

21174.

**İSTEYEREK DÜŞÜK YAPAN KADINLARIN
AİLE İŞLEVLERİ VE RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN
SİSTEM YAKLAŞIMI İÇİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uğur Özdemir

Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü

Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

Ankara

Şubat, 1992

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İş bu çalışma, jürimiz tarafından Sosyal Hizmetler Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak kabul edilmiştir.

Başkan : *Belma Aksit*
DOĞ-DR. BELMA AKSİT

Üye : *Sema Kut*
PROF. DR. SEMA KUT (DANISMAN)

Üye : *İşil Bulut*
DOĞ-DR. İŞİL BULUT

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. 24/3/1992

Süleyman Yıldız
Prof. Dr. Süleyman Yıldız
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bir buçuk yıllık bir zamanı kapsayan bu araştırma zorlu bir sürecin sonucunda olmuştur. Bu zorlu süreç içerisinde en iyiye ulaşmak hedeflenmiştir. Bu hedefe ulaşmada da başta göstermiş olduğu titiz, içten ve destekleyici yaklaşımından dolayı değerli tez danışmanım Prof. Dr. Sema Kut'a teşekkürlerimi sunarım.

Farklı dönemlerde bu teze katkıları geçen Prof. Dr. Cengiz Gülec, Prof. Dr. Hüsnü Kişnişci, Prof. Dr. Ayşe Akın Dervişoğlu, Doç. Dr. Belma Akşit, Doç. Dr. Beril Tufan, Doç. Dr. Işıl Bulut, Bilgisayar Operatörü Mehmet Özdemir, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı personeli ve özellikle yüksek hemşire Ulviye hanım'a ayrıca ev görüşmelerini özenli ve titiz çalışmasıyla gerçekleştiren sevgili Nuray'a teşekkür etmeyi borç bilirim. Her birinin tek tek katkıları bu çalışmanın gücünü benim bilgi hazinemimi genişletmiştir.

Araştırmaya katılan bu son derece zor dönemde pek çok gizli noktalarını benimle paylaşan araştırma nüfusunun önünde saygıyla eğiliyorum.

Bu geçen yoğun çalışma döneminde zaman zaman ihmal ettiğim ailem ve Funda'dan özür dilemek istiyorum. Umarım beni bağışlarlar....

Uğur Özdemir

ÖZET

Araştırmanın temel amacı; gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınları, bir sistem bütünlüğü içinde sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık özellikleri ile aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi-tutum ve davranışlarını inceleyerek, aile işlevleri ile ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmektir.

Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na Şubat 1991 tarihinde gebeliklerini istemli düşükle sonlandırmak için başvuran ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 42 kadın araştırma nüfusunu oluşturmuştur. Araştırma Before and After Experimental modeli içinde SCL-90-R, Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği ile Aile Değerlendirme Ölçeğinin yanısıra hazırlanan 4 soru formu ile araştırma nüfusuna gebeliklerini istemli düşük yapmadan 30 dakika önce ve istemli düşüktan 1 ay sonra derinlemesine görüşmeler yapılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular dokuz ayrı bölüm olarak, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların; kişisel-sosyal ve demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntemleri bilgi-tutum-davranış özellikleri, bu istemli düşüğe ilişkin özellikler, aile işlevlerinin değerlendirilmesi, sağlık özellikleri, başlıklarıyla incelenmiş, karşılaştırılmış ve uygun analizler yapılarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen veriler sonucunda; araştırma nüfusunu oluşturanların, 20-44 yaş grubunda, farklı eğitim düzeylerinde, sosyal güvenlik imkanları sınırlı, genelde ekonomik zorluklar yaşayan, daha çok Ankara içinde şehir merkezi ve gecekonduarda oturan, ortalama 4.4 gebelik sayıları, 2.4 canlı doğum sayıları, 2.05 yaşayan çocuk sayıları olan etkin aile planlaması

yöntemlerini genelde kullanmayan, yaklaşık 0.96'sinin bundan önce istemli düşük deneyimleri olduğu saptanmıştır.

Araştırma nüfusunun, aile değerlendirme ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar; iletişim 2.503, roller 2.524, duygusal tepki verebilme 2.119, gereken ilgiyi gösterme 2.289, davranış kontrolü 2.688, genel fonksiyonlar 2.359 olarak bulunmuştur. Elde edilen sonuç; araştırma nüfusunu oluşturanların, fonksiyonel olmayan kalıpların daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca araştırma nüfusu içinde düşük deneyimi olmayan kadınların, düşük deneyimi olan kadınlara göre aile işlevlerinde daha sıkıntılı oldukları saptanmıştır.

Psikolojik reaksiyonlarda düşük öncesinde, eve döndüğünde ve düşükten 1 ay sonrasında farklı reaksiyonlar gösteren araştırma nüfusunda, vicdan azabı, günah işlemiş olma ve suç işleme hislerinin her üç dönemde de yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sakinlik ve sevinç duyguları 1 ay sonra en üst noktaya gelirken korku, heyecan, utanma, pişmanlık, huzursuzluk, sinirlilik, endişe duyguları 1 ay sonra oldukça azalmıştır.

Araştırma nüfusunda SCL-90-R'ye göre istemli düşük yapmadan 30 dakika önce; 1.78 somatizasyon, 1.71 obsesif-kompulsif, 1.71 kişiler arası duyarlılık, 1.88 depresyon, 1.76 anksiyete, 1.54 düşmanlık, 1.15 paranoid düşünce, 1.09 psikotizm, 1.92 ek skala bulgularına ulaşılmıştır. istemli düşükten 1 ay sonra ise 0.81 somatizasyon, 0.85 obsesif-kompulsif, 1.18 kişiler arası duyarlılık, 1.06 depresyon, 0.71 anksiyete, 1.22 düşmanlık, 0.92 paranoid düşünce, 0.68 psikotizm, 0.98 ek skala bulgularına ulaşılmıştır. Buna göre istemli düşükten önce ve istemli düşükten sonra tüm ruhsal belirti düzeyleri istatistiki açıdan $P < 0.05$ anlamlı bulunmuştur. Ulaşılan sonuçlar; gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlarda özellikle istemli düşük öncesinde ruhsal belirti düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

ABSTRACT

This research, namely "Evaluation of the social, psychological, demographic and fertility characteristics of women with a historical voluntary abortion their psychic status and their knowledge of attitude and behaviour toward family planning, from of womens the point of view healt " studies voluntary abortion in a systematic manner, with multiple variables.

The aim of the research is to find out the possible effects of social , psychological, demographic and fertility cherecteristics and family planning associated knowledge- attitude- behaviour on the family functoin and who have histories of induced abortion.

The research population is 42 women volunters who were admitted to Hacettepe University Hospital, obstetrics and gynalecology department in February 1991 30 minutes before and 1 month after the induced abortion, women were applied SCL-90-R , Family Assessment Device (induced in before and after experimental model) and four other questionnaires.

The aim of this method was to evaluate the women's psychic status before and after the intervention and to find abortion -related variables.

The data observed was analysed, 9 parts with respect to women's personal, social, demographic and fertility characteristics, factors associated with that abortion, knowledge of attitude-behaviour towards family planning , health status and family functions, and evaluated with appropriate statistical analytical methods.

According to the results of the research, induced abortion experience was 0.96 for those women who were 20-44 years old, with different educational status, limited social security status, having financial problems, living in urban or gecekondu

areas of Ankara, with over 4.4, pregnancies with over 2.4 live births 2.05 children and who did not use effective family planning methods.

The average scores (with family Assessment Device) were 2.503 for communication, 2.524 for roles, 2.119 for effective responses, 2.289 for effectiveness involment, 2.688 for behaviour control, 2.14 for problem solving, 2.359 for general functions.

Results of the research showed that nonfunctional patterns were more common in families of women who had a induced abortion history compaored with those who did not. Besides, those women who had no abortion history, were found to annoy family functions.

Psychological status of women was evaluated before the abortion, when they returned home, and 1 month after the abortion in all these 3 situation, conscience, feeling of quilty and feeling of preostitution were found to be highly prevalent. Whles late calm and pleasure were most obvious after one month feelings of entnusnosm, fear, shame, regret, irritability, trouble and anxiety were found to be lowest after one month.

On research population SCL-90-R scores, 30 minutes before for somatization was found 1.78, obsession-compulsion 1.71, interpersonal sensitivity 1.71, depression 1.88, anxiety 1.76, hostility 1.54, paranoid ideation 1.15,psikotizm 1.09, an additional items 1.92 scale value respectively.

One month induced abortion, somatisation for 0.81, obsseive-compulsive 0.85, interpersonal sensitivity 1.18, depression 1.06, anxiety 0.71, hostility 1.22, paranoid ideation 0.92, psikotizm 0.68 and additional items 0.98 scale values respectively.

A statistical difference ($P < 0.05$) was found between levels of psychological status before and one month after induced abortion.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xv
GİRİŞ / YAKLAŞIM.....	1
BÖLÜM 1: 1.1. SORUN.....	6
1.2. SORUNA KURAMSAL YAKLAŞIM.....	6
1.2.1.Sosyal, Ekonomik Değişme ve Doğurganlık.....	6
1.2.2.Düşük.....	10
1.2.2.1.Düşük Tanımları.....	10
1.2.2.2.Düşük Yapmanın Tarihçesi.....	12
1.2.2.3.Düşük Yapmanın Bugünü.....	16
1.2.2.4.Düşüğün Kadın Sağlığına Etkileri.....	21
1.2.3.Türkiye’de Sosyal Değişim ve Çocuk Düşürme.....	26
1.2.3.1.Türkiye’de Çocuk Düşürme ile ilgili Yasal Düzenlemeler.....	36
1.2.3.2.Türkiye’de Düşük Konusunda Yapılan Araştırmalar.....	39
1.3.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	57
1.4.ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ.....	59
1.5.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	59
1.6.ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	60
1.7.ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	62
1.8.TANIMLAR.....	62
BÖLÜM 2 : YÖNTEM.....	66
2.1.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ-MODELİ.....	66
2.2.EVREN VE ÖRNEKLEM.....	68

BÖLÜM 2 : YÖNTEM.....	66
2.1.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ-MODELİ.....	66
2.2.EVREN VE ÖRNEKLEM.....	68
2.3.VERİLERİN TANIMLANMASI-TOPLANMASI.....	69
2.4.VERİLERİN İZLENMESİ-ÇÖZÜMLENMESİ.....	81
BÖLÜM 3 : BULGULAR.....	83
3.1.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN KİŞİSEL-SOSYAL-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	83
3.2.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ.....	96
3.3.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ-DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ.....	104
3.4.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN BU GEBELİK VE DÜŞÜK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ.....	115
3.5.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN AİLE İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..	125
3.6.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN EŞİ İLE İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ.....	134
3.7.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DÜŞÜĞE BAĞLI PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ..	139
3.8.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	146
3.9.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DÜŞÜĞE BAĞLI SAĞLIK ÖZELLİKLERİ.....	165
BÖLÜM 4 : GENEL DEĞERLENDİRME.....	169
4.1. DEĞERLENDİRME.....	169
4.2. TARTIŞMA.....	176
BÖLÜM 5 : SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI.....	181
BÖLÜM 6 : SONUÇ ve ÖNERİLER.....	185
6.1. ARAŞTIRMA SONUCU.....	185
6.2. ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ.....	188
6.2.1. ÖNLEYİCİ YAKLAŞIM.....	188
6.2.2. TEDAVİ EDİCİ YAKLAŞIM.....	191
KAYNAKÇA.....	193
EKLER.....	203
Ek-1 : GÖRÜŞME FORMU.....	203
Ek-2 : ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI.....	238
Ek-3 : ARAŞTIRMANIN BÜTÇE VE İNSAN GÜCÜ.....	239

2.3.VERİLERİN TANIMLANMASI-TOPLANMASI.....	69
2.4.VERİLERİN İZLENMESİ-ÇÖZÜMLENMESİ.....	81
BÖLÜM 3 : BULGULAR.....	83
3.1.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN KİŞİSEL-SOSYAL-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ..	83
3.2.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ.....	96
3.3.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN BİLGİ-DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ.....	104
3.4.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN BU GEBELİK VE DÜŞÜK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ.....	115
3.5.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN AİLE İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ..	125
3.6.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN EŞİ İLE İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ.....	134
3.7.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DÜŞÜĞE BAĞLI PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ..	139
3.8.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	146
3.9.ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DÜŞÜĞE BAĞLI SAĞLIK ÖZELLİKLERİ.....	165
BÖLÜM 4 : GENEL DEĞERLENDİRME.....	169
4.1. DEĞERLENDİRME.....	169
4.2. TARTIŞMA.....	176
BÖLÜM 5 : SOSYAL HİZMET YAKLAŞIMI.....	181
BÖLÜM 6 : SONUÇ ve ÖNERİLER.....	185
6.1. ARAŞTIRMA SONUCU.....	185
6.2. ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ.....	188
6.2.1. ÖNLEYİCİ YAKLAŞIM.....	188
6.2.2. TEDAVİ EDİCİ YAKLAŞIM.....	191
KAYNAKÇA.....	193
EKLER.....	203
Ek-1 : GÖRÜŞME FORMU.....	203
Ek-2 : ARAŞTIRMANIN ZAMANLAMASI.....	238
Ek-3 : ARAŞTIRMANIN BÜTÇE VE İNSAN GÜCÜ.....	239

TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 1 : 1 Ocak 1991 itibariyle Ülkeler ve Bölgelere Göre Düşük Konusunda Yasalar ve Kısıtlamalar (s.17)
- Tablo 2 : 15-44 Yaşlarındaki Her 1000 Kadındaki Düşük Oranı Her 100 Bilinen Gebelikteki Düşük Oranı ve Toplam Düşük Oranlarının Ülkelere Göre Dağılımı (s.18)
- Tablo 3 : Ülkelere Göre 100 Yasal Düşükle Ölümlerin Sayısı ve Ölüm Hızı (ölüm hızı 100.000 yasal düşüğe göre hesaplanmıştır) (s.19)
- Tablo 4 : Yasal Düşük Yapan Kadınların Evlilik Durumlarına Göre ve Ülkelere Göre Dağılımı (s.19)
- Tablo 5 : Yasal Düşüklerin Ülkelere Göre ve Düşük Yapan Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı (s.20)
- Tablo 6 : Ülkelere ve Gebelik Haftalarına Göre Yasal Düşüklerin Dağılımları (s.23)
- Tablo 7 : İngiltere'de 1969-1973 Yılları Arasında Düşük Yapan Kadınlardan Her 100.000 Düşük Olgusuna Karşın Ölenlerin Haftalık Gebeliklerle Büyüklükleri (s.23)
- Tablo 8 : Düşük Sonrası Psikolojik Reaksiyonlarla İlgili Çalışma Özetleri (s.25)
- Tablo 9 : 1988 Doğurganlık Araştırması Düşük Yüzdeleri (s.31)
- Tablo 10: Her 100 Hamileliğe Karşı Yapılan Düşük Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı (s.32)
- Tablo 11: 100 Hamilelikte Düşük Yapanların Yaş Dilimlerine Göre Dağılımı (1987) (s.32)
- Tablo 12: 100 Hamilelikte Düşük Yapanların Eğitim Düzeyleri (1987) (s.33)
- Tablo 13: 100 Hamilelik Başına Düşük Sayısının Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Oranları (1987) (s.34)
- Tablo 14: 15-49 Yaş Diliminde 100 Kadın Başına Düşen Düşük Sayısı (1987) (s.35)
- Tablo 15: Ülke Çapında Yürütülen Düşükle İlgili Araştırmalar ve Bazı Sonuçlar (s.54)

- Tablo 16: Hastane Vakalarında Yapılan Düşükle ilgili Araştırmalar (s.55)
- Tablo 17: Türkiye'de Yapılmış Düşükle ilgili Bölgesel Araştırmalar (s.56)
- Tablo 18: Kadınların ve Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı (s.85)
- Tablo 19: Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları işlere Göre Dağılımı (s.86)
- Tablo 20: Kadınların ve Eşlerinin Aldıkları Ücrete Göre Dağılımı (s.87)
- Tablo 21: Kadınların ve Eşlerinin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına göre Dağılımı (s.88)
- Tablo 22: Kadınların Şu Anda Oturdukları Ev Biçimine Göre Dağılımı (s.92)
- Tablo 23: Kadınların Yaşayan En Küçük Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı (s.102)
- Tablo 24: Kadınların Bu Gebeliğinden Önce, En Son Gebe Kaldıkları Tarihe (Zaman Aralığına) Göre Dağılımı (s.103)
- Tablo 25: Kadınlardan Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerini Bilenlerin Öğrendikleri Yerlerin Dağılımı (s.106)
- Tablo 26: Şu Anda Aile Planlaması Yöntemleri Bilenlerin Öğrendikleri Yere Göre Dağılımı (s.112)
- Tablo 27: Kadınların Bu Gebeliklerini Düşükle Sonlandırmaya Karar Verdikleri Haftaların Dağılımı (s.119)
- Tablo 28: Kadınların Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmaya Kimlerle Karar Verdiklerinin Dağılımı (s.120)
- Tablo 29: Kadınların Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmalarında Etkisi Olan Konulara Göre Dağılımı (s.121)
- Tablo 30: isteyerek Düşüğün Hangi Durumlarda Yapılmasının Kadınların Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı (s.121)
- Tablo 31: Araştırma Nüfusunun Problem Çözme Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.126)

- Tablo 32: Kadınların iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (s.126)
- Tablo 33: Kadınların Roller Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.127)
- Tablo 34: Kadınların Duygusal Tepki Verebilme Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.128)
- Tablo 35: Kadınların Gereken ilgiyi Gösterme Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.129)
- Tablo 36: Kadınların Davranış Kontrolü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.130)
- Tablo 37: Kadınların Genel Fonksiyonlar Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (s.131)
- Tablo 38: Kadınların istemli Düşük Deneyimleri ile Aile işlevlerinin ilişkisel Puan Ortalamalarının Dağılımları (s.133)
- Tablo 39: Kadınların Eve Döndükten Sonra Eşlerinin Tepkilerinin Dağılımı (s.135)
- Tablo 40: Kadınların Eşi ile Cinsel ilişkilerindeki Değişiklikler (s.138)
- Tablo 41: Kadınların Psikolojik Duygu ve Düşüncelerinin Değişmesi Yönünde Yardım Eden veya Etmek isteyenlerin Dağılımı (s.145)
- Tablo 42: Somatizasyon Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.147)
- Tablo 43: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Somatizasyon Alt Ölçeğinin Aldığı Değerler (s.148)
- Tablo 44: Obsesif-Kompulsif Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.148)

- Tablo 45: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda O-C alt ölçeğinin Aldığı Değerler (s.149)
- Tablo 46: Kişiler Arası Duyarlılık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.149)
- Tablo 47: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Kişilerarası Duyarlılık Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.150)
- Tablo 48: Depresyon Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.150)
- Tablo 49: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Araştırmalarda Depresyon Alt Ölçeğinin Aldığı Değerler (s.151)
- Tablo 50: Anksiyete Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerdeki İstatistikî Değerleri (s.151)
- Tablo 51: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Anksiyete Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.152)
- Tablo 52: Düşmanlık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmesindeki İstatistikî Değerler (s.152)
- Tablo 53: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Düşmanlık Alt Ölçeğinin Aldığı Değerler (s.153)
- Tablo 54: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Fobik Anksiyete Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.154)
- Tablo 55: Paranoid Düşünce Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.154)
- Tablo 56: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Paranoid Düşünce Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.155)
- Tablo 57: Psikotizm Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerler (s.155)
- Tablo 58: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Psikotizm Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.156)
- Tablo 59: Ek Maddeler Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.156)
- Tablo 60: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Ek Maddeler Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar (s.157)

- Tablo 61: Ortalama Ağırlık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.157)
- Tablo 62: Toplam Pozitif Belirti Yoğunluğu Puanlarının Hastane ve Ev görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.158)
- Tablo 63: Pozitif Semptom Sayısı Puanlarının Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri (s.159)
- Tablo 64: Belirti Tarama Ölçeği Faktörleri in Görüşme Sırasındaki Dağılımları (s.160)
- Tablo 65: İki Görüşme Arası Ortalamaların Fark Sıralanması (s.161)
- Tablo 66: Kadınların İsteyerek Düşük Deneyimleri ile Ruhsal Belirti Durumlarının İlişkisel Puan Ortalamalarının Dağılımı (s.164)
- Tablo 67: Kadınların Eve Döndükten Sonra Bu Düşükle İlgili Rahatsızlıklarına Karşı Ne Yaptıklarının Dağılımı (s.168)
- Tablo 68: Kadınların Yaptıkları Düşük-Düşüklerden Önce veya Sonra Bu Düşüklere Bağlı Herhangi Bir Rahatsızlığın Dağılımı (s.168)

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik	Sayfa
1. Kadınların ve Eşlerinin Yaşlarına Göre Dağılımı.....	84
2. Kadınların Doğdukları Yerleşim Yerine Göre Dağılımı.....	89
3. Kadınların Yaşamları Boyunca En Uzun Süre Kaldıkları Yerleşim Yerine Göre Dağılımı.....	90
4. Kadınların Su Anda Yaşadıkları Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı.....	91
5. Evde Oturan Kişi Sayısının Dağılımı (Aile büyüklüğü).....	93
6. Kadınların İlk Evlendikleri Yaşlarına Göre Dağılımı.....	94
7. Kadınların Evli Olarak Geçirdiği Toplam Sürenin Dağılımı.....	95
8. Kadınların Bu Gebelikte Dahil Toplam Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı.....	97
9. Kadınların Su Ana Kadar Yaptıkları Canlı Doğum Sayılarına Göre Dağılımı.....	98
10. Kadınların Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.....	99
11. Kadınların ideal Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı.....	100
12. Gebeliklerini Düşükle Sonlandıran Kadınların Çocuk İsteme Durumlarının Dağılımı.....	101
13. Kadınların Bu Gebelikten Önceki Gebeliklerinin Sonuçlarının dağılımı.....	103
14. Kadınların Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerini Bilmelerinin Dağılımı.....	105
15. Kadınların Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerini Bilenlerin Bildikleri Yöntemlerin Dağılımı.....	105
16. Kadınların Bundan Önce Yaptıkları Düşükten Önce Aile Planlaması Yöntemlerini Bilmelerinin Dağılımı.....	107
17. Kadınların Bundan Önce Yaptıkları Düşüklerden Önce Kendisi Veya Kocasının Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Dağılımı.....	108
18. Bu Gebelikten Önce Kadın Veya Kocasının Yöntem Bilme Dağılımı.....	109
19. Bu Gebelikten Önce Kadın Veya Kocasının Gebeliği Önleyici Yöntemlerden Birini Bilme Dağılımı.....	110
20. Kadınların İstemli Düşük Yaptıktan 1 Ay Sonra Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Dağılımı.....	111
21. Kadınların İstemli Düşük Yaptıktan 1 Ay Sonra Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme Dağılımı.....	111

22. Kadınların Eve Döndükten Sonra Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanma Dağılımı.....	113
23. Kadınların Eve Döndükten Sonra Aile Planlaması Yöntemi Kullanmalarının, Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı.....	114
24. Kadınların Yaptıkları Düşük Biçimleri Ve Sayılarının Dağılımı.....	116
25. Kadınların istemli (Hastane) Düşüklerinin Sayısal Dağılımı.....	117
26. Kadınların Bu Gebelikten Önce Çocuk İsteme Dağılımı.....	118
27. İsteyerek Düşük Yapmanın Bir Aile Planlaması Yöntemi Olup/Olmamasının Kadınların Verdiği Yanıtlara Göre Dağılımı.....	123
28. Bu Gebeliği Düşükle Sonlandıran Kadınların Tekrar Çocuk Yapma Eğilimleri.....	123
29. Kadınların Tekrar Çocuk İstemedikleri Halde Gebe Kalırlarsa İsteyerek Düşük Yapma Eğilimleri.....	124
30. Aile İşlevlerinin Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	132
31. Kadınların Eve Döndükten Sonra Aile İlişkilerindeki Değişikliklerin Dağılımı.....	136
32. Düşüğün Kadınınin Kocasıyla İlişkilerindeki Değişikliklerin Dağılımı...	137
33. Kadınların İstemli Düşük Yapmadan Önce, Eve Döndüğünde ve İstemli Düşükten 1 Ay Sonraki Psikolojik Duygu Düşüncelerinin Dağılımı.....	140
34. Kadınların Düşük Yaptıktan Sonra Eve Döndüğünde Duygu ve Düşüncelerinin Yoğun Olarak Ne Kadar Sürdüğünün Dağılımı.....	143
35. Kadınların Eve Döndüklerinde Kendilerini Psikolojik Rahatsız Hissetme Dağılımı.....	144
36. Düşüğün Kadınınin Yaşamında ve Yaşama Bakışındaki Değişikliğin Dağılımı.....	145
37. Ruhsal Belirti Faktörlerinin Hastane ve Ev Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	162
39. Kadınların Eve Döndükten Sonra Bu Düşüğe Bağlı Rahatsızlıklarının Dağılımı.....	166
40. Kadınların Eve Döndükten Sonra Bu Düşüğe Bağlı Rahatsızlıklarının Dağılımı.....	166

GİRİŞ

Düşünce insan beyninin bir fonksiyonu ve zamanın bir ürünüdür, bu nedenle çağdaş düşüncenin usa vurumsal yanı, içinde yaşadığımız çağın özellikleri üzerinde durmayı gerektirir.

İçinde bulunduğumuz çağı belirleyen önemli özelliklerin başında teknolojik gelişme gelmektedir. Bu gelişmeyi ifade etmek için çağımıza "uzay çağı" demekteyiz. İnsanoğlu artık dünyanın ötesini araştırmaya başlamış ve aya ayak basmakla bir çağı açıp diğerini kapatmıştır. Uzay çağı insanının eriştiği teknolojik düzey öyle bir düzeydir ki, bir zamanlar doğanın hakimiyetinde olan pekçok olay artık insanın kontrol ve yönetimi altındadır.

Acaba aynı gelişme ve ilerleme sosyal alanda da olmuş mudur? Kuşkusuz çağımızın diğer bir belirgin özelliği de insan haklarının, insanca yaşamının, özgürlük, sosyal adalet gibi kavramların anlam kazanması ve bu kavramların gelişmesi için gerekli olan koşulların bulunduğu refah toplumlarının yaratılmasında gösterilen ulusal ve uluslararası çabalar olmuştur. Toplumlar hızlı bir teknolojik gelişme, endüstrileşme ve şehirleşme süreçleri içindedir. Mevcut kaynaklar maddesel refahı sağlamaya zorlanırken, yeni kaynaklar bulunmaya çalışılmakta, bütün dikkatler birey ve toplumları sosyal refaha kavuşturmaya çekilmektedir. Bilimin ilerlemesi, teknolojik gelişmeler, insan ihtiyaçlarının çoğunu karşılayabilecek güçtedir. İnsan davranışları, toplum, tıp ve eğitim bilgi alanlarında çok büyük aşamalar olmuştur. Ancak bütün bu ilerlemelere rağmen çağımızın sosyal alandaki gelişmesi hiçbir zaman teknolojik gelişme hızına erişememiştir. Çağımızda hala yaşanmakta olan yoksulluk, cehalet, hastalıklar, işsizlik, nüfus patlaması ve hatta açlık gibi geleneksel sorunların yanısıra, gelişmenin ürettiği sosyal yalnızlık, değer kargaşası, gençlik bunalımı, alkolizm ve uyuşturucu alışkanlığı, aile çözülmesi, kadın hakları, nüfusun yaşlanması ve yer değiştirmesi, konut

sıkıntısı, otomasyon, nükleer silahlanma gibi sorunlar da insanlığı tehdit eden günümüz sorunları arasında giderek önem kazanmaktadır (Kut 1988).

Gelişmeyle ilgili bu sorunların yanısıra, çağımızın bir başka özelliği de düşünce biçiminde oluşmuştur. Bu yaklaşım insana ve sorunlarına rastgele ve şansa bırakılan bir yaklaşım olamayacağı gerçeğini kabul eden bir düşünce tarzıdır. Böyle bir yaklaşım belli bir disiplin ve bilimsel bir temele dayalı olmadıkça insanı anlamak, ihtiyaçlarını karşılamak, sorunlarını çözmek, sağlığın gerektirdiği biyolojik, psikolojik ve sosyal yönü tedavi etmek ve olası en üst seviyeye çıkarmak mümkün olamaz (Kut 1988).

Günümüz sosyal bilimlerinin, özellikle psikoloji, sosyoloji, antropoloji, işletme, ekonomi, yönetim bilimi ve siyaset biliminin, son yıllarda en çok yararlandıkları yaklaşımlardan biri sistem yaklaşımı olmuştur. Sistem sözcüğü bugün, bu bilim dallarında sık sık rastladığımız bir sözcük haline gelmiştir. Örneğin, ekonomik sistemler, sosyal sistemler, kültürel sistemler, diyalektik sistem vs. Günümüz bilimlerinde gittikçe önem kazanan sistem yaklaşımı, bir kuram ve bir öğretiden çok, araştırma stratejilerine dayanan bir yöntem olarak belirlenmektedir. Sistem yaklaşımı doğa, toplum ve insan ilişkilerini kavramak amacıyla yönelik bütüncül bir görüş olması nedeniyle, toplumsal ilişkileri gerçekçi olarak algılamamıza ve toplumsal olguları araştırmamızda, bize ilişkilerin tümü için geçerli stratejiler vermek amacını güder (Armağan 1983).

Sistem yaklaşımından yararlanmanın çok farklı nedenleri vardır. Bunların en önemlilerinden biri, incelenen ya da gözlenen bir olgunun açıklanmasında, mümkün oldukça, çok sayıda değişkenin etkisini çözümlenmeye katabilmektir. Ancak bu şekilde, olgular gerçek durumları içinde ele alınabilir. Tüm ilişkiler ağı içinde incelenebilir neden-sonuç bağıntıları kavranarak açıklanabilir.

Baska bir deyişle, karmaşık bir nedensel yapı içinde ortaya çıkan olayların hem bütünü hem de ayrıntıları ile açıklanabilmesi için bu olgu ile ilişkisi olan ya da bu olguyu oluşturan bütün değişkenlerin çözülemeye katılması, bilimsel incelemenin geçerlilik ve güvenilirlik derecesini artırır.

İncelenen olguların iyi ve tutarlı bir şekilde açıklanabilmesi için bunları doğa ve çevre koşulları ve ilişkileri içinde ele almak gerekmektedir. Bu ise sistem yaklaşımından yararlanmayı gerektirmektedir. Ancak olguları bir sistem içinde düşündüğümüz zaman gerçekleri daha iyi çözebiliriz. Olguları, bilimsel olarak açıklayabiliriz, bu ise; sistemi bir bütün olarak ele alındığı zaman olanaklıdır. Diğer taraftan, insan davranışlarını algılayabilmek, anlayabilmek, açıklayabilmek ve toplumsal örgütlerin iyi işlemlerini sağlayabilmek için sistem yaklaşımından yararlanmak gerekmektedir. Çünkü, incelenen hiçbir olgu, onun oluşunu sağlayan kültürel, sosyal ve doğal içerikten ayrı olarak düşünülemez. Bu ise, olguyu bütüncül bir açıdan yani sistem açısından ele almayı gerektirmektedir.

Sistem yaklaşımının bütün bu yararları göz önünde tutulduğu takdirde, çağdaş sosyal bilimlerin neden sistem yaklaşımından yararlandıkları ve bu araştırmada yaklaşım olarak neden sistem bütünlüğünün seçilmiş olduğu kolayca anlaşılabilir.

Bugün, yaygın olan sistem yaklaşımının çok farklı tanımları olduğu gibi farklı sistem yaklaşımları da bulunmaktadır. Carnop'a göre bilimlerin birliği vardır. Her bilim dalı olgulara ayrı bir bakış tarzıdır. Aynı olguyu inceleyen sosyoloğun, psikoloğun, ekonomistin, eğitimcinin, siyasal bilimcinin, idarecinin ve hatta biyolojistin bakış açıları farklıdır. Fakat bunların ortaya koyduğu sonuçlar birleştirilip bir bütün olarak ele alınmadığı takdirde, her zaman dayanıksız, anlamsız ve sınırlı kalmaya mahkumdur (Aktaran: Armağan 1983).

Toplum, kültür ve doğanın birçok alanlarında da bir sistem özelliği görmek olanaklıdır. Örneğin, sinir sistemi, sosyal sistem, politik sistem, felsefi sistem vb. O halde ekonomik, toplumsal, kültürel ve doğal nesnelere hepsinin ortak bir niteliği olan sistemi en genel şekliyle tanımlamak gerekir.

Sistem kavramının değişik tanımları vardır. Bu tanımların hemen hemen hepsi de bir bütünü oluşturan öğeler arasındaki ilişkiler kavramına dayanmaktadır. Ackoff sistemi genel bir tanımla "Birbiriyle karşılıklı olarak bağımlı parçalardan meydana gelen kavramsal ya da fiziki bir bütündür" olarak tanımlarken Studderop "Bir etki (girdi) yapıldığında karşılık (çıktı) veren her süreç bir sistemdir" diye tanımlamaktadır.

Bu verilen sistem tanımlamalarına ve tanımların vurguladıkları noktalara bakarak, farklı sistem yaklaşımları olduğunu görürüz. Farklı sistem yaklaşımları genellikle üç grupta toplanmaktadır.

- Bütüncül sistem yaklaşımı,
- Siberatik sistem yaklaşımı,
- Diyalektik sistem yaklaşımı.

İncelendiğinde, her üç yaklaşımın da birbirini tamamlayan yaklaşımlar olduğu görülür iken bu araştırmanın da yaklaşım olarak belirlediği bütüncül sistem yaklaşımı; sistemde, parça ve bütün ilişkisine ağırlık veren yaklaşımdır. Bütüncül sistem yaklaşımı sistemi, genel olarak karşılıklı ilişki kuran parçalar bütünü olarak tanımlamaktadır.

Kut'un (1988) kitabında belirtildiği gibi sistem yaklaşımı bu haliyle sosyal bilimlerde ve sosyal hizmet disiplinde bunların uygulayıcısı profesyoneller açısından bir analiz aracı olarak kullanılmada önemli bir role sahiptir ve profesyonellerin, oluşumlara bir bütün halinde yaklaşımda bulunmasını sağlayan bir

esaslar bütünüdür.

Bu şekilde tanımlanan sistem, bir çözümleme yaklaşımı olarak, karmaşık sorunları sistematik bir biçimde ele almamıza yardım eder. Sistem çözümlemesi bir başka deyişle analizi bir kuramdan çok bir yaklaşım ya da yöntemdir.

"Kadın sağılığı açısından, isteyerek düşük yapanların; sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık özellikleri, aile planlamasına ilişkin bilgi-tutum ve davranışları, aile işlevleri ile ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirilmesi" adlı araştırma istemli düşüğü kadın sağılığı açısından sistem odağı olarak algılayıp, kadınların istemli düşük ile ilgili diğer alt sistemleri incelemiştir. Yaklaşımında; Tümünden gelim bir üslupla dünyadaki sosyal ve ekonomik gelişmenin doğurganlığa etkisi ve bunun Türkiye'deki yansımaları ele alınmış, bu noktada araştırma nüfusuna inilerek bu grubun kişisel, sosyal, demografik, doğurganlık özellikleri, aile planlaması bilgi-tutum-davranış özelliklerinin, istemli düşükle neden-sonuç ilişkileri araştırılmıştır. Ayrıca gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların aile işlevleri ve ruhsal belirti düzeyleri değerlendirilmesi yapılarak istemli düşüğün kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal sağılığına etkileri saptanmaya çalışılmıştır.

BÖLÜM I SORUN

1.1- ARAŞTIRMA SORUNU

Bugün dünya'da yılda 60 milyona yakın kadın istemedikleri gebeliklerini bir doğurganlığı düzenleme davranışı olarak isteyerek düşüklerle sonlandırmaktadır. Kadın sağlığı açısından pek çok sorunu beraberinde getiren bu davranış biçimi, kaynağını çok eski yıllardan almaktadır (Benson ve diğerleri 1991).

Türkiye'de de yılda 1 milyona yakın kadının istemedikleri gebeliklerini sonlandırmak için girdikleri isteyerek düşük eylemi, önlenebilir bir kadın sağlığı sorununun günümüzdeki boyutunu ortaya koymaktadır.

1.2- ARAŞTIRMA SORUNUNA KURAMSAL YAKLAŞIM

1.2.1 Sosyal, Ekonomik Değişme ve Doğurganlık

Doğurganlık, dünyada'ki canlıların yaradılışlarından bu yana en doğal fonksiyonlardan biridir. İnsan için doğurganlık başka bir deyişle üreme, cinsel ilişkinin doyumundan elde edilen bir sonuç olmayıp, bir çok duygusal, toplumsal ve ekonomik boyutları da içeren karmaşık bir olaydır. Bu karmaşıklık çocuk sahibi olma / olmama ya da buna benzer sorunları, çıkmazları beraberinde getirmektedir (Kut 1982).

Sosyal ve ekonomik değişimin doğurganlık üzerindeki etkisi son yıllarda çeşitli teorik ve uygulamalı çalışmalara konu olmaktadır. Bunun da en başta gelen nedeni, gelişmekte olan ülkelerde günümüzde karşılaşılan hızlı nüfus artışlarının ne kadar devam edeceği konusunda duyulan meraktır.

Onsekizinci yüzyıldan itibaren dünyada hissedilir derecede nüfusun artması ve ekonomik sıkıntıların belirlenmesiyle ilk önce

İngiltere'de Malthusian doktrini egemen olmaya başlamıştır. Bu doktrin hakkındaki eleştiriler, görüş ayrılıkları ortaya çıktıktan sonra yavaş yavaş günümüzde kullanılan yöntemler ortaya çıkmış ve zamanımızda yalnız gelişmiş ülkelerde değil, hızla nüfusu çoğalan gelişmekte olan ülkelerde de bu yöntemlerin yasalastırılma çabaları artırılmıştır.

Bahsedilen çabalar ülkeden ülkeye ve koşullara göre farklılık göstermesine rağmen başlıca iki nüfus politikasına dayanmaktadır. Birincisi nüfus artırıcı tedbirleri içeren pronatalist politikalar, ikincisi ise nüfus azaltma çabalarını içeren antinatalist politikalar.

Konuyla ilgili uzmanlar ekonomi ve sosyal değişme ile doğurganlık arasındaki ilişkiyi, gelir, gelir artışı ve gelir dağılımı, kentleşme, sanayileşme ve sosyal hareketlilik, okuryazarlık ve eğitim, ölümler ve bebek ölümleri, aile yapısında değişmeler ve ailede çocuğun değişen rolü, kadının sosyal durumu ve işgücüne katılması açılarından incelenmektedir.

Kentleşme, sanayileşme ve sosyal hareketlilik açısından doğurganlık incelendiğinde, hemen bütün ülkelerde doğurganlıktaki düşüşlerin belli bir kentleşme oluşumundan sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Ayrıca bütün ülkelerde kentlerde oturan ailelerdeki çocuk sayısının köylerdekine oranla daha az oluşu da bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gözlemlere dayanarak, pek çok kimse kentleşme ile düşük doğurganlık arasında bir ilişki kurmaktadır. Bu ilişki içinde kentleşme ile ilgili kadının çalışma hayatına katılması gibi diğer değişkenlerin de önemli bir rolü vardır (Tuncer 1976).

Eğitimin, doğurganlık üzerinde kadının çalışma hayatında istihdam edilmesi, sosyal hareketliliği artırması, evlenme yaşının yükselmesi gibi dolaylı etkisi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi konusunda daha kolay ve gerçekçi bilgi sunması

açısından doğrudan etkili olduğu düşünülmektedir.

Tuncer'e göre azalan bebek ve çocuk ölümlerinin aileler üzerinde doğumları azaltıcı yönde bir etki ve baskı yapması beklenmelidir. Çünkü, doğurganlığın değişmediği, fakat çocuk ölümlerinin azaldığı bir ailede, yaşayan çocuk sayısı artmaktadır. Ailelerin büyümesi anne ve baba yönünden ekonomik bakımdan güçlükler yaratmaktadır. Ekonomik problemleri büyüyen ailelerin ise doğum sayısını azaltmak için tedbir almaları beklenir (Tuncer 1976). Bu konuda yapılan çeşitli uygulamalı çalışmaların bulguları bebek ve çocuk ölümleri ile doğurganlık arasındaki ilişkinin genellikle pozitif olduğunu ortaya koymaktadır.

Sanayi ve kentleşmeyle birlikte kalkınmada tarım sektörünün oranı azalmış bu nedenle sanayide çalışanların oranı artmıştır. Ailelerin yapılarında da önemli değişimler olmuştur. Yakın akrabaların bir arada yaşadığı aile biçiminin yerini anne-baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan aileler almıştır. Hatta son zamanlarda After the nucleus family (çekirdek aile sonrası) aileler oluşmuştur (Timur 1972).

Öte yandan sanayileşme ve kentleşmeye paralel olarak değişen aile yapısı içinde, çocuğun ekonomik yönden değeri de giderek azalmıştır. Kentlerde oturan aileler için çocuğun el emeği ile aile gelirine yapabileceği katkı çok sınırlıdır. Ayrıca geleneksel aile biçiminden çekirdek aileye geçen toplumlarda çocuğun yaşlılık ve hastalık dönemlerinde bir sosyal güvenlik unsuru olarak da önemi zayıflamıştır. Çünkü, çekirdek aile yapısında çocuk kendisine yeterli hale gelince ailesinden ayrılmakta ve kendi ailesini kurmaktadır. Bununla birlikte sosyal güvenlik alanındaki gelişmelerle ailelerin çocuğun gelecekte sosyal güvence olarak görülüp çok sayıda çocuk istemelerinin nedenlerinden birisi olması giderek zayıflamıştır. Dolayısıyla yukarıda açıklanan nedenlerle, ekonomik gelişme süreci içinde

ailede çocuğun ekonomik ve sosyal güvenlik açılarından değeri azaldıkça, çok sayıda çocuk yapma isteğinin de azaldığı ve buna bağlı doğum oranlarının da düştüğü uzmanların projeksiyonlarındanadır.

Çocuk doğurma ve büyütmenin en büyük ağırlığı kadına düşmektedir. Sanayileşme ve kentleşmeyle birlikte kadının toplumda sosyal durumunun yükselmesi ve ekonomik alanda aktif hale gelmesi de doğurganlığı azaltma yönünde etkisi olan bir sosyal saptamadır. Bu bakımdan toplumdaki statüsü yükselen kadının, aile içinde de daha çok söz sahibi olması halinde daha az çocuk yapma isteminde bulunacağının gözden uzak tutulmaması gerekmektedir.

Doğurganlığı sosyal ve ekonomik açıdan etkilediği düşünülen yukarıdaki etkenlerle birlikte bu etkenlerle yine organik bağıllığı olan ilk evlenme yaşının yükselmesi ve dolayısıyla kadının doğurganlık süresinin kısalması, ve çeşitli aile planlaması yöntemlerinin bulunarak, hem kadınların hem de erkeklerin gittikçe yaygın kullanımı ile aileler doğurganlık davranışlarını düzenlemeye başlamışlar, istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk doğurmayı hedeflemişlerdir.

Ayrıca toplumların ve ulusların içinde bulunduğu gelenek-göreneklere bağlı kültürel yapıları, halkın inanç sistemi de, ailelerin doğurganlık davranışlarındaki tutumlarını belirlemede hep etken olmuştur. Bir diğer doğurganlığı düzenleme davranışı ise, tarihin eski dönemlerinden beri, istenmeyen gebeliklerin isteyerek sonlandırılması olan düşüklerdir.

Gebelikler; kalıtsal bozukluklar, annenin sağlığı, sosyal olarak kabul edilmeyen ilişkiler, kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin başarısızlığı, ekonomik sıkıntılar, ailelerin o zaman diliminde çocuk istememesi, gebelikler arası sürenin az olması, bakacak kimsenin olmaması gibi tıbbi ve sosyal nedenlerle

istenmeyebilmektedir ve bir doğurganlığı düzenleme davranışı olarak istenmeyen düşüklerle sonlandırılmaktadır (Tezcan ve Fişek 1980).

Pek tabidir ki; bu doğurganlığı düzenleme davranışı, eylemi gerçekleştiren kadının biyolojik, psikolojik ve sosyal sağlığın'da sayısız tehlikeyi beraberinde getirmekte, bazı zamanlarda da kadının hayatına mal olmaktadır.

1.2.2- DÜŞÜK

1.2.2.1 Düşük Tanımları:

Genel olarak düşük teriminin çeşitli tanımları vardır. Düşükle ilgili çalışmalarda, düşük tanımları konuyla ilgili çeşitli disiplinlere göre ve de ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Tıp'daki kullanımına bakıldığında düşük, cenin uterus dışında kendi başına yaşayabilecek canlılığı, yeteneği kazanmadan önce gebeliğin sonlandırılmasıdır " (WHO 1970). Canlılık, bağımsız yaşama yeteneği, gebelik süresi, cenin ağırlığı veya boyutu ile tanımlanır (WHO 1970).

Bağımsız yaşama yeteneği genellikle gebeliğin 28. haftası sıralarında cenin ağırlığınının 1000 gr dolayında olduğu zaman kazanıldığı kabul edilmektedir. Ancak sık olmasa da daha küçük bebeklerin yaşadığına da rastlanmıştır. Bundan dolayı bazı araştırmacılar "düşük tanımı" için gebelik süresinin üst sınır olarak 20. haftayı, ağırlık olarak ta 400-500 gr kabul etmektedirler.

Birçok araştırmada düşük tanımı ölçütü olarak, gebelik süresi alınmış, 24-28 haftaya kadar olan gebeliklerin sona ermesi düşük olarak kabul edilmiştir.

Düşüklerle ilgili literatürde "düşük" terimi bölgesel adetlere, sosyal ve klinik yönlerden hangisinin araştırıldığına ve her araştırmacının tercihinine göre farklı tanımlanmış ve kullanılmıştır. Klinisyenler, düşükü diagnostik sınıflandırmalara göre tanımlamışlardır. Düşük olayının klinik olarak hangi aşamada olduğunu belirtmek için bu sınıflandırmalar, düşük tehdidi, kaçınılmaz düşük ve tam olmayan düşük olarak yapılmıştır. Klinik literatürde diğer bir sınıflandırma ise;

- 1) Hastane düşüklere: Yasal olan ve hastanelerde yapılan, kendiliğinden veya istemli yapılan, hastanelere başvuru olan düşüklere içerir.
- 2) Tıbbi düşüklere: Hem yasal hem de koşullu yasal olan ve sağlık personeli tarafından yaptırılan düşüklere (Moore-Caver 1974).

Sosyal araştırmalar literatüründe ise düşük terimi iki temel sınıflandırmada toplanmıştır.

- 1) istemli düşük: gebeliğin istemli olarak ve herhangi bir müdahale ile sonlandırılması sonucu olan düşüklere. istemli düşüklere üç alt grupta toplanmaktadır.

A. Yasal düşüklere: Yasaların yapılmasına izin verdiği düşüklere.

B. Yasal olmayan düşüklere: Yasaların izin vermediği halde, hekimler, hekim olmayan kişiler tarafından yaptırılan düşüklere.

C. Tıbbi düşüklere: Anne yaşının ilerlediği veya sağlığının fizik, mental bozukluğu veya bebeğin sakat doğma olasılığının bulunduğu durumlarda yapılan düşüklere. Amaç anne ve nesil sağlığını korumaktır.

2. Kendiliğinden düşüklere: istenmeden, istemli bir dış müdahale olmadan, kendiliğinden veya herhangi bir hastalık, kaza sonucu gebeliğin sonlandırılmasıdır.

3. Toplam düşükler: Kendiliğinden olan ve istemli yapılan düşükleri belirtir. Yasal olan veya yasa dışı yapılan, hekim veya hekim olmayan kişilerce yaptırılan düşüklerin tümünü içerir (Tezcan ve Fişek 1980).

1.2.2.2- Düşük Yapmanın Tarihçesi

Düşük yapma, insanlık tarihi içinde hemen hemen bütün topluluk ve toplumlarda olagelmıştır. Bu davranış biçimi, bireyin içinde bulunduğu tüm toplumsal etkilerin, ilişkilerin, yapısal etmenlerin ve sosyo-ekonomik, sosyo-psikolojik ve sosyo-demografik özelliklerin etkisi ile oluşmaktadır.

Kadın sağlığına olumsuz etkileri olan çocuk düşürme, din, sosyal normlar ve yasalarla çeşitli biçimlerde ve derecelerde yasaklanarak kontrol altına alınmak istenmiştir. Fakat ilk çağlardan zamanımıza değin doğurganlığın kontrolunda başvurulan bir uygulama biçimi olmuştur.

İsteyerek düşük yapmanın eski Yunan ve Roma'da olağan bir davranış olduğu, düşük yaptırıcı bileşim ve iğnelerin kullanıldığını anlatan yazılı dökümanlardan anlaşılmaktadır (Population Reports, 1980). Düşük, nüfus büyümesini kontrol edebilmek için başvurulması istenilen bir yol olmuştur. Aristo, sitelerin ideal nüfusunu korumak için yeterli çocukları bulunan ailelere düşük yapmalarını önermiştir (David, 1983).

