

T. C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ADANA DOĞUMEVİ HASTANESİNDE
MR UYGULANAN KADINLARIN
TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ**

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç. Dr. Z. Nazan ALPARSLAN

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

HAZIRLAYAN
SİBEL ÖNER

ADANA

NİSAN - 1996

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ADANA DOĞUMEVİ HASTANESİNDE

MR UYGULANAN KADINLARIN

TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

TEZ YÖNETİCİSİ
Doç.Dr.Z.Nazan ALPARSLAN

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

HAZIRLAYAN
Sibel ÖNER


ADANA/NİSAN/1996


KABUL VE ONAY SAYFASI


Ç.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Sibel Öner'in MASTER tezi olarak hazırladığı "Adana Doğumevi Hastanesinde MR.Uygulanan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri" başlıklı bu çalışma Jürimizce Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.
Gereğini arz ederiz.

19/4/1996

Başkan :Doç.Dr.Z.Nazan Alparslan.....

Üye :Prof.Dr.Muhsin Akbaba.....

Üye :Prof.Dr.Ahmet Tunçer.....

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunungün vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü
Prof.Güneş Yüreğir

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım sırasında bana destek olan Danışmanım Sayın Doç. Dr.Z.Nazan ALPARSLAN'a, her aşamada fikirlerinden yararlandığım Sayın Prof.Dr.Gülseren AGRIDAĞ'a, Sayın Prof.Dr. Muhsin AKBABA'ya Sayın Prof.Dr. Ahmet TUNCER'e, İdari konularda yardımcı olan Sayın Öğr. Gör. Erdal BOZKURT'a, Sayın Ayten DZPEKMEZCİ'ye ve Sayın Yrd.Doç.Dr.Haldun SUMBAS'a, tezimi hazırlamam sırasında yardımcı olan Sayın Sevil ESENKURT'a ve yazımla ilgili konularda yardımcı olan Sayın Ayşe GENÇAY'a teşekkür ederim.

Bu araştırma Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından SBE.94.17 sayılı proje olarak desteklenmiştir.

TABLO LİSTESİ.....	I
ÖZ.....	III
ABSTRACT.....	IV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Çocuk Düşürmenin Ana Sağlığı Üzerine olan Etkileri.....	3
2.2. Türkiye’de Düşüklerle ilgili Yasal Durum.....	4
2.3. Türkiye’de ve Dünyada Düşük Sıklıkları.....	6
2.4. Düşüğün Boyutlarını Etkileyen Faktörler.....	8
2.5. Gebelik Sonlandırma Yöntemlerinde yeni Gelişmeler.....	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	11
4. BULGULAR.....	12
4.1. Tanımlayıcı Bilgiler.....	12
4.2. Gebelik Oluştığı Sırada Kullanılan Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi.....	17
4.3. Kadınların Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere göre İncelenmesi	20
4.4. Kadınların ve Eşlerinin Tercih Ettikleri yöntemlerin İncelenmesi.....	23
4.5. Gebelikten Önce ve Kürtajdan Sonra Tercih Edilen Yöntemlerin Etkililik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	24
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	27
5.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	27
5.2. Gebelik Oluştığı Sırada Kullanılan Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi.....	29
5.3. Kadınların Bu kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Kontraseptif Yöntemlerin İncelenmesi.....	30
5.4. Kadınların ve Eşlerinin Tercih Ettikleri yöntemlerin İncelenmesi.....	34
5.5. Gebelikten Önce ve kürtajdan Sonra tercih Edilen yöntemlerin İncelenmesi.....	35

KAYNAKLAR	38
ÖZGEÇMİŞ	42
EK-1 ANKET FORMU.....	43
EK-2 KISALTMALAR	45

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

TABLO I.	Kürtaj Olan Kadınların Eşlerinin Yaşa Göre Dağılımı.....	12
TABLO II.	Kürtaj Olan Kadınların ve Eşlerinin Mesleklerinin Dağılımı.....	13
TABLO III.	Kadınların Kürtaj Öncesindeki Gebelik Sayılarının Dağılımı.....	14
TABLO IV.	Kadınların Yaş Bantlarına Göre Düşük, Kürtaj, Gebelik ve Çocuk Sayıları Ortalamaları.....	14
TABLO V.	Kadınların Daha Önce Oldukları Kürtaj Sayısı Ortalamaları.....	15
TABLO VI.	Kürtaj olan Kadınların Yaş Bantlarına Göre eğitim Durumlarının Dağılımı.....	15
TABLO VII.	Kadınların Diploma Durumlarına Göre Çocuk Sayılarının Dağılımı.....	16
TABLO VIII.	Kadınların Eğitim Durumlarına göre İdeal Çocuk ve Çocuk Sayıları Ortalamaları.....	17
TABLO IX.	Gebelik Oluştugu sırada Kullanılan Yönteme Göre Yaş ve çocuk Sayısı Ortalamaları.....	18
TABLO X.	Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Gebelik Oluştugu Sırada Kullanılan Yöntemler.....	18
TABLO XI.	Kadınların Gebe Kaldığında Kullanmakta Olduğu ve Eşin Tercih Ettiği Yöntemlerin Dağılımı.....	19
TABLO XII.	Kadınların Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlere Göre Yaş ve Çocuk Sayıları Ortalamaları.....	20

TABLO XIII. Kadınların Diploma Durumuna Göre Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Dağılımı..	21
TABLO XIV. Kadınların Gebe Kaldıklarında Kullandıkları Yöntemler ve Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Dağılımı.....	22
TABLO XV. Kürtajdan Sonra Kadının ve Eşlerin Tercih ettiği Yöntemlerin Dağılımı.....	23
TABLO XVI. Kürtaj Sonrası Kadınların ve Eşlerinin Tekrar Çocuk İsteme Durumuna Göre Yöntem Tercihlerinin Dağılımı.....	24
TABLO XVII. Gebelikten Önce Etkili Bir yöntem Kullanan Kadınların Gebelikten Sonra Tercih Edecekleri Yöntemler.....	25
TABLO XVIII. Gebelikten Önce Etkisiz bir Yöntem Kullanan Kadınların Gebelikten Sonra Tercih Edecekleri Yöntemler.....	26

ÖZ

Bu Araştırma Adana Doğumevin de kürtaj olan kadınların kişisel tanımlayıcı doğurganlık özelliklerinden yola çıkarak, aile planlaması konusundaki tutum ve davranışlarını tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma için kürtaj olan toplam 300 kadınla yüz yüze anket tekniği ile görüşüldü.

Genel olarak kadınların kürtaj öncesinde etkili bir aile planlaması yöntemiyle korunmadıkları saptandı.

Kadınlardan 224 kişi (%74.7) gebe kaldıkları sırada etkin bir aile planlaması yöntemiyle korunmamıştır. 300 kadının 22'si (%7.3) hiç bir yöntem kullanmazken, 202'si (%67.3) coitus interruptus ile korunmuşlardır. Etkili yöntemlerden RIA kullanan 19 kişi (%6.3), kondom kullanan 20 kişi (%6.7), hap kullanan 37 kişi (%12.3) gebe kalmıştır.

Kadınların kürtajdan sonra daha etkili aile planlaması yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır. Kürtajdan önce etkisiz yöntemle korunan 224 kişiden (%74.7) 145'i (%64.7) RIA'ya yönelmiştir. Özellikle coitus interruptus ile korunan 202 kişiden 134 kişi (%66.3) RIA'yı, 27 kişi (%13.4) tüpligasyonu, 20 kişi (%9.9) hapi tercih etmektedir. Gebe kaldığı sırada hiç bir yöntemle korunmayan toplam 22 (%7.3) kadından yalnız 2 kişi (%9.1) bundan sonra yine korunmamayı düşünürken, 3 kişi (%13.6) coitus interruptusa, diğerleri ise etkili yöntemlere geçiş yapacağını belirtmektedir.

Anahtar Kelimeler: Düşük, İstemli Düşük, Aile Planlaması, Doğum Kontrolü, Doğurganlık, Mensturasyonun Düzenlenmesi (MR)

The Characteristics of women who Applied for Menstrual Regulation to the Adana State Hospital.

ABSTRACT

This study intends to describe the family planning practices and intentions of 300 women applying for abortion to a hospital in Adana.

The findings show that 224 (%74.7) of the women had not been using effective family planning methods before abortion, 22 (%7.3) not making use of any methods and 202 (%67.3) benefiting from coitus interruptus (C.I.) of the total 300 women 19 (%6.3) had IUD and 37 (%6.7) had been taking oral contraceptives.

In general, the women declared intentions to use effective methods after abortion. Of the 224 (%74.7) women who had been previously using traditional methods; 145 (%64.7) declared preferences of IUD. Of the 202 women (%67.3) benefiting from CI 134 (%66.3) planned to use IUD and 20 (%9.9) to use oral contraceptives, 27 (%13.3) women planned to have Lubal Ligation. There were 22 (%7.3) women who had not used any method before the pregnancy; two of these women (%9.1) did not want to use any methods after abortion and 3 (%13.6) intended to benefit from CI.

Key Words: Abortion, Induced Abortion, Family Planning, Contraception, Fertility, MR (Menstrual Regulation).

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Gebeliğin kişisel ve toplumsal nedenlerle sonlandırılması ve kadın sağlığını etkileyen yönlerinin bilinmesi ana sağlığı açısından önemlidir.

İstenmeyen gebeliklerin güvenli olarak sonlandırılması, kadın sağlığı hizmetlerinin önemli öğelerinden birini oluşturmaktadır. Adet gecikmesi kadınlarda özellikle gebeliğin ilk belirtisi olabileceğinden, adet düzenleyici bazı kimyasal maddeler ve tıbbi araçlar geliştirilmiştir. Menstrüel Regülatör (MR) adı verilen bu tıbbi yöntemler, aynı zamanda gebeliğin ilk trimesterinde istenirse, düşük yaptırmak içinde kullanılmaktadır. Evrensel bir konu olan "istenmeyen gebeliklerin" sonlandırılması, dünyanın her yerinde yapılmaktadır ve bir "üreme sağlığı" hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Sunulan hizmetlerin niteliği ve etkinliği çeşitli araştırmalarla irdelenip, bu konuda yapılması gereken işlemlere yön verilmektedir.

Bu nedenle Adana Doğumevi'ne MR için başvuran kadınların, kişisel doğurganlık özelliklerinden yola çıkarak; MR'a başvurma nedenleri, aile planlaması yöntemlerini kullanma özellikleri ve yöntem tercihleri incelenmiş; aile planlaması ve düşükler konusunda alınabilecek önlemlerin tartışılması planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Genel olarak "düşük" teriminin çeşitli tanımları vardır. Tıptaki anlamıyla "düşük; ceninin uterus dışında kendi başına yaşayabilecek canlılığı, yeteneği kazanmadan önce, gebeliğin sonlanmasıdır". Canlılık, bağımsız yaşama yeteneği, gebelik süresi, cenin ağırlığı ve boyu ile tanımlanır (26).

Fetusun gebeliğin 28. haftası sıralarında ağırlığının yaklaşık 1000 gram olduğu ve bağımsız yaşayabilme yeteneğini kazandığı kabul edilir. İstemli başlatılmamış gebelik sonlanması için "kendiliğinden düşük ya da spontan düşük", annenin yada fetusun yaşamı yada sağlığı tehdit altına girerse gebeliği sonlandırmak için yapılan işleme "tıbbi düşük ya da medikal abortus", kadının kendikendine ya da birilerinden yardım alarak yaptığı sağlık koşullarına uygun olmayan düşük şekillerine de "provake düşük ya da kriminal düşük" denir (26).

Günümüzde düşüklerin çeşitli faktörler tarafından etkilenen sosyal bir sorun olduğu bilinmektedir. Bu nedenle düşük, yalnız sağlık yönü ile değil, politik, sosyal,ekonomik ve demografik yönleriyle de tartışılan bir konudur (11).

