemizin diğer illerinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, benzer sonuçların elde edildiği çalışmaların bulunduğu görülmüştür. Apay ve ark. (2015) tarafından Erzurum'da bulunan üniversite ve ikinci basamak hastanelerinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde gerçekleştirilen çalışmaya canlı ve miadında doğum ile sonuçlanan en az iki kez gebelik geçirmiş 3668 kadın dahil edilmiş olup çalışma sonucunda, istenmeyen gebelik oranı %38,2 olarak saptanmıştır. Dikmen ve ark. (2015) tarafından, Ankara ilindeki Gölbaşı, Sincan, Etimesgut ve Yenimahalle ilçelerindeki seçilmiş aile hekimliği merkezlerine başvuran 1390 kişi ile yürütülen diğer bir çalışmada, katılımcıların %38,6'sı son gebeliklerinin istenmeyen gebelik olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizde yürütülen çalışmalar arasında, istenmeyen gebelik oranının düşük olarak saptandığı araştırmalar da mevcuttur. Söğüt ve Erbay (2017) tarafından Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı kentsel ve yarı kentsel iki aile sağlığı merkezine kayıtlı 360 gebeden 206'sının katılımıyla yürütülen çalışmada istenmeyen gebelik oranı %21,8 olarak saptanmıştır. Savaş ve ark. (2017) tarafından doğum veya düşük nedeniyle Hatay'daki hastanelere başvuran 635 kadın ile yapılan kesitsel çalışmada, istenmeyen gebelik oranı %15,3 olarak saptanmıştır. Çatak ve ark. (2012) tarafından, İstanbul'daki aile hekimliği birimlerine kayıtlı tüm gebelerin temsil etmesi hedefiyle planlanan kesitsel çalışmaya 1454 gebe dahil edilmiş, çalışmanın sonucunda, İstanbul ilindeki gebelerde, istenmeyen gebelik oranının %15 olduğu raporlanmıştır. Aynı çalışmada, gebeliğin eşleri tarafından istenmediğini belirtenlerin oranı ise %11,8 olarak saptanmıştır. Çatak ve ark. (2016) tarafından Burdur'da yürütülen ve gebeliği düşük ile sonuçlanan kadınlar ile kontrol grubunun dahil edildiği diğer bir çalışmada ise istenmeyen gebelik oranının %7,3 olduğu belirlenmiştir.

Erken ve Günay (2015) tarafından Kayseri il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı ve doğumunun üzerinden 4–10 hafta geçen 600 kadın ile yaptıkları çalışmada, istenmeyen gebelik oranı %24,3 olarak belirlenmiştir. Çetinkaya (2018) tarafından, Kırklareli ilinde bulunan bir aile hekimliği merkezine kayıtlı 15-49 yaş arasındaki toplam 311 kadın ile yapılan çalışmada, istenmeyen gebelik deneyiminin varlığı %14,8 olarak saptanmıştır. Özkan ve ark. (2019) tarafından, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde bulunan gebe polikliniğine başvuran 166 hasta ile yapılan çalışmalarda istenmeyen gebelik sıklığı %24,1 olarak saptanmıştır.

TNSA çalışmalarında, son 5 yıl içindeki sonlanmış ve devam eden gebeliklerin istenme durumu değerlendirilmektedir. En güncel TNSA (2018) çalışmasının sonuçlarına göre, ülkemizdeki kadınlar arasında, son 5 yılda istenmeyen gebelik sonucu doğum yapan kadınların yüzdesi %26'dır (%11 daha sonra istedi %15 hiç istemedi). Doğum ile sonlanmayan (isteyerek düşük, kendiliğinden düşük) gebelikler de dahil edildiğinde, bu yüzdenin daha yüksek olması beklenmelidir.

İstenmeyen gebeliklerin incelenmesi amacıyla ülkemizde yürütülen çalışmalar değerlendirildiğinde, kullanılan yöntemler arasında önemli farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Bazı çalışmaların gebeler ile bazı çalışmaların ise gebe/gebe olmayan kadın ayrımı olmaksızın dahil edilen kişilerle yürütüldüğü saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise gebeliğin üzerinden belli bir süre geçmesinden sonraki döneme odaklanıldığı görülmektedir. İstenmeyen gebeliklerin incelenmesine yönelik çalışmalar annenin gebeliğe karşı tutumunu değerlendirdiğinden gebeliğin istenme durumunun sorulma şeklinin, doğumdan sonra yapılan çalışmalar açısından anne-bebek bağlanmasının ve annenin gebelik ve sonrasındaki sağlık durumunun (fiziksel ve psikolojik) elde edilen sonucu etkileyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çalışmaya dahil edilen grupta daha önce gebelik yaşamış kişilerin %18,6'sının son gebeliğinin düşük ile sonuçlandığı saptanmıştır. Çalışmada, katılımcılara düşüklerin istemli veya istemsiz olduğu sorulmamıştır. Bu nedenle, istemli ve istemsiz düşük oranları verilememiştir. Ülkemizdeki farklı bölgelerde yürütülen çalışmalarda son gebeliğin sonlanmasına ilişkin elde edilen verilerin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Gemalmaz ve ark. (2005) tarafından Aydın ilinde bulunan bir Ana-

Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nde yürütülen çalışmada, katılımcıların %18'inin son gebeliklerinin istemli (%16) veya istemsiz (%2) düşük ile sonuçlandığı belirlenmiştir. Bunun yanında, Elâzığ Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran 2943 kadın ile yürütülen bir çalışmada son gebeliği düşük ile sonuçlanan kadınların oranı %2 olarak saptanmıştır (Kavak 2009). Antalya il merkezinde yürütülen bir çalışmada ise, katılımcıların %23,1'inin son gebeliklerinin istemli (%16,6) veya istemsiz (%6,5) düşük ile sonuçlandığı gösterilmiştir (Karakoyunlu 2007). Ayrıca, Tepe tarafından (2018) Ümraniye'de yaşayan 15-49 yaş kadınlar ile yürütülen çalışmada, katılımcıların %7,9'unun son gebeliklerinin istemli (%4,7) veya istemsiz (%3,2) düşük ile sonuçlandığı belirlenmiştir.

Diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, saptanan farklılıkların kürtajın doğum kontrolü olarak kullanılmasına kültürel bakış ve araştırmaya dahil edilen kadınların obstetrik öyküsü ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Diğer çalışmalarda elde edilen verilere göre istemli düşüklerin istemli olmayan düşüklere göre belirgin olarak yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma grubunda 20-34 yaş kadınların oranı (%79,5) oldukça yüksektir. Çalışmada elde edilen düşük oranlarının yüksek bulunması, bu gruptaki kadınların daha çok istemli düşük tercih etmesine bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Ayrıca, 2018 TNSA sonuçlarına göre, ülkemizdeki bölgeler arasında, kadınların ideal çocuk sayısına bakışları açısından önemli farklılık bulunmaktadır. Bu çalışmaya göre, Batı Marmara'da ortalama ideal çocuk sayısı 2,4 olarak bildirilirken Güneydoğu Anadolu için ideal çocuk sayısı 3,6'dır. İdeal çocuk sayısına ilişkin farklılıkların, yapılan çalışmalarda saptanan istenmeyen gebelik yüzdelerinin değişken olmasına yol açmış olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak, kadınların çocuk doğurma konusundaki karara katılabilme düzeyi, doğurganlığın sınırlandırılmasına dini ve kültürel yaklaşım ve cinsiyet seçme de gebeliğin istenme durumunu belirleyen faktörler olarak bölgesel farklılıklara katkıda bulunabilir.

İkamet yeri ile istenmeyen gebelik arasında, Ki-kare testinde anlamlı fark bulunduğu saptandı ($p=0,001$). Lojistik regresyon analizinde ise dört modelin hepsinde anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Savaş ve ark. (2017) tarafından yürütülen ve kır/kent karşılaştırmasının yapıldığı çalışmada da benzer sonuçlar üretilmiştir. Ancak hem

yüksek gelirli ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmeti kalitesinin, bilgi düzeyinin ve sosyal yaşamda özerkliğin kırsal alanlarda düşük olmasının, bu alanlarda yaşayan kadınlarda daha yüksek istenmeyen gebelik yüzdesinin saptanmasına yol açtığı belirtilmiştir (UNFPA 2022). TNSA 2018 çalışmasında da kentsel alanlarda sahip olunan çocuk sayısı kadınların ideal olarak gördükleri çocuk sayısından %10 fazlası iken kırsal alanlarda bu oranın %22 fazlası olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte, Ameyaw ve ark. (2019) tarafından, Sahra-altı Afrika ülkelerinde 2010-2016 yıllarında yürütülmüş toplam 29 Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verileri ile yaptıkları çalışmada, kırsal alanlarda yaşayan kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumu, kentsel alanlarda yaşayan kadınlara göre 1,08 (%95GA: 1,01-1,16) kat fazla olduğu gösterilmiştir. Kebede ve ark. (2021) tarafından Etiyopya'da istenmeyen gebelik belirleyicilerini tespit etmek amacıyla 24 çalışma ile gerçekleştirilen meta-analizde kırsal alanda yaşamının istenmeyen gebelik belirleyicilerinden biri olduğu tespit edilmiştir.