İlk çağlarda isteyerek çocuk düşürme görülen bir olay olsa da toplumsal biçimlenmede üst kurum olan dinin egemenliği ve dinin toplumsal işlevi çocuk düşürmeyi kısıtlayıcı kurallar koymuştur. 18. ve 19. yy. kadar egemen olan düşük yapmanın bir canlının öldürülmesi olarak günah olduğu görüşü ile birleşerek çocuk düşürme engellenmeye çalışılmıştır. O dönemlerde doğumların ve ölümlerin yüksek düzeyde olması nüfusun hem çok az, hem de çok yavaş artmasını sağlamıştır. Sonraki yüzyıllarda, uygarlığın

ilerlemesi ile birlikte ölümlerdeki azalmalar kontrol altına alınmışsa da doğurganlık uzun süre yüksek düzeyini korumuştur. Bu dönemde istenmeyen gebelikler çocuk düşürmeyle sonlandırılmakla birlikte bu durumun çok yaygın olmadığı belirtilmektedir (David 1983).

insanlık yaşamında oluşumundan itibaren inananların davranışlarını kendi kurallarıyla yönlendiren dinlerde de düşük tartışılan, kural konulan ve üzerinde çeşitli spekülasyonlar yapılan bir konu olmuştur.

islam din adamları 1971 yılında Rabat'ta toplanarak aile planlaması ve çocuk düşürme olgusunu tartışmışlardır. Bir grup din adamı Kur'an-ı Kerimin Mümin'in suresinin 12;14 ayetine dayanarak gebeliğin ilk döneminde çocuk düşürmenin günah sayılmayacağını ileri sürmüşlerdir. Bu ayetin anlamı şöyledir; "seni önce kan pıhtısı olarak yarattım. Sonra senin kemik ve etlerini yarattım ve ondan sonra sana can verdim." Bugün ki tıp bilgilerimize göre yukarıda da belirtildiği gibi fetus adelelerinin teşekkül ettiğinin ilk belirtileri gebeliğin 8. haftasında başlar: Bu duruma göre 8-10'uncu haftadan önce çocuk sayılacak canlı söz konusu olmadığından, üç ay içerisinde çocuk düşürmenin günah olmadığını belirtirler (Tezcan ve Fişek 1980).

Bir diğer grup islam bilgini ise, çocuk hayatının yumurtanın döllenmesi ve uterus içi zara yerleşmesi ile başladığı ve ananın hayatının tehlikede olması gibi zorunlu durumlar dışında çocuk düşürmenin günah olacağı görüşündedirler (Tezcan ve Fişek 1980).

Musevi din adamları arasında da görüş birliği yoktur. Bir grup haham çocuk düşürmenin gebeliğin her döneminde günah olduğu görüşündedir. Bir diğer grup ise mukaddes kitaplardan en büyük din adamlarının görüşlerinden kanıtlar vererek doğmamış bir fetusun annenin parçası olduğu, ayrı bir kişiliği doğduktan sonra kazandığı, bu nedenle çocuk düşürmenin bir canlının öldürülmesi

sayılamayacağı görüşündedirler.

Hristiyan din adamları arasında da durum aynıdır. Protestan kiliselerinde ancak ana sağlığı yönünden gerekli ise çocuk düşürülebilir görüşünde olanlar yanında, bu konuda karar yetkisinin kadın ve ameliyatı yapacak hekime ait olduğu ve konunun dinsel yönü olmadığı görüşünde olanlar da vardır. Katolik kilisesine gelince, katolikler insan hayatının döllenme ile başladığı ve bu nedenle çocuk düşürmenin bir günahsız öldürme sayılabileceği görüşündedirler. Katolik kilisesi bu konuda çok katıdır. Ananın hayatı tehlikede olsa da çocuğun düşürülemeyeceği görüşünü savunmaktadır. Bununla beraber katolik din adamları arasında da ana hayatı tehlikede ise çocuk düşürülebileceğini kabul edenler vardır (Tezcan ve Fişek 1980).

17. yy'dan itibaren nüfus artışı hızlanmış buna bağlı olarak sosyal ve ekonomik değişme ile sorun yeni boyutlar kazanmıştır. 18. yy başlarında İngiltere ve Amerika'da kadınlar istemedikleri gebeliklerini herhangi bir dönemde sonlandırmada özgür bırakılmışlardır. Bu durum istemli düşükleri yaygınlaştırmış ve olumsuz koşullar nedeniyle ana sağlığı tehlikeye girmiş ve nedeniyle ölümler artmıştır. Kadın sağlığını korumak amacıyla ilk önlem 1803'te İngiltere'de alınmıştır. 1861'de ise daha da kısıtlayıcı bir yasa gündeme gelmiştir. 1860'da da Fransa'da istemli düşük yapanları cezalandırıcı yasa kabul edilmiştir. Amerika'da 1868'de tüm eyaletler kısıtlayıcı yasaları uygulamıştır (Aktaran: Moore-Covar 1976).

Bu kararlarda teknolojinin yetersizliğine bağlı olarak anne sağlığının tehlikeye girmesinin yanı sıra ahlaki değerler din ve sosyal normların yaygın baskısı da etken olmuştur.

Sınırlayıcı kararların ardından tıbbın ilerlemesi ve uzman kişilerce hijyenik koşullarda yapılan organizasyonların kadın sağlığını tehdit eder durumunun azalmasıyla ve yasalara rağmen

çocuk düşürmenin yaygın olmasından dolayı yeni düzenlemelere gidilmiştir. Çocuk düşürmeyi serbest bırakan yasayla gizli ve sağıksız operasyonların önüne geçmek amacı ortaya çıkmıştır.

Sovyetler Birliği çocuk düşürmeyi istek üzerine yapılabilmesi biçiminde serbest bırakan ilk ülkedir (1920). 1936'da tıbbi zorunluluklar dışında çocuk düşürme yasaklanmış, 1955'de yeniden serbest bırakılmıştır. Nüfus ile ekonomik gelişme arasındaki etkileşimi göz önüne alan Japonya, çocuk düşürmeyi nüfus planlaması olarak kullanmış ve ilk on yılda doğum hızını yarıya indirmiştir. (1945'de % 34 iken, 1957'de % 17) (Tezcan ve Fişek 1980).

Nüfusu azaltma amacıyla çocuk düşürmeyi yasalastıran ikinci ülke Çin Hak Cumhuriyeti'dir (1957). Aynı görüşle istemli düşük yapmayı kadının isteğine bırakmış diğer bir ülkede Hindistan olmuştur (1972). Ancak bu ülkede 1973'de 24300 olan yasal düşük sayısı, 1981'de 305700 olur iken, yasal olmayanlar 4-6 milyon dolayındadır. Hindistan'da yasal olmayan düşüklerin fazlalığının nedenleri, yasalardan habersizlik, hizmet veren merkezlerin koşullarının iticiliğinden kaynaklanmıştır (Population Report 1980).

Kronolojik olarak bakıldığında, son yıllarda çocuk düşürmeyle ilgili yasalarda isteğe bağlı serbest bırakmaya ilişkin olumlu aşamalar görölmüştür. Bunun nedeni ise; başta kadın sağılığının ve yaşamının korunmasıdır. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin temel nedenlerinden biri, istenmeyen gebeliklerin olumsuz koşullarda sonlandırılmasıdır IPPF'nin yaptığı bir çalışmaya göre, 65 Asya, Afrika, Ortadoğu ve Latin Amerika ülkelerinde, yasal olmayan düşüklerin komplikasyonları sonucu her yıl 84.000 kadının yaşamını yitirdiği tahmin edilmiştir (Population Reports 1980).

Yasadışı düşükler genellikle kadın tarafından ilkel yollarla

ya da ehliyetsiz kişilerce sağlıksız koşullarda yapılmaktadır. Kadının sosyo-ekonomik düzeyi düşük yapma koşullarını etkilemektedir. Sosyo-ekonomik seviyesi yüksek olanlar istemli düşüğü yasaklayan yasalar varken de bu operasyonu yaptırabiliyorlar iken sosyo-ekonomik seviyesi düşük olanlar riskli yollar seçerek bazen hayatlarını verebiliyorlar. Bu anlamda istemli düşüğü isteğe bağlı belli sınırlamalarla serbest bırakan yasalar sosyo-ekonomik koşullarda herkese eşit haklar tanımış, ayrıca ister istemez doğurganlığın düşürülmesini amaçlayan nüfus politikalarının bir aracı olmuştur.

1.2.2.3- Düşük Yapmanın Bugünü :

Günümüzde istemli düşüklerin yasal durumu açısından ülkeler 4 grupta toplanmaktadır.

1. Çocuk düşürmenin sadece kadının yaşamı tehlikede ise serbest olduğu ülkeler,
2. Çocuk düşürmenin diğer sağlık sorunlarından dolayı yapıldığı ülkeler,
3. Tıbbi ve sosyal nedenlerle istemli düşük yapılabilen ülkeler,
4. İstek üzerine düşük yapmanın serbest olduğu ülkeler.
(Tablo 1).

En son ulaşılan istatistiklere göre 15-44 yaşlarındaki her 1000 kadında ve her bilinen 100 gebeliklerdeki düşük oranları tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 3'de ise bazı ülkelere göre 100 yasal düşükte ölümlerin sayısı ve ölüm hızları görülmektedir.

Tablo 1: 1 Ocak 1990 itibariyle Ülkeler ve Bölgelere Göre Düşük Konusunda Yasalar ve Kısıtlamalar

YASALAR	AFRİKA	ASYA ve OKYANUSYA	AVRUPA	GÜNEY AMERİKA	KUZAY AMERİKA
Kadının yaşamı tehlikede ise	Angola Benin Bosvana Burkina Faso Orta Afrika Cum. Cad Kostarika Gabon Libya Madagaskar Malawi Mali Mauntania Mauritius Mozaabik Nijer Nijerya Senegal Somali Sudan Zaire	Afganistan Bangladeş Burma Endonezya İran Irak Laos Lübnan Umman Pakistan Filipinler Sri Lanka Suriye Birleşik Arap Emirlikleri Yemen Arab Cum. Yemen, Demokratik Halk Cum.	Belçika İrlanda	Dominik Cum. El Salvador Guatemala Haiti Honduras Meksika Nikaraqua Panama	Brezilya Şili Koloombiya Ekvator Paraguay Venezuela
Diğer sağlık sorunları nedeniyle	Cezayir Kameron Kongo Mısır Etopya Gana Gine Kenya Lesoto Liberya Fas Namibya Ruanda Sierra Leone Güney Africa Tanzanya Uganda Zimbabve	Hon Kong İsrail Ürdün Kore Kuveyt Malezya Mongolya Nepal Yeni Zellanda Papua Yeni Gine Suudi Arabistan Tayland	Albania Kuzey İrlanda Portekiz İspanya İsviçre	Kosta Rika Jamaika Trinidad Tobago	Arjantin Bolivya Guyan Peru
Sosyal ve sosyal medikal nedenler sonunda	Brundi Zambiya	Australya Hindistan Japonya Kore Demokratik Cum. Tayvan	Bulgaristan Finlandiya Federal Almanya İngiltere Macaristan Polonya		Uruguay
İsteğe bağlı	Togo Tunus	Çin Singapur Türkiye Vietnam	Austurya Çekoslavakya Danimarka Fransa Demokratik Almanya Yunanistan İtalya Hollanda Norveç Romanya S.S.C.B. İsviçre Yugoslavya	Kanada Küba Porto Riko A.B.D	

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

Tablo 2: 15-44 Yaşlarındaki Her 1000 Kadındaki Düşük Oranı
Her 100 Bilinen Gebelikteki Düşük Oranı ve
Toplam Düşük Oranlarının Ülkelere Göre Dağılımı

ÜLKELER	Düşük Sayısı	1000 Kadında Hız	100 Bilinen Gerçek Oran	Toplam Oran
Tanımlanmış İstatistik Veriler				
Australya (1988)	63.200	16.6	20.4	494
Belçika Merkez (1985)	10.800	5.1	8.7	u
Genel (1985)	15.900	7.5	12.2	u
Bulgaristan (1987)	119.900	64.7	50.7	u
Kanada Merkez (1987)	63.600	10.2	14.7	299
Genel (1985)	74.800	12.1	16.6	u
Çin (1987)	10.394.500	38.8	31.4	u
Küba (1988)	155.300	58.0	45.3	u
Çekoslovakya (1987)	156.600	46.7	42.2	1.400
Danimarka(1987)	20.800	18.3	27.0	548
İngiltere ve Galler (1987)	156.200	14.2	18.6	413
Finlandiya (1987)	13.000	11.7	18.0	356
Demokratik Almanya (1984)	96.200	26.6	29.7	u
Macaristan (1987)	84.500	38.2	40.2	1.137
İrlanda (1987)	700	12.0	14.0	336
Hollanda (1986)	18.300	5.3	9.0	155
Yeni Zelanda (1987)	8.800	11.4	13.6	323
Norveç (1987)	15.400	16.8	22.2	493
İskonya (1987)	10.100	9.0	13.2	255
Singapur (1987)	21.200	30.1	32.7	840
İsviçre (1987)	34.700	19.8	24.9	600
Tunus (1988)	23.300	13.6	9.8	u
A.B.D. (1985)	1.588.600	28.0	29.7	797
Vietnam (1980)	170.600	14.6	8.2	u
Yugoslavya (1984)	358.300	70.5	48.8	u
Tanımlanmış İstatistik Veriler				
Bengaldeş (1989)	77.800	3.4	1.6	u
Fransa (1987)	161.000	13.3	17.3	406
Federal Almanya Merkez (1987)	88.500	6.7	12.1	197
Genel (1986)	92.200	7.0	12.8	u
Hong Kong (1987)	17.600	12.7	20.1	u
Hindistan (1987)	588.400	3.0	2.2	u
İrlanda (1987)	3.700	4.8	5.9	139
İsrail (1987)	15.500	16.2	13.5	u
İtalya(1987)	191.500	15.3	25.7	460
Japonya (1987)	497.800	18.6	27.0	564
Polonya(1987)	122.600	14.9	16.8	u
Romanya (1983)	421.400	90.9	56.7	u
S.S.C.B. (1987)	6.818.000	111.9	54.9	u
Diğer Verilerden Tahmin Edilen İstatistikler				
Bengaldeş (FY 1986)	241.400	12	5	u
Japonya (1975)	2.250.000	84	55	u
Güney Kore (1984)	528.000	53	43	u
S.S.C.B (1982)	11.000.000	181	68	u
İspanya (1987)	63.900	8	u	u
İsviçre (1984)	13.500	9	15	u
Türkiye(1987)	531.400	46	26	u

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

Tablo 3: Ülkelere Göre 100 Yasal Düşükle Ölümlerin Sayısı ve Ölüm Hızı (ölüm hızı 100.000 yasal düşüğe göre Hesaplanmıştır)

Ülke	Düşükler	Ölümler	Ölüm Hızı
Bulgaristan (1980,1984,1987)	373.6	5	1.3 (0.4-3.1)
Kanada (1980 -1987)	511.0	1	0.2 (0.0-1.1)
Çekoslovakya (1976-1983)	780.5	3	0.4 (0.1-1.1)
Danimarka (1976-1987)	269.3	2	0.7 (0.1-2.7)
İngiltere ve Galler (1980-1987)	1.094.8	14	1.3 (0.7-2.1)
Finlandiya (1976-1985)	154.1	2	1.3 (0.2-4.7)
Macaristan (1980-1987)	648.9	5	0.8 (0.2-1.8)
Hollanda (1976-1983)	509.0	1	0.2 (0.0-1.1)
Yeni Zelanda (1976-1987)	74.0	0	0.0 (0.0-5.0)
Norveç (1978-1982)	70.1	0	0.0 (0.0-5.3)
İskoçya (1976-1987)	101.0	2	2.0 (0.2-7.1)
İsveç (1980-1987)	261.2	1	0.4 (0.0-2.1)
A.B.D. (1980-1985)	9.445.9	54	0.6 (0.4-0.7)

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

Tablo 4: Yasal Düşük Yapan Kadınların Evlilik Durumlarına Göre ve Ülkelere Göre Dağılımı

ÜLKELER	Halen Evli Olan	Dul	Hiç Evlenmemiş	Toplam
Bulgaristan (1987)	73.8	21.7	u	100.0
Kanada (1987)	24.5	8.2	67.3	100.0
Çekoslovakya (1987)	77.6	7.9	14.4	100.0
Danimarka (1987)	33.6	7.4	59.0	100.0
İngiltere ve Galler (1987)	24.8	9.8	65.4	100.0
Finlandiya (1987)	32.5	9.3	58.1	100.0
Fransa (1986)	42.2	9.2	48.6	100.0
Federal Almanya (1986)	48.4	6.0	45.7	100.0
Macaristan (1987)	68.1	10.7	21.2	100.0
Hindistan (1972 -1975)	92.8	1.3	5.9	100.0
İtalya (1987)	67.6	3.5	28.9	100.0
Hollanda (1986)	34.4	9.3	56.2	100.0
Yeni Zelanda (1988)	27.7	13.2	59.1	100.0
Norveç (1987)	39.1	6.6	54.3	100.0
İskoçya (1987)	23.0	11.6	65.4	100.0
Singapur (1987)	68.7	2.5	28.8	100.0
İsveç (1974)	35.8	10.5	53.7	100.0
A.B.D. (1985)	16.7	83.3	u	100.0

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

Tablo 5: Yasal Düşüklerin Ülkelere Göre ve Düşük Yapan Kadınların Yaşlarına Göre Dağılımı

Ülkeler	≤19				20-24	25-29	30-34	35-39	≥40	Toplam
	All	≤14	15-17	18-19						
% Dağılım										
Australya (1988)	19.1	u	u	u	28.1	23.3	16.8	9.4	3.3	100.0
Bulgaristan (1987)	7.8	u	u	u	25.2	28.2	21.8	13.1	4.0	100.0
Kanada (1987)	22.3	0.6	9.3	12.3	31.7	22.4	13.9	7.4	2.2	100.0
Çekoslovakya (1987)	7.7	0.0	2.4	5.3	23.5	24.3	23.4	15.5	5.5	100.0
Danimarka (1988)	14.1	0.2	5.5	8.3	29.1	22.5	16.2	11.8	6.4	100.0
İngiltere ve Galler (1987)	24.9	0.6	11.1	13.2	31.5	20.0	12.1	8.1	3.3	100.0
Fillandiya (1987)	18.9	0.2	7.0	11.7	26.6	17.3	14.3	13.3	9.6	100.0
Fransa (1986)	10.3	0.1	3.6	6.5	23.9	23.8	20.7	15.3	6.0	100.0
Demokratik Almanya (1987)	13.5	0.1	6.4	7.0	20.5	19.2	19.4	19.9	7.5	100.0
Federal Almanya (1986)	7.5	0.1	2.5	4.9	24.0	25.5	20.1	15.5	7.4	100.0
Macaristan (1987)	11.0	0.1	4.2	6.6	16.7	18.8	24.5	19.8	9.2	100.0
Hindistan (1986)	5.1	u	u	u	26.0	33.0	23.2	10.2	2.6	100.0
İtalya (1987)	7.5	0.1	2.0	5.4	20.5	22.5	21.7	18.3	9.6	100.0
Japonya (1987)	5.5	u	u	u	16.3	17.4	23.7	26.4	10.6	100.0
Hollanda (1986)	13.7	0.3	5.6	7.8	25.4	22.0	19.1	14.0	5.7	100.0
Yeni Zelanda (1988)	22.2	0.5	9.6	12.0	29.3	23.7	14.4	8.0	2.4	100.0
Norveç (1987)	23.3	u	u	u	30.1	18.2	14.0	9.8	4.6	100.0
İskonya (1987)	28.1	u	u	u	31.9	18.6	11.6	7.2	2.7	100.0
Singapur (1987)	8.6	u	u	u	26.7	27.7	21.2	12.0	3.8	100.0
İsveç (1987)	17.1	0.4	7.1	9.5	26.9	19.3	15.4	13.8	7.5	100.0
Tunus (1978)	2.5	u	u	u	16.5	25.2	25.3	20.0	10.5	100.0
A.B.D. (1985)	26.2	1.1	10.4	14.7	34.5	21.2	11.4	5.4	1.3	100.0
Hiz										
Australya (1988)	18.5	u	u	u	26.5	22.1	16.4	9.7	3.8	16.6
Kanada (1987)	15.2	1.2	10.6	21.0	18.5	12.0	7.8	4.6	1.6	10.2
Çekoslovakya (1987)	22.5	0.3	11.4	40.4	68.4	73.1	60.2	39.4	16.3	46.7
Danimarka (1987)	15.7	0.8	9.6	23.9	29.9	24.8	18.8	13.5	4.8	18.3
İngiltere ve Galler (1987)	20.9	1.4	15.9	26.8	23.8	16.4	11.3	7.2	3.0	14.2
Fillandiya (1987)	15.4	0.4	9.9	22.4	19.0	12.2	9.5	8.2	7.0	11.7
Demokratik Almanya (1976)	16.9	0.4	12.8	23.0	26.2	31.3	31.3	24.4	11.4	23.3
Macaristan (1987)	26.1	0.9	16.8	39.1	45.0	46.6	46.5	41.3	22.1	38.2
İtalya (1987)	6.4	u	u	u	16.4	20.2	21.3	17.7	10.1	15.3
Japonya (1986)	5.8	u	u	u	19.8	22.4	28.9	24.3	11.7	18.6
Hollanda (1986)	4.2	0.2	2.9	5.9	7.4	6.7	6.2	4.4	2.2	5.3
Yeni Zelanda (1987)	13.2	0.9	9.6	18.0	18.3	14.9	10.1	5.5	2.6	11.4
Norveç (1987)	22.1	u	u	u	29.0	18.3	14.2	10.2	4.9	16.8
İskonya (1987)	14.0	u	u	u	14.9	9.5	6.7	4.2	1.6	9.0
Singapur (1987)	16.7	u	u	u	43.1	40.8	33.8	22.6	10.9	30.1
İsveç (1987)	21.5	1.4	15.1	29.4	31.2	24.6	19.0	15.6	8.2	19.8
Tunus (1977)	1.2	u	u	u	12.9	26.6	36.0	30.9	15.8	17.2
A.B.D. (1985)	45.7	4.8	30.7	63.0	52.3	30.9	17.8	9.7	2.9	28.0
Oran										
Australya (1988)	40.4	u	u	u	22.6	13.2	16.0	27.4	52.0	20.4
Bulgaristan (1987)	25.6	u	u	u	38.0	58.2	74.6	84.7	90.6	50.7
Kanada (1987)	33.4	42.7	38.2	29.7	16.8	8.8	10.3	19.9	39.8	14.7
Çekoslovakya (1987)	26.1	43.0	32.4	23.6	27.5	43.3	63.2	78.9	91.7	42.2
Danimarka (1987)	50.7	83.2	67.1	43.2	27.4	16.9	23.0	44.0	74.4	27.0
İngiltere ve Galler (1987)	34.6	62.9	40.9	29.5	19.0	11.6	13.4	24.7	44.2	18.6
Fillandiya (1986)	44.9	76.5	58.0	38.4	19.3	8.6	12.7	25.1	58.1	18.0
Demokratik Almanya (1975)	18.8	33.1	23.6	15.9	17.5	35.9	59.8	76.5	88.3	29.7
Macaristan (1987)	30.7	26.6	34.3	28.6	23.3	32.1	54.6	77.8	91.2	40.2
Hollanda (1986)	28.2	55.2	40.7	22.2	9.7	4.7	7.5	21.6	42.9	9.0
Yeni Zelanda (1987)	24.9	38.4	28.1	22.0	13.8	9.2	10.9	20.6	42.9	13.6
Norveç (1987)	47.1	u	u	u	22.3	12.2	16.7	34.2	61.0	22.2
İskonya (1987)	26.0	u	u	u	13.2	7.4	9.5	20.0	39.3	13.2
Singapur (1987)	57.8	u	u	u	38.0	24.2	28.2	45.5	73.1	32.7
İsveç (1986)	52.3	87.5	70.3	42.7	24.2	14.8	18.3	35.8	67.1	24.9
A.B.D. (1985)	42.1	45.7	43.2	41.0	31.5	22.0	21.8	32.2	49.4	29.7

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

1.2.2.4- Düşüğün Kadın Sağlığına Etkileri:

Bundan önceki bölümlerde düşükler, belli kıstaslara göre sınıflandırılmıştı, bir başka sınıflandırma ise düşüklerin kimin yaptığına göre sınıflandırılmasıdır. Düşüğü kadın kendi kendine, ilaç alarak veya uterus içine sabun, ebegümeci sapı, çıra, kibrit çöpü gibi kirli, zararlı cisimler sokarak yapabilir. Hekim olmayan bazı kişiler de kadına çocuk düşürmesi için yardım ederler. Bu ikisi de kadın hayatı ve sağlığı için çok tehlikelidir. Hekimlerin yaptığı düşükler ya muayenehanede ya da hastanelerde yapılmaktadır. Genelde muayene koşulları hastanelere kıyasla çoğunlukla elverişsiz olduğundan buralarda yapılan çocuk düşürmeler de kadının sağlığı yönünden tehlikeli olabilmekte, bazı zamanlarda da kadının hayatına mal olabilmektedir.

Çocuk düşürmenin, özellikle tam olmayan, düşüğün en önemli iki tehlikesi, şiddetli kanama ve uterusun mikrop kapmasıdır (Pelvik enfeksiyon). Kanama bazan kan naklini gerektirecek kadar şiddetli olabilir, kanama durdurulamaz ise kadın ölebilir. Pelvik enfeksiyon kan zehirlenmesi sonucu ölüme veya en azından kadının hayatı boyunca süren jinekolojik şikayetlere yol açan sekeller (özellikle, bel, kasık ağrıları, sürekli akıntı, düzensiz adet görme, kısırlık) kalmasına neden olur. Bunlardan başka dışardan sokulan çöp veya örgü şişi gibi sivri aletler uterusu, hatta bağırsak ve mesane gibi yakın organları delerek enfeksiyona yol açar. Mikroplar damara geçerse Flebit (darrai iltihabı) denen hastalığı meydana getirir. Flebit sonucu infaktus ve akciğerde veya beyinde damar tıkanmaları (emboli) görülebilir. Bunların dışında çocuk düşürmenin ölümlü sonuçlanan ve cerrahi müdahale gerektiren birçok tehlikeleri vardır. Ayrıca çocuk düşürme kendisinden sonraki gebelikleri de olumsuz etkileyebilmektedir (Tezcan ve Fişek 1990).

Konuyla ilgili uzmanlar, çocuk düşürmenin en uygun koşullarda ve uzman ellerde yapılsa bile bir operasyon olduğu

için hiç tehlikesiz olmadığını belirtmektedirler. Ancak çocuk düşürmenin yasa dışı olduğu ülkelerde düşük olguları durdurulamadığından ve çoğu kez ehliyetsiz ellerde yapıldığından ana sağlığına etkileri daha çok artmaktadır.

Tezcan ve Fişek'in (1980) "Çocuk Düşürme, Önemli Tıbbi ve Sosyal Bir Sorun" adlı eserinde konuyla ilgili 2 örnek verilmiştir. Bunlardan biri ABD. Kaliforniya eyaletinde çocuk düşürme serbest bırakıldıktan sonra ana ölüm oranı yüzde 37'den 4.3'e düşmüştür. Romanya'da ise istek üzerine çocuk düşürmenin serbest olduğu yıllarda düşük sonucu meydana gelen ana ölüm sayısı 70 dolaylarında iken, çocuk düşürme yasa ile 1967 yılında sınırlandırıldıktan sonra yasa dışı ve elverişsiz koşullarda düşük yapma sonucu ölüm sayısı 370'e kadar yükselmiştir.

Gelişmekte olan ülkelerde çocuk düşürmenin yol açtığı ana ölümleri konusunda istatistiki bilgiler sınırlı olmakla beraber boyutlarının fazla olduğu tahmin edilmektedir. Örneğin, Şili'de tüm ana ölümlerinin yüzde 40'ünün çocuk düşürmelere bağlı olduğu bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde çocuk düşürmenin neden olduğu ana ölümlerine gelince 1940 larda, yüzbin çocuk düşürme olgusuna karşı ana ölümü 200 civarında iken son yıllarda 2'nin altına düşmüştür. Tablo 6'da 13 ayrı ülkede konuyla ilgili durum sunulmuştur.

Bu gelişmede çocuk düşürmenin yasallaştırılması yanında, tıp teknolojisindeki gelişmeler ile daha emin, sağlıklı koşullarda düşük yapma ve gebeliği önleyici etkili yöntemlerin kullanılmasının yaygınlaşması sonucu istenmeyen gebeliklerin azalmasının rolü vardır. Düşüklerin kadın sağlığına olumsuz etkilerini artıran bir faktörde gebelik süresinin artması olduğu belirtilmektedir. Gebeliğin ilk ayında, uygun koşullarda yapılan çocuk düşürmelerin hemen hemen tehlikesiz olmasına karşın, gebeliğin üçüncü ayından sonra yapılanlar çok tehlike

bulunmaktadır. Tezcan ve Fişek konuyla ilgili bir örnekle İngiltere'de 1969-1973 yılları arasında yapılan düşüklerde ölen kadın sayısının haftalara dağılımlar vermiştir.

Tablo 6: Ülkelere ve Gebelik Haftalarına Göre Yasal Düşüklerin Dağılımları

ÜLKELER	8	9-12	13-16	17	Toplam
Kanada (1987)	33.2	55.3	8.0	3.5	100.0
Çekoslovakya (1987)	84.7	15.0	0.2	0.2	100.0
Danimarka (1988)	40.9	56.7	1.0	1.3	100.0
İngiltere ve Galler Residents (1987)	34.5	52.5	8.5	4.5	100.0
Nonresidents (1987)	25.9	33.3	17.7	23.1	100.0
Filandiya (1987)	54.5	40.5	2.9	2.0	100.0
Fransa (1986)	55.4	42.8	1.5	0.3	100.0
Macaristan (1987)	67.8	30.7	0.8	0.7	100.0
Hindistan (1983)	u	85.0	15.0	u	100.0
İtalya (1987)	49.5	49.8	0.7	u	100.0
Japonya (1987)	52.4	41.1	3.3	3.2	100.0
Hollanda Residents (1986)	69.8	21.5	6.0	2.7	100.0
Nonresidents (1986)	42.8	29.4	17.6	10.2	100.0
Yeni Zelanda (1988)	23.0	69.8	5.9	1.3	100.0
Norveç (1987)	45.0	52.5	2.0	0.5	100.0
İskoçya (1987)	46.8	42.4	8.6	2.2	100.0
Singapur (1987)	72.4	24.0	2.5	1.1	100.0
İsviç (1987)	41.1	54.6	3.1	1.2	100.0
A.B.D. (1985)	51.5	39.6	5.2	3.7	100.0

Kaynak: Henshaw K. S., Morrow E. 1990.

Tablo 7: İngiltere'de 1969-1973 Yılları Arasında Düşük Yapan Kadınlardan Her 100.000 Düşük Olgusuna Karşın Ölenlerin Haftalık Gebeliklerle Büyüklükleri

Gebelik Süresi	Her Yüzbinde Düşük Olgusunda Ölen Kadın Sayısı
8 Haftadan kısa	2.5
9-12 Hafta	4.3
13-16 Hafta	12.0
17 Haftadan uzun	51.0

Kaynak :Tezcan ve Fişek, 1980.

Cocuk düşürmenin ana sağlığı üzerindeki etkileri yukarıda belirtildiği gibi biyolojik ve fizyolojik sıkıntıların yanında geniş çapta ruhsal sıkıntıları da içermektedir.

Uluslararası literatürde düşük yapan kadınları psikolojik yapıları ile en fazla ilgilenen kişi H.P. David olduğu görülmektedir. David, isteyerek düşük yapan kadınlarda oluşan

psikolojik reaksiyonların istemedikleri bir durumdan kurtulmak isteyen kişilerde oluşan reaksiyonlara benzediğini belirtmektedir. Buna göre kadında psikolojik reaksiyonlar çeşitli nedenlerle istemedikleri bir gebeliğin kendilerinde olduğunu hissettikleri andan itibaren oluşmaktadır. Sürec daha sonra ailenin, çevrenin gelenek-görenek ve din, normlarının devreye girmesi ile iyice içinden çıkılmaz hal almaktadır. Sonuçlar farklılaştıkça kadındaki huzursuzluk nevrotik duruma gelmektedir. Karar gebeliği bir hastane ortamında düşürmek olunca sıkıntı iki biçimde kendini göstermektedir: Bir, o ülkenin yasaları buna izin vermeyebilmekte ve kadın illegal bu eylemi gayri sıhhi şartlarda gerçekleştirdiğinden dolayı hem yasa dışı bir işi yapmaktan endişelenmekte, hem de ölüm endişesini fazlasıyla hissetmektedir. Ülkenin yasaları operasyona izin verse bile kadında böyle bir operasyona girmenin getirdiği anksiyete oluşmaktadır. İkinci durum ise kadının süper egosu içindeki ambivalans duygulardır. Kadın bir yandan bir cana kıydığını düşünürken bir yandan da bunu gerçekleştirebilmek zorunda olduğunu düşünmektedir (David,1973).

Handly, istemli düşüğün psikolojik ve sosyal görünüşü adlı makalesinde öz olarak David'in fikirlerine katılır iken, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlarda oluşan psikolojik reaksiyonların kadının içinde bulunduğu toplumsal ve kültürel etkilere bağlı olduğunu ortaya koymaktadır (Handly, 1982).

Aida Torres ve Jacqueline Darroch Forrest Kadınlar Niçin Düşük Yaparlar adlı makalelerinde Handly'e katılarak düşüğün asıl zor yanının sosyal orijinli olduğunu belirtmektedirler (Aida Torres ve Jacqueline Darroch Forrest 1988).

Dr. A. Spinelli, Dr. I. Figa-Talamanca ve profesör H.P. David Düşükte erken ve geç psikolojik etkiler adlı araştırma-inceleme özelliği taşıyan makalelerinde 1955'ten 1985 yılına kadar olan dönem için düşük sonrası oluşan psikolojik

reaksiyonlarla ilgili çalışmalarını incelemişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8 :Düşük Sonrası Psikolojik Reaksiyonlarla ilgili Çalışma Özetleri

REFERANS	ÇALIŞMAYA KATILAN KADIN SAYISI	YÖNTEM	NEGATİF REAKSİYON GÖSTERENLERİN ORANLARI	
			Hemen P.R.	Uzun S. S. P.R.
Ekblad (1955)	479	Görüşme	11.0	1.0
Peck & Markus (1966)	50	Görüşme	20.0	0.0
Niswander, Patterson (1967)	166	Soru Kağıdı	27.6	4.3
Simon & Diğ. (1967)	46	Görüşme	41.4	15.0-26.0
Clark & Diğ. (1968)	229	Görüşme-Soru Kağıdı	0.0	-
Patt & Diğ. (1969)	35	Psikiyatrik Görüşme	43.0	14.6
Marder (1970)	147	Genel Hastane Deneyimi	-	"Az sayıda"
Pion & Diğ. (1970)	93	Telefon Görüşmesi	19.0	5.0
Pare & Raven (1970)	250	Görüşme	"Rastlanmadı"	13.0
Margolis (1971)	43	Görüşme	-	9.3
Brody & Diğ. (1971)	94	MMPI	"Bütün Skalalarda azalış gözlemlendi"	-
Meyerowitz (1971)	93	Hastane Kayıtları	13.0	6.3
Osofky (1972)	250	Görüşme	15.0-23.0	-
Pasnau (1972)	150	Görüşme	0.7	0.0
Niswander & Diğ. (1972)	65	MMPI	"Anksiyete ve depresyonda azalış"	-
Tietze & Levit (1972)	72988	Düşükle ilgili Soru Kağıdı	0.2	-
Ewing & Rouse (1973)	52 * 74 **	Soru Listesi	19.0	4.0
Jacobs & Diğ. (1974)	43	MMPI	"Bütün skalalarda azalış gözlemlendi"	-
Greer & Diğ. (1976)	326	Görüşme	"Azalış gözlemlendi"	-
Belsey & Diğ. (1977)	217	Hamilton Skalası	"Hamilton Skoru"	-
Ashton (1980)	103	Görüşme ve Soru Listesi	16.0	10.0
Major (1985)	247	Görüşme	"Depresyonda azalma"	-
Lazarus (1985)	297	Soru Listesi	17.0	-
Frank & Diğ. (1985)	6105	Soru Listesi	2.4	-

* Psikiyatrik tanı almış olanlar öncelikli olmak üzere

** Psikiyatrik tanı almış olanların dışında

Kaynak : Spinelli A., Talamanca F., David H. P. 1990

Buna göre düşükün psikolojik yapısı ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunun görüşmeler aracılığı ile yapıldığı görülmektedir. Ayrıca bir kişilik testi olan MMPI'ında düşükle ilgili çalışmalarda azımsanmayacak ölçüde kullanıldıkları görülmektedir. Yapılan çalışmalar genelde küçük gruplarla olduğu gözlenirken Tietze ve Levit 1972 yılında yaptıkları çalışmada 72988 kişiyi taradıkları göze çarpmaktadır.

Düşükten sonra oluşan negatif reaksiyonlar hemen görülen psikolojik reaksiyonlar ve düşükten uzun süre sonra oluşan psikolojik reaksiyonlar olmak üzere iki grup içinde

değerlendirilmiştir. incelenen 22 çalışma sonunda düşükten hemen sonra negatif psikolojik reaksiyon görülme sıklığı düşükten uzun süre sonra psikolojik reaksiyon sıklığından daha fazladır. Bahsedilen her iki dönemdeki psikolojik reaksiyonlar düşük öncesindeki psikolojik reaksiyonlardan çok daha az olduğu görülmektedir. Özellikle düşük öncesinde artış gösteren, depresyon, anksiyete bulguları her iki dönemde gittikçe azalmıştır. Bazı çalışmalarda ise negatif bir psikolojik reaksiyonla karşılaşılmamıştır (Spinelelli ve diğerleri, 1990).

1.2.3- Türkiye'de Sosyal Değişim ve çocuk Düşürme

Tüm gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de tarıma dayalı ekonomiden sanayiye geçişte toplumun sosyal, ekonomik ve demografik yapısında çeşitli değişiklikler meydana gelmiş ve doğurganlık davranışları da bu gelişmelerden kaçınılmaz olarak etkilenmiştir.

Ekonomik gelişme ile toplam gelir içinde tarımın payı azalıp sanayinin payı yükselirken, sanayide çalışanların oranında artar. Sanayileşme ile kırsal kesimden kentlere göç hızlanır. Toplumda eğitime verilen önem ve kadının çalışma hayatına katılımı artarken toplumun değer yargıları ve davranış biçimlerinde de önemli değişimler olur. Büyükanne-baba ve yakın akrabaların yer aldığı aile biçimi yerini zamanla çekirdek aileye bırakır. Çocuk ise üretim aracı olma niteliğini yitirir.

Türkiye'de de ekonomik yapıda meydana gelen değişim sosyal ve kültürel birçok değişikliğe yol açmıştır. Çocuğun tarımda işgücü olarak kullanılması azalmış, çocuk yetiştirmenin maliyeti artmış ve çok sayıda çocuğa bakmak büyük bir yük haline gelmiştir. Kağıtçıbaşı (1981). "çocuğa verilen değer" de odaklaşan sosyal psikolojik bir modelle doğurganlık davranışını açıkladığı çalışmasında, çocuğun değerinin ekonomik, psikolojik

ve sosyal boyutları ile çok yönlü olduğunu ve gelişme ile çocuğun ekonomik değerinin azalıp buna karşılık psikolojik değerinin arttığını vurgulamıştır. Endüstrileşme, zorunlu eğitim ve çalışma yasalarının uygulanmasıyla çocuğun küçükken sağladığı ekonomik katkı giderek önemsiz hale gelmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre çocuğun olumsuz yönleri açısından en çok vurgulanan nokta maddi zorluklarla çocuk yetiştirmenin güçlüğüdür. Çocuğun ekonomik maliyetinin bütün yanıtlayıcılar tarafından önemsenmekle beraber, en çok kırdan kent'e göç etmiş olanlar tarafından vurgulandığı belirtilmiştir. Bu bulgu, kentsel ortamda çocuk yetiştirmenin daha pahalı olup, bu ortamda çocuğun ekonomik katkısının azaldığını göstermektedir. Kağıtçıbaşı'na göre çocuk sayısını kısıtlayıcı temel etken maliyet olarak belirmiştir.

Ülkemizde sosyal güvenlik kurumları bulunmakla beraber kırsal kesimde ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu durumlarda çocuk hala anne babanın tek yaşlılık güvencesi olma özelliğini korumaktadır. Kağıtçıbaşı'nın yukarıda belirtilen çalışmasında yanıtlayıcıların yüzde 89'u çocuğu yaşlılık güvencesi olarak görmektedir. Yine aynı çalışmaya göre, yaşanan yörenin gelişmişlik düzeyi arttıkça çocuğun yaşlılık güvencesi değeri ve diğer maddi yararlarının önemi azalarak, çok çocukla bağdaşmayan psikolojik değeri önem kazanmaktadır.

Araştırmalar ülkemizde küçük aile kavramının benimsendiğini ortaya koymaktadır. Ülkemizde halen evli kadınların yüzde 57'si daha fazla çocuk istememektedir (Üner 1984). İdeal çocuk sayısı 3.03, son gebeliklerini istemediklerini ifade eden kadınlar ise yüzde 38'dir. Küçük aile kavramının karşılanmasının gerisinde kalışı sonucu istenmeyen gebelikler düşükle sonlandırılmaktadır.

Sanayileşme ile gelen sosyal değişimin hazırladığı sosyo-ekonomik koşullar sonucu kentler kırsal kesime oranla daha tercih edilir hale gelerek kentleşme olgusu başlamıştır. Kentlerin çekiciliğinden çok kırın iticiliği ile gerçekleşen kentleşme,

yalnızca kırdan kente göç yoluyla toplam nüfus içinde kent nüfusunun artışı olarak değil ama fiziksel çevre ve yaşama koşullarındaki bir değişme ve yeniden biçimlenmenin ön koşullarını hazırlaması nedeniyle bir süreç olarak ele alınmalıdır. Yani kentleşme salt bir nüfus hareketi değildir. Bu anlamdaki kentleşme, ekonomik gelişmeye ve sanayileşmeye koşut olarak, toplumda örgütlenme uzmanlaşma ve iş bölümünü artıran, insanların davranış ve ilişkilerinde "kentli" olarak niteleyebilecek değişiklikler yaratan ve yalnız kentlerde yaşayan nüfus oranını artırmakla kalmayıp kent sayısını da artırıp mevcut kentlerin büyümelerini sağlayan bir nüfus birikimi sürecidir (Keleş 1982).

Türkiye hızlı kentleşmesine rağmen (1935 yılında kentsel nüfus toplam nüfusun % 24'ü iken, bu oran 1980'de % 44 olmuştur) gerek kırsal nüfusun toplam nüfus içinde hala çoğunluğu oluşturmasından gerekse gerçek kentleşmeyi sağlayacak işlevlerin eksik ve olanlarında yetersiz olmasından dolayı düşük düzeyde kentleşmiştir. yine de doğurganlığın kontrolünde baş vurulan davranış biçimleri kişilerin içinde buldukları ve yetiştikleri ortam ile büyük ölçüde sınırlıdır, ve kent'te yaşayanlarla kırdaki yaşayanların ve kırdan göç edenlerin doğurganlığın düzenlenmesinde tercih ettikleri davranış biçimleri farklılık göstermektedir (Keleş 1982).

Fişek (1972), yaptığı çalışmada düşük ölçütlerinde belirgin bölgesel, kırsal-kentsel farklılıklar bulmuştur. Fişek'e göre kentlileşme doğurganlığı etkileyen en önemli faktörlerdendir. Köyde yaşayan kadınların kentle ilişkisini gösteren dört değişkenden yararlanılarak geliştirilen bir indeks'e göre değerlendirme yapılmış ve kentle ilişkisi fazla olan köylü kadınlarda düşük, gebeliği önleyici yöntem olarak kullanıldığı görülmüştür.

1975 yılında Tezcan'ın yaptığı isteyerek düşükle ilgili araştırmaya göre de en yüksek oranı (Yüzde 24.4) ve hızı (100 kadın için 59.2) üç büyük kent için bulunmuştur. İsteyerek düşük yapan kadın oranı kentlerde % 20.5, kasabalarda % 15.7, köylerde ise % 4.6, 100 kadının yaptığı isteyerek düşük sayısı ise kentlerde % 42.3, kasabalarda % 32.9, köylerde ise % 10'dur (Tezcan ve diğerleri 1980).

Kişnişçi ve Akın'da (1978), düşük hızında yerleşim yerlerine göre belirgin farklılık bulmuşlardır. 100 canlı doğum için hız metropollerde % 49, kırsal yörede ise % 13'tür. Her iki araştırmanın bulguları 1968-1973 olarak karşılaştırıldığında, düşük hızlarının metropol ve kentlerde düştüğü, kasaba ve köylerde ise arttığı görülmektedir. Araştırmacılar, bunu gebeliği önleyici usullerin kentlerde oturanlarca elde edilmelerindeki kolaylığa bağlamaktadırlar. Kırsal yörede isteyerek düşük hızındaki artış kadının bilinlendiğini yansıtırken, istemedikleri gebelikleri önleyemediklerinden düşükle sonlandırma yoluna başvurmakta, dolayısıyla zaman süreci içinde artış görülmektedir demekteler.

Doğurganlığın düzenlenmesinde, ailelerin ne sayıda, ne zaman ve ne aralıklarla çocuğa sahip olmak istemeleri önemlidir. Ancak bu istekleri gerçekleştirmede alternatif metodlarımış gibi görülen gebeliği önleyici usul kullanma ve isteyerek düşük yapma, çeşitli faktörlerle belirlenen davranışlardır.

Gebeliği önleyici usullerin bilinmemesi ya da bunların etkin bir şekilde kullanılmaması sonucu, çözüm çocuk düşürmede aranmaktadır. İsteyerek düşük yapmak aslında kişinin içinde bulunduğu tüm toplumsal etmenlerin, ilişkilerin, yapısal faktörlerin ve sosyo-demografik özelliklerin etkisi ile ortaya çıkan bir davranış şeklidir. İsteyerek çocuk düşürmek kendiliğinden olan gelişigüzel bir davranış olmadığından bir sosyal davranış biçimi olarak belirlemektedir.

Ülkemizde evlilikler çoğunlukla genç yaşlarda olmaktadır. 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması sonuçlarına göre ortalama evlenme yaşı 17.7'dir ve ailelerin kendileri için ideal buldukları çocuk sayısına 30-34 yaş kuşağının başında ulaşmaktadırlar. Yapılan incelemelere göre isteyerek yapılan düşüklere de erken yaşlarda başlanmaktadır. 1973 Araştırması'nın bulguları 1000 evli kadın için düşük hızının 30-34 yaşlarına kadar gittikçe arttığını ve sonra azaldığını ortaya koymaktadır. Doğurganlık çağındaki evli kadınlar için oran 30-34 yaş grubunda binde 81 ile en yüksek değere ulaşmakta, 35-39 yaş grubunda binde 50.40 ve daha büyük yaşlar içinde binde 26 olarak görülmektedir (Kışnişçi ve Akın 1978).

Aynı araştırmanın yorumunda çeşitli nedenlerle gebeliği önleyici usullerin amaca ulaşmada yetersiz kalması, istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılmasına yol açtığı vurgulanmaktadır. Bu durum aynı zamanda istemli düşüklerin ülkemizde gebeliklerin arasını açmaktan çok, istenen çocuk sayısına ulaştıktan sonraki doğurganlığı kontrol etmek amacıyla kullanıldığını göstermektedir.

Öte yandan yapılan gözlemlere göre, ülkemizde doğurganlığın düzenlenmesinde ilk başvuru olan önlem çocuk düşürmedir ve zamanla bunun yerini gebeliği önleyici usuller almaktadır. Fişek'in 1972 araştırması ve Toros'un 1977 Adana-İçel kırsal alanında yaptığı araştırma bulguları bu yöndedir.

Gebeliği önleyici etkin usullerin kullanımının yaygın olmadığı ülkelerde istemli düşükler, doğurganlığın kontrolünde başvuru olan geleneksel bir yöntemdir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı Türkiye'de de ülke düzeyinde yaygın değildir. 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması bulgularına göre, evlenmiş kadınların % 45'i hiçbir usul kullanmadıklarını belirtirken % 21'i geleneksel usulleri ve ancak % 34'ü en az bir kere bir etkin usul kullandıklarını söylemişlerdir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus

Etüdüleri Enstitüsü 1980).

Türkiye'de çocuk düşürme konusunda en yakın zamanlı büyük çaplı araştırmalar 1983 ve 1988 yıllarında Nüfus Etüdüleri Enstitüsünün yaptığı araştırmalardır. 1983, Türkiye Doğurganlık, Kontraseptif Kullanımı ve Aile Sağlığı Araştırması sonuçlarına göre evlenmiş kadınların (n=7.872.115) % 36.2'si araştırma tarihine kadar olan yaşanmış evlilik süresi içinde en az bir düşük yapmışlardır. İstemli düşük oranı % 19.1, kendiliğinden düşük oranı ise % 21.7'dir. Kadın başına düşük sayısı 0.77, istemli düşük sayısı 0.44, kendiliğinden düşük sayısı ise 0.33 bulunmuştur. Gebelik başına toplam düşük sayısı 0.17, istemli düşük sayısı 0.10, kendiliğinden düşük sayısı ise 0.07'dir. Canlı doğum başına toplam düşük sayısı 0.21, istemli düşük sayısı 0.12, kendiliğinden düşük sayısı ise 0.09 bulunmuştur (Akadlı 1985).