Çiftlerin etkili bir yöntemle gebelikten korunması için yeterli bilgiye sahip olmamaları, aile planlaması hizmetlerinin yayın ve nitelikli olmaması, dünya genelinde istenmeyen gebeliklerin başlıca nedenini oluşturmaktadır. Dolaylı olarak etki yapan başka sosyal ve psikolojik faktörler de nedenler arasında sayılabilir. Evrensel olarak, istemeden ve planlamadan gebe kalan bir kadın doğurmamak için kesin kararlıysa, bu gebeliği sonlandırmak için her çareye başvurmaktadır. Yasal, dinsel, geleneksel yada ekonomik zorluklara karşın pek çok ülkede kadınlar gizli ve el altından sağlıksız olarak gebeliği sonlandırmaya ya da sonlandırtmaya itilmektedir. Sağlıksız koşullarda sonlandırılan gebelikler önemli bir kadın sağlığı sorudur (5).

2.1. Çocuk Düşürmenin Ana Sağlığı Üzerine Olan Etkileri

Düşük istemli başlatılmamış olup olmasının dışında kimin yaptığına göre de sınıflandırılabilir. Düşüğü kadın kendi kendine ilaç alarak ya da uterus içine zararlı cisimler sokarak yapabilir. Hekim olmayan bazı kişiler de kadının çocuk düşürmesine yardım eder. Her iki durum da kadının sağlığı için çok tehlikelidir. Hekimlerin yaptığı düşükler ise, ya muayenehanelerde ya da hastanelerde yapılmaktadır. Muayene koşulları hastanelere oranla daha sağlıklıdır (15). 1993 Türkiye Nüfus Araştırmasına göre tüm olguların %67.4'ü özel doktora, %27.4'ü Devlet hastanelerinde kürtaj yaptırmaktadır (27).

Çocuk düşürmenin özellikle tam olmayan düşüğün, en önemli iki tehlikesi; şiddetli kanama ve enfeksiyonlardır (PID) (12). Kanamalar bazen kan transfüzyonu gerektirecek kadar çok şiddetli olabilir, kanama durdurulamazsa, anne kaybedilebilir. Pelvik enfeksiyonlar, septisemi sonucu ölüme veya en azından kadının hayatı boyunca süren, jinekolojik şikayetlere yol açan, bel-kasık ağrıları, sürekli akıntı, düzensiz adet görme, kısırlık gibi şekillere neden olur. bunlardan başka dışarıdan uterusu sokılan sivri aletler, uterusu hatta yakın organları delerek enfeksiyonlara yol açabilir. Çocuk düşürmenin kendisinden sonraki gebelikleri de, olumsuz olarak etkilediği (15). Özellikle üçüncü ve daha sonraki doğumlarda gebelik komplikasyonları daha da artış göstermektedir (9).

Çocuk düşürme en uygun koşullarda ve uzman ellerde yapılırsa bile, bir operasyon olduğu için hiç tehlikesiz değildir. Ancak yasadışı olduğu ülkelerde çocuk düşürme olguları durdurulamadığından çoğu kez uygun olmayan koşullarda ve ehliyetsiz ellerde yapılmakta, çocuk düşürmenin ana sağlığına olumsuz etkileri daha çok atmaktadır. Örneğin New York'ta 1970 yılında çocuk düşürme serbest bırakılınca, daha uygun koşullarda yapılan düşükler sayesinde, düşük komplikasyonları %50 oranında azalmıştır. Romanya'da düşüklerin serbest olduğu yıllarda ana ölüm sayısı yılda 70 iken, 1967 yılında çocuk düşürme yasaları sınırlandırılmış ve ana ölüm sayısı 370'e kadar yükselmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde çocuk

Çocuk düşürmenin ana sağlığına olumsuz etkileri gebelik süresi uzadıkça artmaktadır (24). Gebeliğin ilk ayında ve uygun koşullarda yapılan düşüğün tehlikesi yok denecek kadar azdır. Kadınların isteyerek çocuk düşürme nedenlerinden en çok bilinenler şunlardır:

1. Çok çocuklu olma
2. Gebelikler arasındaki sürenin kısa olması (sık sık gebe kalma)
3. Çalışmak zorunda olmak ve çocuğa bakacak kimsenin olmaması
4. Geçim sıkıntısı
5. Kadının kocasından ayrılması veya kocasının ölmesi
6. Evli olmayan kadınlarda gebe kalma durumu
7. Tecavüz edime veya kandırılma,
8. Evlilik dışı ilişki sonucu gebe kalma ve bunun gibi olgulardır. (15).

Yasalar ile önlemeyen çocuk düşürme hakkında yapılan araştırmalar, çocuk düşürmeyi önleyen yasaların, farklı sosyo-ekonomik düzeydeki kadınlar arasında, büyük ayrıcalıklar yaratmakta olduğunu göstermektedir. Örneğin Türkiye'de, kentlerde oturan kadınların %74'ü uzmanlara kürtaj yaptırırken, köylerde oturanların ancak %30'u bu olanaktan yararlanmaktadır (15).

Gebelikle ilgili olaylarda kadında duygusal bir tepkinin şiddeti ile orantılı olarak gelişen korkunun herhangi bir nedenle başvurulan kürtaj sırasında kaynağı tam olarak belirlenemeyen anksiyete haline dönüşmesi zaman içinde kadının sağlığına zarar verecek boyutlara ulaşmaktadır. Böylece toplumun özellikle de kadının sağlığında oldukça önemli bir konu olan anksiyete üzerinde durulması gerekmektedir (23).

2.2. Türkiye'de Düşüklerle ilgili Yasal Durum

Türkiye'de 1965 yılında gebeliği önleyici araç ve gereçlerin kullanılması ve bu konuda bilgi yayılmasını yasaklayan kanun ve hükümleri yürürlükten kaldırılmıştır. aynı zamanda halkın aile planlaması konusunda eğitimi ve gereksinim duyanlara yardımı devlet politikası olarak benimsenmiştir.

Bu kanun gebelik ana sağlığını olumsuz olarak etkiliyorsa ya da doğacak çocuğun sakat veya kalıtım ile geçen bir hastalığı olması olasılığı varsa, çocuk düşürmeyi yasallaştırmıştır. Sosyal nedenlerle düşük yapılıp yapılmayacağı konusunda kanunda bir hüküm yoktur. Bakanlar Kurulunun 14/11/1983 tarih ve 83/7395 sayılı kararı ile kabul edilen düşük ile ilgili tüzük ise şu esasları içermektedir (19).

a) 10 haftayı geçmeyen gebelikler için:

Madde 3. gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar kadının sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde, istek üzerine kürtaj yapılır. Kürtaj kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca veya Bakanlıkça açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlik belgesi almış pratisyen hekimler veya kadın hastalıkları uzmanının denetim ve gözetiminde kürtaj yapılabilir (19).

b) 10 haftayı geçen gebelikler için

Madde 5. Gebelik süresi 10 haftayı geçen kadınlara kürtaj yapılmaz. Ancak tüzüğe ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile bu hastalığın ilişkin olduğu uzmanlık dalında bir hekimin birlikte hazırlayacakları kesin klinik ve laboratuvar bulgularına dayanan gerekçeli raporların saptanması zorunludur. Bunun dışında bazı acil durumlarda da kürtaj gerekebilir. Bu durumlar şunlardır:

- 1- Servikal internal os kapalı olasa bile, kadının yaşamını tehlikeye sokacak ölçüde vajinal kanamalar,
- 2- Servikal internal osun açık olduğu durumlar,

3- Uterustaki gebelik ürününün bir bölümünün düştüğü ve kanamanın devam ettiği enfeksiyon tehlikesinin bulunduğu durumlar.

Yine 13. maddeye göre, 10 haftayı geçmeyen gebeliklerde yapılacak kürtajlarda gebe kadın;

- 1- Resitse kendisinden
- 2- Küçükse kendisinin rızası alınmakla birlikte velisinden
- 3- Vesayet altında bulunupta resit yada mümeyyiz değilse kendisinden ve varisinden
- 4- Evliyse eşinden izin alınması gerekir diye belirtilmiştir (18).

2.3. Türkiye'de ve Dünyada Düşük Sıklıkları

Ülkemizde yapılan demografik araştırmalar 1990'ların başında yılda ortalama 222 000 toplam düşük olduğunu, bunun 116 000'inin (%56.3) isteyerek yapıldığını göstermektedir. 1991 yılında bir çalışma, ülkemizde düşüğe bağlı kadın ölüm oranını: 10000'de 40 olarak bildirmektedir. Kanama ve enfeksiyon mortalite ve morbiditesini etkileyen önemli komplikasyonlardır. 1984-86 yılları arasında hastanede yapılan 226897 düşükte 272 ölüm olduğu belirtilmiştir (12).

Ülkemizde düşüklerle ilgili yasal düzenlemelerin yapılmassına rağmen istenmeyen gebeliklerin fazla olmasının nedeni bilgisizliktir. Asılsız söylentileri kullanılan etkin yöntemlerin bırakılmasına neden olduğu saptanmıştır. 1950'lerin sonlarında el altından yaptırılan düşükler, ana sağlığını tehdit eden en büyük tehlikeydi. O yıllarda yapılan ilk çalışmalar yalnızca hastane verilerini kapsıyordu. Sağlık Bakanlığı tarafından 1959 yılında yapılan düşük hakkındaki ilk çalışma, Ankara ve çevresindeki 137 köyü kapsamaktaydı ve anne ölümlerinin %53'ünün nedeninin, düşükler olduğu saptanmıştır (5).

Düşüklerin görülme sıklığı, ülkelere ve ülkelerin sosyo-ekonomik seviyelerine paralel olarak değişmektedir (6). Kadının toplumsal statüsünü belirleyen en temel faktörler eğitimi, çalışması sosyal güvencesinin olmasıdır. Araştırmalar gebeliği sonlandırmak amacıyla kadınların, sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğunu göstermiştir (10).

Tüm çarpıcı veriler ve gerçeklere karşı isteğe bağlı gebelik sonlandırma bazı ülkelerde, hala katı kurallar ve yasalarla engellenmeye çalışılmaktadır. Günümüzde özellikle arap ve müslüman ülkelerin çoğunda, isteğe bağlı yasaktır. Bu ülkelerde ilk olarak Tunus, 1973'te yasal düzenlemelerle isteğe bağlı düşüğü serbest bırakmıştır (25).

1984'te Mexico City'de yapılan Dünya Nüfus Kongresi'nde belirlenen yeni politikalar, gebelik sonlandırma konusunda araştırma ve geliştirmeye kısıtlama getirmiştir. Ancak sonraki yıllarda bunun olumsuz sonuçları görülmeye başlamış, başta A.B.D. olmak üzere, bir çok ülkede isteğe bağlı düşüklerin, bir hizmet sunumu olarak ele alınması için gerekli yöntemler geliştirilmiş ve bu maksatla özel ve gönüllü kuruluşlardan araştırma ve hizmet için destek alınmıştır (5).

Son yıllardaki verilere göre dünyada her yıl, 26-31 milyon isteyerek (legal), 10-22 milyonda gizli (illegal) düşük olduğu belirtilmektedir. Bu veriler tüm dünyada düşük hızını 15-44 yaş arası her 100 kadında 37-55 arasında ve bilinen ve her 100 gebelikteki düşük oranının %24-32 arasında olduğu anlamına gelmektedir (25).

Kürtaj politikası konusunda pek çok ülkede halen hangi kürtajın yasak olması, hangisinde kadınların kürtajdan korunması yönünde tartışmalar vardır (25). Türkiye'de 1990'dan buyana toplam düşük hızında hafif bir azalma olmuştur; 100 gebelikten 13'ü istemli düşük, 8'i spontan düşük, 2'si ölü doğum olarak sonlanmaktadır (27).