Kadının eğitim durumu ile istenmeyen gebelik yaşama arasında, Ki-kare testinde anlamlı fark saptansa da anlamlılığın çok değişkenli analizde kaybolduğu görüldü. Eşin eğitim durumu ile kadının istenmeyen gebelik yaşaması arasında Ki-kare testinde ve Model 3'te anlamlılık bulunurken Model 4'te anlamlılığın kaybolduğu saptandı. Eğitim, istenmeyen gebeliğin önemli belirleyicilerinden biri olarak kabul edilse de eğitim düzeyi ile istenmeyen gebelik durumuna ilişkin çelişkili veriler bulunmaktadır. Düşük eğitim seviyesi ile istenmeyen gebelik arasında pozitif bir ilişki olduğunu gösteren çalışmaların yanında, Nepal, Gana ve Etiyopya gibi bazı ülkelerde yürütülen çalışmalarda analizlerde kadınların eğitim durumu ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (Islam ve Rashid 2005, Adhikari ve ark. 2009; Goicolea ve San Sebastian 2010, Nyarko 2019, Goshu ve Yitayew 2019, Teshale ve Tesema 2020).

Eşleri daha eğitilmiş olduğunda, kadınların istenmeyen gebelik yaşamasının daha düşük olduğu öne sürülmektedir. Bu durumun, kısmen eğitilmiş kadınların kendileri gibi eğitilmiş eşleri seçmelerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Ayrıca, eğitimle, erkeklerin aile refahı için doğum planlamanın avantajlarının farkına varmasının da etkili bir faktör olduğu düşünülmektedir (UNFPA 2022). Seifu ve ark. (2020) tarafından Etiyopya'da yürütülen kesitsel çalışmada, eşinin formal eğitimi

bulunmayan kadınlarda istenmeyen gebelik saptanma durumunun, eşinin üniversite ve üzeri eğitimi bulunan kadınlara göre 2,5 kat (%95GA: 0.18-0.90) yüksek olduğu raporlanmıştır. Islam ve Rashid (2005) tarafından yapılan vaka-kontrol çalışmasında istenmeyen gebeliğin, eşinin eğitimi düşük olan kadınlarda 1,85 kat (%95 GA 1,08-3,18) daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun yanında, Çetinkaya (2018) tarafından yürütülen çalışmada, istenmeyen gebelik durumu eşinin eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan kadınlarda %32,4 iken, eşinin eğitim düzeyi ortaokul ve üzeri olanlarda %12,8 idi ve bu fark ikili analizlerde anlamlıyken çok değişkenli analizde bu anlamlılığını yitirdiği bulunmuştur.

Ki-kare testinde, kadının ve eşinin çalışma durumu ($p=0,001$) ve algılanan gelir düzeyi ($p=0,004$) ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir farklılık bulunduğu saptandı. Lojistik regresyon analizinde ise anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Gelir getiren bir işte çalışmanın, kadınların sosyal ve bedensel özerklikleri üzerinde güçlendirici bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Ayrıca, kendine ait geliri olan kadınların, doğum kontrol yöntemlerine daha iyi erişebilmesi ve haneye ilişkin kararlara katılma olanağının daha fazla olması beklenmektedir. Ek olarak, çalışan kadınların, çalışma hayatından uzak kalmamak için istenmeyen gebeliklerden korunmaya özellikle önem verdikleri belirtilmektedir (Ameyaw ve ark. 2019).

Literatürde, çalışma durumu ve gelir düzeyi ile istenmeyen gebeliklerin değerlendirildiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Etiyopya'da yürütülen bir çalışmada, gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların istenmeyen gebelik yaşama durumu, memur olarak çalışan kadınlara kıyaslandığında 6,8 kat daha fazla olduğu raporlanmıştır (Moges ve ark. 2020). Haffejee ve ark. (2018) tarafından Güney Afrika'da bir hastaneye başvuran kadınlar ile yürütülen çalışmada, gelir getirici bir işte çalışmayan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu öne sürülmüştür. Ayrıca, Sarder ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışmada, en düşük gelir grubundaki kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun en yüksek gelir grubundaki kadınlara göre 1,24 kat (%95GA: 1.09–1.42) daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Yohannes ve Balis (2022) tarafından yapılan çalışmada aylık geliri 1000 Etiyopya Birri'nin altında olan kadınlarda, aylık geliri 10.000 Etiyopya

Birri'nden fazla olan kadınlara göre, hamileliklerinin istenmeyen olduğunu bildirme durumları neredeyse 5 kat daha fazladır.

Buna karşın, Seifu ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışmada da kişinin gelir getirici bir işte çalışma durumu ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunmadığı raporlanmıştır. Çetinkaya (2018) tarafından yürütülen çalışmada, kadının ve eşinin çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyi ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı fark bulunmağı gösterilmiştir. Farklılığın muhtemel nedenlerinden birinin, gelir getirici bir işte çalışmayan kadınların sosyoekonomik durumlarının daha kötü olması ve sınırlı kaynaklarla geçinmek zorunda olmaları nedeniyle ekonomik istikrarsızlıktan korkmaları ve bu nedenlerle doğurganlıklarını sınırlamak istemeleri olabileceği düşünülmüştür.

Ki-kare testinde, gebenin sağlık güvencesinin varlığı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı fark bulunmadığı saptandı ($p=0,788$). Literatür incelemesinde, bu konuda çelişkili sonuçların raporlandığı görülmektedir. Nur (2012) tarafından Sivas'ta yaşayan 15-49 yaş arası ve evli tüm kadınları temsil etmesi amacıyla planlanan ve 1.264 kişi ile yürütülen çalışmada, sağlık güvencesi bulunmayan kadınlarda daha önce istenmeyen gebelik yaşamış olma durumunun sağlık güvencesi bulunan kadınlara göre 2,2 kat (%95GA: 1,56–3,02) yüksek olduğu raporlanmıştır. Erol ve ark. (2010) tarafından yürütülen İzmir'deki Konak Kadın hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde doğum yapan 351 kadın ile yürütülen çalışmada, Yeşil Kart sahibi veya sağlık güvencesi olmayan kadınlarda istenmeyen gebelik sıklığının diğer kadınlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın, Ay ve ark. (2012) tarafından yürütülen çalışmada, sağlık güvencesi varlığı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı ilişki bulunmadığı raporlanmıştır.

Hanede yaşayan kişi sayısı ile istenmeyen gebelik arasında, üç lojistik regresyon modelinde anlamlı ilişki bulunduğu saptandı. Hanede yaşayan kişi sayısının 5 ve üzerinde olanların 4 ve daha az kişi bulunanlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumu, 1. Model'de 3,2 kat (%95GA: 1,907-5,427), 2. Model'de 2,1 kat (%95GA: 1,178-3,662) ve 4. Model'de 2,4 kat (%95GA: 1,336-4,347) fazla olduğu görüldü. Teshale ve Tesema (2020) tarafından Etiyopya'da yapılan çalışmada hanedeki kişi sayısı 1-3 olanlar referans alındığında, hanedeki kişi sayısı 4-6 olan kadınlarda

istenmeyen gebelik 1,38 kat (%95 GA 1,10-1,72), 7 ve üzerindeki hane sayısında 1,54 kat (%95 GA 1,20- 1,99) artış göstermektedir. Bunun yanında, Ikamari ve ark. (2013) tarafından Nairobi’de yaşayan 15-49 yaş kadınlardan seçilen 1262 kişilik örneklem ile yürüttükleri çalışmada hanede yaşayan kişi sayısının altı ya da üzerinde olmasının istenmeyen gebelik oranının artışı ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonucunda, hanede yaşayan kişi sayısının beş ve üzerinde olmasının artmış istenmeyen gebelik ile ilişkili bir risk faktörü olduğu saptanmasının yanında sahip olunan çocuk sayısı ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlılığın devam ettiği görüldü. Ayrıca, geniş aile yapısındaki hanede yaşamayan, kadının aile içindeki konumunu etkileyerek kararlara katılımını ve özerkliğini azaltabileceği ve sonuç olarak istenmeyen gebelikleri artırabileceği beklense de istatistik testlerinde geniş aileyle birlikte yaşamayan bağımsız bir risk faktörü olmadığı görüldü.

Resmi nikahın bulunmaması ile istenmeyen gebelik arasında, üç lojistik regresyon modelinde anlamlı ilişki bulunduğu saptandı. Resmi nikahın olmaması durumunda, istenmeyen gebelik yaşama durumunun 2. Model’de 5,4 kat (%95GA: 1,266-23,100), 3. Model’de 5,4 kat (%95GA: 1,245-23,360) ve 4. Model’de 4,9 kat (%95GA: 1,115-21,246) fazla olduğu görüldü. Savaş ve ark. (2017) yapılan çalışmada, eş ile resmi nikahı bulunmayan kadınlarda istenmeyen gebeliklerin (%36,1) eş ile resmi nikahı bulunan kadınlara göre (%14,1) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Resmi nikahın bulunmamasının, özellikle adolesanları sosyal haklar ve sağlık hizmetlerine ulaşma açısından olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Keskinoglu ve ark. 2007). Ayrıca resmi nikahı olmayan kadınların, evli kadınlara göre kendilerini daha az güvende hissedebileceklerinden ve buna bağlı eşinden bağımsız karar verme özerkliğine sahip olamayacaklarından dolayı; bu durumun kadınlardaki yüksek istenmeyen gebelik oranlarını açıklayabileceği düşünülmüştür.