1988 yılı Türkiye Doğurganlık Araştırması verilerine göre;

Tablo 9: 1988 Doğurganlık Araştırması Düşük Yüzdeleri

Cümleler	Oranlar
100 evli kadında düşük yüzdesi (15-49)	6.1
100 evli kadında istemli düşük yüzdesi (15-49)	4.5
100 evli kadında spontan düşük yüzdesi (15-49)	1.6
100 hamilelikte toplam düşük yüzdesi	31.8
100 hamilelikte toplam isteyerek düşük yüzdesi	23.6
100 hamilelikte toplam spontan düşük yüzdesi	8.2
100 canlı doğumda düşük yüzdesi	47.3
100 canlı doğumda isteyerek düşük yüzdesi	35.1
100 canlı doğumda spontan düşük yüzdesi	12.2

Kaynak : 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1990

Yapılan bu çalışmada görülmektedir ki, Türkiye'de 1984 yılından itibaren düşük konusunda, özellikle isteyerek yapılan düşük konusunda bir artma gözükmektedir. Tablo 10'da 1984

yılından 1987 yılına kadar da 100 hamileliğe göre düşük yüzdeleri yıl yıl verilmiştir.

Tablo 10: Her 100 Hamileliğe Karşı Yapılan Düşük Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı

Düşükler / Yıllar	1987	1986	1985	1984
isteyerek düşük	23.6	20.2	16.8	15.1
Spontan düşük	8.2	8.1	8.7	7.6
ölü doğum	1.0	0.7	2.3	1.0
Toplam	32.8	29.0	27.8	23.8

Kaynak: 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü 1990

1988 Türkiye doğurganlık Araştırmasına göre ülkemizde istemli düşük yapan, spontan düşük yapan ve ölü doğum yapan kadınların 100 hamileliğe göre oranları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: 100 Hamilelikte Düşük Yapanların Yaş Dilimlerine Göre Dağılımı (1987)

Yaş / Düşükler	isteyerek Düşük	Spontan Düşük	ölü doğum	Toplam
< 20	-	20.0	5.0	25.0
20-24	12.5	9.3	0.7	22.4
25-29	22.6	8.4	0.4	31.4
30-34	32.2	4.4	1.1	37.8
35-39	42.4	9.8	1.5	53.8
40-44	31.7	5.0	1.7	38.3
45-49	16.1	3.2	-	19.4

Kaynak: 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü 1990

Sonuçlar göstermektedir ki, 35-39 yaş dilimi hem isteyerek yapılan düşüklere, hem spontan düşüklere hem de ölü doğumların en sık rastlanan bir dönemdir. Bu arada istemli düşüklere yaş dilimlerinde (< 20) ve büyük (45-49) yaş dilimlerine gidildikçe oran düşer iken, spontan düşüklere 20.0 ve ölü doğumların 5.0

oranlarıyla en fazla 20 yaşından küçük kadınlarda olduğu sonucuna varılmaktadır.

1988 araştırması sonuçlarına göre düşük ve ölü doğum yapan kadınların eğitim durumuna bakıldığında eğitim açısından anlamlı bir farklılık bulunmaz iken ortaokul ve sonrası eğitim görmüş kadınlarda hem isteyerek düşük, hem spontan düşük hem de ölü doğum oranları diğer eğitim düzeylerine göre fazlalık göstermektedir.

Tablo 12: 100 Hamilelikle Düşük Yapanların Eğitim Düzeyleri (1987)

Eğitim	isteyerek Düşük	Spontan Düşük	ölü doğum	Toplam
D.Yazar değil	18.2	6.4	0.7	25.4
D.yazar olan	23.5	4.9	2.9	31.4
ilkokul	25.8	9.0	0.8	35.7
Ortaokul ve üstü	26.9	11.5	1.4	39.2

Kaynak: 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1990

Tablo 13'de; 100 hamilelik başına düşen düşük sayılarının 1982-83 ve 87 yılları araştırmalarına göre, yerleşim yeri ve bölgelere oranları karşılaştırılmalı olarak verilmiştir.

Tablo 13: 100 Hamilelik Başına Düşük Sayısının Yerleşim Yeri ve Bölgelere Göre Oranları (1987)

	İsteyerek Düşük		Spontan Düşük		Ölü Doğum		Toplam	
	1987	1982-83	1987	1982-83	1987	1982-83	1987	1982-83
Türkiye	23.6	12.1	8.2	8.0	1.0	1.1	32.8	21.2
Kentsel ve kırsal yerleşim yeri								
Kentsel	28.6	18.1	7.2	9.1	0.5	1.5	36.3	28.0
Kırsal	17.4	7.0	9.4	7.1	1.6	1.2	28.4	15.3
Bölgelere Göre								
Batı	28.5	19.2	8.1	12.1	0.6	1.5	37.2	32.9
Güney	13.8	9.6	9.4	6.9	1.3	0.5	24.5	17.0
Orta	31.4	12.1	4.5	7.6	0.9	0.9	36.8	20.6
Kuzey	18.0	13.2	11.2	6.5	-	2.6	29.2	22.3
Doğu	18.2	5.3	10.0	5.2	1.8	0.2	30.0	10.7

Kaynak: 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1990

Buna göre; Türkiye'de 1987 yılı sonuçlarına göre özellikle isteyerek düşüklerde tüm yerleşim yerleri ve bölgelerde 1982 ve 1983'lere oranla % 90'a varan bir artış gözükmektedir. Yerleşim yeri açısından kentler kırlardan daha fazla istemli düşük yapanların oturdukları birim olarak gözükür iken bölgeler açısından ise en fazla orta (iç Anadolu) bölgesinde yaygınlığı görmekteyiz. Spontan düşüklerde ise 1982-1983 sonuçlarıyla 1987 sonuçları arasında çok önemli farklar bulunmaz iken kırlar'da kentlerden daha fazla spontan düşüğe rastlanmaktadır. Tablo sonuçları ölü doğumlar için yerleşim yeri ve bölgeler arasında fark olduğunu ortaya koyar iken 1982-1983 yılları ile 1987 yılı sonuçları açısından anlamlı farklılıkların olmadığı göze carpmaktadır.

Türkiye'de 15-49 yaş diliminde 100 kadın başına düşen düşük

sayıları 1982-83 ve 87 araştırmaları karşılaştırılmalı olarak yerleşim yerleri ve bölgeler açısından tablo 14'de incelenmiştir.

Tablo 14 : 15-49 Yaş Diliminde 100 Kadın Başına Düşen Düşük Sayısı (1987)

	İsteyerek		Spontan		Ölü		Toplam	
	1987	1982-83	1987	1982-83	1987	1982-83	1987	1982-83
Türkiye	4.5	2.8	1.6	1.8	0.2	0.2	6.3	4.8
Kentsel ve kırsal yerleşim yeri								
Kentsel	5.3	3.7	1.3	1.8	0.1	0.2	6.7	5.7
Kırsal	3.4	1.8	1.8	1.8	0.3	0.3	5.5	3.9
Bölgelere Göre								
Batı	4.7	3.4	1.3	2.2	0.1	0.3	6.1	5.9
Güney	3.1	2.4	2.1	1.7	0.3	0.1	5.5	4.2
Orta	5.6	2.8	0.8	1.8	0.2	0.2	6.6	4.8
Kuzey	2.8	3.0	1.7	1.5	-	0.6	4.5	5.1
Doğu	4.6	1.6	2.5	1.6	0.5	0.1	7.6	3.3

Kaynak: 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması Hacettepe

Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1990

Tablodan çıkan sonuçlar göstermektedir ki, 15-49 yaş diliminde 100 kadın başına düşen düşük sayısı 1982-1983 yıllarına göre 1987 yılı sonuçlarında artma vardır. Bu artış bölgeler ve kentsel, kırsal yerleşim yerlerinde gözükmemektedir. Bir önceki tabloda da görüldüğü gibi kentlerdeki oranlar kırsal alan oranlarından daha fazladır. Yine bölgeler açısından isteyerek yapılan düşüğün en fazla olduğu bölge 5.6 ile orta (iç Anadolu) 'dur. Spontan düşüklerde ise 1982-1983 dönemine göre 1987 oranlarında genelde bir azalma görülür iken ölü doğumlar açısından anlamlı farklılıklar bulunmamaktadır.

1.2.3.1- Türkiye'de Çocuk Düşürme ile ilgili Yasal Düzenlemeler

Cumhuriyetin ilanından hemen sonra devlet nüfus sorununa ciddi biçimde eğilmiştir. O yıllarda Türkiye bir dizi savaştan çıkmıştır ve önemli ölçüde nüfus kaybı söz konusudur bu nedenle nüfus artırıcı politikaların benimsenmesi uygun görülmüş ve buna paralel bir dizi önlem alınmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında alınan bu önlemler gebeliği önleyici ilaç ve araçların dış alımının ve ülkede satılmasıyla, kullanılmasının yasaklanması, çocuk düşürmenin yasak olması ve benzerleridir.

1926 yılında kabul edilen Türk Ceza Kanunu ile çocuk düşürme kesin olarak yasaklanmıştır. Kanunun 468. maddesi uyarınca, kadının isteğine bağlı olarak çocuk düşürtene ve düşürene 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası gibi yaptırım getirilmiştir. Kendi isteği ile ve kendi kendine çocuk düşüren kadına 1 yıldan 4 yıla kadar, hapis cezası öngörülmüştür (Türk Ceza Kanununun 469. maddesi ile).

1960'lı yıllara kadar yürürlükte kalan nüfus artırıcı politika sonucu, 1927'de 13 milyon olan nüfus 1955'de 24 milyon olmuş, 1955-1960 yılları arasındaysa ortalama nüfus artış hızı binde 28 ile en yüksek düzeyine ulaşmıştır. Nüfusun özellikle 1950'lerden sonra hızlı artış sonucu gebeliklerin kontrol edilememesi nedeni ile bir dizi sağlık sorunu gündeme gelmiş ve sağlık sorunları o yıllarda çokça tartışılan bir konu olmuştur.

1951 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde bir komisyon oluşturulmuştur. Komisyon raporu sonucu ortaya çıkmıştır ki, yasaların ağırlığına karşın gizli düşük oldukça yaygındır ve bunların çok büyük bölümü yargı organlarına yansımamaktadır. Rapor sağlıklı koşullarda gizli olarak yapılan bu düşüklerin anne sağlığını bozduğuna ve ölümlere yol açtığına dikkati çekmektedir. Raporda anne sağlığını bozan ve ölümlere yol açan istemli düşüklerin, gebeliği önleyici yöntemlerin

satılmasını ve kullanılmasını yasaklayan kanun hükümlerinin değiştirilmesi ile önleyebileceği belirtilmiş ve bu hükümlerin kaldırılması istenmiştir (Peker 1983).

1962 yılında T.B.M.M. I. beşyillik kalkınma plan'ında hükümetlerin nüfus artışını azaltıcı önlemler almasını kabul etmiştir. 1965 yılında kabul edilen 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" ile kişilerin istedikleri zaman istedikleri sayıda çocuk sahibi olmaları benimsenmiş ve gebeliği önleyici malzemenin dış alımı ile ülkede satışı serbest bırakılmıştır. Ancak aynı kanun ile tıbbi zorunluluklar dışında gebeliğin sona erdirilmesi yasaklanmıştır.

II. Beşyillik Kalkınma Plan'ında birinci planda belirlenen nüfus azaltıcı politika benimsenmiştir. Aile planlaması programlarının kapsamının genişletilmesi ve her yıl doğurganlık çağındaki nüfusun % 5'ine hizmet götürülmesi, bu planın amaçlarındandır. Devlet çok sayıda çocuk sahibi olmak istemeyen, ancak bilgi eksikliği ya da olanaksızlıklar nedeniyle bunu gerçekleştiremeyen ailelere gebeliği önleyici bilgi verecek ayrıca ilaç ve araç yardımı yapacak ve bu hizmetleri küçük birimlere kadar yaygınlaştıracaktır (Üner 1984).

Ancak, her yıl hizmet götürülmesi gereken ikiyüz ile üçyüz bin doğurgan yaştaki kadına ulaşılamamıştır. Bu nedenle III. beşyillik kalkınma plan'ında aile planlaması hizmetleri, ilk iki planda olduğu gibi nüfus planlamasının bir parçası olarak ele alınmamış, konuyla, temel sağlık hizmeti bağlamında yaklaşım sağlanmıştır (Peker, 1983).

IV. Beşyillik Kalkınma Plan'ında da hizmetlerin etkin biçimde yürütülmemesi, temel bir sorun olarak gündemde kalmıştır. Bu planda da aile planlaması, ana-çocuk sağlığı kapsamında temel bir sağlık hizmeti olmaktan öteye gidememiştir. Aile planlamasının ana-çocuk sağlığını tamamlayan bir hizmet olması

gerektiği biçimindeki ve sağlık hizmetlerinden bağımsız düşünülmemesi gerektiği biçimindeki yaklaşım da sonuç vermemiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Nüfus Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 1979 yılı raporuna göre 1000 doğurgan çağdaki evli kadından sadece 149'una rahim içi araç takılmış ve 140'ına hap ve kaput verilmiştir (Fişek 1983).

V. Beşyıllık kalkınma planı aile ve ana-çocuk sağlığının korunması amacı ile aile planlaması diğer sağlık hizmetleri ile bütünleştirileceğini, bu alanda eğitim ve uygulama gerekli tedbirler alınacağını ve yeterli teşkilatlanmaya gidileceğini belirtmiştir. Oysa bu belirtilen ilkeler başarıya ulaşamamıştır.

Bütün bunlar 1960'lı yıllardan beri uygulanmaya çalışan nüfus planlaması politikalarında başarılı olunmadığını göstermektedir.

1960'larda, 7.8 olan evlilik içi toplam doğurganlık hızı 1978'de 5.2'ye 1983'de 4.05'e, 1988'de 3.8'e düşmekle birlikte istemli düşük olayı yüksek düzeyini korumuştur. Bu ise gebeliği önleyici hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır.

Görülen o'dur ki 1983 yılına gelindiğinde Türkiye'de istenmeyen gebelikler gittikçe artan oranda düşükle sonlandırılmakla birlikte, Olumlu koşullarda ve uzman tarafından istenmediği gebeliğini sonlandırma olanağı bulamayan kadın, ilkel ortamlarda gebeliğini sonlandırma yoluna gitmekte bu ise kadın sağlığı açısından riskli sonuçlara yol açmaktadır.

Bu nedenler de göz önüne alınarak Mayıs 1983'de 2827 no'lu Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile, gebelik 10. haftasını doldurana kadar, gebeliklerini sonlandırmak isteyenler yasal olanaklara kavuşmuştur. Bu yasa ile çocuk düşürme isteğe bağlanmıştır. Evli olan kadınlar kocalarının izin kağıdı ile evli olmayan 18 yaşından büyük kadınlar sadece kendi rızalarıyla, 18

yaşından küçükler ise anne-babanın izniyle uzman nezaretinde ve uygun koşullarda gebeliklerini istemli düşükle sonlandırabilmektedir (Türk Ceza Kanunu 2827 sayılı Yasanın 5. maddesi, 3. Fıkrasında Öngörülen Tüzük).

1.2.3.2- Türkiye'de Konuyla İlgili Olarak Yapılan Araştırma Özetleri

Taranılan Kaynaklar arasında, Türkiye'de düşüklerde ilk araştırmanın Tahir Burak tarafından yapıldığı görülmektedir. 1953-54 yıllarında Ankara Doğumevine çeşitli nedenlerle başvuran beşbin kadının düşükle ilgili geçmişleri tutulan kaynaklardan taranmış ve söz konusu kadınların önceki gebeliklerinin % 30'nun istemli ya da kendiliğinden düşükle sonlandığı bulunmuş. Doğumlarda ölüm hızı 1000 kadında 1.3, düşüklerde ise 5.3 olarak tahmin edilmiştir. İnterfil olma oranı daha önce düşük yapan kadınlarda % 27 dir. Düşük yapmanın ciddi bir kadın sağlığı sorunu olduğuna ilk kez dikkat çekilmesi açısından Burak'ın araştırması çok önemlidir (Burak 1960).

1959 yılında Fişek ve arkadaşları Batı ve Orta Anadolu'nun 137 köyünde yürüttükleri araştırma sonucunda, 45 yaşın altındaki 7092 evli kadının % 29'nun geçmişte en az bir kez çocuk düşündüklerini saptamışlardır. 100 canlı doğuma karşılık 14.5 düşük yapılmıştır. Araştırma ilk kez anne ve çocuk ölümlerinin toplumsal boyutlarını ortaya koymuştur. Bölgesel farklılıkları da belirtilerek anne ölümleri içinde düşüğün önemli bir payı olduğu vurgulanmıştır. Türkiye'de ilk kez ana ve çocuk sağlığı konusunda Epidemiyolojik bir çalışma olması açısından önemli bir araştırmadır (Fişek ve arkadaşları 1960).

Esental'in (1962), 1953-57 yılları arasında muayenehanesine

başvuran 1948 kadını kapsayan araştırmasında : Kadınların % 39'u en az bir kez, % 13'ü iki yada daha fazla sayıda kürtaj olmuşlardır. Hiç doğum yapmamışların % 20'si kürtaja başvururken, üç ya da daha fazla doğum yapanlarda bu oran % 78'e yükselmektedir. Araştırma sosyo-ekonomik açıdan orta ve ortanın üzerindeki kadınların kürtajı yaygın bir doğum kontrol yöntemi olarak kullandıklarını göstermesi açısından önemlidir (Esendal 1962).

■

Erenus'un 1966-77 yıllarında Ana Sağlığı kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yaptığı araştırmada yaş ve gebelik sayısı arttıkça düşük oranının yükseldiği görülmüştür. Erenus, araştırmasında 1395 kadını incelemiş ve % 29'nun geçmişte en az bir düşük yaptıklarını saptamıştır (Erenus 1967).

■

Özbay ve Shorter tarafından yapılan (1967) konuyla ilgili bulunan ilk bilgi-tutum-davranış araştırmasında kırsal kesiminde 498 doğurgan kadınla görüşülmüştür. Bu kadınların yaptıkları düşük sayısı, 0.26 ve 100 canlı doğuma karşı 6 olarak saptanmıştır. İlerleyen yaşla birlikte düşük sayısının arttığı görülmüştür (Özbay ve Shorter 1967).

■

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü tarafından yapılan 1968 Türkiye Nüfus araştırmasında düşükle ilgili veriler evli, doğurgan çağıdaki 3284 kadından elde edilmiştir. Düşükler toplam düşükler olarak incelenmiştir. Düşük oranları, 100 canlı doğuma karşılık kırsal alanda 11, kentlerde 31 olarak saptanmıştır. Düşük ölçütlerinde bölgesel, kırsal ve kentsel farklılıklar olduğu vurgulanmıştır. Batı Anadolu'da 1000 canlı doğuma karşılık 37 düşük yapılırken, Doğu Anadolu'da 10 düşük yapılmıştır. Evli ve doğurgan çağıdaki 100 kadından düşük yapanların sayısı Türkiye için 33 iken, köylerde 23 büyük

kentlerde 47 bulunmuştur. Kadının yaşı ilerledikçe, eğitim düzeyi yükseldikçe, modernleştikçe ve kentlileştikçe daha fazla düşük yapıldığı saptanmıştır. Kadının din ile ilgili tutumları ve düşük arasında ilişki bulunamamıştır. Araştırma konuyla ilgili kır-kent ayırımı ve düşükle ilgili demografik kıyaslamalar yapması açısından önemlidir (Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1968).

Gürsoy 1971'de Etimesgut bölgesinde 83 köyde oturan, doğurgan ve evli 7182 kadını temsil eden 20 köyden rastgele yöntemle 500 kadın saptanmış ve bunların % 64'ü geçmişte en az bir düşük yaptıkları saptanmıştır. Ortalama düşük sayısının 2.7 bulunur iken 100 gebeliğe karşı 60 düşük saptanmıştır. Araştırma da yaş la birlikte düşük oranının arttığı görülmüştür (Gürsoy 1971).

Güven Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu, Yenikent Sağlık Ocağı bölgesinde 15-44 yaşları arasında, 1971 Mart-Haziran ayları arasında uyguladığı kesitsel araştırmada, incelenen 261 kadında ilk evlenme yaşı ortalaması 17.1, ortalama gebelik sayısı 5.7 ve yaşayan çocuk sayı ortalamaları 3.6, düşük sayısı ise 0.9 olarak saptanmıştır. Kadınların % 63.6 sının gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduğu, fakat bunların ancak % 60.8'inin etkili bir yöntem kullandığı anlaşılmıştır. Kadınların eğitim ve yaş dağılımları doğurganlık ve demografik yapısını etkilediği görülmüştür (Güven 1972).

Egemen, Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliği ile Etimesgut ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yürütülen Aile büyüklüğünün Aile Sağlığına Etkisi random sistematik yöntemle 15-44 yaş diliminde Sincan bucağından 271 kadın çalışma kapsamına

alınmıştır. Araştırmada ilk evlenme yaşı 17.1, ortalama gebelik sayısı 5.5, yaşayan çocuk sayısı 3.5 düşük sayısı ortalama 0.9 bulunmuştur. Deneklerin yüzde 62'sinin gebeliği önleyici yöntemler kullandığı ve bunların % 91.1'inin kullandıkları yöntemlerin etkili olduğu saptanmıştır (Egemen 1972).

■

Kanık, Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Ortabereket Sağlık Ocağı bölgesindeki 7 köyde yaşayan 15-44 yaşları arasındaki evli ve adetten kesilmemiş 510 kadında uygulanmıştır. Kadınların aile planlaması ile çocuk düşürme ve aldırma konusundaki tutum ve davranışları incelenmiştir. Deneklerin yaş ortalaması 30.5 olup, % 27.1'i ilkökul mezunu, 31.2'si okuryazar olmadıkları görülmüş, ilk evlenme yaşı ise 17 olarak bulunmuştur.

Deneklerin % 17.3'ü isteyerek, % 16.9'u ise kendiliğinden düşük yapmışlardır. Kadınların 59/2 si çocuk düşürmenin günah, % 38.4'ü ise sağlığa zararlı olduğunu belirtmiştir. istemediği halde gebe kalırsa deneklerin % 70'i doğuracağını % 25.5'i aldiracağını % 1.5'i düşüreceğini söylemiştir. Deneklerin % 59.9'u köyde yapılan düşükleri doğru bulmadığını belirtmiştir. ideal çocuk sayısı, 2.9 olarak bulunmuştur. çalışmada ortalama doğum sayısı 4.4, yaşayan ortalama çocuk sayısı 2.9, ölen çocuk ortalaması 1.1, ölü doğum ortalaması 0.1, kendiliğinden düşük ortalaması 0.5 isteyerek düşük ortalaması 0.2 olarak bulunmuştur (Kanık 1972).

■

Öztürk, evli çiftlerin doğurganlık ve aile planlamasına ilişkin düşünce ve davranışlarını incelemek ve karı-kocanın bu konudaki tutarlılıklarını araştırmak amacıyla yaptığı çalışmasında. Araştırmaya Yenikent Sağlık Ocağı bölgesinde 15-44

yaş grubu kadınlardan 285 çift alınmıştır. Bu kadın ve kocalarının sosyal ve demografik yapılarının incelendiği çalışmada kadınlara göre ortalama ölen çocuk sayısı 1.1, düşük sayısı 0.9 olarak belirtildiği halde aynı ortalamalar kocaların belirtmelerine göre sırasıyla 1.2 ve 1.5 olarak hesaplanmıştır. Bu iki bildirim arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (Öztürk 1972).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün 1973'de ülke düzeyinde yaptığı Türkiye Demografi Araştırması'nın düşüklerle ilgili verileri Kişnişçi ve Akın (1978) tarafından değerlendirilmiştir. Bulgular 1968 araştırmasındakilerle karşılaştırılmak için, veriler aynı tipte analiz edilmiştir. Bulgularda toplam düşük hızı 5.5 bunun 3.1'i istemli, 2.4'ü kendiliğinden düşük hızı olarak bulunmuştur. Toplam düşük oranı 27.3 olarak saptanmıştır. 1968-1973 yılları arasında istemli düşüklerde önemli artışlar bulunmuştur. Örneğin 100 canlı doğuma karşı istemli düşük sayısı 1968'de 11.8 iken: 1973'de 16.0'ya yükselmiştir. 1968'de olduğu gibi 1973 araştırmasında da düşük ölçütlerinde kırsal alandan kentler ve metropollere gidildikçe önemli artışlar görülmüştür (Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 1973 Türkiye Demografi Araştırması).

Atakent, Kasım 1973 ve Mart 1974 tarihleri arasında, Sincan bucağında gebe kadınlardaki bakteriuri prevalans hızını ve bu sorunun ilişkili olduğu etkenleri saptamak amacı ile yapılmıştır. Denek grubu 136 olan çalışmada 103 kadın da kontrol grubu olarak seçilmiştir. İncelenen toplam 239 kadında ortalama ilk evlenme yaşı 17.3, ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.05 düşük sayısı 0.48, gebelik sayısı 3.52 olarak bulunmuştur (Atakent 1974).

Akın, 1975 yılında Ankara kentini temsil eden 400 hanede halen evli 15-44 yaşları arasındaki 396 kadına soru kağıdı uygulayarak, Ankara'da düşük prevelansını, düşükle ilişkili etmenleri ve komplikasyonları saptamayı amaçlamıştır.

Araştırmada yüzde 43'ü tüm evlilikleri süresince en az bir düşük yapmışlardır. Bir kadına düşen ortalama düşük sayısı 1 ± 0.4 canlı doğum için düşük oranı 0.37 bulunmuştur. Düşük prevelansı yüzde 35, son bir yılda toplam düşük hızı doğurgan çağıdaki 1000 evli kadın için 111 olarak saptanmıştır.

Düşük yapan kadınların yüzde 9'unun yalnızca spontan, yüzde 26'sının yalnızca isteyerek, yüzde 8'inin ise hem spontan hem de isteyerek düşük yaptığı anlaşılmıştır. Son üç yılda düşük yapan kadın sayısında belirgin bir artış gözlenmiştir. Bir kadına düşen ortalama gebelik sayısı 3.7 olarak bulunmuştur. Gebelik, doğum, düşük ve yaşayan çocuk sayılarının kadın yaşı ile arttığı, eğitim düzeyinin yükselişi ile azaldığı saptanmıştır.

Deneklerin yüzde 60'ı iki yüzde 28'i ise üç çocuk sahibi olmanın en iyisi olduğunu söylemişlerdir. Daha önce isteyerek düşük yapmış olan kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırmada daha kararlı oldukları saptanmıştır.

Yapılan son düşüklerin yüzde 26'sının kendiliğinden, yüzde 60'ının kürtaj ile ve yüzde 14'ünün iğne batırma, yüksek dozda ilaç alma gibi sakıncalı yöntemlerle olduğu saptanmıştır. Düşük yapmayı etkileyen durumlar olarak, yaşayan çocuk, gebelik ve doğum sayıları, iki gebelik arasındaki süre ve gebeliği istememe etkenleri önemli bulunmuştur.

Araştırma'da düşüğe bağlı komplikasyon hızı 39 olarak saptanmıştır. Kadınların yüzde 70'i düşükten en az bir hafta sonra günlük işlerine başlayabildiklerini belirtmişlerdir. En sık

rastlanan komplikasyonlar kanama (yüzde 18), bel ağrısı (yüzde 14) ve halsizlik (yüzde 12) olarak bulunmuştur. Tüm komplikasyonların isteyerek yapılan düşüklerde ve gebeliğin ikinci, üçüncü ayında olan düşüklerde daha sık görüldüğü saptanmış ve düşük yapan bir kadının yaptığı son düşük için ortalama 65.7 ± 43 TL harcama yaptığı bulunmuştur (Akin 1976).

Bumin, 1972 yılında Sincan bucağında, yüzde 12 oranında örnekleme ile seçilen 15-44 yaşları arasındaki 270 evli kadın alınmıştır. Araştırma'da ilk evlenme yaşı 17.8 bulunmuştur. Doğurganlık çağındaki kadınların ortalama gebelik sayısı 4-5, yaşayan çocuk sayısı 2-8, düşük sayısı 0.8 olarak saptanmıştır. Düşüklerin yüzde 77.1'i gebeliğin ilk üç ayında, yüzde 11.1'i dördüncü ayda, yüzde 11.5'i ise beş ve altıncı aylarda olmuştur. Düşüklerin yüzde 58.7'sinin istemeyerek, yüzde 41.3'ünün ise isteyerek olduğu anlaşılmıştır. İsteyerek yapılan düşüklerin yüzde 49'u hekimler tarafından yaptırılmıştır.

Düşükle sonlanan 206 gebeliğin yüzde 61'i istenmemiştir. İstemeden gebe kalan kadınların yüzde 62'si bu gebeliklerinden önce herhangi bir kontraseptif yöntem ile korunuyorlardı. Bunların da yüzde 85'i kullandıkları yöntemin başarısızlığını isteyerek düşük yaparak gidermişlerdir (Bumin 1976).

Toros, 1977 araştırmasında genç kuşakların sosyal değişime paralel olarak gebeliği önleyici yöntemleri düşükten daha fazla tercih ederek sağlıklı bir davranış içinde olduklarını saptamıştır. Bu çalışmasında Toros, Adana-içel kırsal alanında doğurganlık kontrolünün nasıl yapıldığını incelemiş ve gebeliği önleyici yöntemleri tercih etmenin genç kuşaklarla sınırlı kaldığını ortaya koymuştur. Genel eğilim ise düşük yapmanın gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktan daha yaygın olması

biçimindedir. Yalnız 20-24 yaş grubunda hemen tüm kuşaklar için, gebeliği önleyici yöntemleri kullanmaktan daha önemli bulunmuştur (Aykut 1977).

Kazan, Kazan Sağlık Ocağı bölgesinde oturan 15-44 yaş grubunda ki evli ve en az bir doğum yapmış kadınlar arasından 450 denek üzerinde ve soru kağıdı yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma da iki doğum arasındaki istemli düşüklerin olması ve eşlerin ayrı bulunmaları doğum aralığını uzatan önemli etmenler olarak bulunmuştur (Kazan 1977).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nce 1978'de ülke düzeyinde yapılan Türkiye Doğurganlık Araştırması'nda, çocuk düşürmenin yaygın olduğu vurgulanmaktadır. Düşük yapan kadın oranı 4, istemli düşük yapan kadın oranı 17'dir. Kadın başına düşen toplam düşük sayısı 60, istemli düşük sayısı ise 30'dur. Eğitim düzeyinin yüksek olduğu, kadının kazanç getiren bir işte çalıştığı ve özellikle tarım dışı işlerde çalıştığı durumlarda, düşük yapma olgusunun da fazla olduğu vurgulanmıştır. Kadınların yetiştikleri yerleşim yeri açısından da, düşüklerin en fazla görüldüğü grup kesitli kadınlardır. Doğurganlığını kontrol etmek isteyenlerin bu konuda ki başarısızlıkları isteyerek yapılan düşüklere yol açtığı belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü 1980).

Çalı, Çubuk bucağına bağlı Yukarı Çavundur Sağlık Ocağı'nın bulunduğu köyde yaşayan 15-44 yaş grubundaki 210 kadın üzerinde yaptığı çalışmada, ilk evlenme yaşı olarak 16.7 bulunmuştur. Her kadının ortalama 7.1 kez gebe kaldığı, 6.3 kez canlı doğum yaptığı ve araştırma sırasında 4.2 çocuğa sahip olduğu anlaşılmıştır. Denek başına ortalama düşük sayısı 0.79, isteyerek

yapılan düşük ortalaması 0.70 olarak bulunmuştur. Deneklerin yüzde 21'i istemeden gebe kalıp doğum yaptıklarını belirtmişlerdir (Çalı 1978).

Dilsiz araştırmasında, halkın kültürünü tanımak, ana-çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen geleneksel hekimlik uygulamalarını saptamak, geleneksel hekimliğin doğumla ilgili uygulamalarını kaybolmadan elde etmek ve daha sonraları yapılacak araştırmalar için sağlık kültürünün değişimindeki süreci bulmada yararlı olmak amacıyla yapılmıştır. Akkuzulu köyünde evli 204 kadın araştırma içine dahil edilmiştir.

1977 yılında yapılan bu araştırmada : kadınlarda ilk evlenme yaşı 16.6 ± 1.9 , ilk adet yaşı 15.0 ± 0.7 ortalama gebelik sayısı 4.8 ± 2.4 doğum sayısı 4.5 ± 2.4 , düşük sayısı 0.64 ± 1.2 ve doğduktan sonra ölen çocuk sayısı 1.8 ± 1.8 olarak bulunmuştur. Kadınların kısırlık, düşük, gebelikten korunma, gebeliğin anlaşılması, doğumun yaklaştığına karar vermede ve kolaylaştırma, doğacak çocuğun cinsiyetini tahmin etme, zor doğum, doğum öncesi kanama ve kol sarkması, göbek, eş, doğum sonu kanama, lohusa ve bebeğe su verme, çocuğun toprağa yatırılması ve albastı-kırkbastıya ilişkin inançları ve uygulamaları örnek olay ve deneklerin yanıtları ile açıklanmıştır (Dilsiz 1978).

Bulut bu çalışmada, düşük prevalansını ve düşükleri nitelik, maliyet, komplikasyon ve gebelikten korunma yöntemleri üzerine olan etkileri yönünden incelemek istemiştir. Araştırma 1978 yılında Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yürütülmüştür. Araştırma bölgesinde bulunan 15-49 yaşları arasındaki 2292 evli kadın alışılmış hizmet içinde, düzenli olarak üçer ay aralıklarla izlenmiştir. Temel demografik bilgileri saptanan kadınlar düşük yaptıklarında, düşükleri ile ilgili bilgiler elde edilmiş ve düşük sonu üç aylık izlemeye alınmışlardır.

Çalışmada, 15-49 yaş grubunda her 100 evli kadının 36'sında en az bir kez düşük deneyimi olduğu: her evli kadının yaşam boyu ortalama 0.7 kez düşük yaptığı: her 100 gebeliğin 15'inin düşükle sonuçlandığı: her canlı 100 doğuma karşılık 17 düşük olduğu saptanmıştır.

1978 yılı içinde Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde olan 119 düşüğün aynı sürede olan gebeliklerin yüzde 21'i olduğu: 100 canlı doğuma karşılık 28 kez düşük yapıldığı bulunmuştur. 119 düşüğün 138.923 TL harcama ve 603 işgünü kaybına neden olduğu, düşüklerin yüzde 42.9'unda düşük sonu komplikasyon görüldüğü, bu komplikasyonların gebeliklerin 13'üncü haftasından sonra olan düşüklerde daha çok olduğu saptanmıştır.

Bölgede yerleşme yeri, aile geliri, kadının kocasının mesleği, öğrenim durumu, modernleşme düzeyi, kadının gebelik ve yaşayan çocuk sayısının isteyerek düşük yapma sayısı üzerine etki yapmadığı, çekirdek ailelerde isteyerek yapılan düşüklerin daha çok olduğu saptanmıştır.

isteyerek düşük yapan kadınlar: düşük sonrası izlenerek olay ile ilgili eğitim verildiğinde, kadınların gebelikten korunmada önemli derecede etkin yöntemleri seçtikleri görülmüştür (Bulut 1979).

Ünsal, 1980 kadınların yaptıkları düşükler hakkında verdikleri bilgilerin doğruluğunu araştırmak, düşüğün hatırlanmasına ve bilgilerin doğruluğuna etki eden çeşitli değişkenleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Araştırma, Ankara kentinde bulunan Zekai Tahir Burak, Sosyal Sigortalar ve Telsizler doğumevinde ,düşük nedeni ile yatmış olan ve belediye sınırları içinde oturan 676 kadınla düşükler konusunda görüşülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların yüzde 47'si 20-29, yüzde 34'ü 30-39 yaş grubundadır. 19 yaşından genç kadınlar grubun yüzde % 8'ini oluşturmaktadır. Kadınların yüzde 37'si okuyamaz değildir. Yüzde 36'sı ilkokul bitirmemiştir. Ortaokul ve üzerinde eğitim yapmış olanların oranı ise yüzde 11'dir.

Kadınların yüzde 27'si kentlerde doğup büyümesine karşın yüzde 73'ü Ankara'ya kırsal ve yarı-kırsal bölgelerden gelmişlerdir. Düşük sınıflandırmalarına göre 19 yaşından küçük olan grupta kendiliğinden düşük yüzdesi 97 iken, 30-39 yaş grubunda yüzde 37 ye düşmektedir. Buna karşın isteyerek düşük oranı 19 yaşından küçük kadınlarda sadece yüzde 3 iken, 30-39 yaş grubunda yüzde 63'e yükselmektedir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe kendiliğinden olan düşükler artmakta, isteyerek olanlar azalmaktadır. Kadınların Ankara'ya gelmeden önce yaşamlarını geçirdikleri yerleşim yeri büyüdükçe kendiliğinden olan düşükler artmakta, isteyerek olan düşükler azalmaktadır.

Ankara'da oturma süresine göre incelendiğinde süre arttıkça kendiliğinden olan düşükler azalma göstermektedir. Buna karşılık isteyerek yapılan düşüklerin oranı oturma süresine paralel bir artış göstermektedir.

Araştırma izleme çalışması içinde kadınlarla ikinci kez görüşülerek tutarlılık araştırılmıştır (Ünsal 1980).

Kut, 1983 yılında çocuk sahibi olma, olmama güdülerini etkileyen nedenlerin bir sosyal hizmet yaklaşımı ile değerlendirilmesi adlı çalışma, Ankara doğumevinde 1-31 Aralık 1978 tarihlerinde doğum yapan 700 kadın üzerinde çalışmıştır. Çalışmada deneklerde düşük durumu kendiliğinden ve isteyerek düşük yapma boyutlarında sorulan iki ayrı soruyla öğrenilmiş ve

çalışmada isteyerek düşük yapanlar doğum kontrolü açısından ele alınmıştır.

Çalışmada kürtaj konusunda tecrübesi olmayan kadınların oranı yüzde 91.9 olmak üzere çok yüksek bulunmuştur (Kut 1982).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsünün yaptığı 1983, Türkiye Doğurganlık, kontraseptif kullanımı ve aile sağlığını araştırması'nın sonuçlarında evlenmiş kadınların yüzde 37'sinin geçmişte en az bir kez düşük yaptıklarını göstermektedir. İsteyerek düşük yapan kadın oranı ise yüzde 19'dur. 100 kadına düşen düşük sayısı 4.6'dır. Her 100 canlı doğuma karşı yapılan düşük sayısı 25.6 bulunmuştur (Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 1983 Türkiye Doğurganlık Araştırması 1987).

Yeğenoğlu, Mayıs 1988 yılında yaptığı çalışmada : Türkiye'de düşük konusunu tartışmıştır. Çalışma düşük konusunda kuramsal bir çerçeve çizerek, düşük konusunda gazete ve dergilerin dökümanını değerlendirmiştir (Yeğenoğlu 1983).

Karanisoğlu, 1983-84 yılları arasında İst.Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Birimi ile (850 kişi) Avcılar-Halkalı Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığına bağlı Avcılar (50 kişi), Halkalı (50 kişi), Mahmutpaşa (50 kişi) sağlık ocaklarına başvuran 500 kadın üzerinde yapılmıştır. 15-44 yaşları arasındaki kadınlar Küme Örneklem Sistemi ile seçilmişler ve geliştirilen anket formu karşılıklı görüşülerek doldurulmuştur.

Demografik ve doğurganlık özellikler ile istemli düşük sayısı arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla planlanan çalışma sonunda istemli düşüğün 30-35 yaş grubunda olan, ilk evliliklerini 15-19 yaşlarında yapan ve evliliklerini 5-15 yıldan

beri sürdüren, gebelik sayısı 6-10, yaş çocuk sayısı 2-4 ve istendik çocuk sayısı 2 olan kadınlarda en fazla olduğu bulundu. Gebelikten korunma yöntemleri kullanan kadınların daha fazla boyutlarda düşük yaptıkları sonucu, kadınların daha çok etkin olmayan yöntemlerle korunmaya çalıştıklarını, etkin yöntem kullananlarında uygulamada hata yaptıkları gerçeğini vurgulamaktadır (Karanisoğlu 1986).

Özgen, çocuk düşürme ve düşürtme suçlarında ülkemizdeki son durum adlı çalışmasında, Türk Ceza Kanununun çocuk düşürme ve düşürtme suçlarında değişiklik yapan 2827 sayılı Nüfus planlaması Hakkında Kanun 1983 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu çalışmada, çocuk düşürme ve düşürtme fiilinde ülkemizdeki son yasal durum ele alınmış ve pozitif hukuk açısından durum tartışılarak, eksik ve hatalı noktalar ortaya konmaya çalışılmıştır. Makale de çocuk düşürmenin suç olmaktan çıkarılmasının amacına daha iyi ulaşabilmesi için, yasal hataların düzeltilmesi gereği belirtilmiş ve yapılması gerekli diğer noktalara da gerekli diğer noktalara da işaret edilmiştir (Özgen 1984).

Sadece isteyerek düşüklere özgü ilk ulusal epidemiyolojik araştırma 1975 yılında Tezcan (1977-1979) tarafından yapılmıştır.

Araştırmaya toplam olarak 3196 evli, doğurgan çağıdaki (15-44 yaşlar) kadın katılmıştır. isteyerek düşüklere ilgili direkt sorular, 1521 kadına, dolaylı bilgi toplama yöntemi olan randomize cevap tekniği ise 1674 kadına uygulanmıştır.

Kadınların yüzde 14'ünün, yeni yöntemin uygulandığı diğer örnekte ise yüzde 33'ünün geçmişte bir veya daha fazla sayıda isteyerek düşük yaptıkları saptanmıştır. Araştırmada en yüksek oranı ve hızları üç büyük kent (istanbul, Ankara, izmir) için elde edilmiştir. Buna karşın kırsal alanlarda, özellikle az gelişmiş illerde, isteyerek yapılan düşüklere en az boyutlardadır.

Düşük olgusunun boyutlarını hem yerleşim yeri hem de illerin gelişme düzeyi ayrı ayrı etkilemektedir.

Her eğitim düzeyinde, metropollerde oturan kadınlar en yüksek boyutlarda düşük yapmaktadırlar, eğitim düzeyinin azalması ve yerleşim yerinin küçülmesine paralel olarak düşük olgusunun boyutları da azalmakta, yine hem eğitim hem de yerleşim yeri birbirinden bağımsız olarak etkilemektedir. Her yaş grubunda çekirdek aileye sahip olanlar, geniş ailesi olanlara göre daha fazla düşük yapmaktadırlar. Ayrıca tüm düşük ölçütleri ilerleyen yaşla birlikte artış göstermektedir.

Araştırmada her yaş grubunda yaşayan çocuğu olmayan kadınların hiç isteyerek düşük yapmadıkları saptanmıştır. Tüm yaş gruplarına birlikte bakıldığında ise, genellikle, 3-4 yaşayan çocuğu olanların düşük ölçütlerinin yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Herhangi bir meslek sahibi (doktor, mühendis, öğretmen gibi) kadınlar en yüksek oranlarda düşük yaparken, ikinci sırayı ev kadınları alıyor, vasıfsız işçi olanlar ise düşüğe en az başvuranlardır.

Düşük ölçütleri kadınların eğitim düzeyleri ve meslek gruplarına göre incelendiğinde de, kendi eğitim ve mesleklerindeki benzer seyir izledikleri görülmüştür.

Tezcan'ın araştırmasında isteyerek düşüklerin yüzde 90'ı gebeliğin ilk üç ayında yapılmış olup, yüzde 37'si fazla sayıda çocuk sahibi olma, yüzde 23'ü için gebelikler arasında kısa süre bulunması, yüzde 20'sinin içinde çeşitli ekonomik nedenler sorumlu idi.

462 isteyerek düşüğün yüzde 93'ü için kadınla eşlerine danışmış olup, bunların da yüzde 90'ında kocaları gebeliğin

sonlandırılmasını uygun bulmuş, yüzde 3'ünde ise kabul etmediği halde kadınlar düşük yapmıştır. Vakaların yüzde 7'si ise kocalarına hiç danışmadan, kendileri karar verip uygulamışlardır (Tezcan ve diğerleri 1980).

1988 yılı doğurganlık araştırması sonuçlarına göre: 15-49 yaş evli kadınların düşük yüzdesi % 6.1, 15-49 yaş evli kadınların isteyerek düşük yüzdesi % 4.5, 15-49 yaş evli kadınların spontan düşük yüzdesi % 4.5'dir.

Araştırmada hamileliklerde toplam düşük yüzdesi % 31.8, hamileliklerde istemli düşük yüzdesi % 23.6, hamileliklerde kendiliğinden düşük yüzdesi ise % 4.5 olarak tesbit edilmiştir. istemli düşük yapan kadınların yaş dilimleri incelendiğinde 20 yaşından küçük kadınlarda istemli düşük bulunmaz iken 20-24 yaş diliminde % 12.5, 25-29 yaş diliminde % 22.6, 30-34 yaş diliminde % 32.2, 35-39 yaş diliminde % 42.4, 40-44 yaş diliminde % 31.7 ve 45-49 yaş diliminde toplam isteyerek düşük yapanların % 16.1'i bulunmaktadır.

Adı geçen araştırmada Türkiye'de isteyerek düşük yapan kadınlardan % 18.2'sinin okuma yazması bulunmaz iken % 23.5'inin okuma yazması bulunmakta, % 25.8'i ilkokul mezunu ve % 26.9'u ortaokul ve sonrası eğitimden geçmiş oldukları görülmektedir. (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 1988 Türkiye Doğurganlık Araştırması 1990).

Tablo 15: Ülke Çapında Yürütülen Düşükle İlgili Araştırmalar ve Bazı Sonuçlar

Araştırmacı Yayın Yılı	Araştırmanın Yapıldığı		Araştırmaya Katılan Kadın Sayısı	ELDE EDİLEN DÜŞÜK ÖLÇÜTLERİ			
	Yıl	Yer		100 Gebeliğe Karşı Yapı- lan Toplam Düşük sayısı	Kadın Başına Ortalama Düşük Sayısı	Herhangi bir Tip Düşük Yapan Kadın Oranı (%)	İsteyerek Düşük Yapan Kadın Oranı (%)
ÖZBAY 1969	1963		2.555 3.280	-	-	-	7.6 10.1
FİŞEK 1972	1968		3.280	17.2	0.6	32.6	
KİŞNİŞÇİ VE AKIN 1978	1973		4.581	17.3	0.6	33.1	
TEZCAN 1977,1979	1975		1.521	17.2	0.7	32.5	

Kaynak: Tezcan ve diğerleri 1980.

Tablo 16 :Hastane Vakalarında Yapılan Düşükle ilgili Araştırmalar

Araştırmacı Yayın Yılı	Araştırmanın Yapıldığı		İncelenen Kadın Sayısı	Kadın Başına Ortalam Düşük Sayısı	Düşük Yapan Kadın Oranı (%)
	Yıl	Yer			
BURAK 1960	1959	Ankara Doğumevi	5.000	1.1	30.
ESENDAL 1972	1953-1957	Ankara Özel Hastalar	1.948	1.8	-
ERENUS 1967	1966-1967	Ankara Ana Sağlığı	1.395	1.9	29.
BAYSAL VE USER 1971	1970	İstanbul Zeynep Kamil Doğumevi	168	2.0	-
BÖLÜKBASI	1972-1974	Hacettepe Kadın D.B.	469	1.1	25.

Kaynak: Tezcan ve diğerleri 1980

Tablo 17: Türkiye'de Yapılmış Düşükle ilgili Bölgesel Araştırmalar

Araştırmacı Yayın Yılı	Araştırmanın Yapıldığı		Araştırmaya Katılan Kadın Sayısı	ELDE EDİLEN DÜŞÜK ÖLÇÜTLERİ			
	Yıl	Yer		100 Gebeliğe Karşı Yapı- lan Düşük Sayısı	100 canlı doğuma karşı yapılan düşük sayısı	Kadın Başına Ortalama düşük sayısı	Düşük Yapan Kadın Oranı (%)
FİŞEK 1960	1959	Orta ve Batı Anadolu'nun 137 köyü	7.092	-	14.5	-	29
ÖZBAY VE SHORTER 1978	1967	Etimesgut Bölgesi	498	-	6.0	0.3	-
GÜVEN 1972	1971	Yenikent Etimesgut	261	16.3	19.8	0.9	47
EBEMEN 1972	1971	Sincan Etimesgut	271	17.1	20.9	0.9	41
GÜRSOY 1971	1971	Etimesgut Bölgesi	441	-	60.0	2.7	64
BUMİN 1976	1972	Sincan Etimesgut	270	-	22.6	0.8	38
AKIN 1976	1975	Ankara Bölgesi	396	27.0	38.0	1.0	43
BULUT 1979	1977-78	Merkez Çubuk	2.272	14.7	17.4	0.7	37

Kaynak: Tezcan ve diğerleri 1980

1.3- ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı; Bir sistem bütünlüğü içinde, kadın sağlığı açısından gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların içinde buldukları, sosyo-demografik, psikolojik, doğurganlık ve aile planlamasına ilişkin bilgi-tutum-davranış özelliklerini incelemek, aile işlevlerini ve ruhsal durumlarını değerlendirmektir.

Bu temel amaçla birlikte araştırmada ulaşılmak istenen diğer amaçlar, temel amaca bağlı olarak işlevsel alt amaçlar şeklinde sıralanmıştır.