Macaristan, Polonya, Almanya, İspanya ve İsviçre'deki dini ve politik gruplar, kürtaja karşı çıkmaktadır. Taraftarlar ve karşı taraftarlar, yasal kürtajı, kadın haklarını, bebeğin hakları, dini teoriler ve anayasanın kurallarına göre tartışmaktadırlar. A.B.D.'de 1973'te güvenli kürtaj teminatı ile anne ölümleri azalmış İngiltere ve Malezya'da 1982-84 yılları arasında kürtaja bağlı anne ölümü bildirilmemiştir. İrlanda da ise, bugün bile kürtaj yasaktır, her yıl 4000 kadar kadın kürtaj için İngiltere'ye gitmektedir (25).

Romanya'da 1966 yılında Çavuşesku rejimiyle birlikte kürtaj ve doğum kontrolleri kanun dışı bırakılmıştır. Doğurganlık yaşındaki kadınlara, zorunlu pelvik muayeneler yapılmış, doğumevlerine güvenlik görevlileri yerleştirilmiş, doktorlar için uygunsuz kürtaj yapıldığında davalar açılmıştır. Yalnız bu politikayla doğum hızında beklenen yükselme görülmemiştir. 1966'dan önce, Romanya'daki anne ölüm hızı Doğu Avrupa'daki ülkelerle aynı iken, sonra kürtaja bağlı anne ölümleri 10 kez daha fazla artmış 1980-1990 yıllarında 100 000 canlı doğumda: 150'ye çıkmıştır. 1989 yılında doğum kontrol ve düşük kanununun yeniden düzenlenmesiyle klinik ve hastanelerde kürtaj sayısı artmış, anne ölüm hızı tekrar %50 kadar düşürülmüştür (25).

Kürtajların anne sağlığı üzerine olumsuz etkileri açıktır. Bunu önlemenin bir yolu, doğum kontrolünü sağlamaktır (6,30). Ancak diğer faktörlerde gözardı edilemez, kürtajı kanun dışı bırakmak sağlıklı olmamakta çünkü fertilitiyi azaltmamakta, bebekler zarar görmüş olarak doğmakta, sonuç olarak daha çok sağlık problemleri oluşmaktadır (15,5).

2.4. Düşüğün Boyutlarını Etkileyen Faktörler

Düşüğün boyutlarını etkileyen faktörler sosyal, ekonomik, yönetimsel, tıbbi ve dini faktörler olarak sıralanabilir.

1. Sosyal faktörler, özellikle kadınların aile planlaması konusundaki tutumlarını bilgi düzeylerini etkilemektedir. Endüstrileşme, kentleşme, kadınların eğitim düzeyi, kadının aile ve toplum içindeki değeri, ev dışında çalışıyor olması, toplumda yaygın olan aile büyüklüğü normu, toplumun cinsiyet, gebelik ve düşüğe ilişkin konulardaki tutumu, kontraseptif kullanımı, dünyada ve

Türkiye'de etkilemektedir (26).

2. Ekonomik faktörler; topluma sağlık hizmeti sunmanın maliyetini dolayısıyla hizmetin kalitesini de etkilemektedir. Bunun yanında kadının, düşük yapması için ödemesi gereken para da, düşüğün boyutlarını etkilemektedir (26).

3. Yönetime ilişkin faktörler ve hükümetlerinin nüfus politikaları, düşük yasalarının durumu (kısıtlayıcı, koşullu izin verici, istek üzerine serbest vb.) aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliği düşüğün boyutlarını direkt yada dolaylı olarak etkileyen faktörlerdir.

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

5. Dini faktörler ve dinlerin aile planlaması ve düşük konusundaki tutumları da, düşüğün boyutlarını etkiler. Bu konudaki fark, dinlerden çok, aynı dinden olan din adamlarının bile, farklı görüşlere sahip olmalarından kaynaklanmaktadır (25). Kürtaj doğmamış bebeği, anneyi ve toplumu, dini ve hukuku ilgilendiren hassas ve karmaşık bir konudur. İslam hukukuna göre Fıkhi düşüncede, 120 günden sonra annenin hayatını kurtarmak için yapılanın dışında kürtaj kesinlikle yasaktır. Aile planlamasının gerekliliği konusunda ise din adamları arasında tam bir fikir birliği yoktur (20).

2.5. Gebelik Sonlandırma Yöntemlerinde Yeni Gelişmeler

Klasik dilatasyon ve kürtaj yoluyla uterusun boşaltılması yerine geliştirilen bu yeni yöntemler, çok daha başarılı olmuştur. Plastik bir yada kanülün bağlı olduğu vakumu (karman enjektörü) ile, uterusun aspire edilmesi yada RU486 ve prostaglandinlerle düşüğün sağlanması eski, tıbbi yöntemleri geçersiz kılma yolundadır. Bu yöntemlerin gebeliğin erken döneminde uygulanabilir olmaları, her türlü sağlık riskini ve acıyı azaltmaktadır. Yeni uygulanan tıbbi müdahale yöntemleri, daha kolay ve tehlikessizdir. Bu gibi maliyeti düşük, etkinliği yüksek yöntemlerle ilgili çalışmalar devam etmektedir (5).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Adana Doğumevi MR polikliniğine başvuran kadınlarla MR öncesi yüz yüze anket tekniği kullanılarak yapılmıştır. Görüşmeler bizzat araştırmacı tarafından yapılmış ve toplam 300 kadınla görüşülmüştür. araştırmanın yapıldığı 1994 yılının ilk altı ayında, her Doğumevi ziyaretinde (haftada bir ziyaret) MR için başvuran bütün kadınlar örneğe alınmıştır.

Adana Doğumevi'nde MR bir kadın sağlığı hizmeti olarak sunulmaktadır. Hizmet için bir poliklinik ve bir uygulama odası ayrılmıştır. Poliklinikte, MR konusunda eğitilmiş bir pratisyen hekim ve hemşire çalışmaktadır. MR uygulamasından önce polikliniğe başvuran kadınların eşlerinin kurumda bulunması, evlilik cüzdanı, gebelik testinin pozitif olduğunu gösteren belge ve MR için ödenen paranın karşılığı bir makbuz ile hazır bulunmaları istenmektedir. Hizmet, hafta içi, 5 gün 10.00-12.00 saatleri arasında verilmektedir. Operasyonlar, dilatasyon kürtaj yöntemiyle, pratisyen hekim tarafından gerekli olduğu durumlarda uzman hekim müdahalesi ile yapılmaktadır.

İşlem sonrasında intramusküler olarak, metherjin ve gerekli olduğu durumlarda antibiyotik, ağrı kesici vb. gibi ilaçlar doktor tarafından reçete edilmektedir. MR sonrası, gerekli olan açıklamalar ve öneriler, kadınların aile planlaması eğitimleri doktorlar ve hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların; öncelikle sosyo-kültürel özellikleriyle, bireysel doğurganlık özellikleri belirlenmiştir. Daha sonra aile planlaması konusunda, kürtaj öncesi kullandıkları ve kürtaj sonrası kullanmayı düşündükleri yöntemler soruşturuldu.

Anket yöntemiyle toplanan veriler spss-x Rel 4.1 ve Epi-info ver.5 bilgisayar programları ile değerlendirildi. Değerlendirmelerde genellikle bağımlı ve bağımsız örneklerle t-testi, varyans analizi, ki-kare testi ve risk hesaplamaları yapıldı istatistiksel ilişkilerin anlamlılığı için kritik olasılık değeri 0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmaya konu olan 300 kadının ve eşlerinin yaşa göre dağılımı Tablo I' de verildi. Kadınların yaş ortalaması 32.7 ± 5.09 , eşlerin yaş ortalaması ise 35.8 ± 5.28 'dir. Kadınlardan en genç olan 2 kişi 18 yaşında, en yaşlı olan 3 kişi ise 43 yaşındadır. örneğe alınan kadınların %36.7'si 30-34 yaş bandındadır (Dağılım aralığı: 18-43 yaş)

Eşlerden en genç olan 3 kişi 24 yaşın altında, en yaşlı olan ise 50 yaşında 1 kişiden oluşmaktadır. Eşlerin çoğunu (%39.3) 40 yaş ve üstü olan grup oluşturmaktadır (Dağılım aralığı:19-50)

Tablo I. Kürtaj olan kadınların ve eşlerinin yaşa göre dağılımı

Yaş Bandı	Kadın Sayısı	Yüzde	Eşlerin Sayısı	Yüzde
24 ve altı	12	4.0	3	1.0
25-29	70	23.3	20	6.7
30-34	110	36.7	110	36.7
35-39	71	23.7	49	16.3
40 ve üstü	37	12.3	118	39.3
Toplam	300	100.0	300	100.0

Kürtaj olan kadınların ve eşlerinin yaptığı işler ve meslekler Tablo II'de verilmiştir.

Kadınların 292'si (%97.3) ev hanımı, 4'ü (%1.3) işçi ve 4'ü (%1.3) serbest meslek sahibi idi. Eşlerin ise 123'ü (%41.0) işçi 82'si (%27.3) serbest meslek sahibi, 42'si (%14.0) işsiz, 35'inin (%11.7) memur, 18'inin (%6.0) çiftçi olduğu saptandı.

Tablo II. Kürtaj olan kadınların ve Eşlerinin İşleri ve Meslekleri

İş/Meslek	Kadın n=300		Erkek n=300	
	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı İssiz (*)	292	97.0	42	14.0
İşçi	4	1.3	123	41.0
Ser.Meslek	4	1.3	82	27.3
Memur	-	-	35	11.7
Çiftçi	-	-	18	6.0

(*) İssiz erkekler için geçerlidir.

Kürtaj olan kadınların daha önceki gebelik sayıları Tablo III'de verilmiştir. 300 kadından yalnız 1 kişinin (%0.3) ilk gebeliğidir. daha önce 5-9 kez gebe kalan 185 kadın gebelik sayısı olarak %61.6 ile büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. 10 ve üstünde gebelik sayısı olan 14 kadın (%4.6) vardır (Dağılım Aralığı: 0-14 gebelik)

Tablo III. Kadınların Kürtaj Öncesindeki Gebelik Sayıları

Gebelik Sayısı									
0 Sayı	%	1-4 Sayı	%	5-9 Sayı	%	10 ve üstü Sayı	%	Toplam Sayı	%
1	0.3	100	33.3	185	61.6	14	4.6	300	100

Kürtaj olan kadınların yaş bantlarına göre düşük, kürtaj, gebelik ve çocuk sayıları ortalamaları Tablo IV'de verilmiştir.

Tablo IV. Kadınların yaş bantlarına göre düşük, kürtaj, gebelik ve çocuk sayıları ortalamaları

Yaş Bandı	Kadın Say.	Düşük Ort.	Kürtaj Ort.	Çocuk Say.Ort.	Gebelik Say.Ort.
24 ve altı	12	1.25±0.45	1.17±0.39	1.08 ± 0.79	3.50 ± 1.38
25-29	70	1.93±0.79	1.30±0.60	2.39 ± 0.77	5.71 ± 1.66
30-34	110	1.91±0.92	1.56±0.85	3.25 ± 0.87	6.72 ± 2.05
35-39	71	2.31±0.96	1.90±1.05	4.35 ± 1.35	8.96 ± 2.24
40 ve üstü	37	2.92±1.21	2.11±0.99	5.51 ± 1.22	10.54 ± 2.13
Toplam	300	2.06±0.86	1.60±0.73	3.50 ± 1.50	7.16 ± 2.09

Kadınların çocuk sayısı ortalaması 3.51±1.50'dir. En çok çocuğa sahip olan 40 yaşın üstündeki gruptur ve bu 37 kişinin çocuk sayısı ortalaması 5.51±1.22dir.

Yaşa göre en yüksek düşük ortalaması 2.92±1.21, en yüksek kürtaj ortalaması 2.11±0.99, en yüksek gebelik sayısı ortalaması 10.54±2.13'dür. Düşük ve kürtaj ortalaması gebelik sayısıyla birlikte olarak artmakta ve en yüksek rakamlar 40 yaş ve üstü kadınlarda bulunmaktadır.