Evlenme şekli ile istenmeyen gebelik arasında, Ki-kare testinde anlamlı fark bulunduğu saptandı ($p=0,001$). Lojistik regresyon analizinde ise dört modelin hepsinde anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Evlenirken kadının rızasının alınmadığı evliliklerde, kadınların eş şiddeti ve benzeri olumsuz sonuçlar ile karşılaşma olasılığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çalışkan ve Çevik 2018). Bu nedenle, görücü usulü evlenen kadınlarda istenmeyen gebeliklerin daha yüksek saptanması beklenebilir. Ancak,

Dilmen (2019) tarafından yürütülen çalışmada evlenme şekli ile kişinin gebeliğine yönelik tutumu arasında anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Çalışmada, Ki-kare testinde elde edilen anlamlı ilişkinin diğer sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörlerden kaynaklandığı görülmüştür.

Katılımcıların yaşı ile istenmeyen gebelik arasında Ki-kare testinde anlamlı fark saptansa da Lojistik Regresyon analizi için oluşturulan dört modelin tamamında anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Daha önce yürütülmüş çalışmalara dayanılarak adolesanlarda ve doğurganlık yaşamının sonundaki kadınlarda istenmeyen gebeliklerin daha fazla olduğu belirtilmektedir. DSÖ tarafından, dünya genelinde meydana gelen adolesan gebeliklerinin yaklaşık yarısının istenmeyen gebelikler olduğu açıklanmıştır (<https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 1 Kasım 2022).

Çalışmaya dahil edilen grupta ise 19 yaş ve altındaki kadınlarda istenmeyen gebelik yüzdesinin (%30,0) 20-34 yaş ve 35 yaş ve üzeri kadınlara göre düşük olduğu görüldü. Literatürde, bu çalışmada elde edilen sonuçlara benzer sonuçlar raporlanmıştır. Ameyaw ve ark. (2019) tarafından yürütülen çalışmada 15–19 yaş kadınlarla karşılaştırıldığında, istenmeyen gebeliklerin diğer yaş gruplarında en az iki kat yüksek olduğu öne sürülmüştür. Çetinkaya'nın (2018) yürüttüğü çalışmada uygulanan çok değişkenli analizde, yaşta bir birimlik (yıl) artışın istenmeyen gebelik yaşama durumunda 1,1 kat (%95: 1,003-1,207) artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ay ve ark. (2012) tarafından Manisa'da yürütülen ve kırsal alanda yaşayan 239 gebenin dahil edildiği çalışmada, istenmeyen gebeliklerin ileri yaş kadınlarda anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bununla birlikte, Bayer (2021) tarafından, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran 300 gebe ile yürütülen kesitsel çalışmada, katılımcının yaşı ile istenmeyen gebelik yaşamı arasında anlamlı fark bulunmadığı raporlanmıştır.

ABD'de, farklı tarihlerde yapılan çalışmalardan elde edilen veriler ise ülkemizdeki çalışmalarda saptanan sonuçların aksini göstermektedir. Kim (2017) tarafından yürütülen çalışmada 2006–2010 yıllarında ülke genelindeki 15-44 yaş arası 12.279 kadının dahil edildiği araştırmanın verileri kullanılmıştır. Çalışma sonucunda,

30 yaş üzeri kadınlar ile karşılaştırıldığında, 20 yaş altı kadınlarda istenmeyen gebelik yaşamasının 3,3 kat (%95 GA: 2,10-5,12) fazla olduğu raporlanmıştır.

Çalışma grubunda tüm gebelerde %36,5 istenmeyen gebelik oranı saptanırken çalışmadaki adölesan gebelerde bu oran %30'du. Adölesan gebelerde, DSÖ'ye göre meydana gelen gebeliklerin yaklaşık %50'si istenmeyen gebeliktir (<https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 1 Kasım 2022). Aynı zamanda çalışma grubunda erken yaşta evlilik oranı yüksekti (%37,5). Bu durum, evlilikten hemen sonra doğurganlığın sosyal çevreye gösterilmesinin gerekli olduğunun düşünülmesi ve aile büyükleri ve toplum tarafından oluşturulan çocuk doğurma ve yetiştirmeye yönelik baskının genç kadınlar tarafından normal görülmesi ve bu taleplerin karşılanması için kişilerin gebe kalmalarının, 19 yaş ve altındaki kadınlarda istenmeyen gebelik oranının düşük olarak saptanmasına yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Ki-kare testinde, gebenin eşi 35 yaş ve üzeri olan katılımcılarda, ilk evlenme yaşı 19 yaş ve altı olan katılımcılarda ve ilk gebelik yaşı 19 yaş ve altı olan katılımcılarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun daha yüksek olduğu saptansa da Lojistik Regresyon analizi için oluşturulan dört modelin tamamında anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Bu biyodemografik faktörlerin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Wasswa ve ark. (2020) tarafından, 15-49 yaşları arasındaki daha önce gebelik yaşamış 10.958 evli kadından oluşan 2016 tarihli Uganda Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın verileri ile yapılan çalışmada, eşinin yaşı 24 ve altında olan kadınlarda istenmeyen gebeliğin eşinin yaşı 45 ve üzeri olan kadınlara göre yaklaşık iki kat fazla olduğu raporlanmıştır. Mısır'da yapılan bir çalışmada istenmeyen gebelik eşinin yaşı 30 yaş üzeri olanlara göre, 30 ve yaş altı olanlarda 5,44 kat (%95 GA 1,14-26,11) daha yüksek saptanmıştır (Mohammed ve ark 2019). Ayrıca, ilk evlenme yaşının 5 yıl artmasının istenmeyen gebeliklerde yaklaşık iki kat ve ilk gebelik yaşının 5 yıl artmasının istenmeyen gebeliklerde yaklaşık üç kat artış ile ilişkili olduğu raporlanmıştır. Kim (2017) tarafından yürütülen çalışmada, iki değişkenli analizde, ilk gebeliğini 20 yaşından önce yaşayan kadınlarda istenmeyen gebeliklerin daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiş, çok değişkenli analizde istatistiksel anlamlılığın kaybolduğu görülmüştür. Çetinkaya (2018) tarafından yürütülen çalışmada ise ilk evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ve eşin yaşı ile istenmeyen gebelik yaşama arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir.

Daha önce yürütülmüş çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde; eşin yaşı, ilk evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşının istenmeyen gebelikler ile ilişkisine dair uyumsuz sonuçların elde edildiği görülmektedir. Ayrıca, bu konuda yürütülen çalışmalara dahil edilen gruplar arasında da önemli farklılıklar bulunmaktadır. Çalışmaların bir kısmı sadece evli kadınlar ile yürütülürken bazı çalışmalarda 15-49 yaş kadınların evlilik durumu fark etmeksizin dahil edilmesi, evliliğe ve evlilik dışında gebe kalmaya yönelik kültürel bakışın ülkeler ve hatta bölgeler arasında önemli farklılık göstermesi gibi faktörlerin, yürütülmüş çalışmalarda elde edilen sonuçların çeşitliliğine katkıda bulunduğu düşünüldü.

Sahip olunan çocuk sayısı ile istenmeyen gebelik arasında, üç lojistik regresyon modelinde anlamlı ilişki bulunduğu saptandı. Sahip olunan çocuk sayısının iki ya da daha fazla olması halinde, istenmeyen gebelik yaşama durumunun çocuk sahibi olmayan kadınlara göre 2. Model’de 17,8 kat (%95GA: 8,107-38,909), 3. Model’de 15,3 kat (%95GA: 6,906-34,029) ve 4. Model’de 17,6 kat (%95GA: 7,921-39,030) fazla olduğu görüldü. Bunun yanında, tek çocuk sahibi olma durumunda, istenmeyen gebelik yaşama durumu çocuk sahibi olmayan kadınlara göre 2. Model’de 4,9 kat (%95GA: 2,289-10,349), 3. Model’de 4,4 kat (%95GA: 2,063-9,485) ve 4. Model’de 5,1 kat (%95GA: 2,379-11,038) fazla olduğu görüldü.

Wasswa ve ark. (2020) tarafından yapılan çalışmada uygulanan çok değişkenli analizin sonucunda, çocuk sayısında bir birimlik artışın istenmeyen gebelik yaşama durumunu 1,4 kat (%95GA: 1,38–1,46) artırdığı gösterilmiştir. Kim (2017) tarafından yürütülen çalışmada uygulanan çok değişkenli analizin sonucunda, çocuk sayısında bir birimlik artışın istenmeyen gebelik yaşama durumunda 1,2 kat (%95GA: 1,07-1,30) artışa yol açtığı belirlenmiştir. Sarder ve ark. (2021) tarafından yürütülen çalışmada ise çocuk sahibi olmayan kadınlara göre, istenmeyen gebelik durumu, 1-2 çocuğu bulunan kadınlarda yaklaşık 4 kat, 3 ve üzeri çocuğu bulunan kadınlarda 10 kat daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Çetinkaya (2018) tarafından yürütülen çalışmada, yaşayan çocuk sayısı 3 ve üzeri olan kadınlarda istenmeyen gebelik oranı, çocuk sayısı 1 veya 2 olan kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmada, istenmeyen gebelikler ile en güçlü istatistik ilişkiye sahip olan faktörün sahip olunan çocuk sayısı olduğu görüldü. Çocuk sayısı daha fazla olan

kadınlarda; düşük eğitim düzeyi, tutarsız doğum kontrolü kullanımı, acil kontrasepsiyon yöntemlerinin varlığından haberdar olmama, doğum kontrol yöntemlerinin aşırı kanama ve benzeri yan etkilerine daha çok maruz kalma ve partnerini reddetme özerkliğine sahip olamama gibi faktörlerin daha fazla bulunmasının, bu gruptaki yüksek istenmeyen gebelik oranını açıklayabileceği düşünüldü (Tokuç ve ark. 2002, Öztürk ve Akçay 2003, Çetinkaya 2018, Şenoğlu ve ark 2019, Maxwell ve ark. 2020)

Fetal kayıp ve çocuk kaybı varlığı ile istenmeyen gebelik arasında, Ki-kare testinde anlamlı bir fark saptanmadı. Ay ve ark. (2012) tarafından yürütülen çalışmada da düşük öyküsü ile istenmeyen gebelik arasında çalışmaya benzer şekilde sonuç bulunmuştur. Teshale ve Tesema (2020) tarafından yürütülen çalışmada gebeliği sonlandırılmak zorunda kalan ve kalmayan kadınlarda istenmeyen gebelik açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Tsegaye ve ark. (2018) tarafından yapılan çalışmada ise ölü doğum öyküsü olan kadınlarda istenmeyen gebeliğin 3,3 kat daha fazla (%95 GA: 1,4-7,9) olduğu görülmüştür. Literatür taramasında, istenmeyen gebelik ve çocuk kaybı arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmaya rastlanmamıştır.