ARAŞTIRMANIN İŞLEVSEL ALT AMAÇLARI

1. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların düşük yapmadan önceki ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmek.
2. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların düşük yaptıktan 1 ay sonrasındaki ruhsal belirti düzeylerini değerlendirmek.
3. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların gebeliğe müdahale yapılmadan önce ve müdahale yapıldıktan 1 ay sonrasındaki ruhsal belirti düzeylerindeki farklılıkları değerlendirmek.
4. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların içinde buldukları aile işlevlerini değerlendirmek.
5. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların kişisel ve sosyal özelliklerini değerlendirmek.
6. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların demografik özelliklerini değerlendirmek.
7. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların doğurganlık özelliklerini değerlendirmek.

8. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların, bu gebeliğe ve bu gebeliği düşükle sonlandırılmasına ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek.
9. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi tutum ve davranışlarını değerlendirmek.
10. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların müdahale öncesi ve müdahale sonrasındaki psikolojik duygu, düşünceleri ile bunların yoğunluklarını ve dönemler arası farklılıklarını değerlendirmek.
11. Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların bu müdahaleye ilişkin oluşan rahatsızlıklar ile bu rahatsızlıklara ilişkin kadınların tutumlarını değerlendirmek.
12. Araştırma bazında, istemli düşük yapma kararı veren ve bu kararı uygulayan özellikle kadına, aileye ve topluma götürülecek hizmetleri ve sosyal hizmet müdahalesini belirlemek.
13. Konuyla ilgili branş, meslek ve disiplinlere, araştırmada çıkan sonuçlar bazında hizmetleri veya olası ek hizmetlerle ilgili bilgilendirici olarak, onlara bu konuda bir yaklaşım, fikir sunmaktır.

1.4- ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın ana hipotezi; Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların, ruh sağlıklarında önemli değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklik kadının kendi kişisel, sosyal, demografik, doğurganlık sistemine göre farklılaşmakta olup aile işlevlerine de yansımaktadır.

Bu ana hipotez paralelinde buna bağlı alt hipotezler;

1. Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların, ruhsal belirti düzeyleri; düşüğün yapıldığı gün, düşükten 1 ay sonraki ruhsal belirti düzeylerinden daha yüksektir.
2. Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlar içinde bundan önce düşük deneyimi olmayanların ruhsal belirti düzeyleri, bundan önce düşük deneyimi olan kadınların ruhsal belirti düzeylerine göre daha fazladır.
3. Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlar içinde bundan önce düşük deneyimi olmayanların aile işlevleri, bundan önce düşük deneyimi olan kadınların aile işlevlerine göre daha sıkıntılıdır.

1.5- ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Düşük gibi kadın sağlığına çeşitli yönleriyle olumsuz etkileri olan hem sosyal hem de medikal bir olguda, kadının ruhsal yapısının da etkilendiği ve bunun başta kadının kendisinin olmak üzere aile ve toplum yaşamında pek çok soruna yol açacağını beklemek doğaldır.

Ancak, kadın sağlığına olumsuz faktör yaratan nedenlerin çok

olduğu ÷lkemizde genelde düşük ile ilgili çalışmalar az olmakla birlikte 2827 sayılı Nüfus planlaması hakkında Kanun 1983 yılında çıktıktan sonra konuyla ilgili çalışmaların gittikçe azaldığı gör÷lmektedir. Bununla birlikte düşüğün ruhsal durumuna ilişkin bir literatüre rastlanmamaktadır. Yapılan çalışmalar ya medikal kökenli olup, düşüğün tıbbi yönleri araştırılmış, yada demografik olup prevalansı ve yayılımı üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalar ya alanda yada hastanede kayıtlar taranarak yukarıdaki amaçlara ulaşılmaya çalışılırken, klinik anlamda bir izleme çalışmasına da rastlanmamıştır.

Bu perspektifte gerçekleştirilen araştırma, kadın sağlığı açısından istemli düşük yapanların, sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık özellikleri, kontraseptif bilgileri ve aile işlevleri ile ruhsal durumlarının saptanması açısından; konunun bir sosyal sorun olarak algılanması ve sosyal bilim disiplini içinde gerçekleştirilmesi açısından, klinik içinde ve klinik sonrasında bir izleme yaklaşımı taşıması açısından, sağlığın tanımındaki öğelerden biyolojik sağlık, ruh sağlığı ve sosyal sağlığı, düşük olgusu içinde araştırılması açısından, müdahale öncesi ve sonrası değişimleri yarı deneysel bir yöntemle incelenmesi açısından ve tüm bu verileri bütüncül bir sistem yaklaşımı içinde değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın bulguları ışığında, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin halk sağlığı ve sosyal hizmetler açısından tartışılarak olası hizmet ve çözüm yollarını araştırmak, geliştirmek kadın sağlığı açısından son derece önemlidir.

1.6- ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırma ile ilgili olarak aşağıdaki temel varsayımlar kabul edilmiştir:

1. Kadın sağlığı açısından düşük ve düşüğü etkileyen etmenler Sosyal Hizmetler mesleğinin, aile ve çocuk

refahı, tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanının müdahale alanına girer.

2. Düşük kadın sağlığını bozucu bir olgudur.
3. Araştırmada kullanılan, belirti tarama ölçeği (SCL-90-R) ve aile değerlendirme ölçeği (ADÖ).isteyerek düşük yapan kadınların ruhsal belirti düzeyleri ile aile işlevlerini değerlendirmektedir.
4. Araştırmada kullanılan sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık ve aile planlaması bilgi-tutum davranışına ait sorular, isteyerek düşük yapan kadınların adı geçen konulardaki özelliklerini saptamaktadır.
5. Kadın sağlığının korunması ve tedavi edilmesi için, isteyerek düşük yapanların genel özelliklerini bilmek, aile işlevlerini ve ruhsal durumlarını değerlendirmek gereklidir.
6. Sosyal Hizmet mesleği, ülkenin sosyal sorunlarını önleyici koruyucu ve tedavi edici bir yapıya sahiptir.
7. Araştırmadaki hipotezlerle araştırma amacına ulaşabilir.
8. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalında, yıl içerisinde aylara göre önemli bir farklılaşma olmadığından, bir aylık süreyi kapsayan araştırma nüfusu Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalında 1 yıl içindeki isteyerek düşük yapan grubu temsil eder.
9. Görüşmeler için seçilen zaman, isteyerek yapılan düşüğün müdahaleden 30 dakika öncesi ve bundan 1 ay sonrası olması nedeniyle, kadının istemli düşükle ilgili ruhsal belirti düzeyinin değerlendirilmesini yapmak için uygundur.
10. Mülakatlara gönüllü katılım, deneklerden doğru yanıt alma olasılığını yükseltir.

1.7- ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sınırlılıklarını şu şekilde sıralamak mümkündür:

1. Araştırma, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalına 1 ay süresince isteyerek düşük yapmak için gelen ve müdahale yapılan kadınlarla sınırlandırılmıştır.
2. Görüşmeler yalnız kadınlarla yapılacak olup, eşleri ve yakınları hakkındaki bilgiler kadınlardan sorulacaktır. Bu nedenle kadınların ruhsal durumlarıyla eşlerinden ve yakınlarından bilgi alınmamış, konu sadece kadının vermiş olduğu yanıtlarla sınırlandırılmıştır.
3. Araştırma, isteyerek düşük yapan kadınların, aile işlevleri ve ruhsal durumlarını değerlendirmeye yönelik planlanmış, konu sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık, aile planlaması bilgileri gibi etkenler gözönüne alınarak sınırlandırılmıştır.
4. Araştırmada amaca ulaşmak için; kişisel özellikler soru kağıdı, kadının evlilik ve doğurganlık soru kağıdı, bu düşük ile ilgili duygu, düşünceler soru kağıdı, aile değerlendirme ölçeği (ADÖ), belirti saptama ölçeği (SCL-90-R), kadının isteyerek düşük yaptıktan sonra, düşük ile ilgili duygu ve düşünceler soru kağıdı ile bu formlar içindeki sorularla sınırlandırılmıştır.

1.8- TANIMLAR :

1.8.1. Düşük :

Genel olarak düşük teriminin çeşitli tanımları vardır. Düşükle ilgili çalışmalarda, düşük tanımları konuyla ilgili çeşitli disiplinlere göre ve de ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir.

Pek çok araştırma ve tanımlamada düşük, oluş şekline göre kendiliğinden ve isteyerek olmak üzere esas 2 sınıfa ayrılır. Gebeliği sonlandırmak amacı ile yapılan bir işlemle başlatılan düşükler, isteyerek düşüklere dir. Bunun dışında kalanlar ise, dışardan bir travma veya ateşli bir hastalık vs. dahi sebep olsa, kendiliğinden düşük adı altında toplanmaktadır.

Düşükler, klinik ve sosyal araştırmalarda farklı kategorilerde sınıflandırılmaktadır (Tezcan ve Diğeri,1980).

Araştırmada sosyal araştırmalar literatüründe yer alan sınıflama esas alınmıştır. Buna göre;

1. İsteyerek yapılan (induced, provoked, artificial) düşükler: Gebeliğin istemli olarak herhangi bir müdahale ile sonlandırılmasını belirtir.
 - a) Yasal düşükler,
 - b) Tıbbi düşükler (anne ve nesil sağlığı için gebeliğin sonlandırılması),
 - c) Yasal olmayan düşükler (criminal, extra-legal).
2. Kendiliğinden olan düşükler (spontaneous, miscarriage, natural).
3. Toplam düşükler (tümünü içerir): Yukarıda verilen düşük gruplamaları dışında başka sınıflamalar da olabilir. Çünkü bu konuda tam bir fikir birliği görülmemektedir.

1.8.2. Ruh Sağlığı :

Ruh sağlığı tanımlanması ve ortak bir tanımda bulunulması zor olan konulardan biridir. Öztürk, tanımlamada zorlukları dikkati çekerek, konuya normal/anormallik açısından yaklaşılmaması tek yol olarak görmüştür. Öztürk bu güne kadar getirilen tanımlamaları sınıflandırarak tanımlamaya bir boyut getirmiştir. Buna göre 2 tür sınıflama yapılabilir.

1. İstatistiksel tanım : İstatistiksel olarak çoğunluğa

uyan ve can egrisinin iki aşırı ucunda kalmayan kişi normaldir.

2. Klinik tanım : Klinik açısından normal tanımlayabilmek için çok görüş ortaya atılmamıştır. Bunlar; çevreye uyum yapabilme, bireyin içinde aşırı bunaltının (anksiyete) olmaması, id, ego, süperego arasındaki dengedir.

Freud'un bu konuya yaklaşımı ise oldukça ilginç ve önemlidir. Freud'a göre ruh sağlığı yerinde olan kişi çalışan ve seven kişidir.

Bu bağlamda anormalin tanımını yapmak daha kolay görünmektedir. Ruh sağlığı bozulan kişi duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uykusuzluk ve yetersizlik özelliği taşır (Öztürk 1989).

Öte yandan Köknel, ruh sağlığını, bireyin kendi kendisi ile çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, dizen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi olarak tanımlamıştır (Öztürk 1989).

1.8.3. Sosyal Hizmetler :

Sosyal hizmetin mesleki uygulamasındaki hedefi ve amaçlarını kapsayan genelleştirilmiş tek bir tanımı yoktur. Çeşitli otoriterle yapılan tanımlar hemen aynı öğeleri içermekle beraber odaklarında bazı farklılıklara rastlamak mümkündür. Öz olarak ifade etmek gerekirse sosyal hizmetin mesleki etkinliğinin odağı, bireyin toplumsal işlevselliği ile olan etkileşimdir.

William Swartz'ın görüşüne göre her mesleğin toplum içinde özel bir işlevi vardır. Mesleklere kendisinin sorumlu tutulduğu bazı görevler verilmiştir. Bu görüşe dayalı olarak Schwartz sosyal hizmetin görevini, birey ile toplum arasında, her ikisinin

karşılıklı olan doyum gereksinmelerini karşılamakta bir araç olarak tanımlamıştır (Aktaran Kut, 1988).

1.8.4. Halk Sağlığı :

Halk sağlığı ile eş anlamlı olduğu veya bazı farklı yönleri olduğu varsayılan pek çok terim vardır. Bunlardan en çok kullanılanlar Halk sağlığı, Toplum hekimliği, Koruyucu hekimlik, Sosyal hekimlik, Hijyen ve Toplum sağlığıdır.

Halk sağlığı; organize edilmiş, toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşulları düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisini sağlayacak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattir (Fişek, 1983).

1.8.5. Aile işlevleri :

Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips işlevlerini beklenen düzeyde yerine getiren aileleri fonksiyonel aileler; aile içi etkileşimin bozuk olması nedeni ile işlevlerini yerine getirmeyen aileleri de fonksiyonel olmayan aileler olarak tanımlamışlardır (Andrews 1979: Aktaran, Bulut 1990).

Fonksiyonel olan ve fonksiyonel olmayan ailelerin özellikleri genel olarak değerlendirildiğinde fonksiyonel olan aile sağlıklı aile, öte yandan fonksiyonel olmayan, yani işlevlerini beklenen düzeyde yerine getirmeyen aile de sağlıklı aile olarak tanımlanabilir (Bulut 1990).

BÖLÜM II YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMA YÖNTEMİ - MODELİ :

Kadın sağlığı açısından, isteyerek düşük yapanların: sosyal, psikolojik, demografik, doğurganlık özellikleri, kontraseptif bilgileri ve aile işlevleri ile ruhsal durumlarının değerlendirilmesi adı altında yapılan araştırma, amacına ulaşma, verilerin toplanması, sınıflandırılması, analizi, yorumlanması açısından incelenecek olursa 2 araştırma modelini esas aldığı görülecektir. Bunlardan biri tarama modeli diğeri ise yarı deneysel araştırma modelidir (Before and after Experiment).

Tarama modelleri, geçmişte ya da halen varolan bir durumu varolduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan birey ya da nesne, kendi koşulları içinde olduğu gibi tanımlamaya çalışma, onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Önemli olan varolanı değiştirmeye kalkmadan söyleyebilmektir. (Karasar 1984). Bu araştırma bazında da gebeliklerini hastane ortamında istemli düşük yaparak sonlandıran kadınlar kendi koşulları içinde varolduğu şekliyle izlenmiştir.

Adı geçen araştırma, çok sayıda elemandan oluşan bir evrende, evren hakkında genel bir yargıya varmak amacı ile kadın sağlığı ve doğum ünitesi olan bir hastanede bir yılı temsil etmek üzere 1 ay içinde istemli düşük yapan hasta örneklemini üzerinde yapılacağından tarama modeli içinde genel tarama yönteminin içine girmektedir.

Bununla birlikte araştırma gebeliklerini istemli düşük yaparak son vermek isteyen kadınlarla müdahaleye girmeden 30 dakika önce ve operasyondan 1 ay sonra tekrar isteğe bağlı görüşme yapılacağından, zamansal gelişim ya da değişimi

belirlemek için değişkenin aynı eleman ya da birimleri üzerine belli bir başlangıç noktasından alınarak sürekli olarak ya da belli aralıklarla gözlenmesi olan zamansal taramalardan izleme yaklaşımının içine girmektedir.

Yarı deneysel araştırma modeli ise (Before and after Experiments).

(Before and After Experiments)

Araştırma nüfusuna, bir müdahale yapılmadan önceki durum ile aynı nüfusun müdahale sonrası durumu incelenmektedir. Bu deneysel yaklaşımda, deneğin davranış, bilgi ve tutumu müdahale öncesi ve sonrası bir kıyaslama içerir. Before and After Experiments yaklaşımı eğitim ve psikoteropatik araştırmalarda sık sık kullanılmaktadır. Örneğin, depresyon sıkıntısı olana deneklere müdahale yapılmadan önce durumları tesbit edilir, daha sonra bir süre terapi uygulanır ve müdahale sonrasında tekrar test edilir. Yaklaşım deneklerde meydana gelebilecek herhangi bir değişikliğin müdahale ile ilişkisini araştırmaktadır. Öz olarak 4 durumda incelenebilir.

1. DURUM	2. DURUM	3. DURUM	4. DURUM
Araştırma yapılacak grubun tasbiti	Araştırma grubunun konuyla ilgili test edilmesi	Araştırma grubuna konuyla ilgili müdahale bulunma	Araştırma grubunun müdahale sonrasında konuyla ilgili tekrar test edilmesi

Bu açıdan bakıldığında araştırma bir örneklem kitlesine o kitleyi ilgilendiren bir müdahale öncesindeki durumu saptayarak bu durumun gelişim ve değişiminde müdahalenin izlemesi bakılması açısından belli bir zaman sonra tekrar durumun saptanmasını da içermektedir. Araştırma içinde ilk görüşme müdahale yapılmadan, sonraki görüşme ise müdahalenin 1 ay sonra yapılarak araştırmaya katılan kadınların öncelikle ruh sağlıklarıyla ilgili değişim izlenmiş, bununla birlikte istemli düşük yapanların bu düşüğe bağlı psikolojik duygu ve düşünceleri, aile planlaması yöntemlerini kullanımına ve sağlıklarına ilişkin değişme ve

gelişme izlenmiştir.

Bu araştırmada; 1991 yılı Şubat ayında Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na istemli düşük yapmak için başvuran kadınlar araştırma nüfusunu oluşturmuştur. Araştırma nüfusunun ruhsal belirti düzeyleri, psikolojik duygu ve düşünceleri ile aile planlaması yöntemlerini kullanma durumları kadınlar istemli düşük yapmadan önce ve istemli düşük yaptıktan 1 ay sonrasına göre karşılaştırılmalı olarak incelenmektedir.

Araştırma; istemli düşük yapan kadını sadece bu eylemi yapan ve sonlandıran bir yapı içinde görmemektedir. Bu nedenle araştırmada bağımsız değişkenlerle bağımlı değişken arasındaki ilişkiler ve bu ilişkilerin yönü incelenmiştir.

2.2 EVREN VE ÖRNEKLEM :

Araştırma evreni, gebeliklerini tıbbi bir müdahale ile istemli düşük yaparak sonlandıran kadınlar oluşturmaktadır (Induced Abortion)

Araştırma örnekleme ise Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalında 1 yılı temsil yeteneği olan 1 ayda (yapılan incelemeler sonunda, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalında yıl içinde aylara göre, istemli düşük yapan kadınlar açısından anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir.) örnekleme yapılmadan, istemli düşük yapan tüm kadınlara ulaşılarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada çıkan sonuçlar: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalı'na 1 yıl içinde başvuran kadınları temsil yeteneği yüksek olmakla birlikte, gerek Ankara'da varolan devlet ve üniversite hastaneleri ile özel

hekimlere başvuranların, gerekse Türkiye içinde şehir, kasaba ve bölgesel sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklarından dolayı temsil yeteneği araştırılması gereken bir konudur. Fakat belirtilen yerler içinde adı geçen bu araştırmanın belli ipuçları verebilecek sonuçlara sahip olduğu düşünülmektedir.

2.3 VERİLERİN TANIMLANMASI - TOPLANMASI :

Bu araştırma: literatür taraması, belirti tarama ölçeği (SCL-90-R = Semptom Check List -90-R), aile değerlendirme ölçeği (FAD = Family Assessment Device) ve konuyla ilgili olarak hazırlanan; kişisel özellikler soru kağıdı, kadının evlilik ve doğurganlık hikayesi soru kağıdı, bu düşükle ilgili duygu - düşünceler soru kağıdı ve kadının isteyerek düşük yaptıktan sonra düşük ile ilgili duygu düşünceler soru kağıdı'ndan oluşmaktadır (Ek-1).

Ruhsal Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)

Ruhsal belirti tarama listesi SCL-90-R, Johns Hopkins Üniversitesi Psikometrik Araştırma Ünitesi tarafından geliştirilmiş olup, bireylerdeki psikolojik belirtilerin (semptomların) ne düzeyde olduğunu ve hangi alanlara yayıldığını belirleyen bir ölçü aracıdır. Bu liste, istemli düşük yapan kadınların düşük yapmadan önce ve düşük yaptıktan 1 ay sonraki ruhsal semptom düzeylerini öğrenmek amacı ile istemli düşük yapmadan 30 dakika önce ve bu düşüktan 1 ay sonra kendi ev ortamlarında kadınlara uygulanmıştır.

Doksan soru içeren listede araştırma denek grubu, her psikolojik semptom için cevaplarını beş dereceden birini hiç yok, çok az, orta derecede, fazla, ve çok fazla alternatiflerinden uygun olanını seçerek vermişlerdir.

On bölümden meydana gelen SCL-90-R' nin içinde, dokuz esas

(primer) belirti (semptom) ölçeği ve değişik semptom maddelerini içeren ek maddeler bölümü yer almaktadır. SCL-90-R' nin dokuz esas semptom ölçeği, kliniksel/mantıksal ve ampirik/analitik işlemlerin birleştirilmesi suretiyle geliştirilmiştir. Bunların operasyonel tanımları aşağıdadır. (Derogatis, 1977, s.7-12, Aktaran, Tufan 1987).

Somatizasyon (somatization) (SOM):

Somatizasyon ölçeği (bedensel boyut), bedenle ilgili fonksiyon bozukluklarının kavranmasına ilişkin sıkıntıları yansıtır. Kalp-damar, mide-barsak, solunum ve diğer sistemlerde odaklaşan şikayetler burada yer alır. Başağrısı, kaslarla ilgili ağrı ve şikayetler ve buna ilave olarak, anksiyetenin karşılığı bedensel belirtiler bu tanımın kapsamına alınmıştır. Bu semptom ve işaretler, gerek fiziksel bir hastalığın belirtileri olabilirlerse de, fonksiyonel bir etiyolojiye sahip olan hastalıklarda, yüksek bir prevalans gösterdiklerinden burada duygusal bozukluğun varlığını ve yaygınlığını belirttikleri kabul edilmiştir.

Somatizasyon boyutu ile ilgili belirtiler EK 1'de verilmiş olan Araştırma Görüşme kitapçığındaki form 5'de verilmiş olan SCL-90-R'deki 1,4,12,27,40,42,48,49,52,53,56 ve 58. sorularda yer almaktadır.

Obsesif-kompulsif (obsessive-compulsive) (O-C):

Bu boyut düşünceler, iç uyaranlar (impulses) ve aksiyonlar üzerinde odaklaşır. Bunlar istenmeyen türden veya egonun yabancı olduğu ve kişinin yabancı olduğu ve kişinin karşı koyamadığı ve vazgeçemediği deneyimlerdir. Obsesif-kompulsif boyutu ile ilgili belirtiler EK 1'de verilmiş olan SCL-90-R'deki 3,9,28,45,46,51,55 ve 65. sorularda yer almaktadır.

Kişilerarası Duyarlılık (Interpersonal Sensivity) (INF):

Faktör, kişinin yetersizlik duyguları, aşağılık duygusuna ilişkin duyguları, özellikle başkaları ile kendini kıyaslamasıyla ilgili duyguları üzerinde odaklaşır. Kişilerarası interaksyonlarda kendini küçük görme (değersiz görme), huzursuzluk, yerinde duramama (kendini rahatsız hissetme) gibi görüntüler bu sendromun kendine özgü belirtileridir. Faktörle ilgili sorular SCL-90-R'de 6,21,34,36,37,41,61,69 ve 73 yer almaktadır.

Depresyon (Depression) (DEP):

Depresyon boyutlara ilişkin semptomlar, duyu ve düşünmeye ilişkin gecikme, yok olma biçimindeki semptomlar, yaşamla ilgili ilişkilerden uzaklaşma (kaçma) belirtilerini temsil eder. Motivasyon noksanlığı ve enerji yokluğu da aynı anlamdadır. Depresyon boyutu ile ilgili belirtiler, EK 1'deki SCL-90-R'nin 5, 14,15,20,22,26,29,30,31,32,54,71 ve 79. sorularında yer almaktadır.

Anksiyete (Anxiety) (ANX):

Anksiyete boyutu, klinik bakımdan yüksek düzeyde anksiyete belirtisi olarak kabul edilen bir dizi semptomdan derlenmiştir. Genelde sinirlilik, gerginlik, titreme belirtileri tanıma dahildir. Bununla birlikte paniğe kapılma, terör (şiddet) duygusu da bu tanımın içine girmektedir. Anksiyete boyutu ile ilgili belirtiler, EK 1'de bulunan SCL-90-R'nin 2,17,23,33,39,57,72,78,80 ve 86. sorularında yer almaktadır.

Düşmanlık (Hostility) (HOS):

Bu boyut, kızgınlık düzeyinin olumsuz duygu özellikleri olan düşünce, duygu veya davranışları kapsar. Buna ilişkin maddelerin seçiminde yer alan maddeler bu üç şekli de dikkate alınmıştır. Böylece bu bölümde yer alan maddeler, kızma, huzursuz olma, karşı koyma, saldırganlık gibi özellikleri yansıtmaktadırlar. Düşmanlık boyutu ile ilgili belirtiler EK 1'de bulunan SCL-90-R'nin

11,24,63,67,76 ve 81. sorularında yer almaktadır.

Fobik Anksiyete (Phobic Anxiety) (PHOB):

Fobik anksiyete belirli bir kişi yer, obje veya duruma karşı sürekli korku tapkisi olarak tanımlanır. Bu korku, uyararla uygunluk taşımadığı gibi, mantığa ters düşebilir. Sonuçta kişi kendini koruma ya da kaçma davranışlarında bulunur. Bu boyutla ilgili maddeler, fobik davranışın patolojik ve yıkıcı durumları üzerinde odaklaşmaktadır. Bu boyut ile ilgili belirtiler EK 1'deki SCL-90-R'nin 13,25,47,50,70,75 ve 82. sorularında yer almaktadır.

Paranoid Düşünce (Paranoid ideation) (PAR):

Bu boyut düşünce biçimindeki düzensizliğe bağlı paranoid davranışları temsil eder. Başlıca karakteristikleri, profektif (yansıtılan) düşünce, düşmanlık, şüphe, büyüklük, bencillik, özgürlüğü yitirme korkusu ve halisinasyonlardır. Bu maddelerin işaretlenmesinde bu tür düşünce yapısına sahip olmanın rol oynayacağı kabul edilmektedir. Paranoid düşünce boyutu ile ilgili belirtiler, EK 1'deki SCL-90-R'nin 8,18,43,68,76 ve 83. sorularında yer almaktadır.

Psikotizm (Psychoticism) (PSY):

Psikotizm ölçeğinde, kişilerarası ilişkilerden giderek uzaklaşmadan başlayarak, dramatik psikoz belirtilerine doğru bir gelişme takip edilmiştir. içe kapanma, kendini tecrit etme, sizoid yaşam biçimi, tıpkı halisinasyonlar ve sesli düşünme gibi birinci derecede şizofreni belirtileri kabul edilmiştir. Psikotizm boyutu ile ilgili belirtiler, EK 1'deki SCL-90-R'nin 7,16,35,62,77,84,85,87,88 ve 90. sorularında yer almaktadır.

Ek maddeler (Additional Items):

Bunlar, SCL-90-R'nin bir bölümü olup, 7 maddeden meydana gelirler. Yukarıda anlatılan alt ölçekler içinde yer almamış olan bu semptomlar, madde setinin bir parçasıdır. Bu maddeler,

kendi başlarına değerlendirilemezler. Ölçeğin global değerlerinin hesaplanmasında kullanılmak amacıyla bu ölçeğe alınmışlardır. Ek maddelerde yer alan belirtiler, EK 1'deki SCL-90-R'nin 19,44,59,60,64 ve 89. sorularında yer almaktadır.

SCL-90-R'nin yukarıda açıklanan primer boyutlarının puanlanarak değerlendirilmesi, her birey için o ölçekten alınan toplam puan, o grupta yer alan belirti sayısına bölünerek yapılır. Böylece SCL-90-R'den dokuz alt ölçek puanı elde edilir. Bunlar kısaca, SOM, O-C, INT, DEP, ANX, HOS, PHOB, PAR, PSY puanlarıdır.

Alt ölçeklerden elde edilen puanların yanısıra, SCL-90-R'den üç ayrı puan elde edilmektedir. Bu üç ayrı toplam puanın görevi de bireylerin genel ruhsal belirti düzeylerini açıklamaktır. Bunlardan biri global severity index (GSI) olup, bu konuda tek bir puan üzerinden yorum yapılması beklendiğinde kullanılması en uygun olanıdır. GSI döken maddeden alınan puanların toplamının 90'a bölünmesi sonucu elde edilmektedir. Diğer bir toplam puan positive symptom distress index (PSDI) tir ve sof olarak semptomların düzeltilmiş halidir. Bireyin kendisi ile ilgili bilgiyi verirken abartma ya da olduğundan az gösterme tarzını ölçme ve değerlendirme fonksiyonu vardır. PSDI, doksan sorudan elde edilen toplam puanın, 90 madde de işaretlenen pozitif semptom sayısına bölünmesi sonucu elde edilmektedir. Üçüncü bir toplam puan ise positive symptom total (PST) olup, deneklerin rapor ettikleri pozitif semptomların sayılması sonucunda elde edilir. Ve kısaca semptomların sayısını belirtir.

SCL-90-R'nin Tarihçesi

SCL-90-R'nin hazırlanmasına temel teşkil eden Hopkins Belirti Listesi HSCL (Hopkins symptom checklist) dir. Ancak birçok uygulamadan sonra HSCL'nin yetersiz ve aksayan yönleri ortaya çıkmış ve Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikometrik Araştırmalar bölümüne bağlı olan Derogatis ve arkadaşları

tarafından yeniden gözden geçirilmiştir. Bu çalışmada bazı sorular çıkarılmış, bazı yeni sorular ilave edilmiş ve bu ölçek 2500 kişi üzerinde uygulanarak geçerliliği ve güvenilirliği saptanmıştır. Böylece yeni bir ölçek SCL-90-R ortaya çıkmıştır. 1976 yılında ise SCL-90 Derogatis, Prokels ve Rock tarafından ikinci bir revizyondan geçirilerek bu araştırmada kullanılan SCL-90-R ölçeği elde edilmiştir (Derogatis, L.R, 1977,s.3 Aktaran, Tufan 1977).

SCL-90-R'nin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Bu ölçekle ilgili geçerlilik çalışmalarından biri 1976 yılında Derogatis, Prokels ve Rock tarafından yapılmıştır. Bu araştırmalar aynı gruba hem SCL-90-R'yi hemde NMPI (Minnesota Multiple Personality Index) uygulanmıştır. İki ölçek arasında korelasyonlar değerlendirildiğinde, iki test arasında tüm ölçütler bakımından yüksek düzeyde korelasyon olduğu görülmüştür. Buna benzer bir başka geçerlilik çalışmasında Boleloucky ve Hervath 1974 yılında gerçekleştirmişler SCL-90-R ile MHQ (Middlesex Hospital Questionarie)'in benzer ölçütleri arasında yüksek düzeyde korelasyonlar ortaya çıkmıştır (Derogatis, 1977, s.20 Aktaran,Tufan 1977).

Diğer taraftan, SCL-90-R ile ilgili güvenilirlik ölçümleri de yapılmıştır. Güvenilirlik iki ayrı açıdan ele alınmış olup bunlar: ölçeğin iç tutarlılığı ile ilgili çalışmalar ve test yeniden test (= test retest) çalışmalarıdır. Derogatis ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği incelemede, ruhsal belirti tarama listesinde yer alan dokuz ölçütün birbirleriyle korelasyonlarının 0.77 - 0.90 arasında değiştiği ve bu oranın iç tutarlılığının yüksek bulunduğu açıklanmıştır. Bunun yanısıra, bir hafta ara ile yapılan test yeniden test kontrolünde de ölçümler arasındaki korelasyonların 0.80 - 0.90 gibi yüksek değerlerde toplandığı gösterilmiştir.

SCL-90-R'nin güvenilirliği ile ilgili bir başka alışma Tufan tarafından 1985 yılında yapılmıştır. 341 lise öğrencisinden toplanan bilgiler, ruhsal belirti tarama listesinden elde edilen toplam puanlar (GSI) ile, listeden elde edilen dokuz esas belirti leklerinin puanları arasında korelasyonlar 0.70 - 0.91 gibi yüksek ve önceki çalışmalara benzer düzeyde bulunmuştur (Tufan 1977).

Böylece yapılan çalışmaların sonuçlarına göre, SCL-90-R'nin geçerli ve güvenilir bir ruhsal belirti lme aracı olduğu kabul edilmiştir.

SCL-90-R'nin Uygulama Alanı ve Türkiye'deki Uygulamalar

Bireyin yakın zaman içindeki psikolojik semptom durumunu ölçen SCL-90-R'nin geniş bir kullanım alanı vardır. Çok çeşitli insan gruplarına uygulanabilir. Formal, psikiyatrik hastaların yanısıra, alkoliklere, ilac alışkanlığı olanlara, kanser hastalarına, kalp hastalarına, nörolojik hastalara ve diğer Őikayetleri olan medikal hastalara uygulanabilmektedir. (Derogatis, 1977 s.5-6 Aktaran, Tufan 1977).

Yapılan literatür incelemesinde SCL-90-R'nin, bu araştırmanın amacına paralel bir biçimde, yani istemli düşük yapan bir kadın grubuna müdahaleden önce ve müdahaleden sonra semptom farklılıklarını belirlemek amacı ile yapılan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte bazı çalışmalarda kullanıldığı görülmüştür.

SCL-90-R ilk kez Birsz tarafından orjinaline sadık kalınarak Türkçeye uyarlanmış ve araştırmacının doçentlik tezinde kullanılmıştır. Birsz bu çalışmasında organik ve ruhsal hastalıklarda, hastalık öncesi yaşam değişimleriyle, hastalık dönemindeki ruhsal belirtileri araştırarak, sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırmıştır (Birsz 1980).

Bir başka çalışma Hayran tarafından gerçekleştirilmiş, Cubuk Merkez Sağlık Ocağını kullanan kişiler arasında ruhsal yönden geçmişte hasta olarak tanı almış olanlar ile, sağlık ocağına gelip de hiç ruhsal hastalık tanısı almamış olan kişiler, SCL-90-R testi yapılarak incelenmiştir (Hayran 1982).

Faktörler SCL-90-R'yi bir kız lisesinde ruhsal belirti taraması yapmak ve öğrencilerin ruhsal belirti düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak amacıyla yapmışlardır (Fickner, H ve C,1984 Aktaran, Tufan 1987).

Tufan ise Türkiye'ye dönen ikinci kuşak göçmen işçi çocuklarının psiko-sosyal durumları adlı çalışmasında SCL-90-R'yi Federal Almanya'dan dönen ve Ankara genel resmi liselerinde öğrenimlerine devam eden öğrencilerin, ruhsal belirti gösterme düzeylerini, Türkiye'deki sınıf arkadaşlarıyla karşılaştırmalı olarak incelemiştir (Tufan 1987).

Aile Değerlendirme Ölçeği (Family Assessment Device):

Aile değerlendirme ölçeği Amerika Birleşik Devletleri'nde Braun Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini veya getiremediğini belirleyen bir ölçü aracıdır. Westley ve Epstein'in 1969 yılından başlayarak gerçekleştirdikleri çalışmaların sonuçları, aile işlevlerinin, tek tek aile üyelerinin davranışlarından çok bir bütün olarak aile sistemine bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bulgulara dayanarak ADÖ bir bütün olarak aile sisteminin çeşitli boyutları hakkında bilgi toplamak ve bu bilgiyi direkt olarak aile üyelerinden almak amaçındadır (Epslein ve Bisshop, 1983, 171, Aktaran, Bulut 1990).

ADÖ, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile işlevleri modelinin (McMaster Model of Family Functioning MMFF) klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Bu ölçek

ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimini sağlıklı ve sağlıklı olarak ayırdedebilecek şekilde tanımlanmıştır.

ADÖ yedi alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlardan altı tanesi McMaster Aile işlevleri modelinde (MMFF) ele alınan alt ölçeklerdir. Ve herbiri aile işlevlerindeki alanlarını tek tek ele almaktadır. Yedinci alt ölçek ise ADÖ'nde eklenmiş olup, ailenin sağlıklı olup olmadığını genel olarak değerlendirmektedir. Yedi alt ölçek ve operasyonel tanımları aşağıda belirtilmiştir (Epstein, Boldwin, Bishop, 1983 171-180; Keitner, Miller, Fruzzetti 1987 242-254; Miller, Kabacoff, Keitner 1986 302-312, Aktaran, Bulut 1990).

Problem Çözme (Problem Solving):

Ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmaktadır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar.

İletişim (Communication):

Aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arası sözlü iletişimin içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini doğrudan doğruya ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır

Roller (Roles):

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarıdır. Görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu bir şekilde yerine getirilip getirilmemesini de içermektedir. Başka bir deyişle para, konut, giyim, yeme gibi ihtiyaçların karşılanması rollere bağlı olarak ele alınmaktadır.

Duygusal Tepki Verebilme (Affective Responsiveness):

Aile üyelerinin her türlü uyarınlara karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi ferahlık ifade eden duyguların yanı sıra: kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumlar da içerilmektedir.

Gereken ilgiyi Gösterme (Affective Involvement):

Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Önemli olan bu ilgi ve sevginin yönü, aktarılış biçimi ve dozajıdır.

Davranış Kontrolü (Behavior Control):

Ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimidir. Bu alt ölçekle psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekle ele alınmaktadır.

Genel Fonksiyonlar (General Functions):

Bu boyut, yukarıda ifade edilen altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

ADÖ 60 maddeden oluşmaktadır (Ek-1). Her madde aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden meydana gelmiştir. Ve her birisi yedi alt ölçekten bir tanesine aittir.

Hangi maddelerin hangi alt ölçeği açıklamak için kullanıldığı ve hangilerinin işlevlerde sağlıklılığını ve sağlıksızlığını gösterdiği çizelgede verilmiştir.

Cizelge 1: ADÖ'nde yer alan Maddelerin Alt Ölçeklere ve Sağlıklı, Sağlıksız işlevleri Gösterme Durumuna Göre Dağılımı.

	PRÇ	ILT	ROL	DTV	GİG	DKV	GNF
Sağlıklı işlevleri	2	3	10	49	-	20	6
Gösteren ifadeler	12	18	30	57	-	32	16
	24	29	40	-	-	55	26
	38	43	-	-	-	-	36
	50	59	-	-	-	-	46
	60	-	-	-	-	-	56
Sağlıksız işlevleri		14	4	9	5	7	1
Gösteren ifadeler		22	8	19	13	17	11
		35	15	28	25	27	21
		52	23	39	33	44	31
		-	34	-	37	47	41
		-	45	-	42	48	51
		-	53	-	54	-	-
		-	58	-	-	-	-

Kaynak: Bulut 1990.

Ölçeğin geçerlilik çalışması, 1983'de Epstein ve Bishop tarafından 218 normal 98 psikiyatrik hasta ailesine uygulanmış, iki grubun aldığı puanlar arası fark, istatistikî olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur ($P < 0.001$). İkinci geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1985 yılında yapılmış ölçeğin sosyal beğenirlik'ten etkilenmediğini göstermiştir (Bulut 1990).

Türkiye'de yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk etapta değişik kademelerde İngilizceden Türkçeye çevrilmiş ve çeşitli profesyoneller tarafından denetlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği (construct validity) bilinen grupların karşılaştırılması tekniği ile sınanmıştır. ADÖ bu anlamda 25 boşanma içinde 25 normal aileye uygulanarak tüm faktörlerde anlamlı farklılığın bulunduğu tesbit edilmiştir. Ölçek daha sonra içinde ruh hastası bulunan ve içinde ruh hastası bulunmayan aileye uygulanmıştır (Bulut 1990).

Araştırmada Belirti Tarama Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği dışında hazırlanan soru kağıtları:

Form 1.Kişisel özellikler soru kağıdı:

Kadınla ve eşiyle ilgili kişisel özelliklerini içeren 11 soru bulunmaktadır.

Form 2.Kadının Evlilik ve Doğurganlık Hikayesi soru kağıdı:

Kadının evliliği, gebelikleri ve sonuçları, çocukları, düşükleri ve düşükleriyle ilgili aile planlaması yöntemleri bilgi ve tutumları hakkında 14 soru bulunmaktadır.

Form 3.Bu düşük ile ilgili duygu, düşünceler soru kağıdı:

Kadının bu düşüğe ne zaman, kiminle, neden karar verdiği ve gebeliğini düşükle sonlandırmadan önce duygu, düşünceleri 13 soru ile test edilmektedir.

Form 4.Kadının isteyerek düşük yaptıktan sonra, düşük ile ilgili duygu,düşünceler soru kağıdı:

Kadının istemli düşük yaptıktan 1 ay sonra kadının bu düşüğe bağlı gelişen olaylar, psikolojik değişimler, sağlıkla ilgili sorunlar, kontraseptif bilgi ve kullanımıyla ilgili görüşlerini içeren 23 soru bulunmaktadır.

Görüşmecinin Gözlemleri:

Gerek 1. görüşmeden sonra (kadının müdahaleye girmeden 30 dakika önce) gerekse 2. görüşmeden sonra (müdahaleden 1 ay sonra) görüşmecinin kadına ilişkin: konuşması, hareketleri, davranışları, tavırları, yüz ve beden postürü genel değerlendirme bölümlerinden oluşmaktadır (EK 1).

Kadının gebeliğini istemli düşük ile sonlandırmak için müdahaleye girmeden 30 dakika önce 1. görüşme aşamasında, kadınlara;

1. Form 1 Kişisel özellikler soru kağıdı,
2. Form 2 Kadının evlilik ve doğurganlık hikayesi soru kağıdı,
3. Form 3 Bu düşük ile ilgili duygu-düşünceler soru kağıdı,
4. Aile değerlendirme ölçeği,
5. Belirti tarama ölçeği (FAD),
6. Görüşmecinin gözlemleri.

Kadının istemli düşük yaptığı tarihten 1 ay sonra 2. görüşme aşamasında, kadınlara:

1. Form 4 Kadının isteyerek düşük yaptıktan sonra, düşük ile ilgili duygu ve düşünceleri soru kağıdı,
2. Belirti tarama (SCL-90-R),
3. Görüşmecinin gözlemleri.

2.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ:

Araştırmanın 1. uygulama aşaması olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 1 ay içinde, istemli düşük yapan 58 kadınla görüşülmüştür. Görüşülen bu 58 kadından 42 tanesi 2. uygulama aşaması olan müdahaleden 1 ay sonra yapılacak ev görüşmelerini kabul etmişlerdir.

Her kadın için müdahalenin yapıldığı (istemli düşük) günden bir ay sonra görüşmelerin daha sağlıklı geçmesi için Üniversite mezunu bundan önce olan araştırma deneyimi olan bir bayan görüşmeci tutularak konu ile ilgili eğitilmiştir. Ve her kadın için müdahalenin yapıldığı (istemli düşük) günden bir ay sonra tek tek evlerine veya işyerlerine gidilerek (önceden telefonla

randevu alınmıştır) 2. görüşmeler tamamlanmıştır.

Toplanan veriler sınıflandırıldıktan sonra açık uçlu sorular ayrı ayrı sınıflandırıldı, bu sınıflandırmadan sonra kodlama yönergesi hazırlanarak veri kodlama kağıtlarına geçirildi.

Bu arada bilgi işlem için veriler ayrı ayrı simgeleştirilerek kodlama kağıtlarındaki veriler bilgisayara aktarıldı. Bilgisayardan ilk etapta çalışmanın marjinal dökümü yapıldı. Çıkan sonuçlar bazında ayrıntılı tablo ve istatistikler bilgisayardan daha sonra alınmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar bazında her veriye uygun olarak, yüzde, kümülatif yüzde, toplam puan, toplam puan ortalaması, faktör ortalaması, standart sapma, standart hata, iki ortalama arası fark test istatistiği, serbestlik derecesi, p olasılıkları, en yüksek, en küçük değer, varyans analizi gibi ölçütler kullanılmıştır.

Veriler uygun istatistikî paket programlar kullanılmak yoluyla sonuçların daha anlamlı kılınması sağlanmış ve farklı grafikler elde edilmiştir.

Araştırma Ekim 1990 yılından başlayarak Şubat 1992 yılına kadar sürecek zaman dilimi içinde gerçekleştirilmiştir (Ek-2).

Araştırmanın problem tesbiti sürecinden ciltlenmesi sürecine dek her aşamasında Halk Sağlığı, Kadın Doğum, Psikoloji, Psikiyatri, Epidemiyoloji, Biyoistatistik, Sosyal Hizmet konularındaki profesyonellerin bilgi ve tutumları araştırmanın bilimsel içeriğinin çizilmesi ve değerlendirilmesinde önem taşımıştır. Araştırmanın bütçe ve insan gücü Ek-3'de verilmiştir.

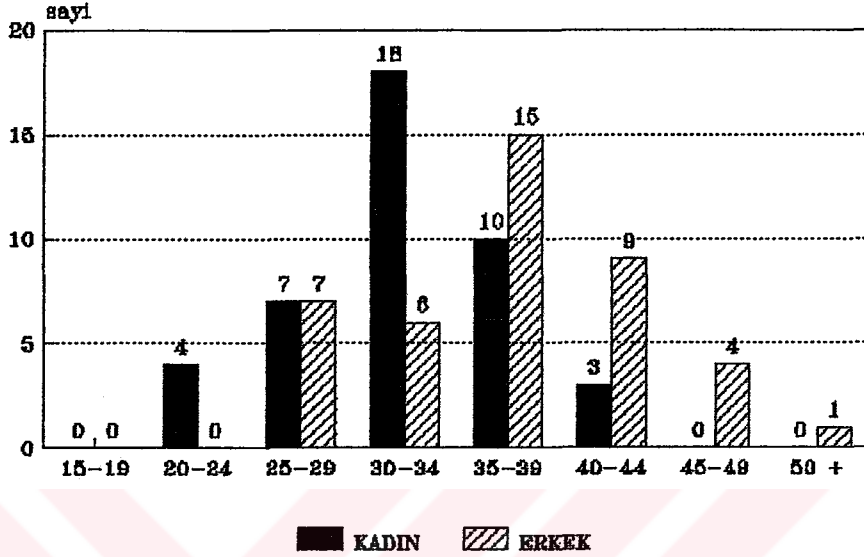
BÖLÜM III
BULGULAR

3.1- ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN KİŞİSEL, SOSYAL VE DEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ:

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlar, bu bölümde; aşağıdaki başlıklar altında kadınların ve eşlerinin kişisel özellikleri ile sosyal ve demografik yapıları açısından değerlendirilmiştir.

1. Kadınların ve eşlerinin yaşlara göre dağılımları,
2. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımı,
3. Kadınların ve eşlerinin yaptıkları işlere göre dağılımı,
4. Kadınların ve eşlerinin aldıkları ücrete göre dağılımı,
5. Kadınların ve eşlerinin bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarına göre dağılımı,
6. Kadınların doğdukları yerleşim yerlerine göre dağılımı,
7. Kadınların yaşamları boyunca en uzun kaldıkları yerleşim yerine göre dağılımı,
8. Kadınların şu anda yaşadıkları yerleşim yerine göre dağılımı,
9. Kadınların şu anda oturdukları ev biçimine göre dağılımı,
10. Evde oturan kişi sayısının dağılımı, (Aile büyüklüğü)
11. Kadınların ilk evlendikleri yaşlarına göre dağılımı,
12. Kadınların evli olarak geçirdiği toplam sürenin dağılımı,

GRAFİK 1:KADINLARIN VE EŞLERİNİN YAŞLARA GÖRE DAĞILIMI



Araştırma yaptığımız Şubat 1991 ayında, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda istemli düşük yapan kadınların yaş dağılımı 20-44 yaşları arasındadır. İsteyerek düşük yapan kadınların en yoğun olarak 30-34 yaşları arasında % 42.9 olduğu görülmektedir. Araştırma nüfusunda küçük (15) ve büyük (50 +) yaşlara gidildikçe yığınsal olarak bir azalma olduğu göze çarpmaktadır.

istemli düşük yapan kadınların eşlerinin yaşları incelendiğinde, en büyük yığını 35-39 yaş grubunda olan erkekler % 35.7 oluşturmaktadır. Kadınlarda olduğu gibi yaşlarda uç sınıra yöneldikçe azalma gözlenirken 25-44 yaş grubunda olan eşlerin kümülatif yüzdesi 88.1 dir. Bu sonuç araştırma nüfusu içinde, istemli düşük yapma kararı veren ailelerin 25-44 yaşları arasında orta yaş grubu aileler olduğunu göstermektedir.

Araştırma nüfusu içinde eğitim düzeyi oldukça heterojendir. Bu durum ülkemiz genelini yansıtmaktadır. Kadınların % 11.9'unun okuma yazması yok iken, en büyük yığın yüzdesi, ilkokul mezunu olan kadınlarda % 33.3 olduğu görülmektedir. Bu iki grubun kümülatif yüzdesi % 45.2 olarak kadınlarda da, eşlerinde de araştırmaya katılan nüfus grubunun yarısına yakındır. Kadınlarda ortaokul ve lise mezunu olanların oranı % 19 üniversite bitirenlerin ise oranı % 16.7'dir.

Yaş grafiğinde görüldüğü gibi eğitim seviyesi göz önüne alındığında da eşler arasında uyumlu bir orantının olduğu gözlenmektedir. Eşlerde (koca) askerlik vb. sebeplerden dolayı okuma-yazması olmayanlar yok iken ortaokul bitirenlerin oranı %14.3, lise bitirenlerin oranı 16.7'dir. Üniversite mezunu olan kocaların oranı ise % 23.8 olarak üniversite mezunu kadınlardan yüksektir.