Tablo V. Kadınların Daha önce Oldukları Kürtaj Sayısı

Kürtaj Sayısı									
Yok Sayı	%	1 kez Sayı	%	2 kez Sayı	%	3 ve üstü Sayı	%	Toplam Sayı	%
158	52.7	111	37.0	21	7.0	5	1.7	300	100

Kürtaj olan kadınların yaş bantlarına göre eğitim durumlarının dağılımı Tablo VI'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların 144'ü (%48.0) ilkokul mezunudur. Okur-yazar olmayan 67 kişi (%22.3) vardır. kadınların 63'ünü (%21.0) 30 ve üstü yaş grubu oluşturmaktadır. Ortaokul mezunu 16 kişi (%5.3) lise mezunu 11 (%3.7) kadın vardır, yüksekokul mezunu kadın yoktur.

Kadınların eğitim durumları diplomasız (O.Y.D ve okuryazar) ve diplomalı (ilkokul, ortaokul, lise) olmak üzere iki gruba ayrıldığında, diplomasız 129 (%43.0) ilkokul ve üstü diploması olan 171 kişi (%57.0) bulunmaktadır.

Tablo VI. Kürtaj Olan Kadınların Yaş Bantlarına Göre Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	Kürtaj Olan Kadınların Yaş Bantları									
	≤ 24 Sayı %	25-29 Sayı %	30-34 Sayı %	35-39 Sayı %	40 < Sayı %	Topla Sayı				
O.Y.D.	1 8.3	3 4.3	10 9.1	24 33.8	29 78.4	67 22.3				
Okur y.	1 8.3	4 5.7	30 27.3	23 32.4	4 10.8	62 20.7				
İlkok.	6 50.0	48 68.5	63 57.3	23 32.4	4 10.8	144 48.0				
Ortaok.	1 8.3	9 12.9	5 4.5	1 1.4	-	16 5.3				
Lise	3 25.0	6 8.6	2 1.8	-	-	11 3.7				
Toplam	12 4.0	70 23.3	110 36.7	71 23.7	37 12.3	300 100.0				

Kadınların diploma durumuna göre sahip oldukları çocuk sayısı Tablo VII'de verilmiştir.

Tablo VII. Kadınların Diploma Durumuna Göre Çocuk Sayılarının Dağılımı

Diploma Durumu	Çocuk Sayısı ve Yüzdeler								Toplam Sayı %	
	0		1-2		3-4		5 ve üstü			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Diplomasız	2	1.6	6	4.7	60	46.5	61	47.2	129	43.0
Diplomalı	2	1.2	71	41.5	88	51.5	10	5.8	171	57.0
Toplam	4	1.3	77	25.7	148	49.3	71	23.7	300	100.0

$$\chi^2=45.3 \quad SD=3 \quad p<0.001$$

Diplomalı olan gruptan 71 kişinin (%41.5) 1-2, 88 kişinin (%51.5) ise 3-4 çocuğu vardır. Diplomasız olan gruptan ise 60 kişinin (%46.5) 3-4 çocuğu, 61 kişinin (%47.2) 5 ve üstünde çocuğu vardır. Diplomalı olan grubun çocuk sayısı, diplomasız olan grubunkinden daha azdır ve aralarındaki fark önemli idi ($p<0.001$).

Kadınların eğitim durumlarına göre ideal çocuk sayıları ve sahip oldukları çocuk sayıları Tablo VIII' de verilmiştir. Kadınların ortalama çocuk sayıları 3.50 ± 1.50 ideal çocuk sayıları ise 2.19 ± 0.60 olarak bulunmuştur.

Eğitim durumu ideal çocuk sayısını etkilememiştir. Ancak, eğitim düzeyi düşük olan kadınların sahip oldukları çocuk sayısı daha fazladır. Diplomalı olan kadınların ideal çocuk sayıları 2.10, diplomasız olan kadınların ise 2.32'dir. Her iki grubun sahip olduğu çocuk sayısı ideal gördükleri sayıdan daha fazla bulunmuştur ($p<0.005$).

Tablo VIII. Kürtaj olan kadınların Eğitim Durumlarına Göre İdeal Çocuk Sayıları Ortalamaları

Eğitim Durumu	n	İdeal Çoc.Say.(*)	Sahip Ol.Çoc.S.(**)
Diplomasız(**)	129	2.32 ± 0.76	4.42 ± 1.47
Diplomalı(**)	171	2.10 ± 0.44	2.80 ± 1.09
Toplam	300	2.21 ± 0.61	3.50 ± 1.50

(*) p<0.005

(**) p<0.000

Her iki eğitim grubundaki denekler ideal diye adlandırdıklarından daha fazla çocuk doğurmuşlardır. Diplomalı olan deneklerin hem ideal hem de sahip oldukları çocuk sayısı diğerlerinden azdır (p<0.005).

Araştırmaya katılan deneklere "çocuğun cinsiyetini bilseydiniz yine kürtaj olur muydunuz" diye sorulmuş, deneklerin 293'ü (%97.7) farketmezdi, 5'i (%1.7) "erkek olsaydı kürtaj olmazdım", 2'si (%0.6) "kız olsaydı kürtaj olmazdım" diye cevapladı.

4.2.Kürtaj Olan Kadınların Gebelik oluştuğu Sırada Kullandıkları Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi

Gebelik oluştuğu sırada kullanılan aile planlaması yöntemine göre, kürtaj olan kadınların yaş ve çocuk sayıları ortalamaları Tablo IX'da verilmiştir.

Gebelik oluştuğu sırada C.I. ve hiçbir yöntem ile korunmayan kadınların çocuk sayıları (F=2.83 SD=295.4 p=0.025) ve yaş ortalamaları (F=4.03 SD=295.4 p=0.003) en yüksek grubu oluşturmaktadır. Kondom kullanan kadınların ise yaş ve çocuk sayıları ortalamaları düşük bulunmuştur.

Tablo IX. Gebelik Oluştuğu Sırada Kullanılan Yönteme Göre Yaş ve Çocuk Sayısı Ortalamaları

Yöntem	Sayı	%	Yaş Ortalaması(*)	Çocuk Say.Ort.(*)
Hiçbir Yöntem Kullanmayan	22	7.3	31.55 ± 6.59	3.59 ± 2.34
Hap	37	12.3	31.08 ± 5.16	3.11 ± 1.26
RIA	19	6.3	31.42 ± 3.81	3.16 ± 1.50
Coitus Interraptus	202	67.4	33.49 ± 4.96	3.67 ± 1.46
Kondom	20	6.7	30.25 ± 3.73	2.75 ± 0.79
Toplam ve Ortalama	300	100	32.70 ± 5.09	3.50 ± 1.50

(*) P<0.001

Kadınların eğitim durumları ile gebelik oluştuğu sırada kullandıkları yöntemler Tablo X'da verilmiştir.

Kadınların gebe kaldıkları sırada kullandıkları yöntemlerle eğitimlerinin ileri analizinde, diplomalı olan gruptaki kadınlar (sırasıyla); hap, kondom ve RIA'yı kullanmıştır (p<0.005). Diplomalı olan ve diploması olmayan kadınların hiç bir yöntemle korunmama ve C.i ile korunmada ki tutumları arasında önemli fark saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo X. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Gebelik Oluştuğu Sırada Kullanılan A.P Yöntemlerinin Dağılımı

Eğitim Durumu	Korunm. Sayı %	Hap Sayı %	RIA Sayı %	C.i. Sayı %	Kondom Sayı %	Toplam Sayı %
Diplomasız	11 8.5	9 7.0	5 3.9	100 77.5	4 3.1	129 43.0
Diplomalı	11 6.4	28 16.4	14 8.2	102 59.6	16 9.4	171 57.0
Toplam	22 7.4	37 12.3	19 6.3	202 67.4	20 6.7	300 100.

$\chi^2=5.67$ SD=4 P=0<0.0350

Kürtaj olan kadınların gebe kaldığı sırada kullandıkları yöntemler ile eşlerinin tercih ettikleri yöntemler arasındaki uyum ve uyumsuzluklar Tablo XI'de verilmiştir.

Gebe kaldığında eşinin tercih ettiği yöntemi kullanan 20'si C.i. olmak üzere 30 (%10) kadın vardır. Gebe kalmadan önce kadınlar en çok C.i. ile korunurken (%67.3) eşler en çok RIA'yı tercih etmektedir (%62.0).

Tablo XI. Kadının Gebe Kaldığında Kullanmakta Olduğu ve Eşin Tercih Ettiği A.P Yöntemlerini Dağılımı

Kadının Kullan. Yöntem	Eşlerin Tercih Ettiği A.P Yöntemleri													
	Hiçbir Y. sayı %		Hap Sayı %		RIA Sayı %		C.I Sayı %		Kondom Sayı %		Tüpli. Sayı %		Toplam Sayı %	
Hiçbir Yöntem	2	15.4	0	0.0	12	6.5	3	11.5	0	0.0	5	13.9	22	7.4
Hap	1	7.7	3	9.1	27	14.5	1	3.8	2	33.3	3	8.3	37	12.3
RIA	1	7.7	10	30.3	4	2.2	1	76.9	0	0.0	3	8.3	19	6.3
C.i	9	69.2	17	51.5	129	69.4	20	3.8	3	50.0	24	66.7	202	67.
Kondom	0	0.0	3	9.1	14	7.5	1	3.8	1	16.6	1	2.8	20	6.7
Toplam	13	4.3	33	11.0	186	62.0	26	8.7	6	2.0	36	12.0	300	100

4.3. Kadınların Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi

Araştırmaya katılan kadınların bu kürtajdan sonra kullanmayı düşündükleri (tercih ettikleri) aile planlaması yöntemine yaş ve çocuk sayısı ortalamaları Tablo XII'de verilmiştir.

Tablo XII. Kadınların Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlere Göre Yaş ve Çocuk Sayıları Ortalaması

Yöntem	Sayı	%	Yaş (*)	Cocuk (*)
Hiçbir yöntem	3	1.0	28.67 ± 8.50	1.0 ± 0.73
Hap	39	13.0	31.36 ± 4.64	3.08 ± 1.09
RIA	188	62.7	31.63 ± 4.40	3.19 ± 1.27
C.I	23	7.7	36.14 ± 6.48	5.09 ± 1.98
Kondom	7	2.3	30.43 ± 2.44	3.14 ± 1.07
Tüpligasyon	40	13.3	37.75 ± 3.72	4.72 ± 1.32

(*) p<0.005

Hiçbir yöntemle korunmayacağını belirten 3 kadının yaş ortalaması 28.67±8.50, çocuk sayısı ortalaması 1.0±0.73'dür. Yani yaş ve çocuk sayısı ortalaması en küçük grubu oluşturmaktadır. C.I.'yi tercih edenlerin yaş ortalaması 36.1±6.48, çocuk sayısı ortalaması 5.09±1.98, tüpligasyonu tercih edenlerin yaş ortalaması 37.75±3.72, çocuk sayısı ortalaması ise 4.72±1.32'dir. C.I. ve tüpligasyon yaş ve çocuk sayısı en yüksek olan grup tarafından tercih edilmektedir.

Kadınların diploma durumu ile bu kürtajdan sonra tercih ettikleri yöntemler Tablo XIII'de verilmiştir.