Katılımcıların birinci basamaktan bilgi alma durumu ile istenmeyen gebelik arasında Ki-kare testinde anlamlı fark saptansa da Lojistik Regresyon analizi için oluşturulan Model 4'te anlamlılığın kaybolduğu görüldü. Savaş ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan çalışmada birinci basamaktan bilgi almayanlarda istenmeyen gebelik oranı daha yüksekti. Yakubu ve ark (2018) tarafından yapılmış sistematik derlemede kapsamlı cinsellik eğitiminin eksikliği, yetersiz üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ve sağlık çalışanlarının özellikle ergenlere yönelik kontraseptif hizmetleri sağlama konusundaki zayıf tutumunun istenmeyen gebeliklerin belirleyicilerinden olduğu belirtilmiştir. Adhikari ve ark. (2009) tarafından yürütülen çalışmada sağlık hizmetlerine erişim, istenmeyen gebelik oranı arasında ters yönde bir ilişki bulunmuştur. Aile planlaması kaynaklarının yakınında (30 dakikadan az seyahat mesafesi olanlar) ikamet eden katılımcıların, aile planlaması kaynaklarından uzakta (1 saatten fazla seyahat mesafesi olanlar) ikamet edenlere kıyasla çok daha düşük istenmeyen gebelik yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aynı şekilde araştırmada, aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi yüksek olan kadınlarda mevcut gebeliği istememe oranı daha düşük bulunmuştur. Benzer şekilde hem toplum hem de sağlık

tesisi temelli başka çalışmalarda da kontraseptifler hakkında bilgisi olmayan veya daha az bilgisi olan kadınların istenmeyen gebelik bildirme olasılıkları daha yüksekti (Kebede ve ark. 2021). Gebremariam Weldearegawi ve ark. (2019) sağlık çalışanları tarafından üreme sağlığı hizmetlerine yönelik ziyaret yapılmamış kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun 1,7 kat (%95GA 1,09-5,128) daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

Çalışmada sürekli ilaç kullanımına neden olan kronik hastalık varlığı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Savaş ve ark. 2017’de Hatay’da yürüttüğü çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Chor ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada kronik hastalığı olan kadınların olmayanlara göre istenmeyen gebelik yaşama durumunun 1,56 kat (%95 GA 1,28-2,03) daha fazla olduğunu edilmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda kronik hastalığı olan kadınların kontraseptif kullanımı konusunda daha dezavantajlı olabileceğini bildirilmiştir (Chuang ve ark 2005, Vahratian ve ark 2009).

Gebelik öncesi kullanılan doğum kontrol yöntemi ile istenmeyen gebelik arasındaki ilişkiye yönelik yapılan Lojistik Regresyon analizi sonucunda; modern yöntem kullanmış kadınlara göre, gebelikten önce yöntem kullanmamış kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun 4 kat (%95 GA: 1,670-9,334), gebelikten önce geleneksel yöntem kullanmış kadınlarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun 3,3 kat (%95 GA: 1,575-7,165) daha yüksek olduğu saptandı.

Wasswa ve ark. (2020) tarafından yürütülen çalışmada, gebelikten önce doğum kontrol yöntemi kullanmamış kadınlarda istenmeyen gebelik durumunun herhangi bir yöntem kullanmış kadınlara göre 2 kat fazla olduğu raporlanmıştır. Benzer şekilde Sarder ve ark (2019) yürütülen çalışmada istenmeyen gebelik, doğum kontrol yöntemi kullanma niyeti olmayanlarda 1,87 kat (%95 GA 1,76-1,99) daha fazladır. Teshome (2010) tarafından yürütülen çalışmada modern yöntem kullanmayan kadınlarda, kullananlara göre 2 kat daha fazla istenmeyen gebelik saptanmıştır. Buna karşın, Ay ve ark. (2012) tarafından yürütülen çalışmada, kırsal alanda yaşamakta olan gebeler arasında istenmeyen gebelik oranı; gebelikten önce yöntem kullanmayanlarda %16,3, geri çekme yöntemi kullananlarda %53,1 ve etkili yöntem kullananlarda %54,3 olarak belirlenmiştir. Benzer olarak, Petersen ve ark. (2001) tarafından ABD’de yürütülen

çalışmada, gebelikten önce daha etkin yöntem kullanan kadınlarda istenmeyen gebelik oranının, hiç yöntem kullanmamış veya etkinliği düşük yöntem kullanmış kadınlara göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır. Gebelikten önce modern yöntemleri kullanan kadınların gebelikleri önleme konusunda daha yüksek beklentileri olabileceği; sonuç olarak, gebeliklerini istenmeyen olarak değerlendirme eğilimlerinin daha fazla olabileceği düşünüldü. TNSA 2018’de 15-49 yaş kadınlarda gebelik önleyici uygulamaların kullanımı, cinsel ilişkileri ve üreme sağlığına ilişkin kendi bilinçli kararlarını verme oranı %49,8’dir. Çalışmadaki modern yöntem kullanan ve kullanmayan kadınlardaki istenmeyen gebelikle alakalı bu farkın kadınların yöntem kullanımı konusunda toplumsal cinsiyet eşitsizliğine maruz kalması sebebiyle de oluşabileceği düşünüldü.

Mevcut gebeliğini istenmeyen bir gebelik olarak belirten kadınlara (n=119) yöneltilen *bu gebeliği istememe nedeniniz nedir?* sorusuna en sık verilen yanıt; çocuğunun/çocuklarının küçük olmasıydı. En sık ikinci yanıt ve üçüncü yanıt ise sahip olduğu çocuk sayısını yeterli olarak gördüğünden başka çocuk istememesi ve ekonomik nedenlerdi. Özcan ve ark. (2019) tarafından yürütülen tanımlayıcı çalışmada gebeliği istememe sebepleri başlıca; bebek bakımı için kendini hazır hissetmeme, ekonomik nedenler ve sağlık sorunlarıdır. Ay ve ark. (2012) tarafından yürütülen çalışmada da gebeliği istememe nedenleri; başka çocuk sahibi olmak istememesi, ekonomik nedenler ve çocuğunun küçük olmasıdır. Çalışmadan elde edilen bu bulgu, çok değişkenli analizde elde edilen, sahip olunan çocuk sayısı ile istenmeyen gebelik arasındaki güçlü ilişki ile uyumludur. Kadınların önemli bir bölümünün çocuk sayısını yeterli olarak görmesine rağmen istenmeyen gebelik yaşamasının; eşin çocuk isteği, çocuk sahibi olma konusunda karar verme özerkliğinden yoksun olma ve doğurganlık ve doğum kontrolüne ilişkin bilgi eksikliğinden kaynaklanmış olabileceği düşünüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Kars ilinde bulunan ikinci basamak bir devlet hastanesine başvuran gebelerde istenmeyen gebelik durumu ve ilişkili faktörler incelendi.

Çalışmaya dahil edilen gebelerin üçte birinden fazlasında (%36,5) istenmeyen gebelik mevcuttu. Kadınların %17,2’sinin mevcut gebeliği hiç istemediği, %19,3’ün

ise gebeliği sonradan istediği saptandı. Literatür incelemesinde, ülkemizin farklı illerinde yapılmış çalışmalarda saptanan istenmeyen gebelik oranlarının değişkenlik gösterdiği görüldü.

Mevcut gebeliğinin istenmeyen bir gebelik olduğunu belirten kadınlarda, gebenin çocuğunun/çocuklarının küçük olması ve gebenin sahip olduğu çocuk sayısını yeterli görmesi gebeliği istememesinin en sık nedenleri olduğu görüldü.

İki değişkenli analizde ikamet yeri ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı fark bulunduğu saptanırken çok değişkenli analizlerde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

Hanede yaşayan kişi sayısı dört ve daha az kişi olanlara göre, beş ve üzerinde olanlarda istenmeyen gebelik yaşama durumu 2,4 kat daha yüksek, sahip olunan çocuk sayısı ile birlikte değerlendirildiğinde anlamlılığın devam ettiği görüldü.

Çok değişkenli analizde, resmi nikahı olanlara göre, resmi nikahı olmayanlarda istenmeyen gebelik yaşama durumunun 4,9 kat daha yüksek olduğu belirlendi (Model 4).