Tablo 18: Kadınların ve Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim durumu		Sayı	Yüzde
Okuma Yazması yok	K	5	11.9
	E	-	-
İlkokul Mezunu	K	14	33.3
	E	19	45.2
Ortaokul Mezunu	K	8	19.0
	E	6	14.3
Lise Mezunu	K	8	19.0
	E	7	16.7
Üniversite Mezunu	K	7	16.7
	E	10	23.8
Toplam	K	42	100.0
	E	42	100.0

K= Kadın

E=Erkek (Eşi)

Tablo 19: Kadınların ve Eşlerinin Yaptıkları işlere Göre Dağılımı

Meslekler		Sayı	Yüzde
Ev Kadını	K	22	52.4
	E	-	-
Düşük Kademe Devlet Memuru	K	12	28.6
	E	20	47.6
Büyük Kademe Devlet Memuru	K	5	11.9
	E	9	21.4
Serbest Çalışan	K	2	4.8
	E	4	9.5
Esnaf - Ticaret	K	-	-
	E	1	2.4
İşçi	K	1	2.4
	E	8	19.0
Toplam	K	42	100.0
	E	42	100.0

Araştırma nüfusunun yaptıkları işlere göre dağılımlarını incelediğimizde, eğitim düzeyleri ile uyumlu bir dağılım görmekteyiz. Kadınlarda ev kadını olarak, evde çocukların bakımı büyütülmesi ve ev işleri yapanların oranı, toplam yığının % 52.4 gibi yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Bir işte çalışanların % 41.4'ü bir devlet kurumunda memur olarak çalışmakta ve bunların % 28.6'sı düşük dereceli devlet memurudur. 2 Kadın büro işlerinde serbest olarak 1 kadın da işçi olarak çalışmaktadır.

Kadınların eşlerinde ise % 47.6'sı düşük dereceli devlet memuru, % 21.4' yüksek dereceli devlet memuru olarak en büyük oranları oluşturmaktadır. işçi, serbest çalışan ve ticaretle uğraşanlarda bulunmaktadır.

Kadınların ve eşlerinin çalıştıkları işlerde aldıkları ücretlerinin dağılımına veya bireysel bir gelire sahip olup

olmadıklarına baktığımızda ev kadını olarak görülen grubun % 52.4 hiçbir bireysel gelirinin olmadığı görülmektedir. Diğer % 47.6 kadın grubu ise düşük gelir getiren işlerde çalışmaktadır. Yalnızca araştırma nüfusu içinde 3 kadın eğitim seviyesi, yüksek olduğu için orta ve üst düzeyde gelire sahiptir.

Bundan önceki tablolarda olduğu gibi alınan ücret konusunda da kadınlar ile eşleri arasında bir benzerlik vardır. Çalışmayan eş olmamasına rağmen çalışanların % 42.9'u 501-800 yüzbin ücret almaktadırlar. Dağılıma baktığımızda istemli düşük kararı veren ailelere ekonomik açıdan, bakıldığında % 60'ının dar boğazda olduğu görülmektedir.

Tablo 20: Kadınların ve Eşlerin Aldıkları Ücrete Göre Dağılımı

Aldıkları Ücret (000) Bin TL		Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Ücretsiz	K	22	52.4	52.4
	E	-	-	-
301-500	K	1	2.4	54.8
	E	2	4.8	4.8
501-800	K	8	19.0	73.8
	E	18	42.9	47.6
801-1200	K	6	14.3	88.1
	E	10	23.8	71.4
1201-1500	K	2	4.8	92.9
	E	5	11.8	83.3
1501-2000	K	1	2.4	95.2
	E	6	14.3	97.6
2001-2500	K	1	2.4	97.6
	E	1	2.4	100.0
2500 +	K	1	2.4	100.0
	E	-	-	-
Toplam	K	42	100.0	100.0
	E	42	100.0	100.0

K=Kadın

E=Erkek (Eşi)

Tablo 21: Kadınların ve Eşlerinin Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kuruluşlarına göre Dağılımı

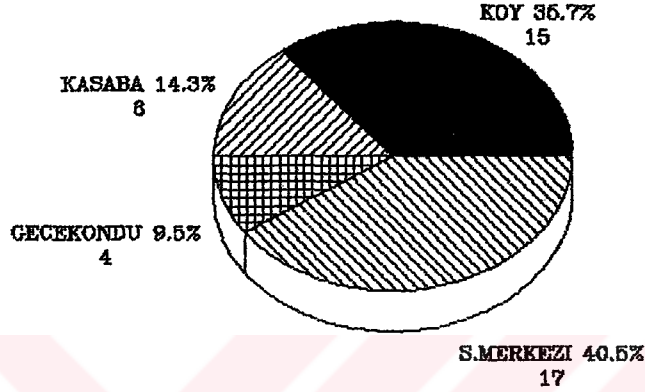
Sos.Güv.Kurumları		Sayı	Yüzde
Hiçbir Sos. Güv. Kur. Yok	K	23	54.8
	E	1	2.4
S.S.K	K	1	2.4
	E	18	42.9
Emekli Sandığı	K	17	40.5
	E	21	50.0
Bağkur	K	1	2.4
	E	2	4.8
Toplam	K	42	100.0
	E	42	100.0

K=Kadın . E=Erkek (Eşi)

Eğitim seviyesi düşük olduğu veya hiç olmadığı için hiçbir işte çalışmayan ve / veya çalıştırılmayan kadın, ev kadını olarak hiçbir ücret almamakta, günümüzde çıkartılan sosyal güvenlik sisteminden yararlanamamaktadır. Bu nedenle kadınların % 54.8'inin hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmadıkları, çalışan kadınların 40.5'i emekli sandığına ve birer kadının ise SSK ve Bağkur'a bağlı oldukları görülmektedir.

Kadınların eşlerinin (1 eş dışında) hepsi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup % 50'sinin emekli sandığı, % 42.9'u SSK ve % 4.8'i Bağkur'a kayıtlı olduğu görülmektedir.

GRAFİK 2:KADINLARIN DOĞDUKLARI YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE DAĞILIMI



istemli düşük yapma kararı vererek, Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran ve istemli düşükleri gerçekleştirilen araştırma nüfusunun çoğunluğu % 42.9 Ankara olmak üzere 18 aynı ilde doğmuştur. Bu illerin yayılımına baktığımızda iç Anadolu bölgesi (Ankara, Amasya, Çorum, Eskişehir, Kayseri, Kırşehir, Nevşehir, Tokat, Yozgat) % 71.4 olarak büyük çoğunluk taşır iken Karadeniz bölgesinden (Artvin, Samsun, Trabzon, Zonguldak) % 9.5 olarak ikinci büyük yığını oluşturmaktadır. Geriye kalanların doğum yeri Antalya, Bursa, Hatay, Kars, Elazığ'dır.

Kadınların doğdukları yerleşim yerine göre dağılımlarına baktığımızda, araştırma nüfusunun % 40.5 kent merkezlerinde, % 35.7'si köylerde, % 14.3'ü kasabada doğmuşlardır. % 9.5'inin doğum yeri ise gecekonduudur.

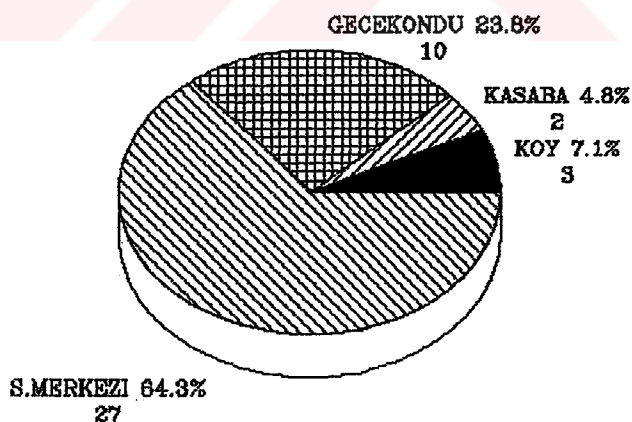
Sonuç olarak araştırma nüfusunun farklı ekonomik ve sosyal gelişmişlikleri olan illerde ve yerleşim yerlerinde doğdukları görülmektedir. bu açıdan grup içinde bir benzerlikten çok

heterojenlik görülmektedir.

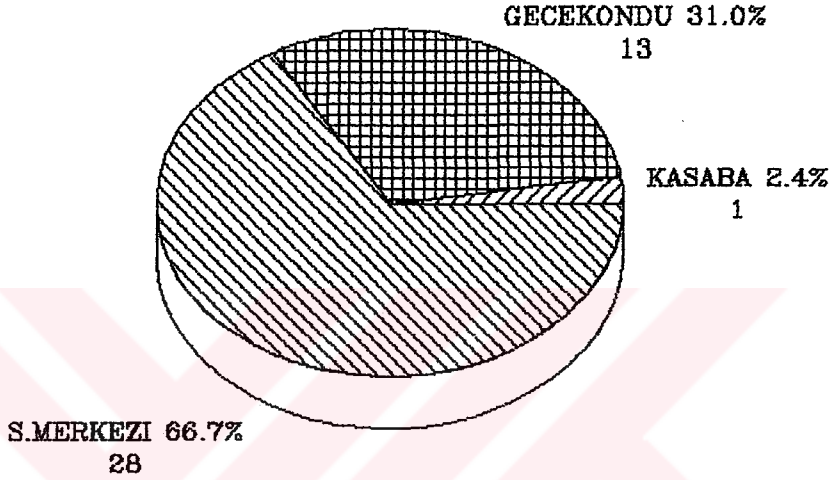
Arastırma nüfusu içindeki kadınların yaşamları boyunca kaldıkları yere (il) göre dağılımına baktığımızda; % 73.8 oranında kadının Ankara'da yaşamlarını geçirdikleri görülmektedir. Geriye kalan kadınların ise yaşamlarının çoğunu Antalya, Artvin, Çorum, Elazığ, Eskişehir, Kars, Samsun, Zonguldak illerinde geçirdikleri belirtilmiştir.

Kadınların yaşamları boyunca en uzun süre kaldıkları yerleşim yerlerine göre dağılımına baktığımızda ise; kadınların yukarıda belirtilen illerin % 64.3'ü şehir merkezinde, % 23.8'i şehir merkezine yakın geçekonu mahallelerinde, diğer % 7.1'i köy ve % 4.8'inin de kasabalarda yaşadıkları görülmektedir.

**GRAFİK 3:KADINLARIN YAŞAMLARI BOYUNCA
EN UZUN SÜRE KALDIKLARI YERLEŞİM YERINE
GÖRE DAĞILIMI**



**GRAFİK 4:KADINLARIN ŞU ANDA YAŞADIKLARI
YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE DAĞILIMI**



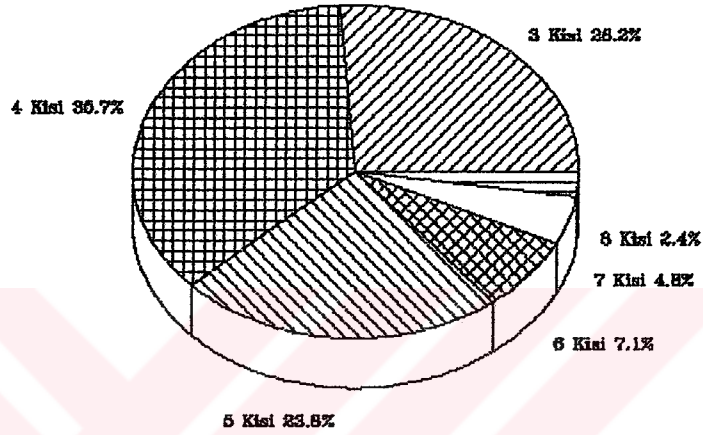
Araştırmaya katılan kadınların tamamı bugün için Ankara ili sınırları içinde oturmaktadır. Araştırma nüfusunun % 67.7'si şehir merkezinde yaşıyor iken % 31'i gecekondu'da, % 2.4'ü ise kasabada yaşamaktadır. Bundan önceki grafiklerde görülen köyde doğan veya yaşamlarının çoğunu köyde geçiren kadınların bugün için hiçbiri köyde yaşamamaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların tanıtımında diğer bir sosyo-ekonomik gösterge, kadınların şu anda oturdukları ev biçimleridir. Oturulan ev bundan önceki tablo ve grafiklerle birlikte kadının ve ailesinin yaşadıkları ev biçimi, kültürleri, eğitimleri, sağlık ve sosyal hizmetlerden yararlanma gibi pek çok etken açısından önemlidir. Bu açıdan bakıldığında araştırmaya katılanların % 76.2'si apartman dairesinde oturmakta, % 21.4'ü gecekonduda oturmakta yalnız 1 kadın ve ailesi ise bahçeli müstakil bir evde oturmaktadır.

Tablo 22: Kadınların Şu Anda Oturdukları Ev Biçimine Göre Dağılımı

Oturulan Ev Biçimi	Sayı	Yüzde
Müstakil Ev	1	2.4
Gecekondu	9	21.4
Apartment Dairesi	32	76.2
Toplam	42	100.0

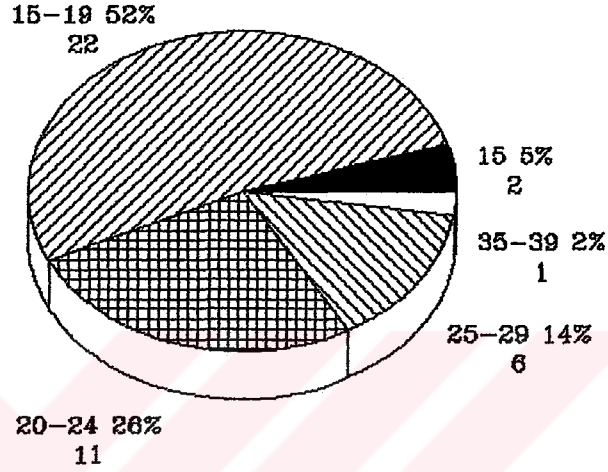
**GRAFİK 5:EVDE OTURAN KİŞİ SAYISININ
DAĞILIMI (Aile büyüklüğü)**



Bundan önceki sosyal yapı ile ilgili tablo ve grafiklerde görülen tüm özelliklerin yanında, araştırmaya katılan kadınların birlikte yaşadıkları kişi sayısındaki (aile büyüklüğü) dağılımında da farklılaşma vardır. Araştırma nüfusu içinde en fazla yoğunluğun % 35.7 oranında olmak üzere 4 kişilik ailelerde olduğu görülmektedir. 7 kişilik aile 4.8 oranında ve 8 kişilik 1 ailenin olduğuda çarpıcı bir veri olarak gözükmektedir. Araştırmaya katılan kadınların ailelerinin ortalama büyüklükleri ise 4.35'dir.

Kadınların yaşadıkları aile biçimlerine baktığımızda araştırma nüfusunun % 88.1'i çekirdek aile olarak yaşar iken 3 ailede kadının babası, eşin erkek kardeşi 1 ailede ise eşin babası ile birarada yaşamaktadır.

GRAFİK 6:KADINLARIN İLK EVLENDİKLERİ YAŞLARINA GÖRE DAĞILIMI

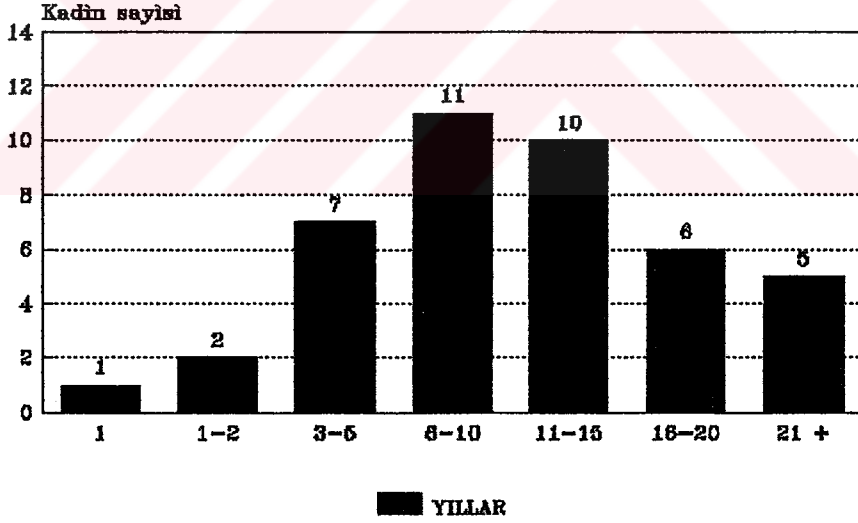


istemli düşük yapma kararı veren ve bu kararını uygulayan kadınlardan, araştırma nüfuzumuzu oluşturanların ilk evlenme yaşları incelendiğinde en büyük yığınının 15-19 yaş grubunda % 52 olduğunu görmekteyiz 20-24 yaşları arasında ilk evliliğini yapanların oranı % 26, 25-29 yaşları arasında ise % 14.3'dür. Bu arada 15 yaşından küçük evlenen araştırma gurubu içindeki kadınların oranı % 4.8 iken, 1 kadın 35-39 yaş dilimi içinde ilk evliliğini yapmıştır. İlk evlenme yaşı doğumları ve gebelikleri, dolayısıyla ana sağlığı ve aile planlamasını doğrudan etkileyen ögeler olması açısından önemlidir.

Kadınların evlenme biçimlerine baktığımızda görücü usulü olarak evlenenlerin % 57.1 tanışıp anlaşarak evlenenlerin ise % 42.9 olduğu görülmektedir.

Erken yaşlarda evlendikleri görülen ve kişisel özellikler Tablo-Grafiklerde çoğunun 25-39 yaşlarında olduğu belirtilen araştırma nüfusunda, evli olarak geçirilen toplam süre Aşağıdaki grafikte de görüldüğü gibi uc noktalara gidildikçe (-1 : 21 +) evlilikte geçirilen sürede bir azalma gözlenirken yığın 6-10 yıldır evli olan kadınlarda % 26.2 görülmektedir. Bununla birlikte 11-15 yıldır evlilik yaşantısı olan kadınların oranı ise % 23.8'dir. Bu iki oran araştırma nüfusunun yarısını oluşturmaktadır. Bir yıldan daha az evliliği olmasına rağmen bu gebeliğini düşükle sonlandıran kadınların oranı % 2.4 iken 21 yılın üstünde evli iken bu gebeliğini düşükle sonlandıran kadınların oranı % 11.9'dur.

**GRAFİK 7:KADINLARIN EVLİ OLARAK
GEÇİRDİĞİ TOPLAM SÜRENİN DAĞILIMI
(YIL)**

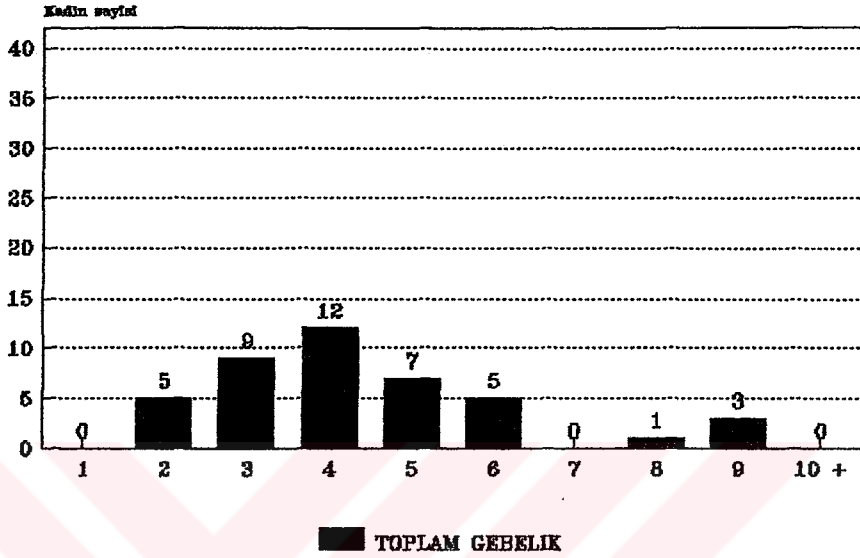


3.2- ARASTIRMA NÜFUSUNUN DOGURGANLIK ÖZELLİKLERİ

Bulguların bu bölümünde araştırma kapsamındaki kadınların doğurganlık özellikleri 8 temel başlık altında incelenmeye çalışılmıştır.

1. Kadınların, bu gebelik dahil toplam gebelik sayılarına göre dağılımı,
2. Kadınların şu ana kadar yaptıkları canlı doğum sayılarına göre dağılımı,
3. Kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımı,
4. Kadınların ideal çocuk sayısı konusunda verdikleri yanıtların dağılımı,
5. Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların çocuk isteme durumlarının dağılımı,
6. Kadınların yaşayan en küçük çocuklarının yaşlarına göre dağılımı,
7. Kadınların bu gebeliğinden önce, en son gebe kaldıkları tarihe göre (zaman aralığına) dağılımı,
8. Kadınların bu gebelikten önceki gebeliklerinin sonuçlarının dağılımı,

GRAFİK 8:KADINLARIN BU GEBELİKTE DAHİL TOPLAM GEBELİK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI

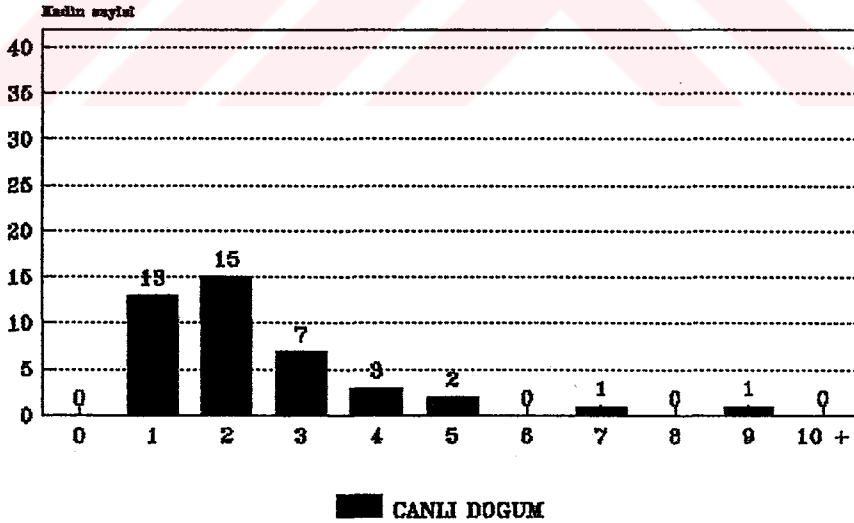


Kadınların istemli düşük yaptıkları bu gebelik dahil toplam gebelik sayıları arasında bir farklılık gözükmemektedir. Araştırma nüfusu içinde en büyük yığınının 4 gebelik olmak üzere %28.6'dır. 3 toplam gebeliği olanların oranı ise %21.4, 2 ve 6 toplam gebeliği olanların oranı % 11.9'dur. Bu arada toplam gebelikleri açısından çok yüksek iki değer 8 ve 9 gebelik olup oranı % 7.1'dir. Araştırma nüfusu içinde hiçbir kadının bu ilk gebeliği değildir. Araştırma nüfusu içindeki 1 kadına düşen ortalama gebelik sayısı ise 4.4'dür.

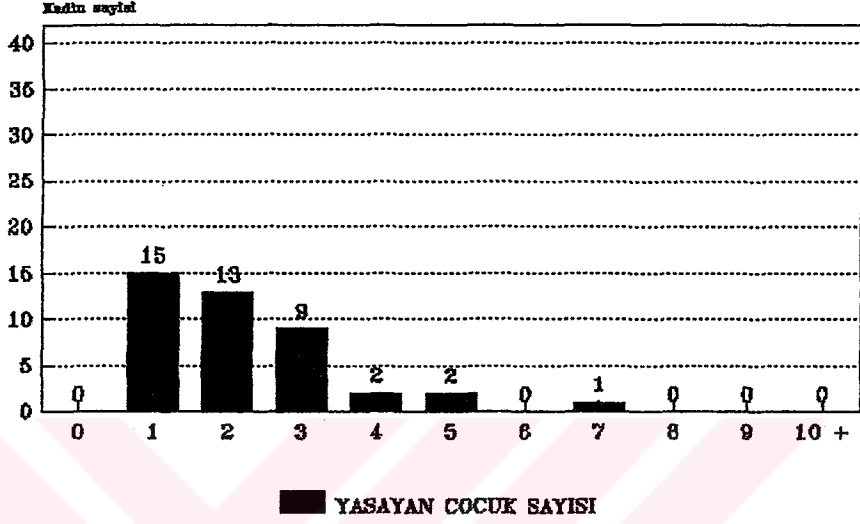
Araştırmaya katılan kadınların bugüne kadar yaptıkları canlı doğum sayılarına göre dağılımları incelendiğinde, 1 ve 2 canlı doğum yapanların oranı % 66.7 ile araştırma grubunun yarısından çok daha fazladır. Canlı doğum sayısı yükseldikçe, oranlar düşer iken 7 ve 9 canlı doğum yapmış birer kadının olduğu görülmektedir. Araştırma nüfusu içinde tüm kadınların en az 1 canlı doğum yaptıkları görülmektedir 1 kadına düşen ortalama canlı doğum ise 2.4 olarak görülmektedir.

Kadınların şu ana kadar ki ölü doğum sayılarına göre ortalamalarına baktığımızda araştırma nüfusunun % 9.5'inin bundan önce 1 er ölü doğum deneyimi olduğu görülmektedir. Araştırmada 1 kadına düşen ortalama ölü doğum sayısı 0.009'dur.

GRAFİK 9:KADINLARIN ŞU ANA KADAR YAPTIKLARI CANLI DOĞUM SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI



GRAFİK 10:KADINLARIN YAŞAYAN ÇOCUK SAYILARINA GÖRE DAĞILIMI

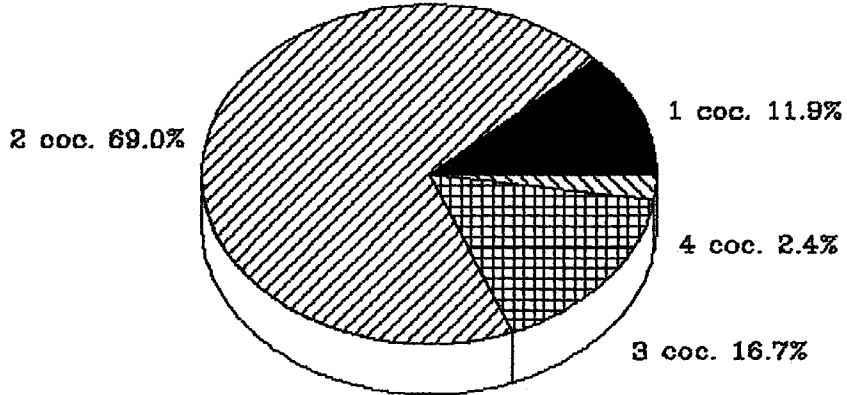


Araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuk sayılarının dağılımına bakıldığında, çocuk sahibi olmayan kadın bulunmadığını görülmektedir. Bununla birlikte sadece 1 kadın 7 çocuğa 2 kadın 4, 2 kadın da 5 çocuğa sahiptir. yoğunluk açısından 1 çocuğa sahip olanların % 35.7 ve toplam 2 ve 3 çocuğa sahip olan ailelerin oranının % 88.1 olduğu görülmektedir. Ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 2.05'dir.

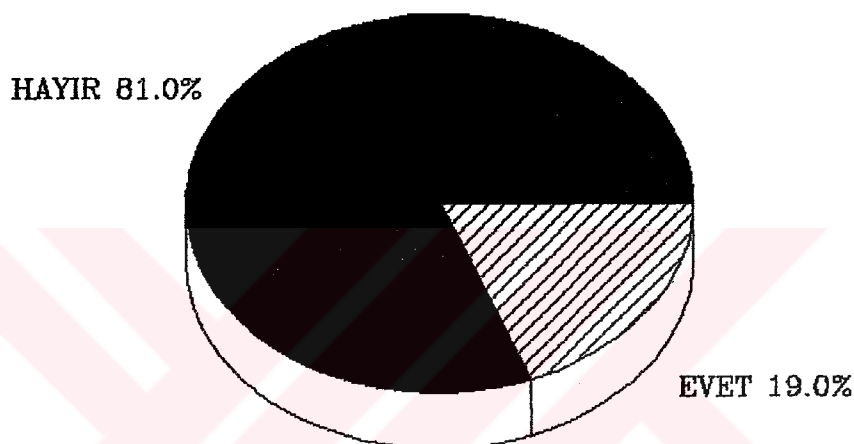
Bir önceki grafikte araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımına bakılmış ve bu kadınların ortalama 2.05 yaşayan çocukları olduğu görülmüştü. Aynı kadınların ideal çocuk sayısı konusunda verdikleri yanıtlarda bundan önceki tablo ile son derece uyumlu bir grafik çizmektedir.

Kadınların ideal çocuk sayısı konusunda verdikleri yanıtların dağılımında % 69 kadının 2 çocuk sahibi olmak istediği, % 11.9'unun tek çocukta karar kıldığı, % 16.7 oranındaki kadının 3, 1 kadının ise 4 çocuğunun ideal çocuk olduğunu belirttikleri görülmektedir. sonuç olarak kadınların ortalama ideal çocuk sayılarının 2.1 olarak yaşayan çocuk sayıları ile çok yakın bir paralellik taşıdığı görülmektedir.

GRAFİK 11:KADINLARIN İDEAL ÇOCUK SAYISI KONUSUNDA VERDİKLERİ YANITLARIN DAĞILIMI



**GRAFİK 12: GEBELİKLERİNİ DÜŞÜKLE
SONLANDIRAN KADINLARIN ÇOCUK İSTEME
DURUMLARININ DAĞILIMI**



Bu gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran araştırma nüfusumuzun bu düşüktan sonra tekrar çocuk isteme dağılımları incelendiğinde % 81 kadının bir kez daha çocuk yapmak istemediğini ortaya çıkarmaktadır. % 19 kadın ise bundan sonra uygun koşul ve zamanda tekrar çocuk yapmak istediğini belirtmiştir.

Özellikle bundan sonra çocuk istemeyenlerin oranının bu kadar yüksek oluşunda bundan önceki grafiklerde görülen kadınların yaşayan çocuk sayıları ile ideal çocuk sayıları arasındaki uyumun korunmasında bir faktör olabilir diye düşünülebilir.

Araştırma nüfusu içindeki kadınların toplam 185 çocuklarından, yaşayan en küçük çocuklarının cinsiyetleri açısından incelediğimizde % 18'inin kız, % 24'ünün ise erkek olduğunu görmekteyiz.

Yaşayan en küçük çocukların yaşları açısından incelendiğinde, Araştırmaya katılan kadınların çoğunun yaşları 25-35 arasında olmasına rağmen, erken yaşlarda evlenmelerinden olacak en küçük çocuklarının yaşları 10 ve 10'un üstünde olanların oranı % 21.4 olarak görülmektedir. 1-5 yaşları arasında olanların oranı % 45.2, 6-9 yaşları arasındaki çocukların oranı ise % 33.4'dür.

Tablo 23: Kadınların Yaşayan En Küçük Çocuklarının Yaşlarına Göre Dağılımı

Yaşlar (Yıl)	Sayı	Yüzde
1	2	4.8
2	4	9.5
3	5	11.9
4	6	14.3
5	2	4.8
6	5	11.9
7	2	4.8
8	4	9.5
9	3	7.2
10	2	4.8
11	1	2.4
13	4	9.5
14	1	2.4
15	1	2.4
Toplam	42	100.0

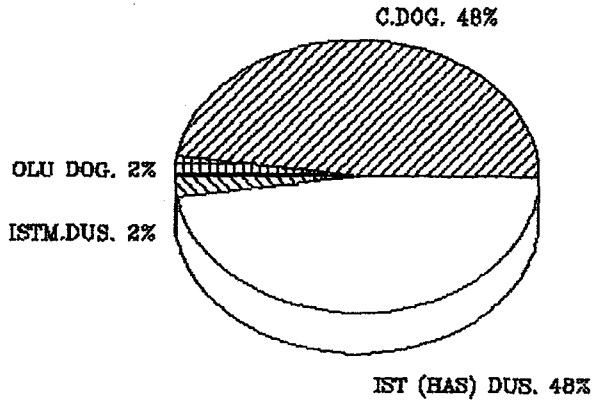
Tablo 24: Kadınların Bu Gebeliğinden Önce, En Son Gebe Kaldıkları Tarihe (Zaman Aralığına) Göre Dağılımı

Zaman Aralığı	Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
- 1 Yıl	6	14.3	14.3
1-2 Yıl	12	28.6	42.9
3-5 Yıl	13	31.0	73.8
6 + Yıl	11	26.2	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Araştırma içinde bulunan kadınların, bundan önceki gebeliklerinin çok kısa zamanlar önce olduğu görülmektedir. Bundan önceki 1 yıldan az süre önce olanların oranı % 14.3 iken bundan önceki gebeliği ile bu gebelik arası 2 yıldan az olanların oranı % 42.9'dur. En fazla ise 6 yıl önce bir önceki gebeliği yaşayanların oranı % 26.2'dir (Tablo 25).

kadınların, bundan önceki gebeliklerinin % 48'i isteyerek hastanede düşük olması ve canlı doğumlarda isteyerek düşük kadar olması araştırma için son derece önemli bir bulgudur.

**GRAFİK 13:KADINLARIN BU GEBELİKTE
ÖNCEKİ GEBELİKLERİNİN SONUÇLARININ
DAĞILIMI**

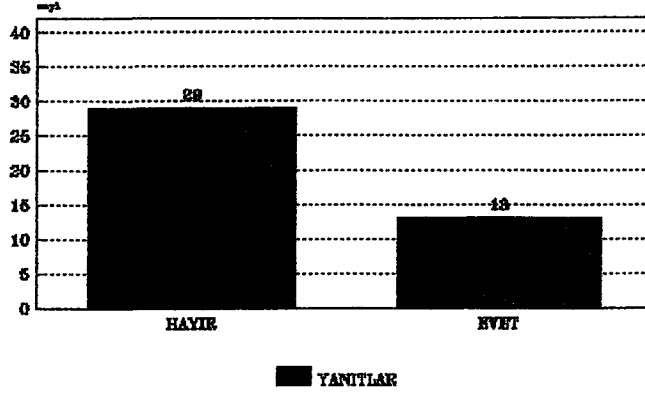


3.3- ARASTIRMA NÜFUSUNUN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ BİLGİ DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ:

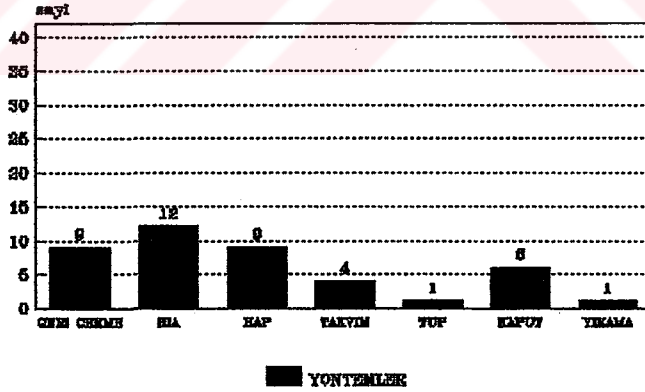
Bu bölümde gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların evlenmeden önce; eğer varsa bundan önce yaptıkları düşüklerden önce ve sonra; ve bu istemli düşükten önce ve sonra aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi-davranış özellikleri aşağıdaki başlıklar altında toplanmıştır.

1. Kadınların, evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini bilmelerinin dağılımı,
2. Evlenmeden önce aile planlaması yöntemi bilenlerin, bildikleri yöntemlerin dağılımı,
3. Kadınların, evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini bilenlerin bu bilgiyi, öğrendikleri yerlerin dağılımı,
4. Kadınların bundan önce yaptıkları düşükten önce aile planlaması yöntemlerini bilmelerinin dağılımı,
5. Kadınların bundan önce yaptıkları düşüklerden önce kendisi veya kocasının gebeliği önleyici yöntem kullanma dağılımı,
6. Bu gebelikten önce kadın veya kocasının yöntem bilme dağılımı,
7. Bu gebelikten önce kadın veya kocasının gebeliği önleyici yöntem kullanma dağılımı,
8. Kadınların bu istemli düşükten sonra aile planlaması yöntemlerini bilme dağılımı,
9. Kadınların istemli düşük yaptıktan sonra bildikleri aile planlaması yöntemlerinin dağılımı,
10. istemli düşük yaptıktan 1 ay sonra aile planlaması yöntemlerini bilenlerin öğrendikleri yer,
11. Eve döndükten sonra aile planlaması yöntemi kullanma dağılımı,
12. Eve döndükten sonra aile planlaması yöntemi kullananların kullandıkları yöntemler,

GRAFİK 14:KADINLARIN EVLENMEDEN ÖNCE
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ
BİLMELERİNİN DAĞILIMI



GRAFİK 15:EVLENMEDEN ÖNCE AİLE
PLANLAMASI YÖNTEMİ BİLENLERİN BİLDİKLERİ
YÖNTEMLERİN DAĞILIMI



Araştırmaya katılan kadınların evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini bilme dağılımına baktığımızda , araştırma nüfusunun % 69'u evlenmeden önce hiçbir aile planlaması yöntemini bilmez iken, % 31'i evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini

bildiklerini belirtmişlerdir (Grafik 14).

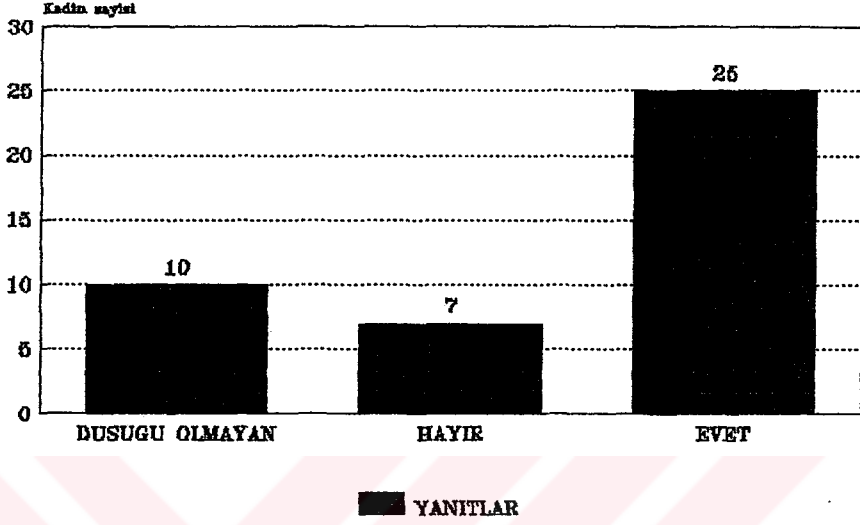
Evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini bildiklerini belirtenler çoğunluğu RiA'yı, Hap'ı ve gericekmeyi bilmekte olduğunu belirtmiştir. takvim, kaput ve yıkama yöntemleri daha az bilinmektedir. Aile planlaması yöntemlerini etkin ve etkin olmayan yöntemler açısından sınıflarsak etkin kontraseptif yöntem bilen kadınların oranı araştırma nüfusu içinde % 25'in altındadır (Grafik 14'de aile planlaması yöntemlerini bildiklerini belirten kadınların her bir yöntemi bilme dağılımları verilmiştir).

Araştırma nüfusu içinde evlenmeden önce aile planlaması yöntemlerini bildiklerini söyleyenlerin % 31 bu yöntemleri öğrendikleri yerler açısından dağılımlarına baktığımızda, % 11.9'u arkadaşlarından, % 11.9'u kitap, dergi ve gazetelerden, % 4.8'i okuldan öğrendiklerini yalnız bir kadın ise aile planlaması yöntemlerini ailesinden öğrendiğini belirtmiştir (Tablo 26).

Tablo 25: Kadınlardan Evlenmeden Önce Aile Planlaması Yöntemlerini Bilenlerin Öğrendikleri Yerlerin Dağılımı

Öğrendiği Kaynak	Sayı	Yüzde
Aileden	1	2.4
Okuldan	2	4.8
Kitaplardan	3	7.1
Dergi ve Gazetelerden	2	4.8
Arkadaşlarından	5	11.9
Kullanmayan	29	69.0
Toplam	42	100.0

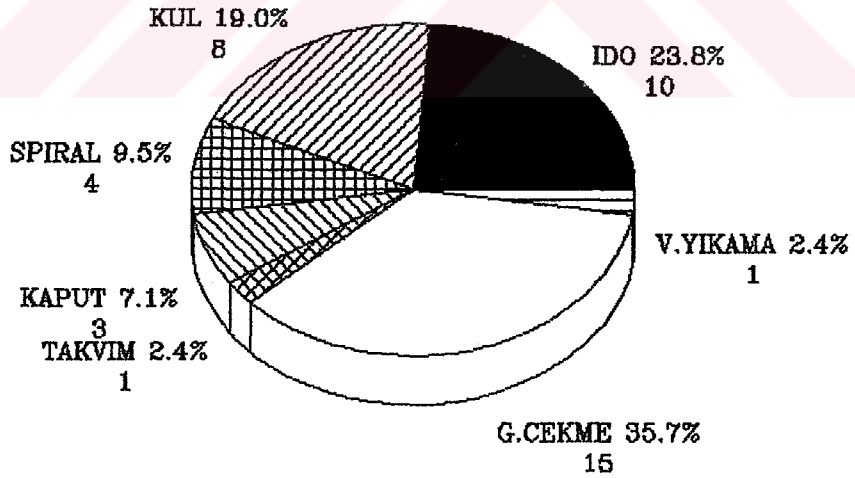
GRAFİK 16:KADINLARIN BUNDAN ÖNCE YAPTIKLARI DÜŞÜKTEN ÖNCE KONTRASEPTİF YÖNTEMLERİNİ BİLİP BİLMEMELERİNİN DAĞ.



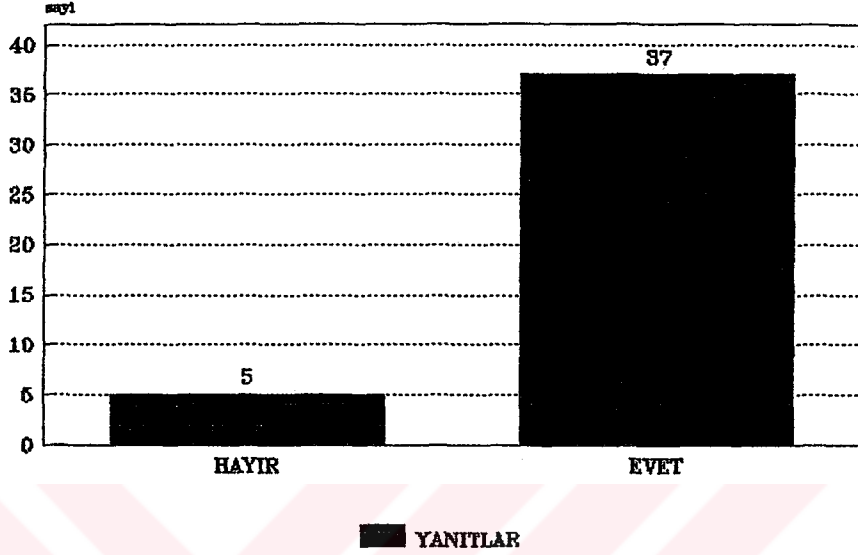
Arastırma nüfusunun bundan önceki düşüklerinde aile planlaması yöntemlerini bilmelerinin dağılımı incelendiğinde % 23.8'inin bundan önce düşüğü olmadığı görülür iken, bu oranın dışında araştırmaya katılan kadınların % 59.5'inin bundan önceki düşüklerinden önce aile planlaması yöntemlerini bildiğini görmekteyiz. Aile planlaması yöntemlerini bilmeyenlerin oranı ise % 16.7'dir.

Grafik 17 de kadınların % 59.5'inin bundan önceki düşüklerinden önce aile planlaması yöntemlerini bildikleri vurgulanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların bundan önceki düşüklerden önce veya sonra kullandıkları aile planlaması yöntemlerini incelediğimizde % 35.7 ile geri çekme en çok kullanılan yöntem olarak dikkati çekmektedir. Aile planlaması yöntemi kullanan kadınlarda etkin olmayan yöntem kullananların oranı (geri çekme, vajen yıkama, takvim) % 40.5 iken etkin yöntem kullananların oranı % 16.6 olarak gözlenmektedir. Bu arada % 19 oranında kadın ve kocası hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

GRAFİK 17:KAD.BUNDAN ÖNCE YAPTIKLARI DÜŞÜKLERDEN ÖNCE KENDİSİ VEYA KOCASININ YÖNTEM KULLANMA DAĞILIMI



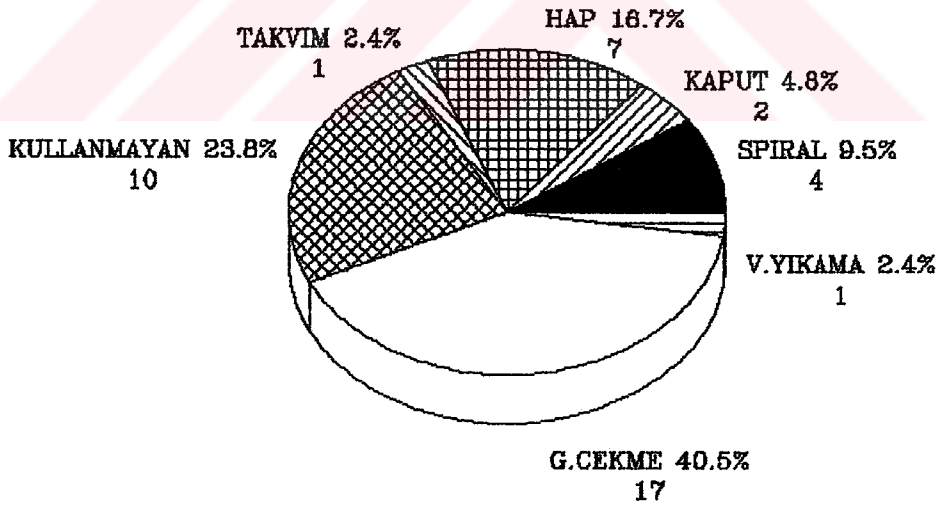
GRAFİK 18:BU GEBELİKTE ÖNCE KADIN VEYA
KOCASININ YÖNTEM BİLME DAĞILIMI



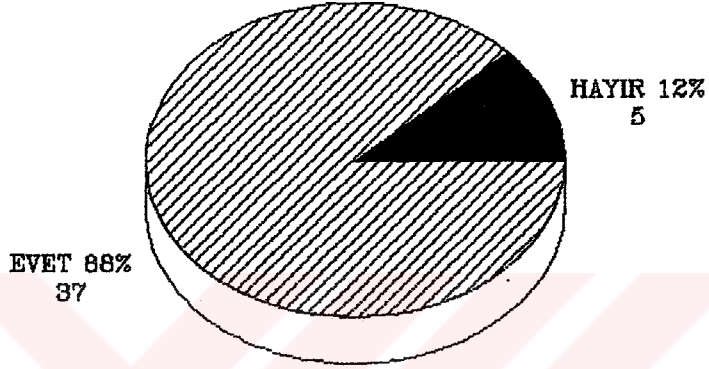
Araştırma nüfusu içinde gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların bu gebeliklerinden önce aile planlaması yöntemlerini bilme dağılımlarını incelediğimizde % 88.1 oranında kadının bu gebelikten önce aile planlaması yöntemlerini biliyorum yanıtını verdiklerini görmekteyiz, % 11.9 kadın ise bu gebeliklerinden önce de hiçbir aile planlaması yöntemini bilmediğini belirtmiştir.

Arastırma nüfusu içinde bu gebelikten önce kadın veya kocasının aile planlaması yöntemlerinden birini kullanım dağılımı incelendiğinde % 40.5 ailenin geri çekme yöntemiyle korunduğunu görmekteyiz. Etkin olmayan aile planlaması yöntemiyle korunanların oranı % 44.9 iken, etkin aile planlaması yöntemi kullananların oranı % 31'dir. Bu arada % 23.8 kadın ve kocası ise istemli düşükle sonlandırdıkları gebeliklerinden önce aile planlaması yöntemlerinin hiçbirini kullanmadıklarını belirtmişlerdir.