Tablo XIII. Kadınların Diploma Durumuna Göre Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Dağılımı

Kadınların Kürtajdan Sonra Tercih ettikleri A.P Yöntemleri							
Eğitim Durumu	H.Kor. Sayı %	Hap Sayı %	RIA Sayı %	C.I. Sayı %	Kondom Sayı %	Tüpli. Sayı %	Toplam Sayı %
Diplomasız	1 1.77	9 11.6	74 57.3	20 15.5	1 0.7	24 18.6	129 43.0
Diplomalı	2 1.1	30 17.5	114 66.6	3 1.7	6 3.5	16 9.3	171 57.0
Toplam	3 1.0	39 13.0	188 62.7	23 7.7	7 2.3	40 13.3	300 100

$$\chi^2=32.65 \quad SD=5 \quad p<0.0001$$

Analizler C.I ve tüpligasyon ile korunma tercihi beyan edenlerin genellikle diplomasız kadınlar olduğunu göstermektedir. Diplomalı olan kadınlar daha çok RIA'yı (%66.7) ve hapi (%17.5) tercih etmektedirler. Kondomda (%3.5) oranında diplomalı kadınlar tarafından tercih edilmektedir.

Kadınların gebe kaldıklarında kullandıkları yöntemlerle MR uygulamasından sonra tercih ettikleri yöntemler Tablo XIV'de verilmiştir.

Burada yöntemler açıklanırken hiçbir yöntem kullanmayan ve C.I ile korunan kadınlar etkisiz, hap, RIA, kondom ve tüpligasyon etkili yöntemler olarak alınmıştır.

Kürtajdan önce etkisiz yöntemle korunan 224 (%74.7) kadının 145'i (%64.7) RIA'ya yönelmiştir. Bu kadınlardan 202'si (%90.1) C.I ile korunurken 22'si (%9.8) gebe kaldığında hiçbir yöntemle korunmamıştır. Bu gebelikten sonra özellikle coitus interraptustan 134 (%66.3) kişi RIA'ya, 27 kişi (%13.3) tüpligasyona, 20 kişi (%19.9) hapa yönelmektedir. 18 kişi C.I ile korunmaya devam edeceğini söylemektedir. Gebe kaldığında hiçbir yöntemle korunmayan toplam 22 (%7.3) kadından yalnız 2 tanesi bundan sonra korunmamayı düşünürken 3 kişi C.I'a, diğerleri etkili yöntemlere geçiş yapacağını belirtmektedir.

Tablo X1Y, Kadınların Gebe Kaldığı Sırada Kullandıkları Yöntemler ve Kürtajdan Sonra Tercih Ettikleri Yöntemlerin Dağılımı

Kadınların Gebe Kaldığında Kullandıkları Yöntemler	Kürtajdan Sonra Tercih Edilen Yöntemler								
	Etkisiz Yöntemler				Etkili Yöntemler				
	Hig Korunma.	C.i.	Toplam	Hap	Ria	Kondom	Tüplig.	Toplam	GENEL TOPL.
Etkisiz Yöntem. Hig Korunmayan	2	3	5	1	11	-	5	17	22
C.i.	-	18	18	20	134	3	27	184	202
Toplam	2	21	23	21	145	3	32	191	214
Etkili Yöntemler	-	-	0	3	29	2	3	37	37
Hap	-	2	2	11	2	1	3	17	19
Ria	-	-	1	4	12	1	2	19	20
Kondom	1	2	3	18	43	4	8	73	76
GENEL TOPLAM	3	23	26	39	188	7	40	264	300

4.4 Kadınların ve Eşlerinin Tercih Ettikleri Yöntemlerin İncelenmesi

Kadınların bu kürtajdan sonra tercih ettiği yöntem ve eşlerinin tercih ettiği yöntemler arasındaki ilişki Tablo XV'de verilmiştir.

Kürtajdan sonra çiftlerin 273'ü (%91.0) aynı yöntemle korunma konusunda hem fikir olmuşlardır. kadınların büyük çoğunluğu bundan sonra Ria ile korunma konusunda eşleriyle uyuşmuşlardır. Ria ile korunma 180 çiftin (%60.0) ortak isteği olmuştur. Eşlerin birlikte en az (%2.0) tercih ettikleri yöntem ise kondom olarak bulunmuştur. Kondom ayrıca hem kadınlar (%2.0) hem de erkekler (%2.3) en az istenen yöntem olarak ortaya çıkmıştır.

Tablo XV. Kürtajdan Sonra Kadının ve Eşlerinin Tercih Ettiği yöntemlerin Dağılımı

Kadının Tercih Ettiği Yöntem	Eşlerin Tercih Ettiği A.P Yöntemleri													
	Hiç Kor.		Hap		Ria		C.i.		Kondom		Tüpligas		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç Kor	2	0.7	4	1.3	4	1.3	1	0.3	0	0.0	2	0.7	13	4.3
Hap	0	0.0	31	10.3	2	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	33	11.0
Ria	0	0.0	3	1.0	180	60.0	0	0.0	1	0.3	2	0.7	186	62.0
C.i.	1	0.3	0	0.0	1	0.3	21	7.0	0	0.0	3	1.0	26	8.7
Kondom	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	2.0	0	0.0	6	2.0
Tüplig.	0	0.0	1	0.3	1	0.3	1	0.3	0	0.0	33	11.0	36	12.0
Toplam	3	1.0	39	13.0	188	62.7	23	7.7	7	2.3	40	13.3	300	100

Kadınların ve eşlerinin Kürtajdan sonra tekrar çocuk isteme durumlarına göre yöntem tercihleri Tablo XVI'da verilmiştir.

Kürtajdan sonra kadınların 9'u (%3.0), erkeklerden de 21'i (%7.0) ileride çocuk sahibi olamk istemektedirler.

Kadınların çocuk istemeyenlerinin etkili yöntemleri tercih oranı eşleriyle aynı bulunmuştur.Çocuk istemediği halde etkisiz bir yöntemle korunmaya devam edecek olan kadın sayısı 23 kişidir ve çocuk istemeyen kadınların %7.9'unu oluşturmaktadır.Bu konuda kadın ve erkeklerin tutumları konusunda önemli bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo XVI. Kürtaj Sonrası Kadınlar ve Eşlerinin Başka Çocuk İsteme Durumuna Göre A.P Yöntem Tercihlerinin Dağılımı

Yöntem	Başka Çocuk İsteme Durumu			
	Kadın		Eşi	
	İstiyor Sayı %	İstemiyor Sayı %	İstiyor Sayı %	İstemiyor Sayı %
Etkili	6 66.7	268 92.1	17 80.9	257 92.2
Etkisiz	3 33.3	23 7.9	4 19.1	22 71.8
Toplam	9 3.0	291 97.0	21 7.0	279 93.0

4.5 Gebelikten Önce Kullanılanve Kürtajdan Sonra Kullanılacak Olan Yöntemlerin Etkililik Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi

Gebelikten önce etkili bir yöntemle korunan kadınların gebelikten sonra tercih edecekleri yönteme göre yaş, çocuk, düşük, kürtaj, gebelik sayısı ortalamaları ve eğitim durumu ile tekrar çocuk isteyenlerin sayısı ve yüzdeleri Tablo XVII'de verilmiştir.

Gebelikten önce etkili bir yöntem kullanan ve etkili bir yönteme devam edecek olan kadınların %76.7'si eğitimidir. Ayrıca bu kadınların yaş ortalamaları, çocuk, düşük, kürtaj ve gebelik sayısı, etkisiz yönteme geçmek isteyen 3 kadından daha düşüktür.

Gebelikten önce etkili bir yöntem kullanan 3 kadın, kürtajdan sonra etkisiz bir yöntemi tercih etmektedir. Bu 3 kadının 2'sinin eğitim durumu düşük, aynı zamanda yaş ortalaması (32.3) ve gebelik sayısı (7.67) yüksektir, ancak hiçbiri daha fazla çocuk istememektedir.

Tablo XVII. Gebelikten önce etkili bir yöntem kullananların gebelikten sonra tercih edecekleri yöntemler

Değişkenler	Etkili n=73	Etkisiz n=3	Toplam n=76
Yaş	30.89 ± 4.51	32.33 ± 2.89	30.95 ± 4.46
Çoc. sayısı	2.96 ± 1.10	4.67 ± 2.89	3.03 ± 1.22
Düşük	1.73 ± 0.89	2.33 ± 1.53	1.75 ± 0.90
Kürtaj	1.44 ± 0.89	2.00 ± 1.00	1.46 ± 0.74
Gebelik Sayısı ort.	5.70 ± 1.71	7.67 ± 3.79	6.23 ± 2.26
Eğitim Dur. (Diplomalı)	56 (%76.7)	2 (%66.7)	58 (%76.3)
Çocuk iste.	2 (%2.7)	---	2 (%2.6)

Gebelikten önce etkisiz bir yöntemle korunan kadınların gebelikten sonra tercih edecekleri yönteme göre yaş, çocuk, düşük, kürtaj, gebelik sayısı eğitim durumu ve tekrar çocuk isteyenlerin oranları Tablo XVIII'de verilmiştir.

Gebelikten önce etkisiz bir yöntem kullanan toplam 224 (%74.7) kadından 201'i (%67.0) etkili bir yöntemle geçmeye karar vermiştir. Bu kadınların yaş, çocuk, düşük, kürtaj ve gebelik sayısı etkisiz bir yöntemle devam edecek olan kadınlardan daha düşük bulunmuştur. Etkili bir yöntemle geçen 201 kadının %57.7'si eğitilmiş gruptan oluşmaktadır ve 4 kişi (%2.0) tekrar çocuk istemektedir. Etkisiz yöntemlerle korunmaya devam edecek olan 23 (%7.6) kadının yaş, çocuk sayısı, kürtaj ve gebelik sayısı yüksek bulunmuştur. 3 kişi (%13.0) tekrar çocuk istemektedir. Etkisiz yöntemle devam edecek olan gruptaki 23 kadının 20'si kadın (%87.0) eğitimi düşük olan kadınlardır. Etkisiz yöntemle devam edecek olan kadınların diğerlerinden hem eğitimi düşüktür hemde çocuk istemektedirler ($p>0.05$). Eğitimi yüksek olan kadınların etkili yöntem kullanma şansı eğitimi düşük olan kadınlara göre 8.00 kat, çocuk istemeyenlerin etkili yöntem kullanma şansı 7.39 kat daha fazla bulunmuştur.

Tablo XVIII. Gebelikten önce etkisiz bir yöntem kullanan kadınların gebelikten sonra tercih edecekleri yöntemler

Değişkenler	Etkili n=201	Etkisiz n=23	Toplam n=224	P Değeri
Yaş	33.02 ± 4.81	35.70 ± 7.27	33.29 ± 5.16	$p<0.05$
Çocuk Sayısı	3.55 ± 1.41	4.61 ± 2.33	3.66 ± 1.56	$p<0.05$
Düşük	2.03 ± 1.02	1.91 ± 0.79	2.10 ± 1.06	$p>0.05$
Kürtaj	1.67 ± 0.89	2.74 ± 1.21	1.69 ± 0.88	$p<0.05$
Gebelik Sayısı	6.61 ± 2.11	8.39 ± 3.03	7.46 ± 2.78	$p<0.05$
Eğitim Durumu (Diplomalı)	110 %57.7	3 %13.0	113 %50.4	$p>0.05$
Çocuk İsteyenler	4 %2.0	3 %13.0	7 %3.1	$p<0.05$

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Araştırma Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Kadın sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında tıbbi nedenler yanında kadının sosyal statüsünün düşük olması da önemli bir faktördür. Kadının toplumsal statüsünü belirleyen en temel faktörler eğitimi, çalışması ve sosyal güvencesinin olmasıdır (10). Bu araştırmada da gebeliği sonlandırmak amacıyla başvuran kadınların sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların yalnız 8'i (%2.7) çalışmaktadır. 292'si (%97.3) ev hanımıdır. Çalışanların da vasıfsız işçi olduğu saptanmıştır. Eşlerin 123'ü (%41.0) vasıfsız işçi, 35'i (%11.7) memur, 82'si (%27.4) serbest meslek, 18'i (%6.0) çiftçi, 42'si (%14.0) ise işsizdir (Tablo II).