İki değişkenli analizde evlenme şekli ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark bulunduğu saptanırken çok değişkenli analizlerde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

İki değişkenli analizde eş ile akrabalık durumu ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

İki değişkenli analizde kadının ve eşinin yaşı ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunduğu saptanırken çok değişkenli analizlerde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

İki değişkenli analizlerde ilk evlenme ve ilk gebelik yaşı ile istenmeyen gebelik arasında anlamlı fark bulunduğu saptanırken çok değişkenli analizde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

Çok değişkenli analizde, çocuğu sahibi olmayan gebeler referans alındığında, yaşayan bir çocuğu olanlarda istenmeyen gebelikler 5,1 kat, yaşayan iki veya daha çok çocuğu olanlarda ise istenmeyen gebelik 17,6 kat daha yüksek olduğu belirlendi (Model 4).

İki değişkenli analizde sağlık güvencesi varlığı ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

Çok değişkenli analizde, kadının ve eşinin eğitim durumu ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunmadığı belirlendi.

İki değişkenli analizde kadının ve eşinin çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyi ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark bulunduğu saptanırken çok değişkenli analizlerde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

İki değişkenli analizlerde, fetal kayıp ve çocuk kaybı varlığı ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark bulunmadığı saptandı.

İki değişkenli analizde birinci basamaktan bilgi alma durumu ile istenmeyen gebelik yaşama durumu arasında anlamlı fark saptanırken çok değişkenli analizde anlamlılığın kaybolduğu görüldü.

İkili analizlerde kronik hastalık varlığı ile istenmeyen gebelik durumu arasında anlamlı fark bulunmadı.

Çok değişkenli analizde, istenmeyen gebelikler modern yöntemleri kullanan kadınlara göre, gebelikten önce herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamış kadınlarda 4 kat, gebelikten önce geleneksel doğum kontrol yöntemi kullanmış kadınlarda ise 3,3 kat daha yüksek bulunmuştur. (Model 4).

6.1. Öneriler

Doğum kontrol yöntemi kullanma isteği ve talebi, kişinin vücudu ile cinsellik, üreme ve doğum kontrolü hakkında bilgi sahibi olmasını gerektirmektedir. Bilgi eksikliği artık karşılanmayan ihtiyacın en önemli nedeni olarak görülmese de halen istenmeyen gebelik ile güçlü bir şekilde ilişkili bir faktör olarak görülmektedir. Hem ailede hem de örgün eğitimde uygun yaşta başlatılacak olan sürekli eğitim ile hem kadınların hem de erkeklerin üreme sağlığı ve doğum kontrolüne ilişkin bilgi düzeyleri yükseltilmelidir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülen 15-49 yaş kadın takiplerinde aile planlaması ve doğum kontrolüne ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu ilişkin mevzuatta performans göstergesi olarak yer almalıdır. Doğum öncesi

ve doğum sonrası bakım esnasında aile planlaması ve doğum kontrolüne ilişkin bilgilendirmeye daha geniş yer verilmelidir. Tüm aile planlaması ve doğum kontrollerine ilişkin kanıta dayalı tüm etkililiği yüksek ve yan etkisi düşük yöntemler hem ücretsiz sunulmalı hem de ulaşılabilir olması için gerekli tüm alt yapılar sağlanmalıdır. Özellikle 15-49 yaş grubundaki kadınlara acil kontrasepsiyon konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi önemlidir. Ayrıca, hizmet kalitesinin yükseltilmesi için sürekli hizmet içi personel eğitimi ve performans değerlendirmesine yönelik denetim çalışmaları etkin bir şekilde yürütülerek birinci basamak daha da güçlendirilmelidir.

Toplumsal cinsiyet, kültürel inanışlar, kürtajin bir aile planlaması yöntemi olarak görülmesi, gebeliğe zorlama biçiminde eş şiddeti ve kadını çocuk sahibi olmaya, kalabalık bir aileye sahip olmaya veya bir erkek çocuk doğana kadar çocuk doğurmaya devam etmeye zorlayan toplum veya aile baskısının yanı sıra sosyal damgalama, mitler ve yanlış bilgiler gibi istenmeyen gebelikler ile ilişkili faktörlerin saptanmasına ilişkin bölgesel çalışmalar yürütülerek ilgili topluma özgü risk faktörleri saptanmalı ve gerekli müdahaleler, bu faktörler göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Genel olarak, aile planlaması sorumluluğunu kadınların üstlenmesi gerektiğine dair bir toplumsal beklenti bulunmaktadır. Erkeklerin doğum kontrolüne ilişkin farkındalığının artırılmasına ve erkeklere yönelik doğum kontrol yöntemlerinin bilinirliğinin ve kullanımının artırılmasına yönelik çalışmalar istenmeyen gebeliklerin azalmasına katkıda bulunacaktır. Ayrıca toplumsal cinsiyetin neden olduğu eşitsizliğin giderilmesi konusunda tüm kamu kurum ve kuruluşları ile sivil toplum kuruluşlarının halkın bu konuda bilinçlenmesi için gerekli çalışmaları yürütmesi ve var olan çalışmaların güçlendirilmesi için daha fazla çaba göstermesi gereklidir.

7. KAYNAKLAR

- Abajobir AA, Maravilla JC, Alati R, Najman JM: A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *J Affect Disord*, 1(192): 56-63, 2016
- Adhikari R, Soonthornhdhada K, Prasartkul P: Correlates of unintended pregnancy among currently pregnant married women in Nepal. *BMC Int Health Hum Rights*. 9(1): 1-10, 2009.
- Alam MZ, Islam MS: Is there any association between undesired children and health status of under-five children? Analysis of a nationally representative sample from Bangladesh. *BMC Pediatr*, 22(1): 445, 2022.
- Ameyaw EK, Budu E, Sambah F, Baatiema L, Appiah F, Seidu AA, Ahinkorah BO: Prevalence and determinants of unintended pregnancy in sub-Saharan Africa: A multi-country analysis of demographic and health surveys. *PLoS One*, 14(8): e0220970, 2019.
- Amo-Adjei J, Tuoyire DA: Effects of planned, mistimed, and unwanted pregnancies on the use of prenatal health services in sub-Saharan Africa: a multicountry analysis of Demographic and Health Survey data. *Trop Med Int Health*, 21(12): 1552-1561, 2016.
- Apay Ejder S, Özdemir F, Özorhan EY, Sakar T: Erzurum'daki kadınların gebelik sayısına ve aralığına etki eden faktörlerin incelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1): 45-64, 2015.
- Ay S, Yanikkerem E, Mutlu S: İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların özellikleri ve kontraseptif yöntemleri bırakma nedenleri: Kırsal Alan Örneği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3): 315-324, 2012.
- Bain LE, Zweekhorst MBM, Buning TC: Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *African Journal of Reproductive Health*, 24(2): 187-205, 2020.
- Bayer A: Planlanmamış Gebeliklerin Yaşanma Sıklığı ve Beden İmajına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Danışman Öğr. Üyesi: Taşpınar A. Aydın, 2021.
- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L: Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *The Lancet Global Health*, 8(9): e1152-e1161, 2020.
- Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Alkema L: Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: A global comparative analysis of levels in 2015-2019. *BMJ global health*, 7(3): e007151, 2022.
- Biggs MA, Karasek D, Foster DG: Unprotected intercourse among women wanting to avoid pregnancy: attitudes, behaviors, and beliefs. *Women's Health Issues*, 22(3): e311-e318, 2012.
- Blystad A, Haukanes H, Tadele G, Moland KM: Reproductive health and the politics of abortion. *Int J Equity Health*, 19(1): 1-4, 2020.
- Branjerdpor G, Meredith P, Strong J, Garcia J: Associations Between Maternal-Foetal Attachment and Infant Developmental Outcomes: A Systematic Review. *Matern Child Health J*, 21(3): 540-553, 2017.
- Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN, Potts M: Barriers to fertility regulation: areview of the literature. *Stud Fam Plann*, 37(2): 87-98, 2006.
- Carson C, Redshaw M, Sacker A, Kelly Y, Kurinczuk JJ, Quigley MA: Effects of pregnancy planning, fertility, and assisted reproductive treatment onchild behavioral problems at 5 and 7 years: Evidence from the Millennium Cohort Study. *Fertil Steril*, 99(2): 456-463, 2013.
- Casterline JB, Sathar Z, Haque M: Obstacles to contraceptive use in Pakistan: A study in Punjab. *Stud Fam Plann*, 32(2): 95-110, 2001.

CDC: providing quality family planning services: recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs, 63(RR04): 1-29, 2015.

Chalasani S, Casterline JB, Koenig MA: Consequences of unwanted childbearing: A study of child outcomes in Bangladesh. Population Association of America, 29-31 March 2007, New York, 2007.

Chuang CH, Chase GA, Bensyl DM, Weisman CS. Contraceptive use by diabetic and obese women. Womens Health Issues, 15(4):167-73, 2005.

Chung HW, Kim EM, Lee JE: Comprehensive understanding of risk and protective factors related to adolescent pregnancy in low- and middle-income countries: A systematic review. J Adolesc. 69: 180-188, 2018.

Chor, J., Rankin, K., Harwood, B., & Handler, A. Unintended pregnancy and postpartum contraceptive use in women with and without chronic medical disease who experienced a live birth. Contraception, 84(1), 57-63, 2011

CİSÜ Platformu. Türkiye'de cinsel sağlık ve üreme sağlığı durum analizi. Karika Baskı ve Kopyalama Sistemleri. İstanbul: 2021.

Cleland J, Harbison S, Shah IH: Unmet need for contraception: issues and challenges. Stud Fam Plann. 45(2): 105-22, 2014.