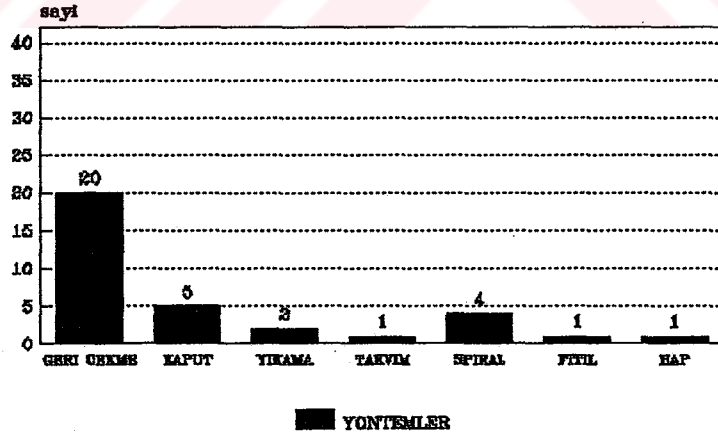
GRAFİK 19:BU GEBELIKTEN ÖNCE KADIN VEYA KOCASININ GEBELİĞİ ÖNLEYİCİ YÖNTEMLERDEN BİRİNİ KULLANIM DAĞILIMI



GRAFİK 20:KADINLARIN İSTEMLİ DÜŞÜK YAPTIKTAN 1 AY SONRA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİ BİLME DAĞILIMI



GRAFİK 21:KADINLARIN İSTEMLİ DÜŞÜK YAPTIKTAN SONRA BİLDİKLERİ AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN DAĞILIMI



Araştırma nüfusumuz içinde gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların eve döndükten 1 ay sonra aile planlaması yöntemlerini bilenlerin oranı % 81.1 iken bu düşükten sonraki 1 ay içindedeyine aile planlaması yöntemlerini bilmeyenlerin

oranı % 11.9'dur. Bu oranlar bu gebelikten önce aile planlaması yöntemlerini bilme dağılımları ile aynıdır (Grafik 13).

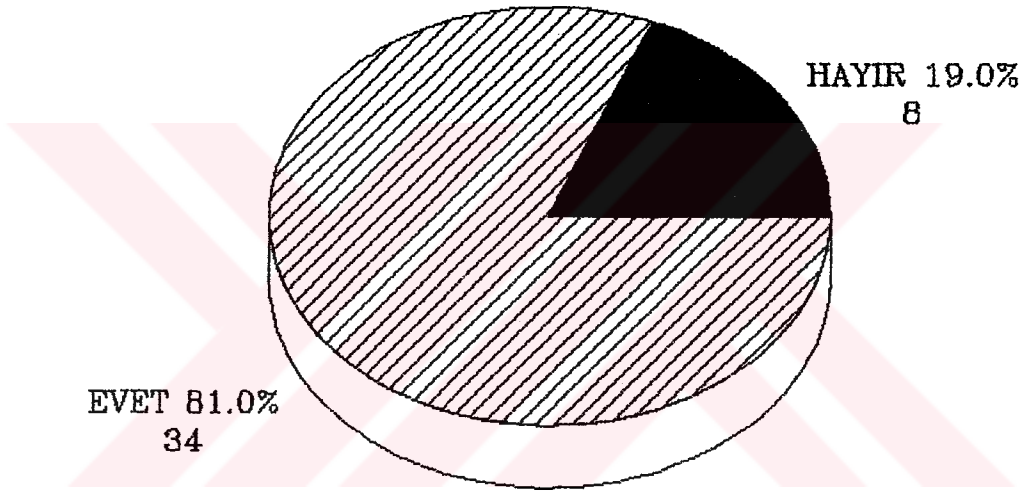
Araştırmaya katılan kadınların istemli düşük yaptıktan 1 ay sonra hangi aile planlaması yöntemlerini bildiği dağılımına baktığımızda en yaygın bilinen yöntemlerin RiA olduğunu görürüz, daha sonra geri çekme, hap, kaput ve fitilde kadınların bildikleri yöntemler arasındadır. Araştırmada düşükten 1 ay sonraki yapılan ev görüşmelerinde kadınların 1 den çok yöntemi öğrendikleri görülmektedir. Bu sonuçlar bu kadınların evlenmeden önce bildikleri yöntemlerden çok daha fazladır. Ayrıca bu düşükten sonra kadınların bundan önce çok önemsemedikleri etkin kontraseptif yöntemlerini daha çok öğrendikleri de grafikte görülmektedir (Grafik 20).

Araştırma nüfusundaki kadınların istemli düşük yaptıktan 1 ay sonra aile planlaması yöntemlerini tekrar nereden öğrendikleri sorulduğunda en çok arkadaşlardan öğrendikleri oranı % 26.1, arkadaşlarından, % 35.8 televizyon, radyo ve dergi gazete, % 11.9 sağlık kuruluşlarından öğrendiklerini belirtirken evlenmeden öncede var olan ailesindeki aile planlaması öğrenen kadın sayısı yine 1'dir.

Tablo 26: Şu Anda Aile Planlaması Yöntemleri Bilenlerin Öğrendikleri Yere Göre Dağılımı

Öğrendiği Kaynak	Sayı	Yüzde
Aileden	1	2.4
Dergi ve Gazeteden	5	11.9
Sağlık	5	11.9
Arkadaşlarından	11	26.1
Televizyon / radyo	10	23.9
Kitap Broşür	5	11.9
Bilmeyen	5	11.9
Toplam	42	100.0

**GRAFİK 22: EVE DÖNDÜKTEN SONRA
AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA
DAĞILIMI**

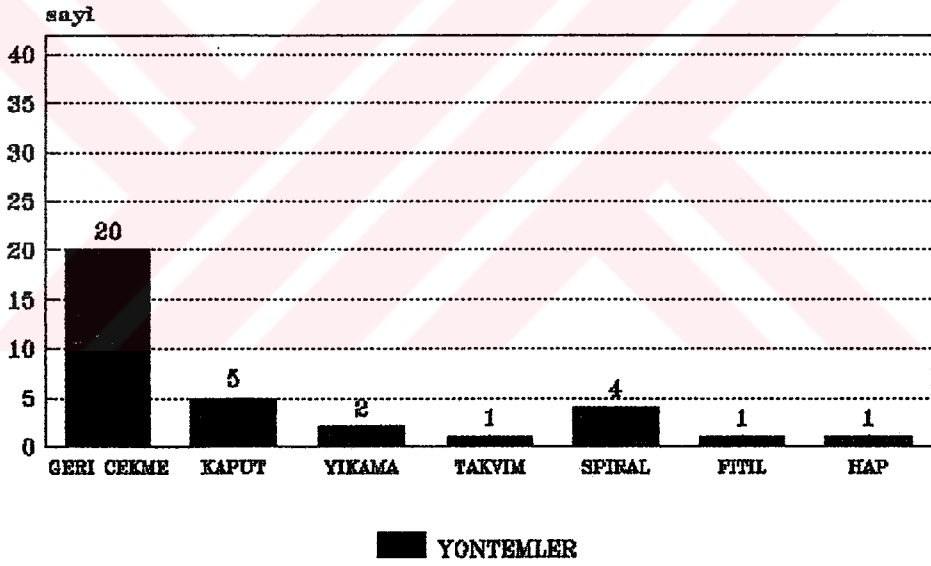


Araştırma nüfusu içindeki kadınların istemli düşük yapıp eve döndükten sonraki günlerde aile planlaması yöntemlerini kullanım dağılımına baktığımızda, % 81'inin aile planlaması yöntemlerini kullandıkları görülmektedir. Eve döndükten sonra aile planlaması yöntemlerini kullanmayanların oranı ise % 19'dur (Grafik 14).

Araştırmaya katılan, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan eve döndükten sonra aile planlaması yöntemlerini kullanmayan % 19 oranında kadının kullanmama nedenleri ise Grafik 19'da gördüğümüz araştırma nüfusumuz içindeki kadınlardan eve döndükten sonraki günlerde aile planlaması yöntemi kullanan % 81 oranındaki kadın ve kocasının kullandıkları aile planlaması yöntemlerine baktığımızda, tüm

yöntem kullanan kadınlardan yarısından fazlası % 59 geri çekme ile korunur iken, etkin olmayan aile planlaması yöntemleriyle korunan kadınların oranı % 21'dir. Etkin aile planlaması yöntemiyle korunan kadınların sayısı ise % 29'dur. Etkin aile planlaması yöntemlerinden en çok kaput ve spiralın kullanıldığı araştırmada elde edilen bir başka bulgudur.

GRAFİK 23: EVE DÖNDÜKTEN SONRA AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANANLARIN KULLANDIKLARI YÖNTEMLERİN DAĞILIMI

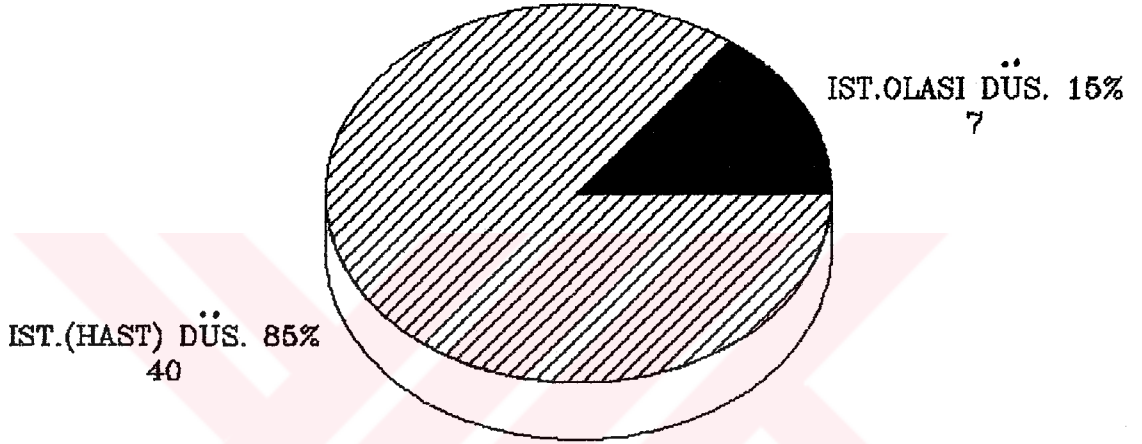


3.4- ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN KADINLARIN BU GEBELİKLERİ VE İSTEMLİ DÜŞÜGE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ:

Araştırma nüfusumuzu oluşturan kadınların, bu bölümde gebeliklerini düşükle sonlandırma özellikleri ile bu gebeliklerini istemli düşükle sonlandırılmasına ilişkin özellikleri 10 temel başlık altında incelenmiştir.

1. Kadınların yaptıkları düşük biçimleri ve sayılarının dağılımı
2. Kadınların istemli düşüklerinin sayısal dağılımı,
3. Kadınların bu gebeliklerinden önce çocuk isteme dağılımı,
4. Kadınların bu gebeliklerini düşükle sonlandırmaya karar verdikleri gebelik sürelerinin dağılımı,
5. Kadınların bu gebeliği istemli düşükle sonlandırmaya kimlerle karar verdiklerinin dağılımı,
6. Kadınların bu gebeliği istemli düşükle sonlandırmalarında etkili olan konulara göre dağılımı,
7. İstemli düşüğün hangi durumlarda yapılmasının kadınların verdikleri yanıtlara göre dağılımı,
8. İsteyerek düşük yapmanın bir aile planlaması yöntemi olup olmamasının kadınların verdikleri yanıtlara göre dağılımı,
9. Bu gebeliği düşükle sonlandıran kadınların tekrar çocuk yapma eğilimleri,
10. Kadınların tekrar çocuk istemedikleri halde gebe kalırlarsa isteyerek düşük yapma eğilimleri,

GRAFİK 24:KADINLARIN YAPTIKLARI DÜŞÜK BİCİMLERİ VE SAYILARININ DAĞILIMI

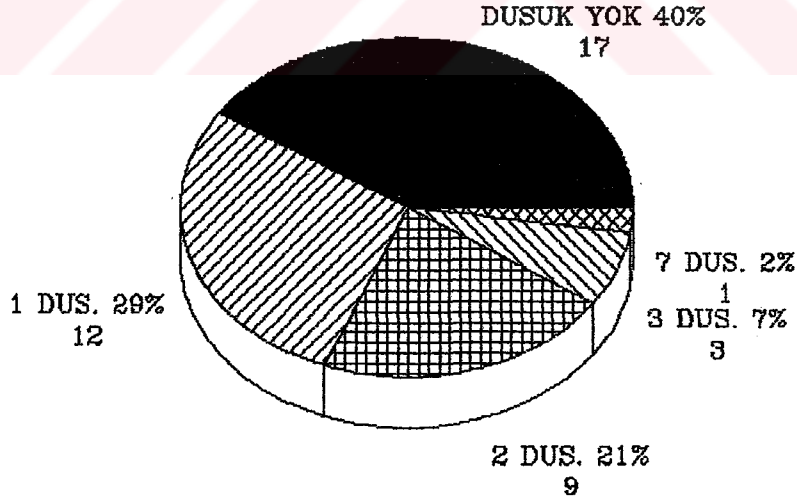


Araştırma nüfusumuzu oluşturan gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların bundan önce yaptıkları düşük biçimlerine baktığımızda, kadınların hiçbirinin geleneksel motodlarla istemli düşük yapmadıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların bundan önce toplam 4.7 düşük yaptıkları bunun % 15'i istemeden oluşan düşüklerden oluşurken geriye kalan % 85'de isteyerek hastanede yaptıkları düşüklere dir.

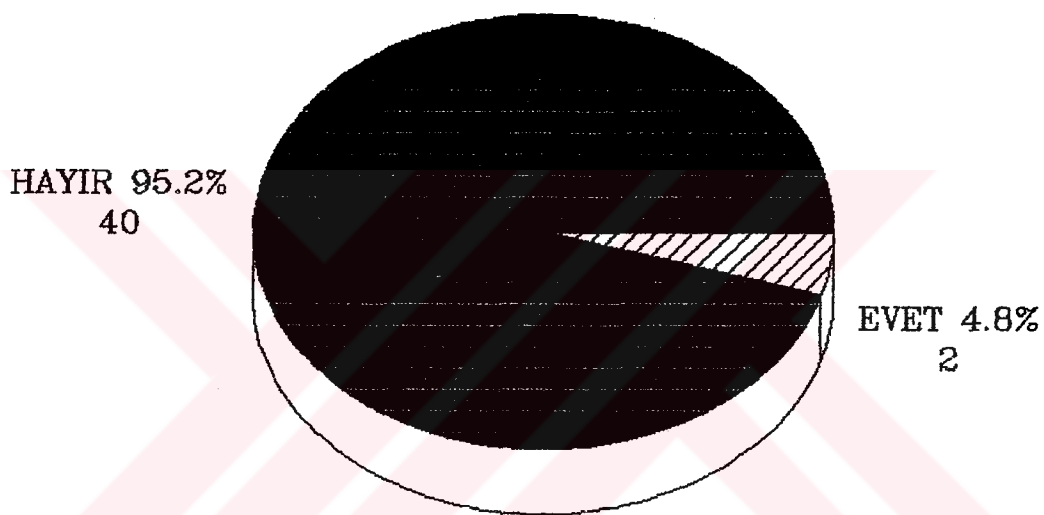
isteyerek hastanede yapılan düşüğün araştırmaya katılan 1 kadına oranı 0.96 iken, istemeden kendiliğinden olan düşüklerin oranı 0.16'dır.

Bir önceki grafikte toplam düşüklerin % 85'inin kadınların bundan önceki gebeliklerinde istemli düşükle sonlandırdıkları vurgulanmıştı. Grafik 27'de araştırmaya katılan kadınların isteyerek hastanede yaptıkları düşüklerin sayısal dağılımına baktığımızda, % 40'ının bundan önce istemli düşük deneyimi olmadığı görülmektedir. Bu gebeliklerinden önce 1 kez daha gebeliklerini düşükle sonlandıranların oranı % 29, 2 kez istemli düşük deneyimi olanların % 21, 3 kez istemli düşük yapanların oranı ise % 7'dir. Ayrıca 1 kadının bu gebeliğinin dışında bundan önce 7 gebeliğini de istemli düşükle sonlandırdığını görmekteyiz.

GRAFİK 25:KADINLARIN İSTEMLİ (HAST) DÜŞÜKLERİN SAYISAL DAĞILIMI



GRAFİK 26:KADINLARIN BU GEBELİKLERİNDEN ÖNCE ÇOCUK İSTEME DAĞILIMI



Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran ve araştırma kapsamına giren kadınların bu gebeliklerinden önce çocuk isteme dağılımlarını incelediğimizde % 95.2 kadın bu gebeliklerinden önce çocuk istemediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç bize, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların aslında sonlandırdıkları gebeliklerin istenmeyen gebelikler olduğunu görüyoruz. Araştırma kapsamındaki 2 kadının ise bu gebeliklerinden önce çocuk doğurmayı istediği halde daha sonra çeşitli nedenlerle düşük yapma kararı verdiklerini ve bunu uyguladıklarını görmekteyiz.

Araştırma kapsamına giren kadınların bu gebeliklerinin büyüklüklerini incelediğimizde en fazla 6-7 haftalık gebeliklerin % 76.2 gibi çoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Gebelik büyüklüklerinde uç noktalara gidildikçe (4 hafta- 10 hafta) gebelik sayısının düştüğü görülmektedir.

Kadınların bu gebeliklerini düşükle sonlandırmaya karar verdikleri haftaların dağılımını araştırma nüfusumuz içinde baktığımızda % 61.9 oranında kadının gebe olduğunu anlar anlamaz istemli düşüğe karar verdiğini görüyoruz. Bu sonuç gebeliği düşükle sonlandırma kararının gebelik öncesinde verildiğini göstermektedir. Gebeliklerini düşükle sonlandırmada en son 8. hafta 1 kadının karar verdiğini de araştırma içinde ayrıntılı bir bulgudur.

Tablo 27: Kadınların Bu Gebeliklerini Düşükle Sonlandırmaya Karar Verdikleri Haftaların Dağılımı

Haftalar	Sayı	Yüzde	Kümülatif Yüzde
G.Old.Anlar Anlamaz	26	61.9	61.9
5. Hafta	4	9.5	71.4
6. Hafta	7	16.7	88.1
7. Hafta	4	9.5	97.6
8. Hafta	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Tablo 28: Kadınların Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmaya Kimlerle Karar Verdiklerinin Dağılımı

Kişiler	Sayı	Yüzde
Kendi kendime	9	22.5
Eşimle	31	77.5
Toplam	40	100.0

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma grubumuz içinde olanların bu gebeliği düşükle sonlandırmada kiminle karar verdiklerini incelediğimizde, kadınlardan % 73.8'i eşile yanıt verdiğini söyler iken % 21.4 kadın ise bu güç kararı hiçkimseye konuşmadan kendi başına karar vermişlerdir. 2 kadın ise çeşitli nedenlerden dolayı hekimlerinin kararı ve tavsiyesi ile gebeliklerini istemli düşükle sonlandırmaya karar vermişlerdir (Tablo 28).

Araştırma içinde önemli tablolardan biri olan araştırma kapsamına giren kadınların bu gebeliğini istemli düşükle sonlandırmalarında etkisi olan konulara göre dağılımlarına baktığımızda; en önemli etkenin % 33.3 oranıyla ekonomik sorunlar olduğu görülmektedir. Diğer çok önemli bir faktör de çok çocuklu olmama isteği % 31 kadın tarafından bu gebeliği düşükle sonlandırmadaki neden olarak belirtilmektedir. Yine bir başka düşük etkeni ise ailede çocuğa bakacak kimsenin olmamasıdır % 11.9.

Yukarıda sayılan nedenler kadar olmasa da, şu anda çocuk istememe, son çocuğun küçük olması, doktorun izin vermemesi de araştırma grubu içindeki kadınların istemli düşük yapma nedenleri olduğu göstermektedir. Tabloda diğer yanıtında yer alan kadınların istemli düşük yapma nedenleri ise **yaşım gecti etrafa ayıp oluyor** kelimelerinde anlam bulan bir ifade ve 1 kadınında kocasından boşanacak olmasıdır.

Tablo 29: Kadınların Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmalarında Etkisi Olan Konulara Göre Dağılımı

Etkisi Olan Konular	Sayı	Yüzde
Ekonomik sorunlar	14	33.3
Çok coc.olmama isteği	13	31.0
Son coc.küçük olması	2	4.8
Şu anda coc.istememe	4	9.5
Bak.kimsenin olmaması	5	11.9
Sağlıkla ilg.problem	2	4.8
Diğer	2	4.8
Toplam	42	100.0

Tablo 30: İsteyerek Düşüğün Hangi Durumlarda Yapılmasının Kadınların Verdikleri Yanıtlara Göre Dağılımı

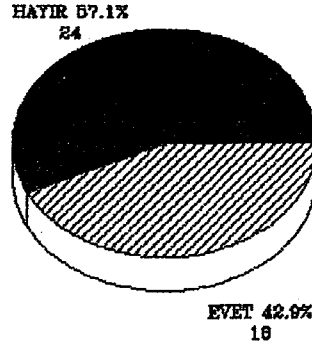
Yanıtlar / Koşullar	Sayı	Yüzde
Doktor gebeliğin anne için tehlikeli olduğunu söylerse	2	4.8
Doktor doğacak çocuğun sakat olma ihtimali var derse	1	2.4
Ailenin bakacaklarından fazla çocukları varsa	14	33.3
İstenmeyen gebelikleri sonlandırmak için	25	59.5
Toplam	42	100.0

Sizce istemli düşük hangi durumlarda yapılmalıdır sorusu araştırma kapsamına giren kadınlar tarafından % 59.5 oranında istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için diye yanıtlamıştır.

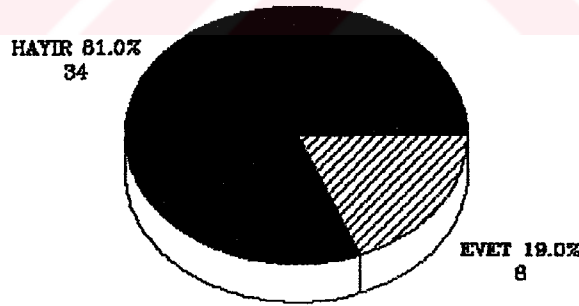
Ailenin bakacaklarından fazla çocukları varsa diyenlerin oranı ise % 33.3'dür. Doktor gebeliğin anne için tehlikeli olduğunu söylerse ve doktor doğacak çocuğun sakat olma ihtimali var derse, kadın düşük yapmalıdır yanıtını verenlerin oranı da % 7.1 dir (Tablo 31).

Bundan önceki tablolarda ve grafiklerle ilgili olacağı düşünülerek araştırma nüfusuna istemli düşük yapmanın bir aile planlaması yöntemi olup olmaması konusundaki düşünceleri sorulduğunda % 42.9 oranında kadının yanıtı evet, istemli düşük yapmak bir aile planlaması yöntemidir şeklinde olmuştur. istemli düşük yapmak bir aile planlaması yöntemi değildir diyenlerin ise toplam yığın içindeki oranı % 57.1'dir (Grafik 27).

GRAFİK 27: İSTEYEREK DÜŞÜK YAPMANIN BİR AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ OLUP/OLMAMASININ KADINLARIN VERDİĞİ YANITLARA GÖRE DAĞILIMI

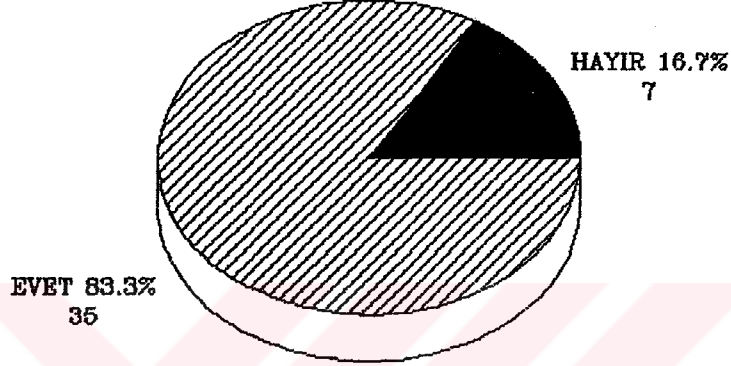


GRAFİK 28: BU GEBELİĞİ DÜŞÜKLE SONLANDIRAN KADINLARIN TEKRAR ÇOCUK YAPMA EĞİLİMLERİ



Grafik 28'de de görüldüğü gibi bu gebeliklerinden önce'de % 95.2 oranında çocuk istemeyen araştırma kapsamındaki kadınlar, istemli olarak düşük yaptıktan sonra % 61 oranında tekrar çocuk yapmak istemediklerini söylemişlerdir. Gelecekte çocuk yapmayı düşünen kadınların oranı ise % 19'dur.

GRAFİK 29:KADINLARIN TEKRAR COCUK İSTEMEDİKLERİ HALDE GEBE KALIRLARSA İSTEYEREK DÜŞÜK YAPMA EĞİLİMLERİ



Araştırma içindeki önemli bulgulardan bir tanesi de kadınların tekrar çocuk istemedikleri halde gebe kalırlarsa istemli düşük yapma eğilimleri idi, yukarıdaki grafiklerde görüldüğü gibi % 83.3 oranındaki kadın evet bir kez daha istemediğim halde gebe kalırsam istemli düşük yaparım demişlerdir. Hayır bundan sonra tekrar gebe kalırsam istemli düşük yapmam diyenlerin araştırma nüfusu içindeki oranı % 16.7'dir.

Düşükle ilgili yukarıda belirtilen kararları veren araştırma kapsamındaki istemli düşük yapan kadınların % 64.3'ü istemli düşüğün operasyon olarak nasıl yapıldığını bilmediklerini söylemişlerdir.

3.5- ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN AİLE İŞLEVLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ:

Araştırma kapsamı içinde Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device) kullanarak istemli düşük kararı vermiş ve bunu uygulayan kadınların verdikleri yanıtlar aile işlevleri ölçeğinin 7 alt adı içinde değerlendirilmiştir.

Bulguların yorumlanması sırasında aile değerlendirme ölçeğinin bundan önce kullanıldığı boşanma sürecinde olan ve halen evli olan deneklerin ADÖ'den aldıkları puan ile ruh hastası bulunan ve bulunmayan ailelerdeki deneklerin ADÖ'den aldıkları puan ortalamaları ile bu araştırmaya katılan kadınların puan ortalamaları kıyaslanmıştır.

Bulguların bu bölümünde araştırma nüfusu içinde bundan önce hiçbir düşük deneyimi olmayan kadınlar ile bu düşükten öncede düşük deneyimi olan kadınların aile değerlendirme ölçeği içinde aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişkisel puan farkları incelenmiştir.

Aile değerlendirme ölçeğini oluşturan 7 alt ölçek öncelikle araştırma kapsamına giren kadının verdikleri yanıtlar ölçüsünde ortalama değerlere göre tabakalaştırılmış, istatistiksel çözümlenmeler yapıldıktan sonra bundan önce yapılmış olan ve bu alt ölçeğe verilen puan ortalamalarıyla karşılaştırılmıştır.

Problem çözme (Problem solving)

Problem çözme, ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak açıklanmalıdır. Aşağıda kadınların problem çözme ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistik değerleri ile ADÖ ile bundan önce yapılan çalışmalarda problem çözme alt ölçeğinin aldığı puanlar ile bu araştırma sonucunun kıyaslaması ve yorumlanması yapılmaktadır. Buna göre araştırma nüfusunun verdikleri yanıtlar, ailelerinde problem

cözme fonksiyonlarında sıkıntılar olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 31: Araştırma Nüfusunun Problem Çözme Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.33	2	4.8	4.8
1.67	2	4.8	9.5
1.83	7	16.7	26.2
2.00	6	14.3	40.5
2.17	7	16.7	57.1
2.33	12	28.6	55.7
2.50	3	7.1	92.9
2.67	1	2.4	95.2
2.83	1	2.4	97.6
3.00	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.143 Max =3.000 Min =1.333

Standart Hata = 0.053 Standart sapma =0.344 Varyans =0.119

iletişim (Communication):

iletişim, aile üyeleri arasında bilgi alışverişi biçiminde tanımlanmaktadır. Araştırmamızda, araştırma nüfusunu oluşturan kadınların etkili bir iletişim içinde olmadıkları görülmektedir. Bu nedenle aile içinde sözlü iletişimin açık olmadığı ve genelde dolaylı ifade biçiminin seçilmiş olduğu yorumlanabilir.

Tablo 32: Kadınların iletişim alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları:

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.56	1	2.4	2.4
1.67	1	2.4	4.8
2.00	1	2.4	7.1
2.11	2	4.8	11.9
2.22	5	11.9	23.8
2.33	7	16.7	40.5
2.44	5	11.9	52.4
2.56	3	7.1	59.5
2.67	8	19.0	78.6
2.78	1	2.4	81.0
2.89	2	4.8	85.7
3.00	3	7.1	92.9
3.11	2	4.8	97.6
3.22	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.503 Max =3.222 Min =1.556

Standart Hata = 0.056 Standart sapma =0.362 Varyans =0.131

Roller (Roles):

Roller, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıpları olarak tanımlanmaktadır. Ne master aile işlevleri modeli ailenin kaynakları kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmedeği üzerinde odaklanmaktadır. Aşağıda kadınların roller alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistik değerleri ile, yorumlanması yapılmaktadır.

Tablo 33: Kadınların Roller Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.27	1	2.4	2.4
1.55	2	4.8	7.1
1.73	1	2.4	9.5
1.82	1	2.4	11.9
2.09	3	7.1	19.0
2.18	1	2.4	21.4
2.27	2	4.8	26.2
2.36	3	7.1	33.3
2.45	3	7.1	40.5
2.55	4	9.5	50.0
2.64	3	7.1	57.1
2.73	4	9.5	66.7
2.82	6	14.3	81.0
2.91	1	2.4	83.3
3.00	3	7.1	90.5
3.18	3	7.1	97.6
3.27	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.524 Max =3.273 Min =1.273

Standart Hata = 0.072 Standart sapma =0.466 Varyans =0.218

Araştırma sonuçlarına göre, istemli düşük yapan kadınların ailelerinde görevlerin eşit olarak ve sorumlu bir şekilde yerine getirilemediği düşündürmektedir. Başka bir deyişle bu aileler genellikle, çocukların ve ebeveynlerin bakımı, beslenme ve

gelişmesini sağlayacak şekilde uzak gözükmektedir.

Duygusal tepki verebilme (Affective Responsiveness)

Aile üyelerinin her türlü uyaranlar karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelmektedir. Aşağıda araştırmaya katılan kadınların duygusal tepki verebilme alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistik değerleri ile yorumlanması yapılmıştır.

Tablo 34: Kadınların Duygusal Tepki Verebilme Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.33	3	7.1	7.1
1.50	2	4.8	11.9
1.83	6	14.3	26.2
2.00	4	9.5	35.7
2.17	13	31.0	66.7
2.33	5	11.9	78.6
2.50	5	11.9	90.5
2.67	4	9.5	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.119 Max =2.667 Min =1.333

Standart Hata = 0.056 Standart sapma =0.361 Varyans =0.130

Duygusal tepki verebilme açısından istemli düşük yapanların aldıkları puan ortalamaları bu anlamıyla sevgi, mutluluk, nese, gibi ferahlık ifade eden duyguların yanında, kızgınlık, üzüntü, korku gibi duygularında araştırma kapsamına giren ailelerin pek çoğunda sözel veya hareketlerle ifade edilmediği düşüncesi oluşturmaktadır.

Gereken ilgiyi gösterme (Affective Involvement)

Aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içeren alt ölçek, araştırma nüfusunu oluşturan kadınların aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistiksel

değerler ile yorumlanmıştır.

Tablo 35: Kadınların Gereken ilgiyi Gösterme Alt ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.57	1	2.4	2.4
1.71	1	2.4	4.8
1.86	3	7.1	11.9
2.00	4	9.5	21.4
2.14	6	14.3	35.7
2.29	12	28.6	64.3
2.43	6	14.3	78.6
2.57	4	9.5	88.1
2.71	2	4.8	92.9
2.86	2	4.8	97.6
3.00	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.289 Max =3.000 Min =1.571

Standart Hata = 0.047 Standart sapma =0.305 Varyans =0.093

Çıkan bu sonuçlar bazında istemli düşük yapan ailelerin ortalamadan daha az ilgi göstermesi ile bu konuda işlevini yeterince yerine getiremediğini ortaya koymaktadır. Bu sonuca araştırma nüfusunun ailelerin birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerini düşündürmektedir.

Davranış Kontrolü (Behavior Control)

Davranış kontrolü, ailenin, üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi olarak tanımlanmaktadır. Aşağıda, araştırmaya katılan kadınların davranış kontrol alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistik değerler ile yorumlanmıştır.

Tablo 36: Kadınların Davranış Kontrolü Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.78	2	4.8	4.8
1.89	1	2.4	7.1
2.00	1	2.4	9.5
2.11	1	2.4	11.9
2.22	2	4.8	16.7
2.33	3	7.1	23.8
2.44	1	2.4	26.2
2.56	3	7.1	33.3
2.67	8	19.0	52.4
2.78	4	9.5	61.9
2.89	4	9.5	71.4
3.00	5	11.9	83.3
3.11	2	4.8	88.1
3.22	2	4.8	92.9
3.33	2	4.8	97.6
3.44	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

Ortalama =2.688 Max =3.444 Min =1.778

Standart Hata = 0.064 Standart sapma =0.414 Varyans =0.172

istemli düşük yapan araştırma kapsamı içindeki kadınların ailelerinin davranış kontrolü açısından bir sıkıntı yaşadığı görülmektedir.

Genel Fonksiyonlar (General Functions)

Bu boyut, yukarıda belirtilen altı boyutu da kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Aşağıda araştırmaya katılan kadınların genel fonksiyonlar alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, alt ölçekle ilgili istatistik değerler ile yorumlanmıştır.

Tablo 37: Kadınların Genel Fonksiyonlar Alt Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları

Ortalama	Sıklık	Yüzde	Kümülatif Yüzde
1.50	1	2.4	2.4
1.75	1	2.4	4.8
1.92	2	4.8	9.5
2.00	3	7.1	16.7
2.08	3	7.1	23.8
2.17	1	2.4	26.2
2.25	4	9.5	35.7
2.33	5	11.9	47.6
2.42	5	11.9	59.5
2.50	6	14.3	73.8
2.58	2	4.8	78.6
2.67	5	11.9	90.5
2.75	1	2.4	92.9
2.83	2	4.8	97.6
2.92	1	2.4	100.0
Toplam	42	100.0	100.0

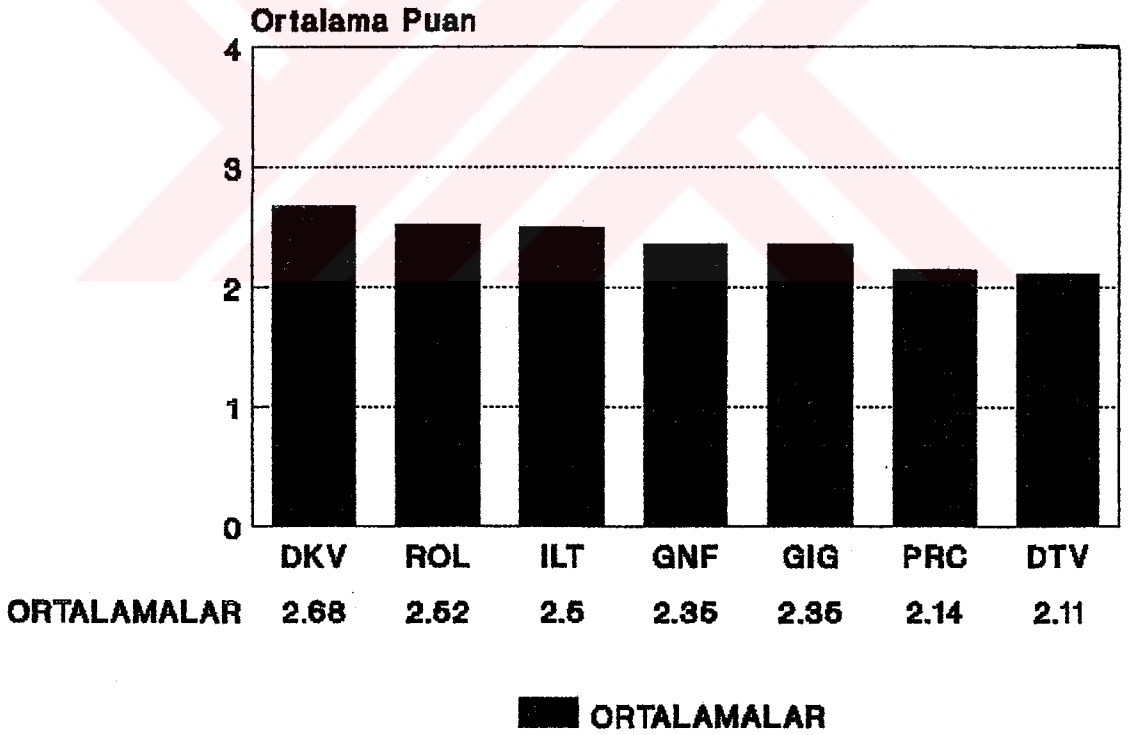
Ortalama =2.359 Max =3.917 Min =1.500

Standart Hata = 0.047 Standart sapma =0.305 Varyans =0.093

Araştırma bu sonuçlarıyla aile işlevleri açısından, istemli düşük yapan kadınların alt ölçekleri açısından sıkıntılı olduğu görülür iken beliren sonuçlar istemli düşük yapan kadınların ailelerinin işlevsel aile oldukları konusunda şüphe uyandırıcıdır. Ve işlevsel olmayan aile tanımına daha yakın görülmektedir. Bu bize istemli düşük olgusu ile aile işlevleri arasında bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.

istemli düşük yapma kararı veren ve bu kararı uygulayan kadınlardan araştırma nüfusunu oluşturan grubun aile işlevleri incelendiğinde en çok davranış kontrolü alt ölçeğinin sıkıntılı olduğunu görmekteyiz (2.68) daha sonra (2.52 ile roller, ve iletişim alt ölçeğinin 2.5 oranında görmekteyiz. Genel fonksiyonlar ortalama değeri oluştururken gereken ilgiyi gösterme, problem çözme ve duygusal tepki verebilme alt ölçeklerinin aile işlevleri arasında daha ılımlı olduğu görülmektedir.

GRAFİK 30:AİLE İŞLEVLERİNİN ORTALAMALARINA GÖRE DAĞILIMI



Tablo 38: Kadınların istemli Düşük Deneyimleri ile Aile işlevlerinin ilişkisel Puan Ortalamalarının Dağılımları

ADÖ	D Ü Ş Ü K D E N E Y İ M İ				TABLO t	P
	DÜŞÜK DENEYİMİ OLMAYANLAR		DÜŞÜK DENEYİMİ OLANLAR			
	ORT	ST.H	ORT	ST:H		
PRC	2.20	0.06	2.10	0.07	0.98	0.334 *
ILT	2.62	0.08	2.42	0.06	1.79	0.080 *
ROL	2.60	0.10	2.46	0.10	0.98	0.332 *
DTV	2.12	0.10	2.11	0.06	0.12	0.903 *
GIG	2.22	0.06	2.33	0.06	1.09	0.281 *
DKV	2.71	0.10	2.66	0.08	0.40	0.693 *
GNF	2.31	0.07	2.38	0.05	0.70	0.485 *

n=17

n=25

* P > 0.05

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların istemli düşük deneyimleri ile aile işlevlerinin ilişkisel puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda; düşük deneyimi olmayan kadınların, düşük deneyimi olan kadınlara göre aile işlevlerinde daha sıkıntılı olduklarını görmekteyiz. Bununla birlikte her iki grup içinde istatistiksel olarak bir farklılık olmadığı görülmüştür (P > 0.05).

3.6- ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN EŞİ İLE İLİŞKİ ÖZELLİKLERİ:

Bulguların bu bölümünde, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların eve döndükten sonra kocalarıyla ve genelde aile ilişkilerindeki farklılıkların incelenmesi 4 temel başlık altında araştırılmıştır.

1. Kadınların eve döndükten sonra eşlerinin tepkilerinin dağılımı,
2. Kadınların eve döndükten sonra aile ilişkilerindeki değişikliklerin dağılımı,
3. Düşüğün kadının kocasıyla ilişkisindeki değişikliklerin dağılımı,
4. Eşi ile cinsel ilişkilerde bir değişiklik olduğunu belirten kadınların verdiği yanıtların dağılımı,

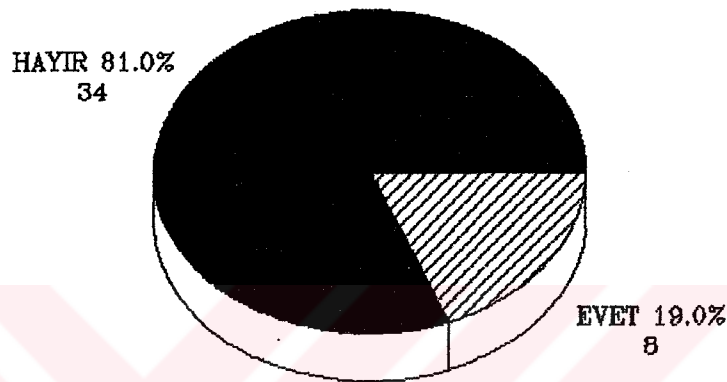
Tablo 39: Kadınların Eve Döndükten Sonra Eşlerinin Tepkilerinin Dağılımı

Eşlerinin Tepkileri	Sayı	Yüzde
Öfkelendi, kızdı, bağırdı	1	2.4
Hiçbirsey söylemedi	1	2.4
Hiçbirsey olmamış gibi davrandı	13	31.0
Sadece nasılsın diye sordu	1	2.4
Teskin etmeye çalıştı	26	61.9
Diğer	0	0.0
Toplam	42	100.0

istemli düşük yapma kararını uygulayan kadınların, istemli düşük müdahalesinden sonra % 73.8'ini eşleri evlerine götürmüşlerdir. % 19 kadın ise böyle bir müdahalede sonra evlerine kendi başlarına gitmişlerdir. Geriye kalan oranlar ise akraba ve arkadaşlarının yardım ve destekleriyle evlerine dönmüşlerdir.

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların eve döndüklerinde en çok yardımlarına ilgi ve şefkatlerine ihtiyaç duydukları eşlerinin tepkileri Tablo 51 de verilmiştir. Buna göre, % 61.9 kadının eşi biyolojik , psikolojik ve sosyal açıdan zor anlar yaşayan eşine destek olup onu teskin etmeye çalışırken % 31'i eşine ve olaya karşı ilgisiz kalmayı tercih ederek hiçbirsey olmamış gibi davranmış, 1 kadının eşi ise karısına küfrederek kızıp bağırarak onu rencide etmiştir. Oysa hatırlanacağı gibi araştırmanın bundan önceki Tablolarında istemli düşük kararı % 73.8 oranında kadının eşiyle birlikte verdiği bir karardır.

**GRAFİK 31:KADINLARIN EVE DÖNDÜKTEN
SONRA AİLE İLİŞKİLERİNDEKİ
DEĞİŞİKLİKLERİN DAĞILIMI**



Arastırma nüfusunu oluşturan gruba istemli düşük yaptıktan 1 ay sonra aile ilişkilerinizde bu düşüğe ilişkin bir değişiklik oldu mu ? diye sordüğümüzda grafik 30'da da görüldüğü gibi % 81'i hayır bu istemli düşük aile ilişkilerimizde hiçbir değişikliğe neden olmadı der iken % 19 oranındaki kadın ise bu düşüğün aile içi ilişkilerde bazı değişikliklere neden olduğunu belirtmiştir.

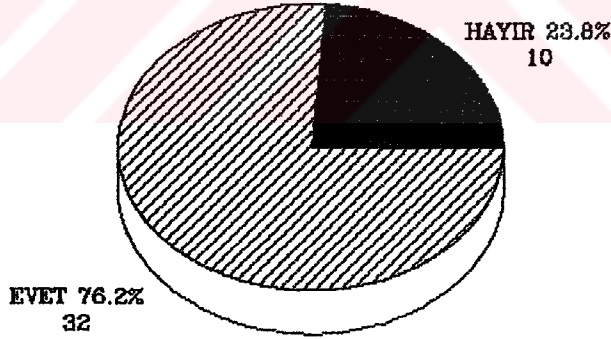
Aile içinde değişiklik olan grup içinde kadınların verdiği yanıtlardan bazıları,

- Eve döndükten sonra aile içi ilişkilerinde biraz daha gerginim,
- Ben diğer aile fertlerine karşı daha sert davrandım,
- Sinirliydim ve bunu onlara yansıtarak huzursuz ettim,
- Kayınvalidem bu çocuğu aldirmamı istemiyordu, o nedenle aile huzurumuzu bozdu, ben de ona olumsuz davrandım,
- Eşimden duymak istediğim sözlerin hiçbirini duymadım, esime ve çocuğuma karşı biraz daha sinirli davrandım ve daha hassas oldum,
- Ev içi ilişkileri biraz düzeldi, örneğin 1 ay içinde büyük

bir tartışma olmadı.

Yukarıda verilen yanıtları incelediğimizde, istemli düşük yapmış kadınların aile ortamlarında bu istemli düşüğe bağlı 2 farklı yönün olduğunu görmekteyiz. 1. yönde kadınların aile içi ilişkilerinde daha gergin ve sinirli bir ortamın olduğu, bu gergin ortamda kadın başta eşi olmak üzere çocukları ve diğer yakınlarına daha agresif davrandığı ve bundan pek mutlu olmadığını görür iken 2. yönde ise aile ilişkilerinde istemli düşük yapmadan öncesi aile ilişkilerine göre daha ılımlı bir havanın olduğunu görüyoruz. Bu aileler gerginlik çıkan ailelere oranla daha az orandadır.

GRAFİK 32:DÜŞÜĞÜN KADININ KOCASIYLA İLİŞKİSİNDEKİ DEĞİŞİKLİKLERİN DAĞILIMI



istemli yapılan düşüktan 1 ay sonra araştırma nüfusumuza kocasıyla cinsel ilişkisinde bir değişiklik olup olmadığını sordumuzda; araştırmaya katılan kadınların % 76.2'sinde kocasıyla cinsel ilişkilerinde bir aksamanın olduğunu söylemişlerdir. % 23.8 kadın ise eşi ile cinsel ilişkilerinde bir değişikliğin olmadığını belirtmiştir.

Eşi ile cinsel ilişkilerinde bir değişiklik olduğunu belirten kadınların verdiği yanıtlar Tablo 48'de görülmektedir.

Tablo 40:Kadınların Eşi ile Cinsel ilişkilerindeki Değişiklikler

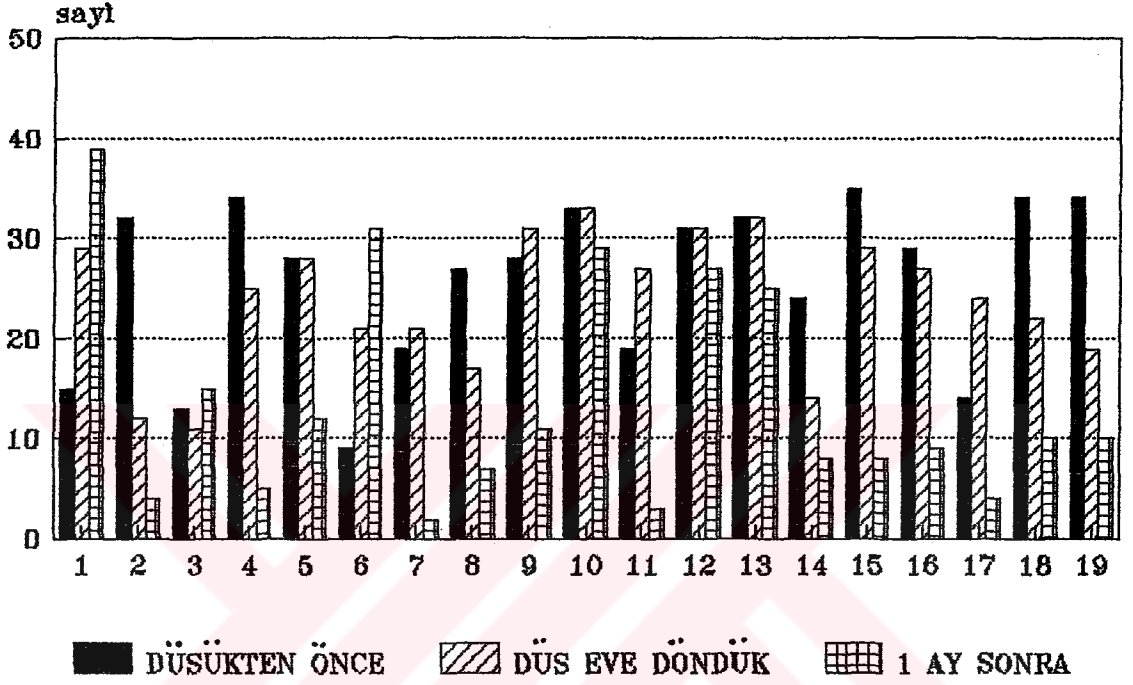
Kocanızla ilişkilerinizde Değişiklik	Sayı
Belki çocuğum olur diye korkuyorum	1
Cinsel ilişki sırasında huzursuz oluyorum	13
Eşime karşı soğukluk hissediyorum	5
Bir süre eşimle birlikte olmadım	3
Bir ay birlikte olmadım	6
Daha seyrek birlikte oldum	2
1 Ay'dan sonra seyrek ilişkiye girdim	1
İlişkiler sırasında biraz daha dikkatli davranmaya çalışıyorum	1
Cinsel yaşamımız olumsuz etkilendi	1
Spiral taktırdıktan sonra normal'e döndüm	1
0 günden beri eşimle birlikte olmuyorum	2
Tekrar hamile kalırsam endişesi içindeyim	1
Birleşim sırasında sancılarım oluyor	1
Eşimle birlikte olmaktan kaçınıyorum	2
Sadece 1 kez beraber oldum ama korku içinde	2
Korku ve huzursuzluk yaşıyorum	1
Eşimin zorlamasıyla birlikte oluyorum	1
Eşimle çok az birlikte oldum	1

3.7- ARASTIRMA NUFUSUNUN DUSUGE BAGLI PSIKOLOJİK
ÖZELLİKLERİ:

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlar, bulguların bu bölümünde; istemli düşüğe ilişkin psikolojik özellikleri açısından 5 alt başlıkta incelenmiştir.