Kürtaj olan kadınların ortalama yaşı 32.7 ± 5.9 olup, en fazla sayıdaki kadın 30-34 (%36.7) yaş bandında 110 kişiden oluşmaktadır (Dağılım aralığı: 18-43 yaş). Kırk ve üstü yaş bandında ise 37 (%12.3) kişi bulunmaktadır (Tablo I). Kadınların eşlerinin yaş ortalaması 35.85 ± 5.28 ' dir ve eşlerden 118 kişi (%39.3) 40 ve üstü yaş grubundadır (Dağılım aralığı:19-50).

Aile planlaması yöntemlerini kullanma ve doğurganlıkla ilgili tutumlarda yaş önemli bir faktördür. Ergör G'nin Türkiye genelinde yaptığı 1983 ve 1988 yıllarında en etkin ve modern yöntem kullanımı 25-29 yaş grubunda görülürken, 1983 yılında 35-39 yaştan itibaren geleneksel yöntem kullanma giderek artan bir risk görülmektedir. Bu risk 45-49 yaşta 2.4 kat daha fazla bulunmuştur (10).

Yaşla birlikte kadınların düşük, kürtaj , çocuk ve gebelik sayısı da doğal olarak artmaktadır (Tablo IV).Araştırmamız da kadınların %37.0'ı en az bir kez kürtaj olmuştur (Tablo V). 1990 yılında Havutlu ve Doğankent köylerinde yapılan bir araştırma da da bölgedeki kadınların %20'sinin en az bir kez kürtaj olduğu saptanmıştır (18). Kadınların ortalama çocuk sayısı 3.50 ± 1.50 , olarak bulunmuştur, bu ortalama (4.3) olan Türkiye ortalamasının altındadır (8).

Araştırmaya katılan kadınların %77.7'si okur-yazar, 22.3'ü okur-yazar değildir (Tablo III). Ülkemizde 15-44 yaş doğurgan çağ kadınlarının okur-yazarlık oranı %50.8 olarak bilinmektedir. Bu çalışmada kadınların eğitim durumları diploması olan ve diploması olmayan olarak iki grupta incelenmiştir. Eğitim durumu çocuk sayısını da etkilemiştir.

Diplomalı olan kadınların %93.9'u 1-4 çocuğa sahip iken bu oran, diplomasız olan grupta %51.9'dur (Tablo IV). Eğitim durumu ideal sayısı üzerinde etkili bulunmamıştır. Diplomalı kadınların ideal çocuk sayıları 2.10 diplomasız olanların 2.32'dir. Diplomalı kadınların sahip oldukları çocuk sayısı, diplomasız kadınlardan daha düşük olmasına rağmen her iki grubunda sahip olduğu çocuk sayısı ideal gördüğü çocuk sayısından fazla bulunmuştur (Tablo V). İdeal çocuk sayısı ortalaması 1968 yılında Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada 3.2 olarak bulunmuştur (5). Araştırmamızda bu oran 2.2 olarak bulunmuştur.

Aradaki bu fark araştırm grubunun özel bir grup oluşundan kaynaklanabilir. Bölgemizde göçer işçiler, kenar mahalleler ve kentsel alanda yapılmış 1991 yılında ki bir çalışma bu rakamın Adana şehir merkezinde 2.45, gecekonduarda 2.75, Doğankent köyünde 2.82 ve tarım işçilerinde 2.54 olduğunu göstermiştir (2). Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçlarıyla benzetilmektedir.

Bazı ülkelerde aileler erkek çocuk olmasını tercih edip, onlara daha fazla sağlık yardımı, daha çok eğitim ve iş imkanları sağlayarak, bu tercihin kızlar için kısıtli olmasına neden olmaktadır. Erkek çocuk tercih eden ülkelerin çoğunluğunu Güney Asya ve Kuzey Afrika ülkeleri oluşturmakla birlikte, dünyada erkek çocuk tercihinin çok kuvvetli olduğu ülkeler, Nepal, Bangladeş, Ürdün, Pakistan, Güney Kore ve Suriye, orta derecede erkek çocuk tercih eden ülkeler Dominik Cumhuriyetleri, Mısır, Meksika, Senegal Sudan, Türkiye, Nijerya, Tunus, Yemen, bu konuda tercihi olmayan ülkeler Kolombiya, Gana, Endonezya, kız çocuk tercih eden ülkeler ise Jameika ve Venezuela'dır (20).

Cin, Hindistan ve Güney Kore'de selektif düşüklerin olduğu bilinmektedir. Ultrason, amniosentez gibi metodların giderek artan kullanımı sayesinde fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi kız çocuk düşüklerinin artmasına yol açmaktadır. Bu ülkelerdeki doğumda erkek ve kız çocukları arasındaki fark hükümetlerin prenatal cinsiyet tanısı metodlarını yasaklamaya yol açmıştır, ancak yine de illegal olarak testler yaptırılabilirdiğinden kız çocuklarının erkek çocuklarından daha sık düşürüldüğü konusunda yayınlar vardır (20).

5.2 Gebelik Oluştugu Sırada Kullanılan Yöntemlerin Çeşitli Faktörlere Göre İncelenmesi

Adana Doğumevine kürtaj için başvuran kadınların gebe kaldıkları sırada kullandıkları kontraseptif yöntemler eğitim durumlarına göre incelenmiştir (Tablo X). Araştırmamızda kadınların 224'ü (%74.6) gebe kaldıkları sırada etkin bir aile planlaması yöntemiyle korunmamıştır. Yalnız %25.3'ü etkin bir yöntemle korunmuştur.

Bu çalışmada kadınların 22'si (%7.4) hiçbir yöntemle korunmamış, 202'si (%67.4) C.i. ile korunmuşlardır. Etkili dediğimiz yöntemlerden RIA kullanan 19 kişi (%6.3), kondom kullanan 20 kişi (%6.7), hap kullanan 37 kişi (%12.3) gebe kalmıştır. Türkiye Nüfus Araştırmasının 1993 verilerine göre gebeliğini sonlandıran kadınların %45'i C.i., %6'sı kondom, %5'i RIA, %4'ü hap, %35'i gebe kadıkları sırada hiç bir yöntemle korunmamışlardır (27). Kullanılan bu yöntemler kadınların eğitim durumuna göre incelendiğinde hap, Ria ve kondomu eğitilmiş grup tercih ederken C.i. ve hiç bir yöntemle korunmama konusunda eğitim durumunun etkili olmadığı saptanmıştı.

Ergör G.'nin Türkiye genelinde yapılan bir araştırmasında eğitim durumunun geleneksel yöntem seçimi üzerine etkisi 1978-1983 yıllarında görülmezken 1988 yılında okur-yazar olmayanların üniversite mezunlarına göre geleneksel yöntem kullanma riski 3.3 kat daha fazla bulunmuştur (10). Araştırmamız da Eğitimi yüksek olan kadınların etkili yöntemleri tercih etme şansı 8.00 katdaha fazla bulunmuştur.

Etkili ve etkisiz yöntem kullananların yaş dağılımlarına ve çocuk sayılarına bakıldığında hiç bir yöntem kullanmayan kadınların yaş ortalaması 31.55 ± 6.59 , çocuk sayısı ortalaması 3.59 ± 2.34 'tür. C.i. ile korunan kadınların yaş ortalaması 33.49 ± 4.96 çocuk sayısı ortalaması 3.67 ± 1.46 'dır (Tablo IX). Etkili yöntemle gebelikten korunan kadınların yaş ve çocuk sayıları ortalamaları yüksektir (Tablo IX).

Ergör G'nin araştırmasında modern yöntemler 1983-1988 yıllarında en çok 25-29 yaş grubu tarafından kullanılırken 35-39 yaş grubundan itibaren geleneksel yöntem kullanma yönünden giderek artan bir risk görülmektedir. Aynı çalışmada sahip olunan çocuk sayısının yöntem seçimine etkisi incelenirken 1-2 çocuğu olanlara göre hiç çocuğu olmayanların geleneksel yöntem kullanma riski 2.5 kat daha fazladır. 1988 yılında 5 ve daha fazla çocuğu olanların riski ise 1.35 kat olarak bulunmuştur (10). Türkiye'de 1963 yılında doğurgan yaştaki evli kadınların %63'ü hiç bir yöntemle korunmazken daha sonraki yıllarda bu rakam düşüş göstererek 1988'de %19'a inmiştir (28). 1993 Türkiye Nüfus Araştırması Enstitüsünün verilerine göre doğurgan yaştaki kadınların %37.4'ü hiç bir yöntemle gebelikten korunmamaktadır (27). Aile planlaması yöntemi tercihlerini değerlendirirken herhangi bir yöntemi kullanan kadınların özelliklerine bakmak gerekmektedir (12). Ergör G'nin araştırmasına göre 35 yaşın üstünde olma, okur-yazar olmama, Güney, Orta ve Doğu Anadolu'da yaşıyor olma, geleneksel yöntem kullanma oranını arttıran faktörlerdir (10).

5.3. Kadınların Bu Kürtaждан Sonra Tercih Ettikleri Kontraseptif Yöntemlerin İncelenmesi

Kadınların kürtaждан sonra tercih edecekleri yöntemler eğitim durumlarına göre incelenmiştir (Tablo XIII). Eğitim durumu RIA ve kondom tercihinde önemli bulunmazken, tüpligasyon olmak ve hiç bir yöntem kullanmama üzerinde daha etkili bulunmuştur. Eğitimsiz grubun yaş ve çocuk sayıları ortalamaları fazla olduğundan tüpligasyonu tercih etmişlerdir. Gebe kalındığında en çok kullanılan yöntem olan C.i.'den %67.3 daha etkili yöntemlere doğru bir yöneliş vardır. Bu kadınların sırasıyla %62.7'si RIA'ya, %13.3'ü Tüpligasyona,

300 kişiden %2.3'ü kondomu tercih ederken %7.7'si C.I. ile korunmaya devam edeceğini belirtmektedir. Hap, RIA ve kondomu 30-35 yaş bandındaki kadınlar tercih etmişlerdir. Kürtaj sonunda sağlık personelinin önerileri doğrultusunda bu etkin yöntemlere özellikle RIA'ya yönelindiği düşünülmektedir(10) .

Ege Üniversitesinde yapılan bir çalışmada 15-24 yaş arası doğurgan kadınlara göre 25-49 yaş grubu kadınlar daha etkin bir yöntemle korunmayı tercih etmişlerdir (9). Bunun yanında eğitim durumunun yüksek olması, bölgesel farklılıklar, çocuk istememe etkin yöntemleri tercih nedeni olarak saptanmıştır (9). Ergör G.'nin araştırmasında tüm değişkenler kontrol edildiğinde kırsal alanda yaşamak, yöntem seçimi üzerinde etkisiz bulunmuştur. Bu da artık Türkiye'de kır-kent farkının sağlık hizmetleri yönünden çok önemli olmadığına bir göstergesi sayılabilir (10). Ayrıca kentlere olan yoğun göçlerin sonucunda , göç edenlerin kültürel olarak kırsal özelliklerini sürdürdükleri söylenebilir (10). Ankara'da dört gecekondu mahallesinde yapılan bir çalışmada özellikle göçten sonraki ilk on yılda isteyerek düşüklerin ve geleneksel yöntem kullanımının çok fazla arttığı, sonra azalmaya başladığı gözlenmiştir. Bu nedenle göç alan bölgelerdeki aile planlaması programlarının hedef gruplarının yeni göç eden kadınlar olması gerekmektedir (3). Artık kır-kent ayırımından çok bölgesel farklılıklar daha ön plana çıkmaktadır (10). Yine isteyerek kürtaj yaptırmış olmak geleneksel yöntem kullanımını azaltmaktadır. Bu durum kürtaj olan kadının aile planlaması konusunda yüksek motivasyonu olması ve sağlık hizmetinden de yararlanarak modern yöntem kullanmaya başlamasıyla açıklanabilir. Özellikle kürtaj öncesi C.I. ile korunan kadınların kürtaj sonrası RIA'yı daha kolay kabul ettikleri ortaya konmuştur (10). Bizim çalışmamızda da kürtajdan sonra 300 kadının 188'i (%62.7) RIA'yı tercih etmektedir. RIA'yı tercih eden kadınlar yaş ortalaması 31.6 ± 4.40 çocuk sayısı ortalaması 3.19 ± 1.27 ve %57.4'ü diplomalı olan gruptan oluşmaktadır.