Cleland J: The complex relationship between contraception and abortion. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 62: 90-100, 2020.

Çalışkan H, Çevik Eİ: Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 7(14): 218-233, 2018.

Çatak B, İkizşik H, Kartal SB, Öner C, Uluç HH, Seğmen Ö: İstanbul'da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi: toplum tabanlı bir araştırma. Perinatoloji Dergisi, 20(3): 126-34, 2012.

Catak B, Oner C, Sutlu S, Kilinc S: Effect of socio-cultural factors on spontaneous abortion in Burdur, Turkey: A population-based case-control study. Pak J Med, 32(5): 1257-1262, 2016.

Çetinkaya M: Pınarhisar'da Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınlarda Düşükler ve Belirleyicileri. Yüksek Lisans Tezi. Dan. Öğret. Üyesi: Mercan Y. Kırklareli, 2018.

Dehingia N, Dixit A, Atmavilas Y: Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. BMC Pregnancy Childbirth, 20(1): 1-11, 2020.

Devlet Planlama Teşkilatı. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972). Ankara: DPT Yayını, 1967.

Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ: The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis. Reprod Health, 10(1): 1-9, 2013.

Dikmen AU, Medeni V, Medeni İ, Aycan S: Ankara'daki bazı aile sağlığı merkezlerine başvuranların isteyerek düşüğe dair bilgi ve tutumları. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss. 976-7, 2015.

Dilmen S: Adölesan Gebelerin Aile Planlamasına Yönelik Tutumları ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler. Yüksek Lisans Tezi. Dan. Öğr. Üyeleri: Kocaöz S, Kızılırmak A. Nevşehir, 2019.

Dönmez A, Çoban AO, Canbay FÇ: istenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebeğin rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(16); 2016

Dünya Sağlık Örgütü, Family planning. A global handbook for providers. Geneva: WHO, 2018

Eliason, S., Baiden, F., Yankey, B.A. et al. Determinants of unintended pregnancies in rural Ghana. BMC Pregnancy Childbirth 14, 261 (2014).

Erken AA ve Günay O: Kayseri İl Merkezinde Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Sonu Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Konya, ss. 1038, 2015.

Erol N, Durusoy R, Ergin I, Döner B, Çiçeklioğlu M: Unintended pregnancy and prenatal care: a study from a maternity hospital in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15(4): 290-300, 2010.

ESHRE Capri Workshop Group: Why after 50 years of effective contraception, do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Human Reproduction*, 33(5): 777–783, 2018.

Finer LR, Henshaw SK: Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health*, 38: 90e6, 2006.

Finer LB, Zolna MR: Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med*. 374(9):843-52, 2016.

Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, Johnson BR Jr, Tunçalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L: Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390(10110): 2372-2381, 2017.

Gebremariam Weldearegawi G, Tekola KB Fseha Teklehaymanot B: Magnitude and associated factors of unintended pregnancy among pregnant women at Saesie Tsaeda Emba Woreda Eastern Zone of Tigray, North Ethiopia, 2018. *Journal of Pregnancy*, 2019.

Gemalmaz AF, Okyay P, Doyuran E, Başak O, Beşer E. Aydın İli 1 Nolu AÇSAP Merkezi aile planlaması hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14: 80-81, 2005.

Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ: The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann*, 39(1): 18-38, 2008.

Goicolea, I., San Sebastian, M. Unintended pregnancy in the amazon basin of Ecuador: a multilevel analysis. *Int J Equity Health* 9, 14 (2010).

Goshu YA, Yitayew AE. Prevalence and determinant factors of unintended pregnancy among pregnant women attending antenatal clinics of Addis Zemen hospital. *PLoS One*. 2019 Jan 30;14(1):e0210206.

Gökburun İ. Türkiye'nin demografik dönüşüm sürecinde nüfus politikalarının rolü. *Gelecek Vizyonlar Dergisi*, 4(1)-15, 2020.

Guterman K: Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 48: 160-9, 2015.

Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A: Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview. *Niger J Clin Pract*, 10(4): 272-82, 2007.

Habib MA, Raynes-Greenow C, Nausheen S, Soofi SB, Sajid M, Bhutta ZA, Black KI: Prevalence and determinants of unintended pregnancies amongst women attending antenatal clinics in Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1): 156, 2017.

Haffejee F, O'Connor L, Govender N, Reddy P, Sibiyi MN, Ghuman S, Ngxongo T, Borg D: Factors associated with unintended pregnancy among women attending a public health facility in KwaZulu-Natal, South Africa, *South African Family Practice*, 60(3): 79-83, 2018.

Heidari S, Onyango MA, Chynoweth S: Sexual and reproductive health and rights in humanitarian crises at ICPD25+ and beyond: consolidating gains to ensure access to services for all. *Sex Reprod Health Matters*, 27(1): 1676513, 2019.

Herd P, Higgins J, Sicinski K, Merkurieva I: The implications of unintended pregnancies for mental health in later life. *Am J Public Health*, 106(3): 421-9, 2016.

HÜNEE, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, Elma Teknik Basım ve Matbacılık: Ankara, 2019.

HÜNEE, Türkiye'de karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı. UNFPA Turkey & Hacettepe University Institute of Population Studies. Ankara: 2020.

HÜNEE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örnekleme, temel bulgular. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara: 2019.

Ikamari, L., Izugbara, C. & Ochako, R. Prevalence and determinants of unintended pregnancy among women in Nairobi, Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth* **13**, 69 (2013).

Islam MM, Rashid M: Determinants of unintended pregnancy among ever-married women in Bangladesh. *Journal of Family Welfare*, 50(2):40, 2005.

Johnson-Mallard, V., Kostas-Polston, E.A., Woods, N.F. et al. Unintended pregnancy: a framework for prevention and options for midlife women in the US. *womens midlife health* **3**(8), 2017.

Jones RK, Tapales A, Lindberg LD, Frost J: Using longitudinal data to understand changes in consistent contraceptive use. *Perspect Sex Reprod Health*. 47(3): 131-9, 2015.

Kantorová V, Wheldon MC, Ueffing P, Dasgupta ANZ: Estimating progress towards meeting women's contraceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*, 17(2): e1003026, 2020.

Karakoyunlu FB: Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi. Danışman Öğr. Üyesi: Öncel S. Akdeniz Üniversitesi. Antalya, 2007.

Kavak SB: Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne Başvuran Hastalara Uygulanan Kontraseptif Yöntemler ve Hastaların Demografik Özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*. 14(4): 250-253, 2009.

Kebede KM, Belay AS, Shetano AA: Prevalence and determinants of unintended pregnancy in Ethiopia: narrative synthesis and meta-analysis. *Heliyon*, 7(9): e07869, 2021.

Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T: Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 20(1): 19-24, 2007.

Khan, M.N., Harris, M.L., Shifti, D.M. et al. Effects of unintended pregnancy on maternal healthcare services utilization in low- and lower-middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 64, 743–754 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01238-9>

Kim TY: Determinants of Unintended Pregnancy and Modern Family Planning Use. Doktora Tezi. Danışman Öğr. Üyesi: Boudreaux MH. University of Maryland, 2017.

Korenman S: consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 34(4): 198–205, 2002.

Kost K, Lindberg L: Pregnancy intentions, maternal behaviors, and infant health: investigating relationships with new measures and propensity score analysis. *Demography*. 52(1): 83-111, 2015.

Machiyama K, Casterline JB, Mumah JN, Huda FA, Obare F, Odwe G, Kabiru CW, Yeasmin S, Cleland J: Reasons for unmet need for family planning, with attention to the measurement of fertility preferences: protocol for a multi-site cohort study. *Reprod Health*, 4(1): 23, 2017.

Maxwell L, Devries K, Zions D, Alhusen JL, Campbell J: Estimating the effect of intimate partner violence on women's use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(2): e0118234, 2015.

McFarlane I: State of World Population 2022. New York: Prographics Inc, 2022.

Moges Y, Worku SA, Niguse A, Kelkay B: Factors associated with the unplanned pregnancy at suhul general hospital, Northern Ethiopia, 2018. *J Pregnancy*, 2020: 2926097, 2020.

Mohamed, E. A. E. B., Hamed, A. F., Yousef, F., & Ahmed, E. A. (2019). Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1), 1-9.

Molyneaux JW, Gertler PJ. The impact of targeted family planning programs in Indonesia. *Popul Dev Rev*, 26(Suppl): 61–85, 2000.

Morse JE, Ramesh S, Jackson A: Reassessing Unintended Pregnancy: Toward a patient-centered approach to family planning. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 44(1): 27-40, 2017.

Naveed S, Ghanilashari U, Waqas A, Bhuiyan M, Meraj H: Gender of children and social provisions as predictors of unplanned pregnancies in Pakistan: a cross-sectional survey. *BMC Research Notes*, 11: 587, 2018.

Nur N: Socioeconomic disparities among ever-married turkish women who had unintended pregnancies and abortions in a Middle Anatolian city, *Women & Health*, 52(7): 716-72, 2012.

Nyarko SH: Unintended pregnancy among pregnant women in ghana: prevalence and predictors. *J Pregnancy*, 2019: 2920491, 2019.

Oner C, Catak B: The frequency and content of prenatal care determine birthplace: A community-based case-control study. *Iran J Public Health*, 48(1): 120-125, 2019.

Özkan Z, Açıkgöz B, Ayoğlu FN: Gebe polikliniğine başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığı ve etkileyen faktörler. In: 3. International 21. National Public Health Congress. Antalya, 2019. s. 1174

Öztürk H., Okçay H: İstenmeyen gebelikler ve istemli düşükler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 6(6),2003.