1. Kadınların, istemli düşük yapmadan önce, eve döndüğünde ve istemli düşükten 1 ay sonrasındaki istemli düşüğe ilişkin duygu ve düşüncelerinin dağılımı,
2. Kadınların, istemli düşükten sonra eve döndüğünde duygu ve düşüncelerinin yoğun olarak ne kadar zaman sürdüğünün dağılımı,
3. Kadınların, eve döndüklerinde kendilerini psikolojik rahatsız hissetmelerinin dağılımı,
4. Kadınların, istemli düşüğe ilişkin oluşan psikolojik duygu ve düşüncelerinin değişmesi yönünde yardım eden veya etmek isteyenlerin dağılımı,
5. istemli düşüğün kadının yaşamında ve yaşama bakışındaki değişikliklerin dağılımı.

**GRAFİK 33:KADINLARIN İSTEMLİ DÜŞÜK
YAPMADAN ÖNCE VE İSTEMLİ DÜŞÜKTEN 1 AY
SONRAKİ PSİ.DUY. DÜŞÜNCELERİNİN DAĞILIMI**



Grafik 33'de yer alan duygu ve düşüncelerin numara anlamları:

- 1- Sakinlik, 2- Korku, 3- Coşku, 4- Heyecan, 5- Üzüntü,
 6- Sevinç, 7- Yalnızlık Duygusu, 8- Utanma, 9- Kızgınlık,
 10- Suç işleme Hissi, 11- Ne Düşündüğünü Bilmeme, 12- Günah Biliyor Hissetme,
 13- Vicdan Azabı Çekme, 14- Pişmanlık Duyma,
 15- Huzursuzluk, 16- Sinirlilik, 17- Hiçbirşey Düşünmemek,
 18- Başına Geleceklerden Endişe Duymak, 19- Kaygı.

istemli düşük yapma kararı verme, bu kararı uygulama ve bundan sonraki gelişmeler kadının psikolojik yapısında pek çok iniş çıkışı beraberinde getireceği görüşü konuyla ilgili pek çok profesyonellerin görüşüdür.

Temel olarak bu nedene dayalı olarak quasi experimental bir model olan araştırma süresinde araştırma nüfusu içindeki kadınların 3 döneme ilişkin (Düşük yapmadan önce, eve döndüğünde ve istemli düşük yaptıktan 1 ay sonraki) bu istemli düşüğe ilişkin psikolojik değişmelerini, duygu ve düşüncelerini saptayabilmek için 19 maddeli bir soru listesi oluşturulmuştur.

Liste, bundan önce istemli düşük deneyimi olan kadınlarla çalışma öncesi görüşmelerde istemli düşük ile ilgili olan kadın doğum uzmanı, kadın doğum hemşiresi, psikiyatrist, psikolog uzman gruplarıyla olan görüşmelerin sonunda belirlenip, çalışma öncesi son denemenin arkasında 19 maddelik duygu-düşünceler soru listesi evet-hayır yanıtlarıyla ikili yanıtlama haline gelmiştir. Bir liste özelliği taşıyan sorular kümesi ölçek olarak düzenlenmiştir.

Yukarıdaki bilgilerin ışığında Grafik 33'ü incelediğimizde 19 maddelik duygu ve düşüncelerin 4 farklı grafik içerdiği görülmektedir: düşükten önce istemli düşükten eve döndüğünde ve istemli düşükten 1 ay sonra kadınların bazı duygu-düşünceleri her üç aşamada gittikçe yükseldiği görülür iken bir kısmında gittikçe azalma bazılarında ise her üç dönemde veya her üç dönemden 2 sinde sabitlik görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sakin olma ve sevinç duygu düşünceleri düşükten önceki yoğunluğunun gittikçe artarak istemli düşükten 1 ay sonra en yoğun duruma gelmiştir.

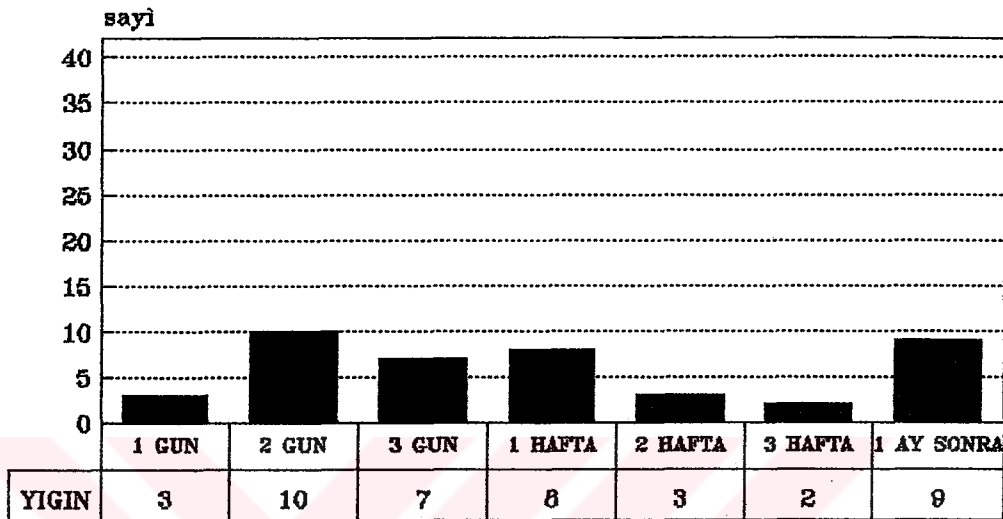
Kadınlardaki korku, heyecan, utanma, pişmanlık, huzursuzluk, sinirliliğe ilişkin kaygı ve geleceğe ilişkin endişe duygularının üç dönem içinde gittikçe azaldığı görülmektedir. Bu duygu ve

düşüncelerin istemli düşük yapmadan önce oldukça yoğun iken, istemli düşükten eve döndüğünde bu oranın azaldığı, istemli düşükten 1 ay sonra ise en az yoğunluğuna indiği görülmektedir.

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların, üzüntü, suç işleme hissi, günah işleme hissi, vicdan azabı gibi duygu ve düşüncelerinin istemli düşük yapmadan önceki halinin, istemli düşük yapıp eve döndüğünde de aynı kaldığı görülmekle birlikte, istemli düşük yaptıktan 1 ay sonrasında az da olsa düştüğü görülmektedir.

Yalnızlık duygusu, kızgınlık duyma, ne düşündüğünü bilmeme ve hiçbirşey düşünmeme gibi duygu-düşüncelerin her üç dönemde birden önceki döneme göre azalması, yükselmesi veya sabit kalmasında farklı bir grafik çizdiği görülmektedir. Her 4 duygu ve düşüncede de istemli düşükten önceki psikolojik oranın istemli düşükten eve geldiğinde çok arttığı ve istemli düşükten 1 ay sonra istemli düşükten önceki yoğunluğun bile altına indiği görülmektedir. istemli düşükten önce ki yoğunluğunun eve döndükten sonra düştüğü fakat 1 ay sonra yüksek orana çıktığı görülmektedir.

**GRAFİK 34:KADINLARIN DÜŞÜK YAPTIKTAN
SONRA EVE DÖNDÜĞÜNDE DUYGU VE DÜŞÜNCELER
YOĞUN OLARAK NE KADAR ZAMAN SÜRDÜĞÜNÜN**



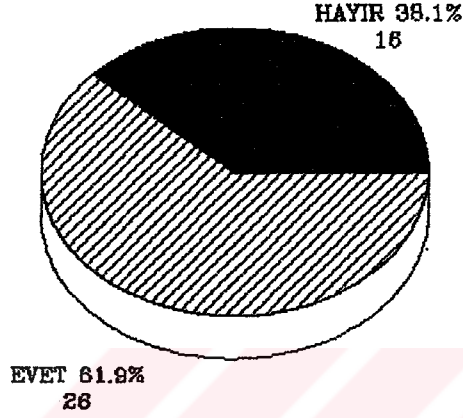
■ YIGIN

Bundan önceki grafikte incelenen 19 farklı duygu-düşüncenin kadının psikolojik yaşamında 1 ay içinde çok farklı değerleri aldığını gördük, belirtilen bu psikolojik duygu ve düşüncelerin yoğun olarak ne kadar zaman sürdüğü değerlendirildiğinde, istemli düşükten 1 ay sonraki ev görüşmelerini yaptığımızda araştırma nüfusunun % 21.4 olayı hala yoğun olarak yaşadığını belirtmişlerdir.

Yukarıdaki grafikte de görüldüğü gibi araştırma nüfusunun % 47.6'sında bu duygu ve düşüncelerin ilk 3 gün içinde sona erdiği, birinci hafta sonunda ise 66.7 sinde belirtilen duygu ve düşüncelerin yoğunluğunun azaldığı belirtilmiştir (Grafik 34).

Bununla birlikte araştırma nüfusunun % 61.9'u eve döndükleri andan itibaren kendilerini psikolojik açıdan rahatsız hissettiklerini belirtir iken % 38.1 kadın ise kendilerini herhangi bir psikolojik rahatsızlık hissetmediklerini belirtmişlerdir (Grafik 35).

**GRAFİK 35:KADINLARIN EVE DÖNDÜKLERİNDE
KENDİLERİNİ PSIKOLOJİK RAHATSIZ HİSSETME
DAĞILIMI**



Araştırma nüfusu içinde kendilerini psikolojik rahatsız hisseden % 61.9 kadına, hissettikleri psikolojik rahatsızlığın ne olduğunu sordumuzda: en fazla söylenen yanıt aşırı sinirlilik ve tedirginlik idi. Huzursuzluk ve acaba parça mı kaldı diye endişe duyanların sayısı da az değildi. Bunun dışında günah, suçluluk ve pişmanlık duygularıda kadınların eve döndüklerinde kendilerini psikolojik rahatsız hissetmelerinin nedenleri arasında idi.

Eve döndüklerinde yukarıdaki nedenlerden dolayı kendilerinde psikolojik rahatsızlık hisseden % 61.9 kadına bu psikolojik rahatsızlığı ile ilgili ne yaptığı sorulduğunda araştırmaya katılan kadınların tümü herhangi bir sağlık merkezinde gitmeyi düşünmediği ve bu merkezlere de gitmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırmada çıkan sonuçlar paralelinde psikolojik açıdan sıkıntılar yaşayan kadınlarda bu dönemlerini atlattıklarında en çok % 59.5 oranındaki kadına eşlerinin yardımcı olmaya çalıştığı belirtilmiştir. % 7.1 kadına yakın akraba ve arkadaşları destek olmaya çalışır iken % 31 oranındaki kadına bu dönemlerini

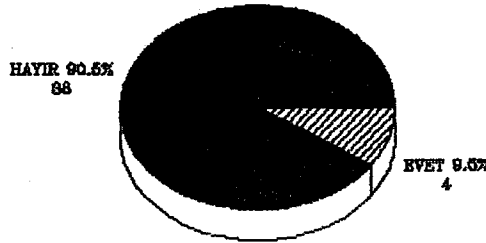
atlatmalarında psikolojik bir destek olan kimsenin olmadığı belirtilmiştir (Tablo 41).

Tablo 41: Kadınların Psikolojik Duygu ve Düşüncelerinin Değişmesi Yönünde Yardım Eden veya Etmek isteyenlerin Dağılımı

Kişiler	Sayı	%
Olmadı	13	31.0
Eşim	25	59.5
Annem	1	2.4
Komşu /Akraba	2	4.8
Toplam	42	100.0

Araştırma kapsamına giren kadınların istemli düşük yaptıktan sonra eve döndüklerinde yaşamlarında ve yaşama bakışlarında bir değişiklik olup olmadığı sorulduğunda % 90.5 oranındaki kadında bir farklılaşım olmamakla birlikte, % 9.5 kadın; daha huzurluyum ve geleceğe umutla bakıyorum, kendimi artık daha ferah hissediyorum gibi iyimser, daha dikkatli bir yaşam gerekliliği ve daha umutsuzluk hissi gibi kötümser düşüncelerin kadınların yaşamlarını ve yaşama bakışlarını değiştirdiği görülmektedir.

GRAFİK 36: DÜŞÜĞÜN KADININ YAŞAMINDA VE YAŞAMA BAKIŞINDA Kİ DEĞİŞİKLİKLERİN DAĞILIMI



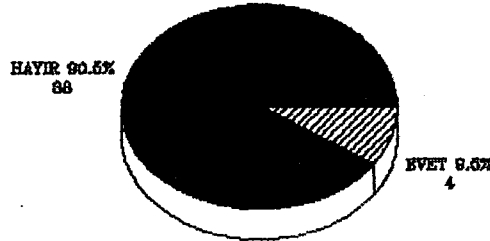
atlatmalarında psikolojik bir destek olan kimsenin olmadığı belirtilmiştir (Tablo 41).

Tablo 41: Kadınların Psikolojik Duygu ve Düşüncelerinin Değişmesi Yönünde Yardım Eden veya Etmek İsteyenlerin Dağılımı

Kişiler	Sayı	%
Olmadı	13	31.0
Eşim	25	59.5
Annem	1	2.4
Komşu /Akraba	2	4.8
Toplam	42	100.0

Arastırma kapsamına giren kadınların istemli düşük yaptıktan sonra eve döndüklerinde yaşamlarında ve yaşama bakışlarında bir değişiklik olup olmadığı sorulduğunda % 90.5 oranındaki kadında bir farklılaşım olmamakla birlikte, % 9.5 kadın; daha huzurluyum ve geleceğe umutla bakıyorum, kendimi artık daha ferah hissediyorum gibi iyimser, daha dikkatli bir yaşam gerekliliği ve daha umutsuzluk hissi gibi kötümser düşüncelerin kadınların yaşamlarını ve yaşama bakışlarını değiştirdiği görülmektedir.

GRAFİK 36:DÜŞÜĞÜN KADININ YAŞAMINDA VE YAŞAMA BAKIŞINDA Kİ DEĞİŞİKLİKLERİN DAĞILIMI



3.8- ARASTIRMA NUFUSUNUN RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ:

Bulguların bu bölümünde Ruhsal belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin araştırma kapsamına giren kadınların istemli düşük öncesi ve istemli düşükten 1 ay sonrası elde edilen veriler, uygun istatistik değerlendirmeler yapılarak 16 başlık altında incelenmiştir.

Değerlendirmede SCL-90-R'nin uygulandığı iki dönem arasında kadınlarda oluşan ruhsal belirtiler ayrı ayrı incelenerek, farklılıkları ortaya konmuştur. Bununla birlikte bu ölçekle bundan önce yapılan çalışmalar, bu araştırma ile karşılaştırılmıştır.

1. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Somatizasyon alt ölçeği ile ilgili bulgular,
2. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde obsesif kompulsif alt ölçeği ile ilgili bulgular,
3. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde kişiler arası duyarlılık alt ölçeği ile ilgili bulgular,
4. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde depresyon alt ölçeği ile ilgili bulgular,
5. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Anxiete alt ölçeği ile ilgili bulgular,
6. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Düşmanlık alt ölçeği ile ilgili bulgular,
7. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Fobik anxiete alt ölçeği ile ilgili bulgular,
8. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Paranoid düşünce alt ölçeği ile ilgili bulgular,
9. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Psikotizm alt ölçeği ile ilgili bulgular,
10. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Ek maddeler alt ölçeği ile ilgili bulgular,
11. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde GSi alt ölçeği ile

- ilgili bulgular,
12. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde PST alt ölçeği ile ilgili bulgular,
13. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde PSDi alt ölçeği ile ilgili bulgular,
14. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde Yoğunluk sıralamaları alt ölçeği ile ilgili bulgular,
15. Hastane görüşmesi ve ev görüşmelerinde ortalama ortalamalar arası farkın değerlendirilmesi,
16. Kadınların istemli düşük deneyimleri ile ruhsal belirti durumlarının ilişkisel puan ortalamalarının dağılımı.

* SOMATİZASYON (Somatizasyon) (SOM):

Tablo 42: Somatizasyon Alt ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	: 12	Soru Sayısı	: 12
n	: 42	n	: 42
Toplam Puan	: 900.11	Toplam Puan	: 412.91
T.Puan Ort.	: 21.43	T.Puan ort.	: 9.83
Ortalaması	: 1.78	Ortalaması	: 0.81
S. Sapması	: 0.81	S. Sapması	: 0.49
S. Hatası	: 0.12	S. Hatası	: 0.76
iki Ortalama Arası Fark :0.96			
Standart Sapma :0.66			
Standart Hata :0.10			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :9.49			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınlardan araştırma grubunu oluşturanlar, belirti semptom ölçeğinin somatizasyon alt ölçeğinde özellikle istemli düşük yapmadan önce ciddi semptom oranı göstermektedir (1.78). Bu oran istemli düşükten 1 ay sonra 0.96 lık bir farklılaşım ile 0.81 oranına inmiştir. Bu fark ($P < 0.05$) olduğundan istatistikî açıdan anlamlıdır. Bu sonuç bize araştırma grubunu oluşturan kadınların özellikle istemli düşük yapmadan önce, bedenleriyle ilgili fonksiyon bozukluklarının kavramalarına ilişkin sıkıntılarını

olduğunu düşündürmektedir.

Öte yandan SCL-90-R ile yapılan başka çalışmalarla, bu araştırmayı somatizasyon alt ölçeğinde alınan değerler ile ilgili kıyaslamamızda;

Tablo 43: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Somatizasyon Alt Ölçeğinin Aldığı Değerler

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.81	1.78	0.81

* OBSESİF - KOMPALSİF (Obsessive - Compulsive) (O-C)

Tablo 44: Obsesif-Kompalsif Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistik Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:10	Soru Sayısı	:10
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:722.00	Toplam Puan	:360.99
T.Puan Ort.	:17.19	T.Puan ort.	:8.59
Ortalaması	:1.71	Ortalaması	:0.85
S. Sapması	:0.80	S. Sapması	:0.44
S. Hatası	:0.06	S. Hatası	:0.06
iki Ortalama Arası Fark :0.85			
Standart Sapma :0.80			
Standart Hata :6.05			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :9.49			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Belirti tarama ölçeği içindeki obsesif-kompalsif faktör, araştırma grubunun istemli düşük öncesinde 1.71 iken 1 ay sonra ikinci görüşmede 0.85'e düşmüştür. İki görüşme arasındaki fark anlamlıdır ($P < 0.05$). Çıkan bu sonuç, araştırma grubu hakkında düşünceleri ve iç uyaranları (impulses) ve aksiyonlar ile ilgili kadınların karşı koyamadığı ve vazgeçemediği deneyimlerin istemli düşük olmadan önce, istemli düşük yapıldıktan 1 ay sonrasına göre daha yoğun olduğunu göstermektedir. Özellikle 1. görüşmede

kadınların genel kavrayışın zayıflamasıyla davranış ve deneyimlerinde sorunlar olduğunu düşündürmektedir.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda obsesif ve kompulsif faktör;

Tablo 45: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda O-C alt ölçeğinin Aldığı Değerler

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.81	1.71	0.85

* KİŞİLERARASI DUYARLILIK (Interpersonal Sensitivity) (INT):

Tablo 46: Kişiler Arası Duyarlılık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:9	Soru Sayısı	:9
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:556.82	Toplam Puan	:448.01
T.Puan Ort.	:13.27	T.Puan ort.	:10.66
Ortalaması	:1.71	Ortalaması	:1.18
S. Sapması	:1.47	S. Sapması	:0.63
S. Hatası	:0.14	S. Hatası	:0.99
iki Ortalama Arası Fark :0.28			
Standart Sapma :0.71			
Standart Hata :0.10			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :2.63			
P Olasılığı :0.01		P < 0.05	

Araştırma nüfusu, kişilerarası duyarlılık alt ölçeğinden birinci görüşmede 1.47 puan alır iken 1 ay sonra ev görüşmesinde 1.18 puan almıştır. İki görüşme arasında kadınlarda kişilerarası duyarlılık açısından 0.28 fark olmuştur. Bu istatistikî açıdan anlamlıdır (P < 0.05).

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlar çıkan sonuçlar açısından kişilerarası davranış ve iletişimlerinde

olumsuz beklentiler oluştuğu, kendilerini yetersiz g6rdükleri, huzursuz ve kendilerini rahatsız görme hissine yatkın bir yapı oluştuğunu düşündürmektedir. Bu yaklaşım kadınların istemli düşük yapmadan 6nce daha fazla iken istemli düşükten 1 ay sonra azalmasına rağmen devam etmektedir.

Belirti tarama 6lçeği ile bundan 6nce yapılan 6alışmalarda kişilerarası duyarlılık fakt6r6;

Tablo 47: SCL-90-R ile Bundan 6nce Yapılan 6alışmalarda Kişilerarası Duyarlılık Alt 6lçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten 6nce P.S	istemli D6şükten 6nce	istemli D6şükten 1 ay sonra
0.76	1.47	1.18

* DEPRESYON (Depression) (DEP):

Tablo 48: Depresyon Alt 6lçeğinin Hastane ve Ev G6r6şmelerindeki istatistikiki Değerleri

HASTANE G6R6şMESİ		EV G6R6şMESİ	
Soru Sayısı	:13	Soru Sayısı	:13
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:1028.82	Toplam Puan	:578.76
T.Puan Ort.	:24.49	T.Puan ort.	:13.78
Ortalaması	:1.88	Ortalaması	:1.06
S. Sapması	:0.92	S. Sapması	:0.45
S. Hatası	:0.14	S. Hatası	:0.70
iki Ortalama Arası Fark :0.82			
Standart Sapma :0.79			
Standart Hata :0.12			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değerleri :6.75			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Gebeliklerini istemli düşikle sonlandıran kadınlardan araştırma n6fusunu oluşturanlar ruhsal belirti a6ısından incelediğimizde depresyon alt 6lçeğinden istemli düşük 6ncesinde 1.88 puan alır iken 1 ay sonraki ev g6r6şmesinde 1.06 puan

almıştır. Kadınlarda iki görüşme arasındaki depresyon belirtileri açısından 0.82 puan farklılık oluşmuş ve bu oran istatistiki açıdan anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$).

Kadınlarda özellikle istemli düşük öncesinde ki yüksek puan, muhakemeye ilişkin gecikme, yaşamla ilgili ilişkilerden uzaklaşma belirtilerini düşündürmektedir. Bunlara ilave olarak, umutsuzluk ve diğer bilincsel ve bedenle ilgili belirtilerde bu düşünceye paralellik taşımaktadır.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda depresyon faktörü;

Tablo 49: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Araştırmalarda Depresyon Alt Ölçeğinin Aldığı Değerler

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.68	1.88	1.06

* ANKSİYETE (Anxiety) (ANX):

Tablo 50: Anksiyete Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerdeki istatistiki Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:10	Soru Sayısı	:10
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:742.99	Toplam Puan	:299.00
T.Puan Ort.	:17.69	T.Puan ort.	:7.11
Ortalaması	:1.76	Ortalaması	:0.71
S. Sapması	:0.91	S. Sapması	:0.46
S. Hatası	:0.14	S. Hatası	:0.07
iki Ortalama Arası Fark		:1.05	
Standart Sapma		:0.83	
Standart Hata		:0.12	
Serbestlik Derecesi		:41	
t Değeri		:8.17	
P Olasılığı		:0.00	
		P < 0.05	

Araştırma nüfusu, istemli düşük yapmadan önce ruhsal belirtilerden Anksiyete faktörü'nden 1.76 puan alır iken 1 ay

sonra 0.71 puana düşmüştür. İki görüşme arasında kadınlarda anksiyete faktörü açısından 1.05 puan fark istatistikî açıdan anlamlıdır ($P < 0.05$).

Özellikle istemli düşük öncesindeki yüksek puan, kadınlarda klinik bakımdan Anksiyete belirtisi kabul edilen bir ... semptomun var olduğunu düşündürmektedir. Genelde, sinirlilik, gerginlik, tedirginlik, belirtiler ile, düşünmeye ilişkin örneğin, korkma, dehşete düşme gibi belirtiler yapılan görüşmelerde de gözlenmiştir.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda anksiyete faktörü;

Tablo 51: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Anksiyete Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.57	1.76	0.71

* DÜŞMANLIK (Hostility) (HOS):

Tablo 52: Düşmanlık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmesindeki İstatistikî Değerler

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:6	Soru Sayısı	:6
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:389.94	Toplam Puan	:309.05
T.Puan Ort.	:9.28	T.Puan ort.	:7.35
Ortalaması	:1.54	Ortalaması	:1.22
S. Sapması	:0.92	S. Sapması	:0.66
S. Hatası	:0.14	S. Hatası	:0.10
iki Ortalama Arası Fark		:0.32	
Standart Sapma		:0.87	
Standart Hata		:0.13	
Serbestlik Derecesi		:41	
t Değeri		:2.39	
P Olasılığı		:0.22	
		P > 0.05	

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan

araştırma nüfusumuzu oluşturanlar ruhsal belirti faktörlerinden düşmanlık, 1. görüşmede 1.54 puan alır iken, 1 ay sonra yapılan ikinci görüşmede bu oran 1.22 'ye inmiştir. Çıkan sonuç 0.32 puanlık bir fark taşımına rağmen istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Bulunan bu değerler kadınların bu düşükle ilgili yapılan her iki görüşmede de kızgınlık düzeylerinin yüksek, huzursuz, agresif, saldırganlık özelliklerinin yoğunlaştığını düşündürmektedir. Bu açıdan adı geçen düşmanlık boyutu bazı araştırmalarda öfke olarak da tanımlanmaktadır.

Belirti tarama leği ile bundan önce yapılan çalışmalarda düşmanlık faktörü;

Tablo 53: SCL-90-R ile Bundan nce Yapılan alışmalarda Düşmanlık Alt leğinin Aldığı Değerler

Gebelikten nce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.50	1.54	1.22

Ruhsal belirti tarama leğinin faktörlerinden olan Fobik anksiyete, araştırma nüfusu açısından değerlendirmede istemli düşük öncesinde 1.09 bulunur iken 1 ay sonra ikinci görüşmede 0.54 oranına inmiştir. Bu oran istatistiki açıdan anlamlıdır ($P < 0.05$).

Elde edilen değerler, araştırma nüfusumuzun özellikle istemli düşük yapmadan önce belirli bir kişi, yer, obje veya duruma karşı sürekli korku tepki taşıdıkları, kendilerini koruma ya da kaçma davranışlarında buldukları böylece fobik davranışın patolojik ve yıkıcı özelliklerinde odaklaştıklarını düşündürmektedir.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda fobik anksiyete faktörü;

Tablo 54: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Fobik Anksiyete Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.48	1.09	0.54

* PARANOİD DÜŞÜNCE (Paranoid Ideation) (PAR):

Tablo 55: Paranoid Düşünce Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri

HASTANE GÖRÜSMESİ		EV GÖRÜSMESİ	
Soru Sayısı	:6	Soru Sayısı	:6
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:338.23	Toplam Puan	:273.00
T.Puan Ort.	:8.05	T.Puan ort.	:6.50
Ortalaması	:1.15	Ortalaması	:0.92
S. Sapması	:0.71	S. Sapması	:0.43
S. Hatası	:0.11	S. Hatası	:0.06
iki Ortalama Arası Fark :0.22			
Standart Sapma :0.68			
Standart Hata :0.10			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :2.11			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Araştırma nüfusu, ruhsal belirti faktörlerinden paranoid düşünce ile ilgili istemli düşük öncesinde 1.15 puan alır iken 1 ay sonra evde yapılan ikinci görüşmede bu puan 0.92'ye inmiştir. Her iki görüşmedeki puan farkı 0.22 olarak istatistikî açıdan anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$).

Bu bulgu kadınların paranoid eğilimlerinin istemli düşük öncesinde evdeki görüşmeye göre daha yüksek olduğunu ortaya koyar iken özellikle ilk görüşmede istemli düşük yapan kadınlara ilişkin şüphe, düşmanlık, bencillik özelliklerinin

yoğunlaştırdığı düşünülmektedir.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda paranoid düşünce faktörü;

Tablo 56: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Paranoid Düşünce Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.58	1.15	0.92

* PSİKOTİZM (Psychoticism) (PSY):

Tablo 57: Psikotizm Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerler

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:10	Soru Sayısı	:10
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:459.99	Toplam Puan	:287.00
T.Puan Ort.	:10.95	T.Puan ort.	:6.83
Ortalaması	:1.09	Ortalaması	:0.68
S. Sapması	:0.68	S. Sapması	:0.37
S. Hatası	:0.10	S. Hatası	:0.058
iki Ortalama Arası Fark :0.41			
Standart Sapma :0.53			
Standart Hata :0.08			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :4.98			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlar ruhsal belirtilerden Psikotizm faktöründen istemli düşük öncesinde 1.09 puan alır iken, 1 ay sonra 0.68 puan almışlardır. Kadınlarda iki görüşme arasındaki aylık zamanda psikotizm faktöründe 0.41 puan fark oluşur iken bu oran istatistikî açıdan anlamlıdır (P < 0.05).

Bulunan bu değerler kadınların istemli düşük öncesinde kişilerarası ilişkilerden giderek uzaklaşmaya başladığını, içe kapanma eğilimlerinin oluştuğunu düşündürmektedir. Fakat istemli düşükten 1 ay sonra bu eğilimlerde önemli bir azalmanın olduğu da çıkan sonuçlar arasındadır.

Belirti tarama ölçeği ile bundan önce yapılan çalışmalarda psikotizm faktörü;

Tablo 58: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Psikotizm Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
	1.09	0.68

* EK MADDELER (Additional Items) :

Tablo 59: Ek Maddeler Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistikî Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
Soru Sayısı	:7	Soru Sayısı	:7
n	:42	n	:42
Toplam Puan	:564.90	Toplam Puan	:289.24
T.Puan Ort.	:13.45	T.Puan ort.	:6.88
Ortalaması	:1.92	Ortalaması	:0.98
S. Sapması	:0.82	S. Sapması	:0.48
S. Hatası	:0.12	S. Hatası	:0.07
iki Ortalama Arası Fark :0.93			
Standart Sapma :0.77			
Standart Hata :0.12			
Serbestlik Derecesi :41			
t Değeri :7.81			
P Olasılığı :0.00		P < 0.05	

Araştırmanın yöntem bölümünde de belirtildiği gibi SCL-90-R'nin bir bölümü olup, 7 maddeden meydana gelen Ek maddeler, Bundan önce anlatılan alt ölçekler içinde yer almamış olan bu semptomlar madde setinin bir parçası olarak, kendi başlarına değerlendirilemezler iken global değerlerin hesaplanmasında

kullanılmak amacıyla bu ölçeğe alınmışlardır.

Buna rağmen bir fikir oluşturması açısından faktörü incelediğimizde özellikle ilk görüşmede istemli düşükten önce 1.91 çok yüksek bir puan almışlardır. 1 ay sonra ikinci görüşmede ise bu oran 0.93 azalarak 0.98'e inmiştir. Çıkan sonuç istatistiki açıdan anlamlıdır ($P < 0.05$).

Ek maddeler bundan önce yapılan çalışmalarda;

Tablo 60: SCL-90-R ile Bundan Önce Yapılan Çalışmalarda Ek Maddeler Alt Ölçeğinin Aldığı Puanlar

Gebelikten önce P.S	istemli Düşükten önce	istemli Düşükten 1 ay sonra
0.66	1.92	0.98

Alt ölçeklerden elde edilen puanların yanısıra, belirti tarama ölçeğinden (SCL-90-R) üç ayrı toplam puan elde edilmektedir. Bu üç ayrı toplam puanın görevi de bireylerin genel ruhsal belirti düzeylerini açıklamaktadır. Bunlar: global severity index (GSi), positive symptom distress index (PSDi) ve positive symptom total (PST)'dir.

Ortalama Ağırlık (Global Severity Index) (GSi)

Tablo 61: Ortalama Ağırlık Alt Ölçeğinin Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistiki Değerleri

HASTANE GÖRÜSMESİ		EV GÖRÜSMESİ
TOPLAM PUAN	:66.433	:37.556
PUAN ORTALAMA	:1.583	:0.894
Standart Sapma	:0.717	:0.348
Standart Hata	:0.111	:0.054
Minimum Değer	:3.133	:1.600
Maximum Değer	:0.111	:0.322
VARYANS	:0.520	:0.121
iki Ortalama Arası Fark : 0.6876		
Standart Sapma : 0.604		
Standart Hata : 0.093		
Serbestlik Derecesi : 41		
t Değeri : 7.38		
P Olasılığı : 0.000		P < 0.05

Belirti tarama ölçeğindeki ortalama ağırlık puanı, bu konuda tek bir puan üzerinden yorum yapılması beklendiğinde kullanılması en uygun olanıdır. istemli düşük yapan kadınların düşük öncesi ortalama ağırlık puanı 1.58 iken 1 ay sonra ki ev görüşmesinde 0.89'a indiği görülmektedir.

Toplam Pozitif Belirti Yoğunluğu (Positive Symptom Total) (PST)

Tablo 62: Toplam Pozitif Belirti Yoğunluğu Puanlarının Hastane ve Ev görüşmelerindeki istatistiki Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ	
TOPLAM PUAN	:2467.000		:1875.000
PUAN ORTALAMA	:58.738		:44.643
Standart Sapma	:19.349		:14.402
Standart Hata	:2.986		:2.222
Minimum Değer	:90.000		:77.000
Maximum Değer	:10.000		:20.000
VARYANS	:374.393		:207.406
iki Ortalama Arası Fark		: 14.0952	
Standart Sapma		: 19.438	
Standart Hata		: 2.999	
Serbestlik Derecesi		: 41	
t Değeri		: 4.70	
P Olasılığı		: 0.000	P < 0.05

Bu ölçek saf olarak semptomların yoğunluğunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Araştırma nüfusu istemli düşük öncesinde 58.73 semptom yoğunluğu içinde iken düşükten 1 ay sonra 44.64 semptom yoğunluğuna inmiştir. istemli düşük öncesinde ise bu düşükten 1 ay sonraki görüşme puan ortalamaları farkı, 14.09'dur.

Pozitif Semptom Sayısı (Positive Symptom Distress Index)
(PSDi)

Tablo 63: Pozitif Semptom Sayısı Puanlarının Hastane ve Ev Görüşmelerindeki İstatistiksel Değerleri

HASTANE GÖRÜŞMESİ		EV GÖRÜŞMESİ
TOPLAM PUAN	:98.464	:74.689
PUAN ORTALAMA	:2.344	:1.778
Standart Sapma	:0.634	:0.323
Standart Hata	:0.098	:0.050
Minimum Değer	:3.714	:3.026
Maximum Değer	:1.000	:1.208
VARYANS	:0.402	:0.105
iki Ortalama Arası Fark : 0.5661		
Standart Sapma : 0.592		
Standart Hata : 0.091		
Serbestlik Derecesi : 41		
t Değeri : 6.20		
P Olasılığı : 0.000		P < 0.05

Belirti tarama ölçeğindeki son toplam puan pozitif semptom sayısı olup araştırma nüfusunun verdiği yanıtlardan pozitif semptomların sayılması sonucunda elde edilir ve kısaca semptomların sayılarını belirler.

istemli düşük yapan kadınlardan araştırma grubu içinde olanlar hastane görüşmelerinde 2.34 ev görüşmelerinde ise 1.77 pozitif semptom sayılarının olduğu görülmektedir. PSDi'ye ilişkin hastane ve ev görüşme puan ortalamaları farkı, 0.56'dır.

Araştırmada çıkan sonuçlar bazında gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlarda ruhsal belirti tarama listesi içinde, istemli düşüğe önce en yoğun belirtilerin depresyon 1.88, diğerlerinin ise somatizasyon 1.78, anksiyete 1.76, obsesif-kompulsif faktörlerin olduğu görülmektedir. Diğer belirtiler ise düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce ve fobik anksiyete olarak görmektedir. Psikotik ise 1.09 puanla kadınların birinci görüşmede en az belirti gösterdiği faktör olarak karşımıza

cılmaktadır.

Tablo 64: Belirti Tarama Ölçeği Faktörleri in Görüşme Sırasındaki Dağılımları

HASTANE GÖRÜŞMESİ			EV GÖRÜŞMESİ		
F.SIRA	FAKTÖR ADI	ORTALAMA	F.SIRA	FAKTÖR ADI	ORTALAMA
1	Ek Maddeler (EKM)	1.92	1	Düşmanlık (HOS)	1.22
2	Depresyon (DEP)	1.88	2	Kişilerarası Duyarlılık (INT)	1.18
3	Somatizasyon (SOM)	1.78	3	Depresyon (DEP)	1.06
4	Anksiyete (ANK)	1.76	4	Ek Maddeler (EKM)	0.98
5	Obsesif-Kompulsif (O-C)	1.71	5	Paranoid Düşünce (PAR)	0.92
6	Düşmanlık (HOS)	1.54	6	Obsesif Kompulsif (O-C)	0.85
7	Kişilerarası Duyarlılık (INT)	1.47	7	Somatizasyon (SOM)	0.81
8	Paranoid Düşünce (PAR)	1.15	8	Anksiyete (ANK)	0.71
9	Fobik Anksiyete (FHOB)	1.09	9	Psikotizm (PSY)	0.68
10	Psikotizm (PSY)	1.09	10	Fobik Anksiyete (FHOB)	0.54

Kadınlar istemli düşüğü yaptıktan 1 ay sonrasında ise tüm belirtilerde bir düşüş olduğu görülmekle birlikte her belirtide normale dönme eğilimi diğerlerinden farklı olduğu göstermiştir. Bu da faktörlerin ikinci görüşmede yoğunluk sırasını Tablo 64'deki gibi değiştirmektedir. Buna göre ev görüşmelerinde kadınlar ruhsal belirti olarak en yoğun 1.22 ile düşmanlık, öfke belirtisi içinde oldukları görülmektedir.

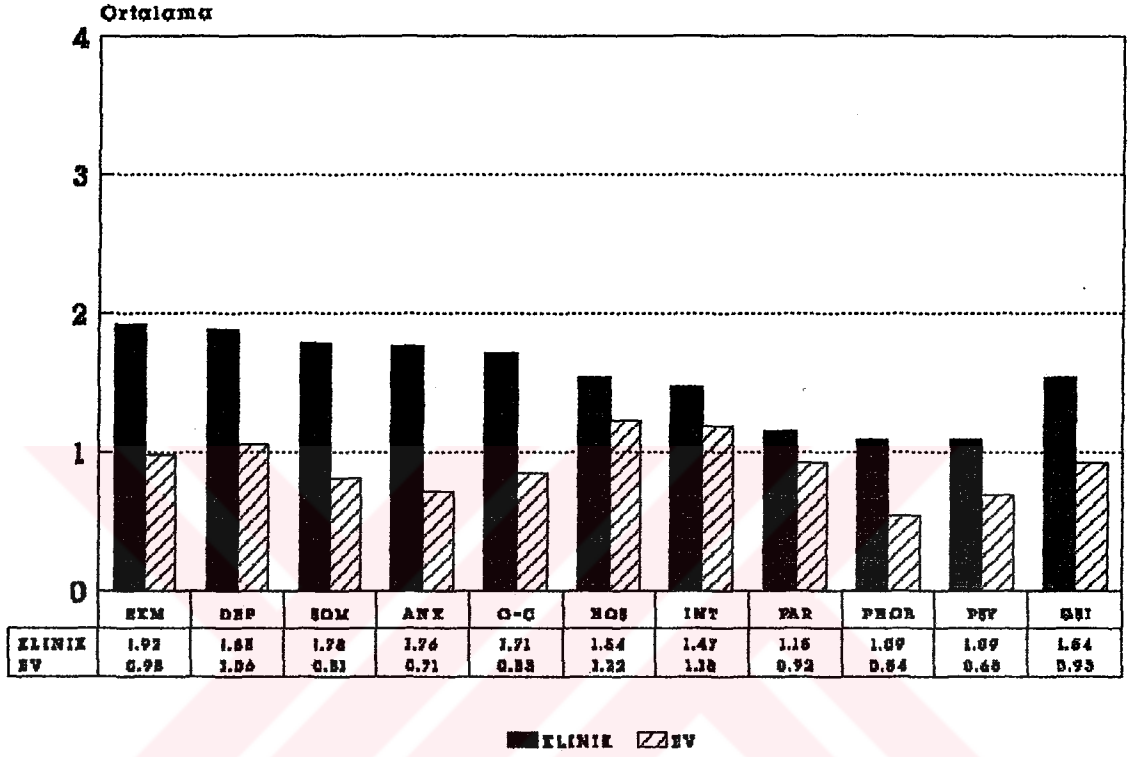
ikinci görüşmelerde depresyon 1.06 ile hala yoğunluğunu korur iken, somatizasyon anksiyete faktörlerinde büyük düşüşler olduğunu görmekteyiz. 2. görüşmelerde 1. görüşmede olduğu gibi belirti sıralamasında son iki sırayı psikotizm (0.68) ve fobik anksiyete puanları almaktadır (0.54).

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların istemli düşükten önce ve bundan 1 ay sonra ev görüşmelerinde iki görüşme arası ortalamaların fark sıralamasına baktığımızda; iki görüşme arasında en fazla farkı anksiyete faktörü içinde olduğunu görmekteyiz 1.05, daha sonra somatizasyon 0.96, obsesif-kompulsif faktör 0.85, depresyonda ise iki görüşme arasında 0.82, fobik anksiyete'de 0.55, psikotizm'de 0.41, düşmanlık 0.32 kişilerarası duyarlılık 0.28 fark bulunmuştur. Paranoid düşüncede ise iki görüşme arası farkın diğerlerine göre daha az olduğunu görmekteyiz.

Tablo 65: İki Görüşme Arası Ortalamaların Fark Sıralanması

Fak.sıra	F a k t ö r	A d ı	iki Ortalama Farkı
1	Anksiyete	(ANK)	1.05
2	Somatizasyon	(SOM)	0.96
3	Ek Maddeler	(EKM)	0.93
4	Obsesif-Kompulsif	(O-C)	0.85
5	Depresyon	(DEP)	0.82
6	Fobik Anksiyete	(PHOB)	0.55
7	Psikotizm	(PSY)	0.41
8	Düşmanlık	(HOS)	0.32
9	Kişilerarası Duyarlılık	(INT)	0.28
10	Paranoid Düşünce	(PAR)	0.22
	Global Severity Index	(GSI)	0.61

GRAFİK 37:RUHSAL BELİRTİ FAKTORLERİNİN HASTANE VE EV PUAN ORTALAMALARI



Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlardan 17 tanesinin bundan önce istemli düşük deneyimi olmadığı bulgular bölüm 6'da kadınların düşük deneyimleri bölümünde vurgulanmıştı. Aynı bölümde bu düşükten öncede düşük deneyimi olanların sayısı 25 olarak belirtilmişti, Bu iki grubu (bundan önce istemli düşük deneyimi olanlar, bundan önce düşük deneyimi olmayanlar) hastane ve ev görüşmelerine göre ruhsal durumlarını incelediğimizde; 3 boyutun olduğu görülmektedir.

Ruhsal belirtilerden Somatizasyon (SOM), Depresyon (DEP), Anksiyete (ANK) ve Düşmanlık (HOS) faktörlerinin hastane ve ev görüşmelerinde bundan önce düşük deneyimi olanların bundan önce düşük deneyimi olmayanlara göre daha fazla ruhsal belirti puanına sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca Depresyon faktörünün ev görüşmesinde ve Düşmanlık faktörünün ev görüşmesinde bundan önce düşük deneyimi olanların düşük deneyimi olmayanlara göre istatistikî açıdan $P < 0.05$ olduğundan anlamlı bulunmuştur.

Ruhsal belirti faktörlerinden Obsesif-Kompulsif (O-C), Kişilerarası Duyarlılık (INT), Psikotizm (PSY) ve Ek Maddeler (EKM)'de düşük deneyimi olanların, düşük deneyimi olmayanlara göre ev görüşmelerinde daha fazla puan alır iken, aynı faktörlerden hastane görüşmelerinde düşük deneyimi olmayanlar, düşük deneyimi olanlara göre daha fazla puan almışlardır.

Paranoid Düşünceler (PAR) ve Fobik Anksiyete (PHOB) faktörlerinde ise hastane görüşmelerinde düşük deneyimi yüksek olanların yüksek iken, ev görüşmelerinde düşük deneyimi olmayanların bu faktöre göre ruhsal belirti puanları daha yüksektir.

Tablo 66: Kadınların isteyerek Düşük Deneyimleri ile Ruhsal Belirti Durumlarının ilişkisel Ortalamalarının Dağılımı

SCL- 90-R	D Ü Ş Ü K D E N E Y İ M İ				TABLO t	P
	DÜŞÜK DENEYİMİ OLMAYANLAR		DÜŞÜK DENEYİMİ OLANLAR			
	ORT	ST:H	ORT	ST:H		
SOM KLİNİK	1.71	0.21	1.83	0.15	0.49	0.629 *
SOM EV	0.74	0.13	0.87	0.09	0.85	0.399 *
O-C KLİNİK	1.77	0.14	1.68	0.18	0.34	0.737 *
O-C EV	0.72	0.11	0.94	0.08	1.59	0.119 *
INT KLİNİK	1.51	0.24	1.44	0.17	0.25	0.806 *
INT EV	1.13	0.18	1.22	0.11	0.45	0.655 *
DEP KLİNİK	1.81	0.18	1.93	0.20	0.43	0.672 *
DEP EV	0.87	0.10	1.18	0.08	2.33	0.025 **
ANX KLİNİK	1.76	0.22	1.77	0.18	0.02	0.980 *
ANX EV	0.64	0.12	0.75	0.08	0.75	0.460 *
HOS KLİNİK	1.31	0.20	1.70	0.19	1.37	0.180 *
HOS EV	0.91	0.15	1.44	0.12	2.74	0.009 **
PHOB KLİNİK	1.09	0.23	1.10	0.17	0.40	0.970 *
PHOB EV	0.56	0.11	0.53	0.08	0.19	0.850 *
PAR KLİNİK	0.99	0.14	1.26	0.15	1.21	0.235 *
PAR EV	0.93	0.11	0.92	0.08	0.03	0.973 *
PSY KLİNİK	1.12	0.15	1.07	0.14	0.22	0.829 *
PSY EV	0.64	0.10	0.70	0.06	0.52	0.609 *
EKM KLİNİK	1.95	0.19	1.89	0.17	0.23	0.817 *
EKM EV	0.93	0.13	1.01	0.08	0.55	0.584 *

n=17

n=25

* P > 0.05

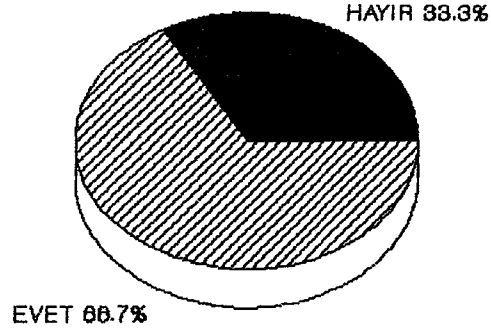
** P < 0.05

3.9- ARAŞTIRMA NÜFUSUNUN DÜŞÜĞE BAĞLI SAĞLIK ÖZELLİKLERİ:

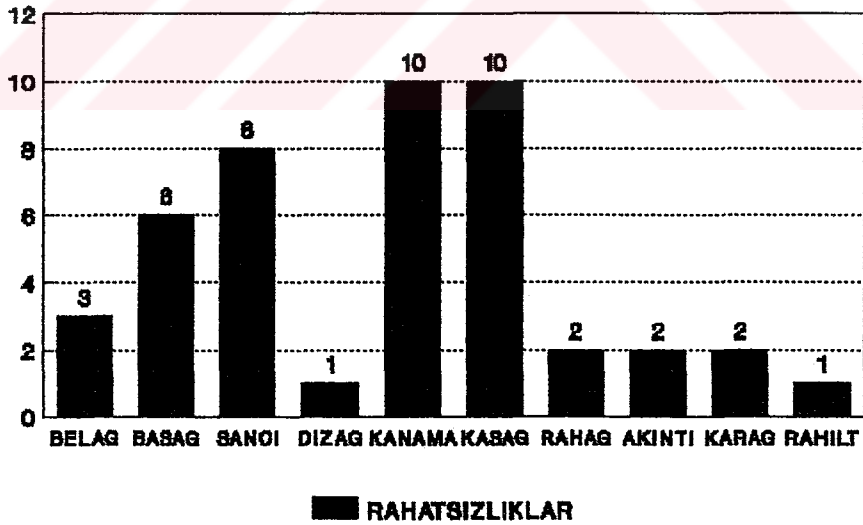
Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlar fizyolojik sağlık özellikleri açısından 4 alt başlık altında incelenmiştir.

1. Kadınların, eve döndükten sonra bu düşüğe bağlı rahatsız olup olmadıklarının dağılımı,
2. Kadınların, eve döndükten sonra bu düşüğe bağlı rahatsızlıklarının dağılımı,
3. Kadınların, eve döndükten sonra bu düşükle ilgili rahatsızlıklarına karşı ne yaptıklarının dağılımı,
4. Kadınların, bundan önce yaptıkları düşük / düşüklere önce veya sonra bu düşük / düşüklere bağlı herhangi bir rahatsızlığın dağılımı.