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'n de yapılan bir araştırmada da RIA kullanan kadınların kullanmayanlara göre öğrenim düzeyleri daha düşük , kürtaj, çocuk sayısı ve düşük ortalamalarının daha çok olduğu saptanmıştır (7).

Araştırmamıza katılan kadınlardan toplam 202 (%67.3) gebe kaldığında C.i. ile korunduklarını söylemişlerdir. Bu kadınlar yaş , çocuk sayısı, gebelik, kürtaj ve düşük sayıları en yüksek olan grubu oluşturmaktadır. Türkiye genelinde C.i. kullama oranı %30 olarak tahmin edilmektedir. Bu oran İtalya'da %29, Fransa'da %17.6, İngiltere'de ise %5 oranındadır (16). 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi kadın hastalıkları polikliniğine kürtaj için başvuran kadınların %67'si gebe kaldığı sırada C.i. ile korunduğunu bu kadınların %56'sının yöntemden memnun olmadığını ifade etmiştir (28). Bu araştırmaya göre etkin yöntem kullanmamanın nedenleri korku, ihmal, bilgisizlik, eşin istememesi ve etkin yöntemler konusundaki yanlış söylentilerdir (27). Tüm dünya ülkelerinde etkin yöntemler konusundaki yanlış söylentiler tercihleri olumsuz etkilemektedir. ABD'de doğurgan yaştaki 1200 kadının kapsandığı bir araştırmada kadınların %27'si kontraseptiflerin tehlikeli olduğuna inandıkları için yöntem kullanmadıklarını, Mısır'da 2000 kadını kapsayan bir araştırmada kadınların %60-75'inin özellikle RIA ve hapın kadını kısırlaştırdığı için kullanmadıklarını söylemişlerdir. Ülkemizde yanlış bilgilerin etkin yöntem kullanımını olumsuz etkilediği düşünülmüş ve İstanbul'da yapılan araştırmada 279 kadının %18.7'si hapın, %10.8'i RIA'nın, %2.2'si kondomun zararlı olduğuna inandıklarını söylemişlerdir (28).

Etkin yöntem olarak kabul edilen hap ve RIA'nın kullanılmayış nedenleri incelendiğinde; hapların korku, endişe, şişmanlık, bulantı, baş ağrısı, göğüste hassasiyet yaptığı, RIA'nın ise; kanama, enfeksiyon, karın içine geçmesi vb. endişelerden dolayı kullanılmadığı görülmüştür (13). Bunların yanı sıra kadınlara yeterli eğitim verilmemiş olması, bireysel ve psikolojik durumları genital organların iyi bilinmemiş olması etkin yöntemlerin kullanımını azaltmaktadır (8). Adana'nın Doğankent ve Havutlu köylerinde yapılan bir araştırma da kadınlara RIA kullanmamanın nedenleri sorulmuş %39.6'sı gerek görmediğini, %24.5'i tekrar çocuk istediği için, %6.9'u ise kocası izin vermediği için kullanmadığını söylemiştir. Aynı araştırma da hap kullanmama nedenleri de sorulmuş %30.6'sı kocası izin vermediği için, %28.2'si hapın zararlı olduğuna inandığı için kullanmadığını söylemiştir (18). İstanbul Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada kadınlar, kontraseptif yöntemleri %70 oranında sağlık personelinin öğrendiklerini, fakat etkin yöntemlerle ilgili yanlış bilgileri %93.6 oranında eş-dost ve akrabadan öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Bu da aile planlaması konusunda sağlık personelinin yeterince danışmanlık yapamadığını göstermektedir (28). Aile planlaması konusundaki danışmanlık, bilgilendirmeyi ve yöntemleri tanıtarak ailelerin kendileri için en uygun yöntemi kendilerine seçtirmeyi hedeflemektedir (1).

Türkiye geleneksel yöntem(C.I.) kullanımının en yüksek olduğu ülkelerden biridir (3,5,10,16). Bu yöntemin kullanımında hizmete ulaşamamanın önemli rol oynadığı öne sürülmüşse de bu olayın nedenleri daha farklı boyuttadır ve ileri incelemeye değer görülmelidir. İslam dini A.P. yöntemi olarak C.I. (azil) önermesine rağmen bir çok İslam ülkesinde bizim ülkemizdeki orandan daha az kullanılmaktadır (10). A.P. hizmetlerinin yıllar içinde yaygınlaşmasına rağmen C.i. kullanımı giderek artmıştır. Bu yöntemin bazı gruplar tarafından başarı ile kullanılması belkide sağlık personelinin bütün savlarını çürütmektedir. Ayrıca diğer yöntemler konusunda iyi danışmanlık hizmeti verilmemesi yani kişilere tüm yöntemlerin seçenek olarak sunulmaması kişiye özel bir yaklaşımla yapılamaması, çoğunlukla tek yöntem olarak RIA'nın önerilmesi diğer modern yöntemlere geçiş çabalarını zedeleyen etmenler olabilmektedir (10).

Geneneksel yöntemlere tümüyle karşı çıkmak yerine gebelik riski yüksek olan kadınlarda bu yöntemden uzak durulması gerekçeleriyle anlatılmalıdır (10). Bu hizmet özellikle ABD' de son yıllarda yalnız kliniklerde ve polikliniklerde değil evlere, işyerlerine, toplu olarak bulunulan yerlere yalnız doktor ve hemşirelerce değil, bu ekibe eczacı, psikolog, eğitimciler ve geleneksel olarak yaşanan bölgelerde kişilerin kendi içlerinden olan, saydıkları toplumsal liderler de katılarak yapılmaktadır (14).

5.4. Kadınların ve Eşlerinin Tercih Ettikleri Yöntemlerin İncelenmesi

Geleneksel aile yapısını koruyan, gelişmekte olan ülkelerde pek çok alanda olduğu gibi doğurganlığın düzenlenmesinde de söz sahibi olan erkek grubunun hem aile planlaması hem de konu ile ilgili araştırmalarda en az kadın grubu kadar hedef grup kabul edilmesi gerekmektedir (22). Bu nedenle araştırmamızda kürtaj olan kadınların eşlerinin de aile planlaması yöntemleri konusundaki tutumlarına ilişkin bilgiler toplanmıştır. Sonuçlara göre gebe kaldığı sırada eşinin tercih ettiği yöntemi kullanan toplam 30(%10) kadın vardır (Tablo XI). Gebe kalmadan önce kadınların yalnız 19'u (%6.3) RIA'yı tercih etmektedir, eşlerinse 202'si (%62.0) RIA'yı tercih etmektedir.

Kürtajdan sonra genellikle kadınların aile planlaması yöntemlerini tercihlerinde eşin tercihinine yönelme şeklinde önemli değişiklikler olmuştur. Kadınların 186'sı (%62) RIA'yı, 36'sı (%12.0) tüpligasyonu, 33'ü (%11.0) hapi, 6'sı (%2.0) kondomu tercih etmişlerdir. Çiftlerin 273'ü (%91) aynı yöntemle korunma konusunda anlaşmışlardır. Özellikle eşlerin birlikte en çok tercih ettiği yöntem RIA'dır (%60). Çiftlerin birlikte en az tercih ettiği yöntem ise (%2.0) kondomdur (Tablo XI).

Ülkemizde erkeklerin aile planlaması ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarına ait veriler çok azdır. Bu konu ile ilgili bir araştırmada Ankara Demiryolu Fabrikası'nda çalışan 402 işçiye aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumları sorulmuştur. Bu işçilere beş ay süre ile doktor, ebe psikolog ve hemşire tarafından aile planlaması eğitimi verilmiş ve beş ayın sonundaki bilgi ve tutumlarıyla , eğitim öncesi bilgi ve tutumları karşılaştırılmıştır. Eşlerin eğitim durumu ve yaş grupları bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Ankara'da ki araştırma grubunun eşlerinin %63'ü son gebeliklerinden önce herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamıştır. Eğitim öncesi araştırma grubunun ve eşlerinin %39.4'ü RİA ile, %24.9'u C.i. , %16.3'ü kondom, %5.9'u hap, %4.2'si tüpligasyon ile korunmaktadır. Eğitim sonrası ise araştırma grubunun ve eşlerinin %43.3'ü RİA, %20.4'ü C.i. , %20.5'i kondom, %8.6'sı hap, %4.3'ü tüpligasyon ile gebelikten korunmuşlardır. Toplam olarak gebelikten korunmak için eşlerin %90.5'i bir yöntem kullanmaya başlamıştır (4).

Bölgemizde mevsimlik erkek tarım işçileri ile yapılan bir çalışmada işçilerin %70.4'ünün çocuk istemediği ve bir aile planlaması yönteminden yararlanmak istediği saptanmıştır. Eşlerin etkili bir yöntemle korunması konusunda erkeklerinde düzenli ve doğru olarak bilgilendirilmesi aile planlaması hizmetlerini olumlu olarak etkilemektedir (17). Bugün aile planlaması uygulamalarında başarılı ülkeler incelendiğinde erkeğin katkı ve katılımının sağlanması gerçeğinin yıllar önce benimsendiği ve erkekleri de hedef alan bilgilendirme, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin başlatıldığını ve sürdürüldüğünü görmekteyiz (4).

5.5. Kadınların gebelikten önce ve kürtajdan sonra tercih ettikleri kontraseptif yöntemlerin etkililik durumlarının kadınların özelliklerine göre incelenmesi;

Gebelikten önce etkisiz yöntemle bir korunan kadın sayısı 224'tür (%74.6) (Tablo XIII). Bu kadınlardan 201 (%67.3) kişi etkili yöntemlere yönelirken 23 kişi (%33) yine etkisiz bir yöntemle devam edeceğini söylemiştir. Etkisiz yöntemle devam edecek olan kadınların yaş ortalaması 35.7 ± 7.27 , çocuk, düşük, kürtaj, gebelik sayıları fazladır. Gebelikten önce etkili bir yöntemle korunan kadın sayısı toplam 76(%25.6), bu kadınlardan 73 (%24.3)'ü yine etkili bir yöntemle korunmaya devam edeceğini

Eğitim durumu yüksek olup etkisiz yöntemle geçen kadınlardan yalnız iki kişi tekrar çocuk istemektedir.

Kürtajdan önce etkisiz yöntemle korunup, kürtajdan sonra çocuk istemediği halde etkisiz bir yöntemi tercih eden 3 kişi (%13.0) vardır. Bu kadınlar diplomasız, yaş, çocuk, düşük ve gebelik sayısı yüksek olan kadınlardan oluşmaktadır (Tablo XIII). Kürtaj sonu aile planlaması yöntemi olarak sağlık personeli tarafından genelde kadınlara RIA önerilmektedir (10). İstanbul Şişli'de kürtaj sonu aile planlaması yöntemlerinin etkililiği ileriye dönük bir çalışmayla incelenmiş, kürtajdan hemen sonra vakaların %58'ine RIA uygulanmıştır. 6 ay sonra RIA uygulanan 127 kadından 125'i aracı kullanmayı sürdürmüş, hapi tercih eden 56 kişiden 44'ü yöntemi kullanmayı sürdürmüştür. Şişli'de ilk kez hap kullanan kadınların yarısı 6 ayın sonunda hapi bırakıp RIA'ya dönmüşlerdir. Toplam olarak kürtaj olan ve bir yöntem kullanan 444 kadın (%46) ise 6 ayın sonra yine C.i. ile korunmaya başlamıştır. C.i. kullanan ve modern yöntemleri tercih eden kadınlar arasında önemli eğitim ve meslek farkı belirlenmiştir. Ayrıca kliniklerden yöntem önerilip önerilmemesi ya da iyi aile planlaması hizmeti verildiğini ifade etme modern yöntem kullanmayı olumlu etkilemiştir, gebelik öncesi kullanılan yöntemler önemli ölçüde değişmiştir (5).