Öztürk, R., & Kavlak, O. Perimenopozal dönemde hormonal kontrasepsiyon. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 21(3):110-118, 2012.

Partridge S, Balayla J, Holcroft CA, Abenhaim HA: Inadequate prenatal care utilization and risks of infant mortality and poor birth outcome: a retrospective analysis of 28,729,765 U.S. deliveries over 8 years. *Am J Perinatol*, 29(10): 787-93, 2012.

Petersen R, Gazmararian JA, Anderson Clark K, Green DC. How contraceptive use patterns differ by pregnancy intention: implications for counseling. *Womens Health Issues*. 11(5): 427-35, 2001.

Petri E, Palagini L, Bacci O, Borri C, Teristi V, Corezzi C: Maternal-foetal attachment independently predicts the quality of maternal-infant bonding and post-partum psychopathology. *J Maternal Fetal Neonatal Med*, 31(23): 3153–9, 2018.

Pilatin B, Kabalcıoğlu F, Kılınç Ç: Kendiliğinden düşük yapan kadınların kontraseptif tercihleri. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne, 1064-65, 2014

Qiu X, Zhang S, Sun X, Li H, Wang D: Unintended pregnancy and postpartum depression: A meta-analysis of cohort and case-control studies. *J Psychosom Res*, 138: 110259, 2020.

Rasch V: Unsafe abortion and postabortion care - an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 90(7): 692-700, 2011.

Riley T, Sully E, Ahmed Z, Biddlecom A: Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries. *Int Perspect Sex Reprod Health*, 16(46): 73-76, 2020.

Rowe H, Holton S, Kirkman M, Bayly C, Jordan L, McNamee K, McBain J, Sinnott V, Fisher J: Prevalence and distribution of unintended pregnancy: the understanding fertility management in Australia National Survey. *Aust N Z J Public Health*, 40(2): 104-9, 2016.

Sağlık Bakanlığı: Aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri. Aile Hekimliği Eğitim ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı, Ankara: 2015.

Santelli J, Rochat R, Hatfield-Timajchy K, Gilbert BC, Curtis K, Cabral R, Hirsch JS, Schieve L; Unintended Pregnancy Working Group. The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspect Sex Reprod Health*, 35(2): 94-101, 2003.

Sarder A, Islam SMS, Maniruzzaman, Talukder A, Ahammed B: Prevalence of unintended pregnancy and its associated factors: Evidence from six south Asian countries. *PLOS ONE*, 16(2): e0245923, 2021.

Savaş N. İnandı T. Arslan E. Peker E. Durmaz E. Erdem M. Alışkın Ö. Yeniçeri A: Unintended pregnancies, induced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. *Turkish Journal of Public Health*, 15(2): 85-95, 2017.

Sayahi Y, Javadifar N, Cheraghian B, Sayahi M, Afshari P: The relationship between unwanted pregnancy with mother and father attachment to infant. *Shiraz E Med J*, 18(12): e14066, 2017.

Sedgh G, Hussain R: Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann*, 45(2): 151-69, 2014.

Sedgh G, Bankole A, Oye-Adeniran B, Adewole IF, Singh S, Hussain R: Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women. *Int Fam Plan Perspect*, 32(4): 175-84, 2006.

Seifu CN, Fahey PP, Hailemariam TG, Atlantis E: Association of husbands' education status with unintended pregnancy in their wives in southern Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*, 9;15(7): e0235675, 2020.

Shah PS, Balkhair T, Ohlsson A, Beyene J, Scott F, Frick C: Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Matern Child Health J*, 15(2): 205-16, 2011.

Sherman, C. A., Harvey, S. M., & Noell, J. "Are they still having sex?" STIs and unintended pregnancy among mid-life women. *Journal of Women & Aging*, 17(3), 41-55, 2005.

Shreffler KM, Spierling TN, Jespersen JE, Tiemeyer S: Pregnancy intendedness, maternal-fetal bonding, and postnatal maternal-infant bonding. *Infant Ment Health J*, 42(3): 362-373, 2021.

Sidebotham P, Heron J: ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the "children of the nineties:" the role of the child. *Child Abuse Negl*, 27(3): 337-52, 2003.

Singh A, Singh A, Thapa S: Adverse consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in Nepal. *Asia Pac J Public Health*, 27(2): NP1481-91, 2015.

Singh S, Maddow-Zimet I: Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: A review of evidence from 26 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(9): 1489–1498, 2016.

Skracic I, Lewin AB, Steinberg JR: Types of lifetime reproductive coercion and current contraceptive use. *J Womens Health (Larchmt)*, 30(8):1078-1085, 2021.

Söğüt Ç, Erbay Dünder P: Manisa Şehzadeler bölgesinde riskli gebelik prevalansı ve ilişkili faktörler. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, ss 560-61, 2017.

Şenoğlu A., Çoban A., Karaçam Z. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 28(4): 300-305, 2019.

Şenol O, Metin A, Sezer Korucu K: Ülkelerin ölüm göstergeleriyle karşılaştırılması: veri zarflama analizi. Süleyman Demirel. Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(33): 82-103, 2019.

T.C.Resmi Gazete. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.25.01.2013. Sayı: 2853925

T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Kalkınma Başkanlığı. On Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2019-2023). Ankara, 2019

T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018). Ankara,2014

T.C.Resmi Gazete. Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun.14.11.1983. Sayı:2827

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Ankara, 2005.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2018.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021 Sağlık Yıllığı İstatistikleri Haber Bülteni 2022. Erişim adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,92604/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bulteni-yayimlanmistir.html> 26.10.2022

T.C. Serhat Kalkınma Ajansı. 2017. Erişim adresi: <https://www.serka.gov.tr/assets/upload/dosyalar/tra2-kadin-profil.pdf>. Erişim tarihi: 26.10.2022.

Tepe P: Ümraniye’de Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Üreme Sağlığı Durumları ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Danışman Öğr. Üyesi: Sakarya S, Özaydın AN, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2018.

Teshale AB, Tesema GA: Magnitude and associated factors of unintended pregnancy in Ethiopia: a multilevel analysis using 2016 EDHS data. BMC Pregnancy Childbirth, 20(1): 329, 2020.

Teshome H. Addis Ababa University; 2010. Determinants of Unintended Pregnancy Among Currently Married Women in Gozamin Woreda, East Gojjam of Amhara, Ethiopia

Tsegaye AT, Mengistu M, Shimeka A: Prevalence of unintended pregnancy and associated factors among married women in west Belessa Woreda, Northwest Ethiopia, 2016. Reprod Health, 15(1): 1-8, 2018.

Tezcan S: Temel Epidemiyoloji: Örneklem, Hipokrat Kitabevi, Ankara. s. 332, 2017a.

Tezcan S: Temel Epidemiyoloji: Önemlilik Testleri. Hipokrat Kitabevi, Ankara. s. 371, 2017b.

Tezcan S: Temel Epidemiyoloji: Çok Değişkenli Analizler. Hipokrat Kitabevi, Ankara. s. 382, 2017c.

Tokuç, B., Eskiocak, M., & Saltık, A. (2002). Acil kontrasepsiyon. Sürekli tıp eğitimi dergisi, 11(3), 94-7.

UNFPA: Seeing the Unseen: The Case for Action in The Neglected Crisis of Unintended Pregnancy, 2022. Erişim adresi: <https://eeca.unfpa.org/en/publications/seeing-unseen-case-action-neglected-crisis-unintended-pregnancy-1> Erişim Tarihi: 13.07.2022

Vahratian A, Barber JS, Lawrence JM, Kim C. Family-planning practices among women with diabetes and overweight and obese women in the 2002 National Survey For Family Growth. Diabetes Care. 2009 Jun;32(6):1026-31. doi: 10.2337/dc08-2105. Epub 2009 Mar 11.

Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, Beyrer C, Singh S: The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Curr*, 18(6), 2014.

Wasswa R, Kabagenyi A, Atuhaire L: Determinants of unintended pregnancies among currently married women in Uganda. *J Health Popul Nutr*, 39(1): 15, 2020.

Wilson RF, Klevens J, Williams D, Xu L: Infant homicides within the context of safe haven laws - United States, 2008-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 2;69(39): 1385-1390, 2020.

World Health Organization: Equity, social determinants and public health programmes, Geneva: WHO Press, 2010.

Yakubu I, Salisu WJ: Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*, 15(1): 1-11, 2018.

Yanikkrem E, Ay S, Piro N: Planned and unplanned pregnancy: effects on health practice and depression during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*, 39(1): 180-7, 2013.

Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL: A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud*, 46(5): 708-15, 2009.

Yohannes E, Balis B: Unintended pregnancy and associated factors among women who live in Ilu Gelan District, Western Ethiopia, 2021. *Int J Reprod Med*, 2022: 8646724, 2022.

Ek-1: Veri Toplama Formu

Kars'ta İkinci Basamak Bir Hastaneye Başvuran Gebelerde İstenmeyen Gebelik Sıklığı ve İstenmeyen Gebelikleri Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

İstenmeyen gebeliklerin hem çocuk hem de anne için ciddi etkileri olan bir durumdur. İstenmeyen gebeliklerin görülme sıklığı küresel olarak azalmasına rağmen, özellikle gelişmekte olan bölgelerde istenmeyen gebelik oranı yüksektir. Bu yüzden istenmeyen gebelikler, halk sağlığının devam eden önemli bir sorunudur. Çalışmada, Kars ilinde İkinci Basamak bir hastaneye başvuran gebelerde istenmeyen gebelik sıklığını belirlemek ve istenmeyen gebelikleri etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır.