Bu çalışmada kürtajdan sonra etkin yöntemle geçecek kadın yüzdesi 87.0 olarak bulunmuştur. Kaynaklara göre kürtaj olan kadınların %90'ı etkin bir aile planlaması yöntemi kullanmaya başlamaktadır (10).

ÖNERİLER

Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda, gebelik ve gebelik sonlandırılması, kadınların üreme yıllarında karşılaştıkları en önemli sağlık sorunlarından biridir. Özellikle istenmeyen gebeliklerin çeşitli şekillerde sonlandırılması sırasında birçok sağlık riski doğmaktadır. Ülkemizde gebeliği sonlandırmanın doğurganlığın düzenlenmesinde sık başvurulan bir yöntem olduğunu araştırmalardan anlamaktayız. Etkin bir aile planlamasının gerçekleşmesi için gebeliği önleyici etkili yöntemlerin kullanımını sağlamak gerekir. Çünkü çok genç yaşta, çok fazla sayıda gebe kalmanın önlenmesi halinde düşükler önlenemez ve ana sağlığına, dolayısıyla toplum sağlığına önemli katkıda bulunulacaktır. Kadın ölüm nedenleri incelendiğinde gebelik sayısının artmasıyla birlikte, hijyenik olmayan ilkel koşullarda çocuk düşürme nedeniyle oluşan jinekolojik hastalıkların ön sırada olduğu görülmektedir.

1- Gebeliği önleyici yöntem kullanımını bilinçli ve etkin bir hale getirmek temelde kadınların eğitimine bağlıdır. Eğitilmiş olan kişi hizmet isteyecek ve hizmet içindeki olumsuzlukları zorlayacaktır. Bu eğitim hem erkeğe hem de kaina yönelik olmalıdır.

2- Verilecek olan aile planlaması eğitiminin hedefi tüm alanlarda aynı standartta olmalıdır. Hizmeti veren kişi güvenilir ve doğru bilgi veren bir kaynak olmalıdır. Sağlık personeli aile planlaması konusundaki yeni bilgileri hizmet içi eğitimle sürekli takip etmelidir.

3- Kadınların eğitimleri sağlanırken düşüklerin riskleri ve düşük sonu olabilecek komplikasyonların neler olduğu konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

4- Sağlık personeli tarafından düşük sonrası ailelere, bireysel özellikleri göz önüne alınarak en uygun aile planlaması yönteminin önerilmesi gerekmektedir.

5- Düşük uygun ve steril bir koşulda yapılmalı, düşüğü gerçekleştiren kişilerin yeterli deneyime sahip olmaları, düşük sonrası komplikasyonları da takip etmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. ABRIDAĞ G, Aile Planlaması Danışmanlığı, Çukurova Üniversitesi Basımevi, 1995, Adana , 6-8
2. ALPARSLAN Z.N., BUĞDAYCI R, ABRIDAĞ G, AKBABA M, Adana İli Merkez Köylerinde Yaşayan Çeşitli Grup kadınların Akraba Evlilikleri ve İdeal Çocuk Sayıları, III.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 30 Nisan- 2 Mayıs, Kayseri, 1992, 386-389
3. ATLI D, Ankara Mamak'ta Dört Gecekondu Mahallesinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi, Halk Sağlığı Günleri (Erişkin Sağlığı), 7-9 Eylül, Samsun, 1995, 12
4. BIÇER S, TCDD Ankara Demiryolu Fabrikasında Çalışan Erkek İşçilerde Eğitim Aile Planlaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisinin Araştırılması, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, İzmir, 1994, 73-75
5. BULUT A, TOUBIA N, Hastanelerde Gebelik Sonlandırma Hizmetlerinin İşlerliği ve Etkinliği, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 1995, 11-17
6. COUTINHO E.M, Latin American's Contributions to Contraceptive Development, Fertility and Sterility, vol:60, No:2, August, 1993, 227-229
7. CETİN A, KARAVUS M, ÇALI Ş, BOZTEKİN N, RİA Kullanan ve Kullanmayan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve RİA'ya İlişkin Bilgilerin Karşılaştırılması, Halk Sağlığı Günleri (Erişkin Sağlığı), 7-9 Eylül, Samsun, 1995, 5
8. CETINKAYA F, ŞENOL V, ÖZTÜRK Y, MAYALI S, Kayseri A.C.S ve A.P Merkezine Başvuran İstemli Düşük Olgularının Değerlendirilmesi, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, İzmir, 1994, 372-373

9. DEMİR U, Gebeliği Önleyici yöntemlerin Kullanımı ve Bunlara Etki Eden Sosyodemografik Özelliklerin Özelliklerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 1993, 8:1, İzmir, 31-34
10. ERGÖR G, Türkiye' de Geleneksel Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül İzmir, 1994, 102-104
11. EROĞLU K, DİNÇ L, Kürtaj ve Etik Hacettepe Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 1:2, Ankara, 1994, 31-36
12. ERYILMAZ H, EKİZLER H, Kürtaja Başvuran Vakaların Değerlendirilmesi ve Bu Hizmetin Etkinliği III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 22-26 Haziran, İstanbul, 1992, 31-36
13. FADILLIOĞLU C. YILMAZ D, Kadınların Gebelik Önleyici Yöntem Kullanma Durumları Üzerine Bir İnceleme, Ege Üniversitesi H.Y.O Dergisi, 2:1, İzmir, 1986, 26-36
14. Family Plannig Lessons and Challenge-Making Programs Work, Population Reports, Series J, August, 1994, 8-10
15. FIŞEK N, TEZCAN S, Çocuk Düşürme: Önemli Tıbbi ve Sosyal Bir Sorun, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın no:12, Ankara, 1980, 12-21
16. HATCER RA, KOWAL D, GUEST F, TRUSSEL J, et. al. Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım; Çev. Ed.A.A. Dervişoğlu, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yayın no:12, Ankara, 1990, 433-443
17. INANDI T, AKBABA M, KARADÖMERLIOĞLU D, Mevsimlik Tarım İşçisi Erkeklerin Aile Planlamasına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları, Halk Sağlığı Günleri (Erişkin Sağlığı), 7-9 Eylül, Samsun, 7-9 Eylül, 1995, 4

18. KIRIK S, Doğankent ve Havutlu Köylerin de (15-49) Fertil Yaşlarında Evli Kadınların Uyguladıkları Kontraseptif Yöntemlerinin Etkinliklerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, 1990, 44 58
19. Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun, Tüzük ve Yönetmelikler, T.C. Sağlık Bakanlığı, A..S. ve A.P. Genel Müdürlüğü, 13-16
20. Opportunities For Women Trough Reproductive Choice, Population Reports, Series M, Number:12 July, 1994, 10-11
21. OMRAN AR, İslamda Aile Planlaması , T.A.B. Vakfı Yayını, 1995, 15
22. DZGEN B, Tuzlu ayır Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların ve Eşlerinin A.P. ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1993, 21
23. DZTRK Y, Kürtaj-Anksiyete İlişkisi, III. Halk Sağlığı Günleri, 12-16 Eylül, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1993, 373
24. PENNEY C, Induced Abortion: an Audit of Reported Current Practice Among Consultant Gynaecologists in Scotland, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, June, 1994 vol:101, 122
25. STEPHANSON P, WAGNER M, BADEA M, SERBARENCEN F, The Public Health Consequences of Restricted, Induced Abortion, Lessons, from Romania, AM. Journal of Public Health, vol:82 no:10, Oct. 1992, 1328-1330
26. TEZCAN S, FIŞEK N, Türkiye' de ocuk Düşürme, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Yayın no: 13, Ankara, 1980, 10-19

27. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 1993, Ankara, 37-63
28. YARDINCI O, YARDIMCI E, İŞSEVER E, BAYSAL B, Kontraseptif Yöntem Seçiminde Etkili Olan Faktörler: Söylentilerin Rolü IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, İzmir 1994, 81-82
29. YARDIMCI O, YARDIMCI E, BAYSAL B, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Polikliniğine Başvuran 15-49 yaş Grubu Evli Kadınların Kontraseptif Yöntemleri Kullanma Süreleri ve Bırakma Nedenleri, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, İzmir, 1994, 84-86
30. YARDIMCI O, YARDIMCI E, SABUNCU H, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları Polikliniğine Başvuran 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Bildikleri ve Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler; Kullanımı Etkileyen Faktörler, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül, İzmir, 1994, 77-76

DZGEÇMİŞ

1969 yılında Adana'nın Düziçi ilçesinde doğdum. İlk ve ortaokul öğrenimini Düziçi'de, lise öğrenimini Adana Sağlık Meslek Lisesinde tamamladım. 1990 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldum, 1991-1993 yıllarında Adana Numune Hastanesi Dahiliye servisinde Hemşire olarak çalıştım. 1994 yılından beri Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda öğretim görevlisi olarak çalışmaktayım.

ANKET FORMU

1- Kadının adı- soyadı

2- Kadının

a) Yaşı

b) Öğrenim durumu

1) OYD

2) Okuryazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Yüksekokul

c) Mesleği

3- Eşinin

a) Yaşı

b) Öğrenim durumu

1) OYD

2) Okuryazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Yüksekokul

c) mesleği

4- Ailenin yaşayan çocuk sayısı?

1- Erkek çocuk sayısı

2- Kız çocuk sayısı

5- Ailenin ideal gördüğü çocuk sayısı?

1-Erkek.....

2-Kız.....

6- Kadının kaçınıcı gebeligi?

7- Daha önce düşük yaptımı?

1- Hayır

2- Evet

Evet ise isteyerek kaç kere yaptı?
İstemeden kaç kere yaptı?

8- Daha önce kürtaj oldumu?

1- Hayır 2- Evet (evet ise kaç kere).....

9- Kadın başka çocuk istiyormu?

1- Evet 2- Hayır

10-Bu çocuğun cinsiyetini bilseydiniz kürtaj olurmuydunuz?

1- Kız olsaydı olmazdım
2- Erkek olsaydı olmazdım
3- Farketmezdi

11- Gebelik oluştuğu sırada A.P yöntemlerinden birini kullanıyormuydunuz?

1- Hayır 2- Evet (evet ise hangisi).....

12- Bundan sonra kullanmayı düşündüğü A.P yöntemi var mı?

1- Yok 2- Var (varsa hangisi).....

13- Bu kürtaja kim karar verdi?

1) Kendisi düşündü
2) Eşi düşündü
3) Birlikte düşündüler
4) Diğer (belirtiniz)

14- Kadının eşi başka çocuk istiyor mu?

1- Hayır 2- Evet

15- Kadının eşi A.P yöntemlerinden hangisini tercih ediyor?
(belirtiniz)

KISALTMALAR

M.R.	: Mentrüel Regülatör
R.I.A	: Rahim İçi Araç (Spiral)
O.Y.D	: Okuryazar Değil
C.I	: Coitus Interruptus
A.P	: Aile Planlaması
A.Ç.S	: Ana ve Çocuk Sağlığı
Say.Ort.	: Sayısı Ortalaması
Çoc. Say.	: Çocuk Sayısı
Tüpligas.	: Tüpligasyon
Okury.	: Okuryazar
İlkok.	: İlkokul
Ortaok.	: Ortaokul
Korunm.	: Korunmayan
Hiçbir Y.	: Hiçbir Yöntem
Hiç Kor.	: Hiç korunmayan
Eğitim Dur.	: Eğitim Durumu
Çocuk İste.	: Çocuk İsteyen