Eğer çalışmaya katılmayı kabul ederseniz verdiğiniz bilgiler araştırmanın bilimsel amacı dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Tüm soruları yanıtlamanız ve içten yanıtlar vermeniz araştırma verilerinin güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Dr. Hilal Karahan

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD

I-BİYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?

..... yaşında

2. Eşiniz kaç yaşında?

..... yaşında

3. İlk evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?

..... yaşında

4. Bu gebelik ilk gebeliğiniz mi?

A-Evet →SORU 12'E GEÇİNİZ

B-Hayır

5. İlk gebe olduğunuzda kaç yaşındaydınız?

..... yaşında

6. Bir önceki gebeliğiniz nasıl sonlandı?

A-Normal doğum

B-Düşük (kendiliğinden ya da küretaj)

C-Ölü doğum

7. Bir önceki gebeliğiniz sonlanmasından kaç ay sonra gebe oldunuz?

..... ay sonra

8. Hiç kendiliğinden ya da isteyerek düşük (küretaj) yaptınız mı?

A-Evet (Kaç kez) B-Hayır

9. Hiç ölü doğum yaptınız mı?

A-Evet (Kaç kez) B-Hayır

10. Hiç canlı doğup sonradan ölen 5 yaşından küçük çocuğunuz oldu mu?

A-Evet (Kaç kez) B-Hayır

11. Yaşayan toplam kaç çocuğunuz var?
..... çocuk

12. Sadece emin olmak istiyorum siz toplam
..... kere gebe kalmışsınız.

Bu rakam doğru mu?

13. Bu gebeliği istemiş miydiniz? (gebeliğini isteyenler 14.soruyu atlayıp 15.soruyu cevaplayabilir)

- A-Evet, istemiş
B-Sonra istemiş
C-Hiç istememiş

14. Bu gebeliği istememe nedeniniz nedir ?

.....
.....

15. Kaç haftalık gebesiniz?

..... haftalık

II- SAĞLIK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK HİZMET KULLANIMI

16.Sürekli ilaç kullanmanıza neden olacak ve hekim tarafından tanı konulan kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- A. Evet
B. Hayır

17. Sigara kullanıyor musunuz ?

- A. Hiç İçmemiş
B. İçiyormuş Bırakmış
C. Ayda Yılda Bir İçiyormuş
D. Her Gün İçiyormuş

18. Eşiniz sigara kullanıyor mu?

- A. Hiç İçmemiş
B. İçiyormuş bırakmış
C. Ayda Yılda Bir İçiyormuş.
D. Her Gün İçiyormuş

19. Gebeliğinizden önce herhangi bir korunma yöntemi kullandınız mı ?

- A. Evet B. Hayır

20. Gebeliğinizden önce korunmak için kullandığınız yöntem hangisiydi?

- 1-Hap kullanıyor
2-Spiral (RİA)
3-Kondom
4-İğne/Enjeksiyon
5-Deri Altı İmplantı
6-Diafram, Jel, Köpük, Fitol
7-Emzirme
8-Tehlikesiz Günler
9-Geri Çekme
10-Diğer (yazınız:.....)

21. Gebeliğinizden önce aile planlaması ve kontrasepsiyon (gebelikten korunma yöntemleri) hakkında hiç AH, ASE'dan herhangi bir bilgi aldınız mı?

- 1-Evet 2-Hayır

22. Gebeliğinizden önce aile planlaması ve kontrasepsiyon (gebelikten korunma yöntemleri) hakkında hiç AH, ASE dışında kadın doğum uzmanı ya da hastanede çalışan ebe-hemşireden bilgi aldınız mı?

- 1-Evet 2-Hayır

III-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

23. Şu anda oturduğunuz yer ?

- A-İl merkezi B-ilçe C-Belde/köy

24. Sürekli olarak evinizde kaç kişi yaşıyor?

..... kişi yaşıyor.

25. Sizin, eşinizin ve çocuklarınızın dışında evde anne, baba, dede, amca dayı vb. gibi başka kimse yaşıyor mu?

- A-Evet B-Hayır

26. Eşinizle aranızda kan bağı, yani akrabalık var mı?

A-Evet B-Hayır

27. Resmi nikâhınız var mı?

A-Evet B-Hayır

28. Evlenmeniz görücü usulü ile mi oldu?

A-Evet B-Hayır

IV-SOSYOEKONOMİK ÖZELLİKLER

29. Sağlık güvenceniz var mı?

A-Yok B-SSK C-BAĞ-KUR

D-EMEKLİ SANDIĞI E-YEŞİL KART

F-DİĞER.....

30. Kadın ve Erkeğin Eğitim durumu?

Kadın	Erkek
A-Okuryazar değil	A-Okuryazar değil
B-Okuryazar	B-Okuryazar
C-İlkokul mezunu	C-İlkokul mezunu
D-Ortaokul mezunu	D-Ortaokul mezunu
E-Lise mezunu	E-Lise mezunu
F-Üniversite mezunu	F-Üniversite mezunu

31. Eşiniz bir işte çalışıyor mu?

A-İşsiz

B-Devlet işinde çalışıyor

C-Özel sektörde çalışıyor

D-Kendi hesabına (esnaf)

E-İş buldukça ara işlerde çalışıyor (inşaat işçisi, amele vb.)

F-Çiftçi

G-Diğer.....

32. Siz ne iş yapıyorsunuz/yapıyordunuz?

A-Ev Hanımı

B-Çiftçi

C-Devlet İşinde Çalışıyor

D-Özel Sektörde Çalışıyor

E-Kendi Hesabına (Esnaf)

F-İş Buldukça Ara İşlerde Çalışıyor (Temizlik, Vb.)

G-Diğer (Yazınız:.....)

33. Evinize giren toplam gelir;

A-Geçiminizi rahat sağlıyor.

B-Geçiminizi ancak yetiyor.

C-Geçiminizi yetmiyor.

ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-soyadı: Hilal Karahan

Adres: Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Merkez, Kars

Yabancı dil: İngilizce

II. Eğitim Bilgileri (Tarih Sırasına Göre Yeniden Eskiye Doğru)

2022-2023 Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2017-2022 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2007-2013 Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

III. Unvanları

2017-2023 Araştırma Görevlisi

2013-2017 Pratisyen Hekim

IV. Mesleki Deneyim

2022-2023 Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

2017-2022 Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

2015-2017 Malatya Battalgazi İlçe Sağlık Müdürlüğü Pratisyen Hekim

2013-2015 Kocaeli Kartepe Toplum Sağlığı Merkezi Pratisyen Hekim

V- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları:

(Ulusal ya da uluslararası makale, bildiri, poster, kitap/kitap bölümü vb.)

A. Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler

1. Sözen G, Karabay O, Karabel MP, Keskin M, **Karahan H**, İnci MB, Ekerbiçer HÇ, “Güzellik Uzmanlarında Mesleki Uygulamaları ile ilişkili Bulaşıcı Hastalıklar ve Hijyen Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranış ve Bunlarla İlişkili Faktörlerin İncelenmesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma”, 9th International Congress on Occupational Safety-Health, İstanbul, 6-9 May 2018
2. Köse E, **Karahan H**, Arıcıoğlu Z, Sağır BT, Ekerbiçer HÇ, Ülkemizde Pandemi Başlamadan Önce Bir Eğitim Araştırma Hastanesine Başvuran Bireylerde Covid-19 Salgını ile İlgili Bilgi ve Tutumun İncelenmesi, COVID19 Symposium Online-Uluslararası-Multidisipliner/26-28 Haziran 2020, Journal of Biotechnology and Strategic Health Research, 2020, Sempozyum Bildiri Kitabı Sözlü sunum 32, Sayfa 95.
3. Köse E, **Karahan H**, Ekerbiçer HÇ, Türkiye’de Covid 19 Salgınından Önce ve Salgın Döneminde İki Grubun Bilgi ve Tutumlarının Karşılaştırılması, Uluslararası Tıp ve Sağlık

Bilimleri Araştırmaları Kongresi (UTSAK), 12-13 Aralık 2020, Ankara, s.442, Makale id=131(Sözlü Sunum).

4. Köse E, **Karahan H**, Muratdağı G, Ekerbiçer HÇ, Kurt ÖF, Karapınar S, Aydın C, Çiftlik N, Çavuşoğlu E, Güzelbaba MC, Pajaziti E, Yozgat N, Covid-19'la İlgili Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Haberlerin Değerlendirmesi, poster- 050, 4. Uluslararası- 22 Ulusal Halk Sağlığı Çevrimiçi Kongresi, 13-19 Aralık 2020.

B. Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

1. Sözen G, Karabay O, Karabel MP, Keskin M, **Karahan H**, İnci MB, Öğütlü A, Güçlü E, Ekerbiçer HÇ, "Güzellik Uzmanlarının Mesleki Uygulamaları ile İlişkili Olabilecek Bulaşıcı Hastalık Ve Hijyen Konularındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi", Sakarya Tıp Dergisi, Cilt 8, Sayı 1, 70-79, Mart 2018
2. Köse, E. , Baylan, H. , **Karahan, H.** & Ekerbiçer, H. (2022). The distribution and the related factors of forward head posture among medical students . Konuralp Medical Journal , 14 (2) , 304-308 . DOI: 10.18521/ktd.952182