**GRAFİK 39:KADINLARIN EVE DONDUKTEN SONRA
BU DUSUGE BAGLI RAHATSIZ OLUP
OLMADIKLARININ DAGILIMI**



**GRAFİK 40:KADINLARI EVE DONDUKTEN SONRA
BU DUSUGE BAGLI RAHATSIZLIKLARININ
DAGILIMI**



Arastırma nüfusu içindeki kadınların, istemli yaptıkları bu düşüklerde 1 ay sonraki izleme çalışmasında % 66.7'sinin bir veya birden fazla rahatsızlığı olduğu görülmektedir. Hiçbir

rahatsızlığım olmadı diyenlerin oranları ise % 33.3'dür.

Kadınların eve döndükten sonra bu düşüğe bağlı rahatsızlıklarının dağılımına baktığımızda daha çok sendrom niteliği taşıdığı görülmektedir. Bu arada kanamalar ve kasıklarda ağrının kadınlarda oluşan en önemli rahatsızlıklar olduğu görülmüştür.

Grafik 40'da görüldüğü gibi istemli düşüğe bağlı kadınlarda oluşan rahatsızlıkların en yoğunu kanamalar ve kasıklarda ağrılar olduğunu görmekteyiz bu rahatsızlıklarla birlikte kadınlarda baş ağrısı, sancı, bel ağrısı, rahim ağrısı, akıntı, karın ağrısı, dizlerde ağrı ve rahim ağzında iltihaplanmalar olduğu kadınlar tarafından belirtilmiştir.

Araştırma grubu içindeki kadınların bundan önce istemli düşük deneyimi olanlardan % 59.5'inde hiçbir rahatsızlığın olmadığı belirtilmiştir. % 16.7 kadında ise bir veya birden fazla rahatsızlığın olduğu görülmüştür.

istemli düşük yaptıktan sonra kendisinde rahatsızlıklar duyan % 88.7 araştırma nüfusu içinde % 9.5 oranındaki kadın bu rahatsızlığı ile ilgili bir sağlık merkezine başvurmaz iken % 33.3 kadın ise hiçbir şey yapmadan rahatsızlığının geçmesini beklemiştir. Diğer bölümde verilen yanıtların arasında hekimin verdiği ilaçları kullandım, aspirin veya ağrı kesiciler aldım diyenler araştırma kapsamı içinde küçümsenmeyecek orandadır.

Tablo 67: Kadınların Eve Döndükten Sonra Bu Düşükle ilgili Rahatsızlıklarına Karşı Ne Yaptıklarının Dağılımı

Neler yaptığı	Sayı	Yüzde
Sağlık merkezine gittim	4	9.5
Hic birsey yapmadım	10	23.8
Diğer	14	33.3
Rahatsızlığı olmayanlar	14	33.3
Toplam	42	100.0

Tablo 68: Kadınların Yaptıkları Düşük-Düşüklerden Önce veya Sonra Bu Düşüklere Bağlı Herhangi Bir Rahatsızlığın Dağılımı

Rahatsızlık	Sayı	Yüzde
Düşüğü olmayanlar	10	23.8
Hayır	25	59.5
Evet	7	16.7
Toplam	42	100.0

BÖLÜM IV

GENEL DEĞERLENDİRME

4.1. DEĞERLENDİRME

Bu araştırma, Ankara'da Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 1 Şubat 1991 ve 28 Şubat 1991 tarihleri arasında gebeliklerini istemli düşük yapmak için başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınları kapsamaktadır. Araştırma ile kadın sağlığı açısından gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların; sosyal, psikolojik, doğurganlık özellikleri, kontraseptif bilgileri ve aile işlevleri ile ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada düşük olgusu bir sistem bütünlüğü içinde ele alınmış, çözümlenmesi de yine aynı yaklaşımla yapılmıştır. **Before and After Experimental** modeli, araştırmanın oluşum yapısını çizmiştir. Bu nedenle araştırma nüfusu ile gebeliklerini istemli olarak düşükle sonlandırmadan 30 dakika önce ve istemli düşükten 1 ay sonra görüşmeler yapılmış, böylece kadının istemli düşük yapmasını oluşturan sistem öğelerini saptar iken aynı zamanda müdahale öncesi ve müdahale sonrası ruhsal belirti düzeylerinin karşılaştırılması da yapılmıştır.

Bulgular dokuz ayrı bölümde, gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların; kişisel, sosyal ve demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntemleri bilgi-tutum-davranış özellikleri, bu istemli düşüğe ilişkin özellikleri, aile işlevlerinin değerlendirilmesi, eşi ile ilişki özellikleri, psikolojik özellikleri, ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirilmesi, sağlık özellikleri başlıklarıyla incelenmiş, karşılaştırılmış, uygun istatistikî analizler yapılarak değerlendirilmiştir.

Araştırma nüfusunun kişisel, sosyal ve demografik özellikleri incelendiğinde istemli düşük yapan kadınların en yoğun olarak 30-34 yaşları arasında olduğu görülmektedir. Yaşlarda en küçük (15) ve en büyük (50+) uçlara gidildikçe yığınsal olarak bir azalma olduğu görülür iken istemli düşüğün daha çok 20-44 yaş arası kadınlarda yaygın olduğu görülmektedir. Araştırmada kadınlar ve eşleri birlikte değerlendirildiğinde istemli düşük yapma kararı veren ailelerin 25-44 yaşları arasında orta yaş grubu aileler olduğunu göstermektedir.

Araştırma nüfusu içinde ilk, orta, yüksek eğitimlerini bitirmiş olan kadınlar bulunurken ilkökul mezunu olan kadınların oranı diğer eğitim kurumlarından mezun olanlardan daha çok olduğu görülmektedir. kadınların eşlerinin eğitimine baktığımızda da lise ve yüksek eğitim yapmış olanlar biraz daha fazla iken kadınlarla uyumlu bir orantının olduğu belirlenmiştir.

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanlar yaptıkları işlere göre dağılımlarını incelediğimizde eğitim düzeyleri ile uyumlu bir dağılım görmekteyiz. Kadınlarda ev kadını olarak evde çocukların bakımı, büyütülmesi ve ev işleri yapan kadınların oranı tüm kadınların yarısından fazla iken eşlerinin de büyük ölçüde devlet memurluğunun değişik kademelerinde görev alan kişiler olduğu saptanmıştır. Bu saptama pek tabiidir ki alınan ücretlere de yansımış ve ev kadını olan araştırma nüfusunun % 52.4'ünün hiçbir bireysel gelirinin olmadığı görülür iken konuyla ilgili dağılıma baktığımızda istemli düşük yapma kararı veren ailelerin ekonomik açıdan, özellikle araştırma nüfusunun % 60'ının dar boğazda olduğu görülmektedir.

Kişilerin içinde buldukları sosyo-kültürel yapı, bir zincirini andıran halka iletkenliğinde birbirlerini etkilemektedir. Araştırma nüfusumuzda eğitim, yapılan iş, alınan ücret konusunda bu iletken yapı birbirlerini tamamlamıştır. Bu

yapıyı tamamlayan diğer parçalardan biri de sosyal güvenliktir. Araştırmada araştırmanın yarısından fazlasını oluşturan eğitim düzeyleri düşük, ev kadını olarak bir gelir getirmeyen grubun aynı zamanda bireysel bir sosyal güvenliğe sahip olmadıkları görülmektedir.

Yapılan pek çok araştırma insanlarda bir obje veya olguya karşı bilgi-tutum-davranış geliştirmenin kişinin içinde buldukları yerin özelliklerine (Gelişmişlik Eğitim-Basın Yayın-Sosyal Refah kurumları vb.) çok bağlı olduklarını belirtmektedirler. Bu anlayışla araştırma nüfusunun doğdukları il ve yerleşim yeri, en uzun süre yaşadıkları il ve yerleşim yeri ile şu anda yaşadıkları il ve yerleşim yeri açısından incelendiğinde; kadınların yarıya yakınının Ankara ili doğumlu diğer kısmının ise Ankara iline göç veren iç Anadolu ve Karadeniz bölgesi illeri doğumlu iken araştırma nüfusunun % 40.5'i kent merkezlerinde % 35.7'si köylerde % 14.3'ü kasabada doğar iken % 9.5'inin ise gecekondularda doğdukları saptanmıştır. Bu gün ise araştırmaya katılan kadınların tamamı Ankara ili sınırları içinde oturmakta iken % 66.7'si şehir merkezlerinde yaşıyor, % 31'i ise gecekonduda yaşamaktadır. Bu sonuçlar bize gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların genellikle kırdan kent'e göçü yaşamış, bu gün Ankara'nın merkezi yerlerinde veya merkezine yakın yerlerde % 76.2'si apartman dairesinde, % 21.4'ü gecekonduda yaşadığı ortalama büyüklüklerib 4.35 ve aile biçimlerinin % 81.1 oranında çekirdek aile oldukları görülmektedir.

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların ilk evlenme yaşları incelendiğinde toplam grubun yarısından fazlasının 15-19 yaşları arasında evliliklerini yaptıkları görülmektedir. Bu erken yaşta evlilik, doğaldır ki kadınların gebeliklerini, doğumlarını, ana sağlığını direkt etkileyen öğelerden biridir. Evli olarak geçirilen toplam süre açısından tam bir farklılık bulunur iken, uç noktalara gidildikçe (1 - 21 +) yıl evli olarak geçirilen

sürenin azaldığı göze çarpmaktadır. En fazla ise 6-15 yıllık evli kadınların % 50 toplam yığın oluşturdukları görülmektedir. Ayrıca araştırma nüfusunun % 52.1'i görücü usulü ile evlenen kadınlardan oluşmaktadır.

Kişisel, sosyal ve demografik özellikleri değerlendiren araştırma nüfusunun doğurganlık özellikleri incelendiğinde ; Bu istemli düşüğün araştırma nüfusu içinde hiçbir kadının ilk gebeliği olmadığı ve her kadına düşen ortalama gebelik sayısının ise 4.4 olduğu görülmektedir. Gebelik sayısına ait alt limit 2, üst limit ise 9 olarak bulunmuştur. Araştırma nüfusu içinde tüm kadınların en az 1 canlı doğum yaptıkları görülmekte iken 1 kadına düşen canlı doğum sayılarına üst limit ise 9 olarak saptanmıştır. Ayrıca araştırma nüfusu içinde % 9.5 kadının bundan önce 1'er ölü doğum deneyimi olduğu görülmektedir. Araştırmada bir kadına düşen ortalama ölü doğum sayısı ise 0.09 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuk sayılarının dağılımına bakıldığında, çocuk sahibi olmayan kadın bulunmadığı görülmektedir. Ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.05 iken üst limit ise 7 olarak belirlenmiştir. Kadınların ortalama ideal çocuk sayıları ise var olan ortalamaya yakın olarak 2.1 bulunmuştur. Bu sonuç, kadınların ve ailelerinin ve ailelerinin istemli düşük yapmayı ideal çocuk sayılarını koruma çabası olarak karşımıza çıkarmaktadır. Bu nedenle araştırma nüfusunun % 81'i bir kez daha çocuk yapmayı düşünmediklerini belirtmişlerdir.

Araştırma nüfusunu oluşturan kadınların doğurganlık özellikleri açısından bundan önceki gebelik tarihlerine bakıldığında çok yakın tarihlere rastladıkları belirlenmiştir. İki gebelik aralığı 2 yıldan az olanların oranı toplam nüfusun yarısından fazlasını oluşturmaktadır.

Diğer çok önemli bir bulgu ise bundan önceki gebelik aralıklarını verdiğimiz kadınların, bundan önceki gebeliklerinin sonuçları incelendiğinde % 48'i istemli düşükle sonlandırılır iken, canlı doğum oranında istemli düşük oranı kadar saptanmıştır. Bu saptama araştırma nüfusunu oluşturan kadınların çözümü çoğu zaman istemli düşüğe aradığını gösteren bir tutumun, bir davranışın simgesi olarak karşımıza çıkarmaktadır.

Yukarıda değerlendirme, araştırma nüfusunun aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi-tutum ve davranışlarını daha da bir önemli hale getirmektedir. Bu açıdan araştırma nüfusunun aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi-tutum ve davranışları 4 bölümde incelenmiştir. Bunlar evlenmeden önce, aile planlaması yöntemi bilmez iken, bildiklerini belirten % 31 oranındaki kadından etkin aile planlaması yöntemi bilenler % 25'in altındadır. Bu nüfus aile planlaması yöntemlerini çoğunlukla arkadaş, kitap, dergi ve gazetelerden öğrendiklerini belirtmişlerdir.

Kadınların bu gebeliklerinden önce aile planlaması yöntemlerini bilme dağılımlarını incelediğimizde % 88.1 oranında kadının bu gebelikten önce aile planlamasını bildiği ortaya çıkmıştır. Aile planlaması yöntemlerini kullanılma açısından incelendiğinde % 40.5 ailenin geri çekme yöntemi ile korunur iken etkin olmayan yöntemlerle korunanların oranı % 44.9, etkin aile planlaması yöntemi kullananların oranı ise % 31'dir.

Araştırma nüfusu gebeliklerini istemli düşükle sonlandırdıktan 1 ay sonra, aile planlaması yöntemlerini bilme oranları, düşük düşük öncesine aynı olması da yine araştırmadaki önemli bulgulardandır. Bununla birlikte bu düşüğe sonra kadınların etkin aile planlaması yöntemlerini daha çok öğrendikleri görülmektedir. Öğrendikleri yerler ise başta televizyon, radyo, dergi ve gazeteler gibi kitle iletişim araçları, arkadaşları ve sağlık kuruluşları bulunmaktadır.

Araştırma nüfusu gebeliklerini istemli düşükle sonlandırdıktan 1 ay sonra % 51 gibi yüksek bir oranla korunur iken, bu oranın % 59'unun geri çekme olması sonucu farklılaştırmaktadır. Düşük sonrası etkin yöntemlerle korunanlarla toplam nüfusun sadece % 29'dur. Araştırma nüfusunun bu sistem öğeleri böyle kullanılmaya devam ettiği sürece sonuç bulgular içinde görüldüğü gibi çoğu zaman istemli düşüğe aranmaktadır.

Bu açıdan araştırma nüfusunun çocuk düşürme ile ilgili özellikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların hiçbirinin geleneksel metodlarla istemli düşük yapmadıkları görülmektedir. Fakat araştırma nüfusu içindeki kadınlardan % 15'i istemeden düşük yapar iken % 85'i ise isteyerek hastanede düşük yapmışlardır. Araştırmada isteyerek hastanede yapılan düşüğün araştırmaya katılan 1 kadına oranı 0.96 iken, istemeden kendiliğinden olan düşüklerin oranı 0.16'dır.

Araştırma nüfusu içinde 1 kez isteyerek düşük yapanların oranı % 29, 2 kez düşük yapanların oranı % 21, 3 kez düşük yapanların oranı % 7 ve 7 kez istemli düşük yapan kadınların oranı ise % 2.4'dür. Bu sonuçlar içinde özellikle 1 kadının 7 kez istemli düşük yapması kadın sağlığı ve aile planlaması açılarından üzerinde durulması gereken noktalardandır.

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran ve araştırma nüfusunu oluşturan kadınların hemen hemen hepsi (% 95.2) bu gebeliklerinden önce çocuk istemediklerini belirtir iken, bu önemli kararı çoğunlukla eşiyle (% 73.8) birlikte aldıklarını belirtir iken % 21.4 kadın ise bu önemli kararın tüm yükünü, sorumluluklarını, kendi üzerine almışlardır. Ekonomik sorunlar, çok çocuklu olmama isteği, ailede çocuğa bakacak kimsenin olmaması, şu anda çocuk istememe, son çocuğun küçük olması, sağlıkla ilgili problemler kadına ve ailesine bu gebeliklerini sonlandırma konusunda karar aldırın etkenler olarak

gözlenmektedir. Araştırma nüfusu istemli düşüğün, istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için ve ailenin bakacaklarından çok çocukları varsa yapılmasının uygun olduğu görüşünü savunmuşlardır. Aynı grubun yarıya yakınının istemli düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak görmesi araştırma nüfusunun doğurganlık ve aile planlamasına ilişkin bilgi-tutum-davranışlarını etkilemektedir.

Araştırmada % 81 oranındaki kadın, tekrar çocuk yapmak istemediklerini belirtir iken, tekrar çocuk istemedikleri halde gebe kalırlarsa (Kullanılan aile planlaması yöntemleriyle bu çok mümkün gözükmektedir.) % 83 oranındaki kadın isteyerek düşük yapacaklarını belirtmişlerdir. Bu olay istemli düşüğün araştırmaya katılan kadınlar için uzak bir ihtimal olmadığını düşündürmektedir.

Bulguların 5. bölümünde gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran ve araştırma nüfusumuzu oluşturan kadınların aile işlevleri incelenmiştir. Çünkü bilinen o dur ki kişilerin davranışları, tutumları nasıl büyük ölçüde aileden aldığı kültürle şekilleniyorsa, kişilerin beden ve ruh sağlıklarında, sevgi, şevkat, yakın ilgi ve bakım bulabilecekleri en doğal ortam olan aileye sıkı sıkıya bağlıdır.

4.2. TARTIŞMA

Bu anlayışla araştırma nüfusu değerlendirildiğinde; kadınların ve ailelerinin istemli düşük gibi psikolojik ve sosyal bir handikap karşısında, davranış kontrolü açısından düzensizliği yaşadığı görülür iken, ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıpları yeni roller konusunda sıkıntılar yaşadığı, görevlerin belirgin ve eşit olarak üyelere dağılımı ile sorumlulukların anlamlı bir şekilde paylaşıldığını düşündürmektedir. Bununla birlikte araştırma nüfusunu oluşturan kadınların aldıkları puan, kadınların aileleri ile etkili bir iletişim içinde olmadıklarını bu nedenle aile içinde sözlü iletişimin açık olmadığı ve genelde dolaylı ifade biçiminin seçilmiş olduğunu da düşündürmüştür.

Ayrıca davranış kontrolü, roller ve iletişim faktörleri kadar olmasa da araştırma nüfusu içindeki kadınların aile işlevleri açısından; birbirlerine gösterdikleri ilgi, bakım ve sevginin yeterli olmadığı, sorunları karşısında etkili çözümleri ortaya koyma güçlüklerinde eksiklik olduğu ve her türlü duygu ve düşüncelerin ağırlıklı bir şekilde sözlü veya hareketlerle ifade etmede sorunları olduğu sonucuna varılmaktadır. Bu sonuçla isteyerek düşük deneyimlerinin etkili olabilir mi hipotezi ise $P > 0.05$ puanlamasında anlamsız bulunmasına rağmen düşük deneyimi bundan önce olmayan kadınların, düşük deneyimi olan kadınlara göre aile işlevlerinde sıkıntılı oldukları saptanmıştır.

Araştırmada aile işlevleri açısından varılan sonucu, aynı ölçekle (ADÖ) bundan önce yapılan çalışmalarla kıyaslandığında daha çok boşanma sürecinde olan ailelerin aile işlevleri açısından aldıkları puanlarla benzetmektedir. Bununla birlikte araştırmada elde edilen iletişim ve davranış kontrolü alt ölçeği sonuçları boşanma sürecindeki ailelerin araştırmasından daha yüksek bulunmuştur. Bu veri gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların ailelerinde fonksiyonel olmayan kalıpların

daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Varılan sonuç özellikle düşük olgusu içinde ilk kez araştırılan bir sonuç olmakla birlikte özellikle sağlığın tanımındaki sosyal ve psikolojik sağlığı zedeleyen bir faktör olduğunu ortaya koyması açısından son derece önemlidir.

Yukarıdaki sonucu desteklemesi açısından incelenen araştırma nüfusunun eşi (kocası) ile ilişki özellikleri bulguların 6. bölümünde 4 yapı içinde incelenmiştir. Buna göre; gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınların araştırma kapsamına girenlerin eşlerinin % 31'i eşine ve olaya karşı ilgisiz kalmayı tercih etmiş, hiçbirşey olmamış gibi davranmıştır. 1 kadının eşi ise, kadına öfkelenip kızıp bağırmıştır. Çok da küçümsenmeyecek bir operasyon geçiren kadın, hem de tüm sorumlulukları ortak olan bir olguda, belirtilen tüm olumsuz yükleri üzerinde hissetmesi ve yaşaması doğaldır ki o kadının yaşamında özellikle sosyal ve psikolojik olumsuzlukları beraberinde getirecektir. Bu bazı zamanlarda direkt olguya bağlı olabileceği gibi bazı durumlarda da indirekt etkiler oluşturabilecek bir mekanizmadır. Bunlardan bir tanesi düşüğün aile içi ilişkilere etkisi olarak düşünülmüştür. Sonuçta araştırma nüfusunda % 19'unda düşüğün aile içi iletişimde olumlu ve olumsuz etkileri olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Araştırmadaki önemli bulgulardan bir tanesi de hiç şüphesiz; araştırmaya katılan kadınların % 76'sında istemli düşük sonrasında kocasıyla cinsel ilişkilerinde meydana gelen bozulmadır. Bu sonucun düşük sonrasında gerek aile içi, gerekse çevre ve toplum içinde psiko sosyal gerilimleri ortaya koyacağı tahmin edilmiştir.

Gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlardan araştırma nüfusunu oluşturanlar psikolojik reaksiyonları açısından 3 dönemde incelenmiştir. Bulgular göstermektedir ki istemli düşük kadında, pek çok sıkıntıları operasyondan önce,

büyük bir olasılıkla istenmeyen bir gebeliğe hamile kadını öğrenmeye başladığı andan operasyon anına ve hatta bu operasyondan 1 ay sonra bile değişik yoğunluklarda yaşamaktadır, yaşatmaktadır. Araştırmada kadınların düşüğe ilişkin psikolojik uyarıları genelde superegolarına etki ettiği görülmektedir. çünkü bahsedilen her üç dönemde de pek değişmeyen olgu kadınların kandilerini suç işlemiş, günaha girmiş olduklarını vicdan azabı çekmek, huzursuz olmaları, sinirlenmeleridir. Bununla birlikte operasyon öncesinde geleceğe ilişkin kaygı, korku geçmişte etkin aile planlaması yöntemi kullanmamanın kızgınlığı yaşanır iken özellikle istemli düşükten 1 ay sonra düşüğe ilişkin sakinlik, bir sorundan kurtulmanın sevinci ve coşku hislerinde artma olduğu saptanmıştır.

Hatta araştırma nüfusunun % 61.9'u aşırı sınırlı olmaları, tedirginlik, huzursuzluk geçirdiklerini belirtmelerine rağmen tümü herhangi bir sağlık merkezine gitmeyi düşünmediklerini ve gitmediklerini belirtmişlerdir. Kadınların bu dönemlerini atlatmada daha çok eşlerin yardımcı olmaya çalıştıkları görülür iken % 31 oranındaki kadınlara bu dönemlerini atlatmalarında kimsenin yardımcı olmadığı görülmektedir.

Araştırmanın pek çok kısmında istemli düşüğün sadece medikal bir olgu olmadığı kişinin sosyal-kültürel yapısıyla ilgili bir olgu olduğu ve yine kişinin biyo-psiko-sosyal sağlığını tehdit eden bir unsur olduğu belirtilmişti bu düşünüş konuyla ilgili pek çok profesyonellerin bir yaklaşımı olmakla birlikte, bunu ispatlayan araştırmalar sayıca çok değildir.

Kuşkusuz ki ruh sağlığı, vücut sağlığı ile birlikte bir insanın arzulanabileceği şeylerin en değerlisidir. Gerçekten ruh ve beden, ile çevre arasında ayırım yapmak artık çok geçerli değildir. Çünkü insan organizması birbirleriyle ilintili bir biçimde yaşantısı boyunca biyolojik, psikolojik, toplumsal uyarımların etkisi altında kalmaktadır. Bundan dolayıdır ki ruh

sağlığı da beden sağlığı gibi salt ve değişmez değildir. Dış baskılar, iç baskılarla gelişince, başka bir deyişle dış baskılar belli bir ölçüyü aşınca insanların ruhsal dengesi sarsılabilmektedir. Sonuçta ortaya bunalımlar, üzüntüler, kaygılar çıkabilmektedir. Bununla birlikte insanların baskılar karşısında değişik dayanma gücü olduğu da bir gerçektir. Bu nedenle herkesin kırılma noktası birbirinden farklıdır. farklılıkta etkili olan faktörlerden birisi şüphesiz kişinin eski yaşantısındaki örüntülerdir.

Bulguların 8. bölümünde gebeliklerini istemli düşükle sonlanan kadınlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanların müdahale öncesi ve müdahaleden 1 ay sonra ruhsal belirti düzeyleri değerlendirilmiştir. Buna göre kadınların depresyon, somatizasyon, anksiyete, obsesif-kompulsif, düşmanlık, kişilerarası duyarlılık, paranoid düşünce, fobik anksiyete ve psikotizm alt ölçeklerinden müdahale öncesi alınan puanlar müdahaleden 1 ay sonraki görüşmede alınan puanların çok altında görülmektedir. Bu sonuç ilgili hipotezimizi de doğrular nitelikte olup önemli bulunmuştur ($P < 0.05$).

Araştırmada gebeliği düşükle sonlandırmadan önce kadınlarda operasyona ilişkin olabileceği başka nedenlere de dayalı olabilir. Depresyon, somatizasyon, anksiyete, obsesif-kompulsif alt ölçeklerini yüksek değerlere ulaştığı görünür iken müdahaleden 1 ay sonra düşmanlık ve kişilerarası duyarlılık alt ölçeklerinin en yüksek belirtiler olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Bu veri bize kadınların istenmeyen gebeliğin oluşum haberi anlaşıldığından, gebelik sonlandırıldıktan 1 ay sonraya kadar kadınların farklı ruhsal sıkıntılar yaşadıklarını göstermektedir. Bu belirtiler istemli düşükten 30 dakika öncesinde en yüksek değerlere çıkmakta 1 ay sonra tüm belirtilerde belirgin bir azalma olmasına rağmen yine de yüksek puanlara rastlanmaktadır.

istemli düşükten öncesi ile 1 ay sonrasındaki zaman içinde ruhsal belirti düzeylerinde en fazla farklılığın anksiyete, somatizasyon, obsesif-kompulsif ve depresyon belirtilerinde olduğu görülmektedir.

Kadınların isteyerek düşük deneyimleri ile ruhsal belirti durumlarının ilişkisel puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde somatizasyon, depresyon, anksiyet ve düşmanlık faktörlerinde düşük deneyimi olanların daha fazla ruhsal belirti gösterdikleri ayrıca depresyon ve düşmanlık faktörlerin ev görüşmelerinde düşük deneyimi olanlar, düşük deneyimi olmayanlara göre anlamlı bir farklılık ortaya koymuştur ($P < 0.05$).

Sonuç olarak gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlarda aklar ve karalarda olduğu gibi normal-anormal bir ayırım yapmaksızın en az biyolojik ve sosyal rahatsızlıkları kadar ve en az bu faktörler kadar ciddi ruh sağlığını tehdit eden handikaplar bulunmaktadır.

Araştırmanın 9. ve son bulgular bölümünde araştırma nüfusunun biyolojik sağlıkla ilgili sorun ve sıkıntılarını saptanmaya çalışılmıştır. Veriler göstermektedir ki kadınların % 66.7'sinin düşükten 1 ay sonra bir veya birden fazla rahatsızlığı olduğu vurgulanmıştır. Bahsedilen rahatsızlıklar genelde operasyona ilişkin rahatsızlıklar olarak görülmektedir. Kadınlar bu rahatsızlıkları ile ilgili genelde evde bulunan ve bundan önce kullanılan haplar, ilaçlar alınmıştır. Bazıları ise durumu daha ciddi bularak bir sağlık merkezine gitmeyi uygun bulmuşlardır.

BÖLÜM V

SOSTAL HİZMET YAKLAŞIMI

Araştırma içinde üzeri önemli çizilen noktalardan bir tanesi de, istemli düşük yapmanın; kişinin içinde bulunduğu tüm toplumsal etmenlerin, ilişkilerin, yapısal faktörlerin, sosyal ve demografik özelliklerin etkisi ile ortaya çıkan bir davranış biçimi olduğudur. Bu açıdan olgu, gerek analizinde gerek sağaltımında sadece medikal bir müdahale olarak algılanmamalı, çok yönlü sosyal bir sorun olarak düşünülmektedir.

Buradan istemli düşüğün bir sosyal sorun olduğunu belirlememiz için sosyal sorun tanımlamalarını gözden geçirmek ve istemli düşüğün bu tanımlamalara uygun olup olmadığını belirlemek gerekmektedir. Harlem ve Cestre sosyal sorun belirli bir sayıda insanı arzu edilmeyen bir biçimde etkileyen bir durumdur diye belirtirken, Merton bir olaya sosyal sorun denilebilmesi için açıkça belli olması ve çözümünde birden çok alternatif olması gerekliliğini vurgulamışlardır.

istemli düşüğü bu tanımlar içinde irdelediğimizde, kesin olmayan sonuçlara göre 40 ile 60 milyon arasındaki kadının çeşitli nedenlerle istemedikleri gebeliklerini isteyerek düşüklerle sonuçlandıracakları görülmektedir (Vered Slonim-Nevo, 1991). Ülkemizde yapılan çalışmalarda da bir milyona yakın kadının arzu etmedikleri bir biçimde çeşitli nedenlerden dolayı istemli düşük yaptıkları ve bu eylemin pek çok sıkıntısını çektikleri ortaya konmaktadır. Yapılan araştırmalarca kesin olarak ortaya konulan bu sorunun, çözümü de farklı biçimlerde önerilmekte ve bununla ilgili değişik ülkelerde değişik yasal düzenlemelere gidilmektedir. Bu açılarından nedenleri ve sonuçlarıyla isteyerek çocuk düşürmek önemli bir sosyal sorundur.

Zamanımızın önemli özelliklerinden bir tanesi de bilim disiplin ve meslek alanlarında ihtisaslaşmaya yöneliştir. Böyle olmakla birlikte çoğu zaman olgunun, sorunun çözümü birden fazla disipline, mesleğe ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle özellikle sosyal bir sorunun analizi ve çözümü multidisipliner olmayı gerektirmektedir. Bu gereksinim olgunun dayandığı temel ihtiyaçlardan kaynaklanmaktadır.

Kadın sağlığı açısından pek çok tehlikeyi beraberinde getirmesine rağmen tüm dünya ülkelerinde yaygın olarak kullanılan istemli düşük olgusu multidisipliner anlayış içinde tıp ve sosyal bilimlerin kesim odağı içinde bulunmaktadır. Oysa uygulamada olgunun analizi ve sağaltımı çoğu zaman bir disiplin veya meslek dalının kontrolü altında kalmıştır. Bu nedenle ortaya çıkan sonuç, sağlığın tanımındaki Herhangi bir hastalığın olması veya olmamasından çok kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal tam bir iyilik hali kavramına ulaşmakta eksik kalmaktadır.

Her disiplinin bir olguyu analiz ve çözümleme yaklaşımları ve o olgu içinde ilgilendikleri yapılar birbirinden farklı olmakla birlikte amaç olgunun, ya da durumun en iyi hale getirilmesidir.

Belirtilen durumlarda, sosyal hizmet mesleği, bireyin karar verme özgürlüğünü kendi yararına kullanması açısından bilinçlenmesinde ve yaşadığı çevrenin sosyo-ekonomik koşullarına ve normatif sistemine uyum sağlayarak toplumda verimli bir unsur olması yönünden gerekli olan gelişme ve değişimin yaratılmasında müdahale edebilecek bilgi, yöntem ve becerilere sahip, hatta bu tür bir müdahaleye yetkisi olan bir meslektir (Kut, 1988).

Sosyal hizmet mesleğinin, kadın sağlığı açısından isteyerek düşük olgusuna yaklaşımı, tıbbi sosyal hizmet alanı ile aile ve çocuk refahı alanının bilgi temeline dayanmaktadır. Meslek konuyla ilgili bu alanlarda olgunun psiko-sosyal yönü ile

ilgilenirken, çalıştığı kurum ya da programın genel amacının karşılamak istediği odak noktasını paylaşır.

Sosyal hizmetin konuyla ilgili müdahale odağı, sosyal hizmetin yöntemleri içinde bulunmaktadır. Halk sağlığında da olduğu gibi sosyal hizmetlerde de programlar ve hedefleri, sorunun koruyucu ve tedavi edici süreçlerini kapsamaktadır.

Bilinen o dur ki düşük olgusu toplum içinde ya yanlış bilgi ya tamamen bilgisizlik, eğitimsizlik ya da var olan hizmetlerin ihtiyacı olanlara ulaşamamalarının bir sonucudur. Bu anlamda bu sosyal sorun bazında toplumla çalışma gerekmektedir. Toplumla çalışmanın odak noktaları ise kadın sağlığı, düşük ve aile planlaması ile gebeliği önleyici yöntemlerin toplum tarafından bilinmesi, önemsenmesi, uygulanması, gelenek-görenek ve din normlarına ters düşmediği vb. inanç ve düşüncelerde değişiklik yaratılması içermektedir. Bunun için lider kişiler bulup belli sürelerde eğitilerek onlardan yararlanılması, kitle iletişim araçlarını konunun içine çekilmesi, toplum kaynaklarını, kurumlarını, çalışanları, yetkili mercileri harekete geçirmesi gerekmektedir.

Belirtilen gereksinimler sosyal hizmetin toplumla, grupla ve kişiyle çalışma yöntemleri kullanılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu profesyonel müdahale; konuyla ilgili koruyucu nitelikte olan uygun politikalar, projeler ve hizmetler için bir ön kışıldır.

Sosyal hizmet tedavi edici süreçte ise yine konuyu kadın sağlığı, düşük, aile planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler açısından ele alarak ya bir kurum içinde ya da mobil servislerle ihtiyacı olan kişilere psiko-sosyal acıdan yaklaşılarak eğitime, öğretme davranış değişikliği yaratma veya uygun birimlere havale etme süreçlerinde mesleki bir müdahaleyi yerini getirir.

Gerek koruyucu, gerekse de tedavi edici süreçte amaç; kişinin toplumsal işlevselliğini en üst düzeyde gerçekleştirmesine yardımcı olarak ailesi, çevresi ve toplumla ilişkilerinde sağlıklı mekanizmalara ulaşmasını sağlamaktır.

Bunun için de konuyla ilgilenen kurumlarda var olan sosyal hizmet bürolarını ve sosyal hizmet uzmanlarını işlevsel olarak kullanmak, bu büroların olmadığı kurumlarda bu büroların kurulmasını sağlamak, konuyla ilgili tüm disiplinlerin katıldığı hizmet içi eğitimler yapmak hem sözü geçen konu için hem de genelde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve sosyalleştirilmesi için bir ön koşuldur.



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1- ARAŞTIRMA SONUCU :

Kadın sağlığı açısından, isteyerek düşük yapanların; sosyal, psikolojik, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi-tutum ve davranışları ile aile işlevleri ve ruhsal belirti düzeylerinin değerlendirilmesi adlı araştırma istemli düşüğü kadın sağlığı açısından bir sistem öğelerini incelemiştir. Yaklaşımında; tümden gelim bir üslupla dünya'daki sosyo-ekonomik gelişme ve değişimin doğurganlığa ve doğurganlıkla ilgili davranışlara etkisi ile bunun Türkiye'deki yansımaları kuramsal olarak incelenmiştir. Buradan araştırma nüfusunda odaklaşarak gebeliklerini istemli düşük yaparak sonlandıran kadınların; kişisel-sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgi ve davranış özellikleri incelenmiş, aile işlevleri ile ruhsal belirti düzeyleri değerlendirilerek, araştırmanın tüm işlevsel alt amaçlarına ulaşılmış, kurulan hipotezler uygun istatistiki yöntemlerle test edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar; bulgular kısmında incelenmiş, değerlendirme bölümünde iç ve dış yorumlarda bulunulmuştur. Buna göre araştırmada; istemli düşüğün bir doğurganlığı düzenleme davranışı olarak istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak için kullanıldığı saptanmıştır. Bununla birlikte araştırma nüfusunun gebeliklerini, ekonomik sorunlar, çok çocuklu olmama isteği, bakacak kimsenin olmaması, şu anda çocuk istememe gibi tıbbi ve sosyal nedenlerle istemedikleri ve bir doğurganlığı düzenleme davranışı olarak isteyerek düşükle sonlandırdıkları görülmektedir. Bu bulguya ilgili literatürde de rastlanmıştır.

Ayrıca gebeliklerini istemli düşükle sonlandıranlardan araştırma nüfusumuzu oluşturanların genelde kırdan göç etmiş ve hala kentin merkezinde veya merkeze yakın gecekondulu semtlerinde yaşıyor olmaları, Fişek(1972), Tezcan (1975), Kişnişçi ve Akın (1975), H.Ü. Nüfus Etüdüleri Türkiye Doğurganlık Araştırmaları (1978, 1983, 1988) literatür bulguları ile aynı yöndedir.

Bununla birlikte çeşitli nedenlerle gebeliği önleyici yöntemlerin amaca ulaşmada yetersiz kalması veya etkin olarak kullanılmaması ve/veya etkin olmayan yöntemlerin kullanılması, istenmeyen gebeliklerin düşükle sonlandırılmasına yol açarken, araştırmada saptanan bir sonuç da bundan önce başka araştırmalarda saptandığı gibi istemli düşüklerin gebeliklerin arasını açmaktan çok, istenen çocuk sayısına ulaşıldıktan sonraki doğurganlığı kontrol etmek amacıyla kullanıldığı yönündedir. Araştırmada doğurganlık ve düşükle ilgili kadın başına düşen oranlar; 4.4 gebelik, 2.4 canlı doğum sayısı, 2.05 yaşayan çocuk sayısı, 0.96 istemli düşük sayısı olarak bulunmuştur.

Araştırma nüfusunu oluşturanların uygulanan ölçek ve bu ölçeğe ve bu ölçeğe verilen yanıtlar doğrultusunda ailelerinde fonksiyonel olmayan kalıpların daha yaygın olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte araştırma nüfusu içinde düşük deneyimleri olanların düşük deneyimi olmayanlara göre aile işlevlerinden aldıkları puan daha fazladır yönündeki araştırma hipotezi istatistiki açıdan anlamlı bulunmamıştır ($P > 0.05$).

Araştırmadaki kadınların ruh sağlığı durumlarıyla ilgili verilerde kadınlarda düşük öncesi ruhsal belirti düzeyleri ile düşüktan 1 ay sonraki ruhsal belirti düzeyleri istatistiki açıdan anlamlı bulunarak bu yöndeki hipotez desteklenmiştir ($P < 0.05$).

Buna göre gebeliklerini istemli düşükle sonlandıran kadınlarda özellikle istemli düşük öncesinde yüksek ruhsal belirti düzeylerinin olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte

araştırmada hem klinik hem de ev görüşmeleri, düşük deneyimi olmayanların ruhsal belirti düzeyleri, düşük deneyimi olan kadınların ruhsal belirti düzeylerinden daha yüksektir diye kurulan araştırma hipotezi depresyon ev görüşmesi dışında $P < 0.05$ kabul edilmemiştir $P > 0.05$.

Ayrıca araştırma nüfusunda; düşük öncesinde, eve döndüğünde ve düşükten 1 ay sonra farklı yoğunlukta psikolojik reaksiyonlar gözlenmiştir. Kadınlarda vicdan azabı, günah işlemiş olma ve suç işleme duygularının her  dönemde de yüksek olduğu, sakinlik, sevinç duygularının 1 ay sonra en üst noktaya çıktıkları korku, heyecan, utanma, pişmanlık, huzursuzluk, sinirlilik ve endişe duygularının 1 ay sonra en alt noktaya indikleri gözlenmiştir.

6.2- ARAŞTIRMA ÖNERİLERİ :

Düşük yapmak isteyerek de olsa kadın sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan zedeleyen bir yapıya sahiptir. Bu durum konunun tedavisinde farklı önlemler alınmasını gerektirmektedir. O nedenle konu ile ilgili geliştirilecek önleyici ve tedavi edici hizmetler multidisipliner bir yaklaşım içinde olmalıdır. Aşağıdaki konuyla ilgili öneriler önleyici ve tedavi edici hizmetler olarak iki bölümde ele alınacaktır.

6.2.1. Önleyici Yaklaşım :

Geleneksel olarak önlemin üçüncül, ikincil ve birincil olmak üzere, üç ana alanı kapsadığı kabul edilir, bunlar;

Üçüncül önleme : Tekrar oluşumu önlemek.

ikincil önleme : Yüksek risk gruplarını belirlemek.

Birincil önleme : Her kadının sağlıklı olmasını sağlamak.

Üçüncül önlemede; bir veya birden fazla gebeliklerini düşükle sonlandıran kadınların istemedikleri gebeliklerden korunmasını öğretmek yani olabilecek yeni bir gebelikte isteyerek düşük yapmasını önlemektir. Burada hedef kitle hastane veya özel kuruluşlara gebeliklerini sonlandırmak için başvuran kadınlar olması nedeniyle bazıları için bu uçurumun kenarındaki bir kadına yardım sağlamak yerine, uçurumun dibine bir ambulans getirerek kadının düşmesini beklemekle eş anlamlıdır. Bu kişiler önce uçurumun kenarındaki çitin onarılması yoluyla kadının uçurumdan düşmesinin engellenmesi gerektiğini ileri süreceklerdir. Fakat bir yandan önleyici hizmetleri sağlamanın yolları ararken bir yandan da kuşkusuz istemediği halde gebe kalmış kadınlara bugün için ve bundan sonraki günlerde yardım etmenin yolları aranmalıdır. Bunun için;

▪ Gebeliklerini istemli düşükle sonlandırmak için başvuran tüm kadınlara, düşük yapacakları merkezlerde uygun olan hekim, bu konuda eğitilmiş hemşire ve sosyal hizmet uzmanları tarafından gebeliği önleyici yöntemler konusunda eşiyle birlikte ve/veya ayrı ayrı eğitilmeli, kendileri için uygun olan etkili yöntem belirlenmeli yöntem belirlenmesi daha sonra düşük operasyonu gerçekleştirilmelidir. Bu sayede Türkiye'de 500.000 ile 1.000.000 aileye etkin aile planlaması hizmetleri verilmiş olacaktır.

▪ Kadınlar gebeliklerini düşükle sonlandırdıktan 1 ay sonra kontrol için çağırılmalı ve bu gelişlerinde de yine uygun sağlık personeli tarafından etkili bir yöntemle başlayıp başlamadığı sorularak başlamadı ise kendilerine uyabilecek yöntemler tekrar anlatılmalıdır. (Düşük yapan ve /veya yaptıran özel kişi ve hastanelerde bu konuda yükümlü hale getirilmelidir).

▪ Üçüncül önleme içinde uzmanların ve toplumun, kadın sağlığı açısından çözümün düşük olmadığı konusunda uyarılmalarını amaçlayan kampanyalar bir tür önleme programı olarak düşünülebilir. Bu konuda medyadan en iyi şekilde yararlanmak gerekmektedir.

ikincil önleme yüksek risk gruplarının belirlenmesidir. ikincil korumanın amaçları yüksek risk gruplarının belirlenmesi, bu kişilerin var olan hizmetleri kullanmalarının sağlanması konusundaki ve eğer gerekiyorsa söz konusu ailelere ek hizmetlerin sunulması olarak özetlenebilir. Bazen bunlar ek hizmetlere gereksinim duyan aileler değil var olan hizmetleri uygun biçimde kullanmakta sorunlarla karşılaşan ailelerdir.

Gebeliklerini isteyerek düşük yaparak sonlandıran kadınlarla ilgili olarak yapılan çalışmalarda konuyla ilgili risk grubunun; kırdan kent'e göç edip, kent'te ve/veya kent'e yakın gecekondu mahallerinde yaşayan ideal çocuk sayısına ulaşmış ve aşmış, gebeliği önleyici etkili yöntemleri bilmeyen ve/veya kullanmayan,

özellikle 20-34 yaş grubunda, genelde ev kadını olan kişiler oluşturmaktadır.

▪ Belirlenen bu risk grubuna yerleşik ve/veya gezici sağlık ekibi ile kadın sağlığı, etkili gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi verici taramalar yapılabilir. Bu hizmet bazı iyi işleyen sağlık ocaklarında veya sağlık evlerinde uygulanmaktadır ama ülke genelinde yaygın değildir.

▪ Konuyla ilgili özel dernekler ve kuruluşlar (Türkiye aile planlaması derneği vb) desteklenerek eşgüdümlü olarak konuyla ilgili projeler yürütülebilir.

▪ Lider kadın projesi desteklenerek yaygınlaştırılmalıdır. Bu amaçla belirlenen bölgelerde kartopu yöntemi ile lider kadınlar seçilmeli, eğitilmeli ve bilgilendirici olarak mobil servis şeklinde görevlendirilmelidir.

Birincil önlemin amacı, tüm kadınların konuyla ilgili sağlıklarını korumak için gerekli sosyal reformları gerçekleştirmektir. Çünkü tüm kadınların ve ailelerinin içinde buldukları koşulları iyileştirebilmenin yolu sosyal reformlardır. İsteyerek düşükle ilgili olarak çıkan yasa Türkiye için önemli bir boşluğu doldurmakla beraber düşüğü bir aile planlaması yöntemi olarak görülüp , uygulanmasından kurtaramamıştır. Bu nedenle yeni bir sosyal reformun odağı eğitim olmalıdır. Kadınların ve erkeklerin gelişme çağlarından itibaren konuyla ilgili eğitimleri gerekmektedir. Bu eğitim uygun kişiler tarafından verilmediği takdirde kişiler bu eğitim ihtiyaçlarını konuyla ilgili bilimsel bilisi olmayankişilerden almaktadırlar. Bu nedenle;

▪ Orta dereceli okullarda uygun sınıflarda sağlık dersi içinde kadın sağlığı dersi konmalı ve gerek ders içinde gerekse rehberlik birimlerinde bu genç insanlara konuyla ilgili bilgi

desteği verilmelidir. Ayrıca aile planlaması da yine uygun kişilerce okullarda aktarılmalıdır.

- Asker ocaklarında bir dönem başında bir de dönem sonunda olmak şartıyla uygun zamanlarda konuyla ilgili eğitilmiş hekimler ve sosyal hizmet uzmanları tarafından küçük gruplar şeklinde aile planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda bilgi verilmelidir.

- Yapılan bu araştırmada da görüldüğü gibi evlenmeden önce kadınların gebeliği önleyici yöntemleri bilmedikleri ve/veya eksik yada yanlış bildikleri saptanmıştır. Bu nedenle kişiler evlenmeden önce nikah meurluklarına başvurdukları zaman, en yakın sağlık kurumuna havale edilerek orada uygun sağlık personeli tarafından birlikte ve/veya ayrı ayrı aile planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim verilmeli ve evlenecek kişilere konuyla ilgili eğitimden geçmiştir belgesi verilerek nikah müdürlüklerine başvurmaları istenmelidir, bu belgeyi getirmeyenlerin işlemleri getiresiye kadar durdurulmalıdır.

- Ayrıca evlenecek kişilere bir rehber kitap hazırlanarak aile planlaması, gebeliği önleyici yöntemler, konuyla ilgili başvurulacak kurumlar hakkında bilgi aktarılmalıdır. Bahsedilen rehber kitapçık konuyla ilgili uzman hekimler, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarıyla üniversite destekli olarak hazırlanılacak, kitapta kadın sağlığı, bebek sağlığı, aile planlaması, gebeliği önleyici yöntemler fotoğraflar, grafikler yardımıyla anlatılacaktır. Kitaptaki bilgiler uyarı niteliğinde olup, bilgi verecektir. Nikah müdürlükleri tarafından evlenecek çiftlere uygun bir ücretle sunulacaktır.

6.2.2. Tedavi Edici Yaklaşım :

Araştırmanın pek çok yerinde belirtildiği gibi düşük, uygulanmadan önce ve uygulanmasından sonra kadın sağlığını

biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan tehdit etmektedir. Tedavi edici yaklaşımda, düşükün kadının sağlık sistemlerine en az zararı vermesi hedeflenmiştir. Bu açıdan;

- istemli düşük operasyonuna girecek olan kadınların müracaatları kabul edildikten sonra yapılacak operasyon konusunda uygun sağlık personeli tarafından bilgi verilmesi,

- Operasyona girerken bir yakınının kendisini beklemesi ve operasyondan sonra o yakınının (eşi olması tercih edilmeli) kadının yanında olması,

- Operasyona girmeden önce ve operasyondan çıktıktan sonra konuyla ilgili eğitilmiş, psikiyatrik sosyal hizmet konusunda bilgili, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve/veya psikiyatristler tarafından psikolojik destek yapılması,

- Operasyondan 1 ay sonra tekrar bir sağlık kontrolünden geçmek için operasyonun yapıldığı sağlık merkezine gitmesi sağlanmalıdır.

- Konuyla ilgili bu gereksinim benzer çalışmalarda ortaya konularak jinekologların ve/veya düşük operasyonuna girecek sağlık ekibinin konunun önemini anlaması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- AIDA. T. ve D.F Jocqueline
1988 Why do women have Abortions ? Family planing Perspectives Volume 20. Number 4 July.
- AKADLI, Banu
1989 Düşüklerle ilgili Bir Kesit Analizi Çalışması Nüfus Bilim Dergisi H.Ü. Nüfus Etüdleri Enstitüsü Cilt 7.
- AKADLI, Banu
1985 Düşüklerle ilgili Bir Kesit Analizi Çalışması (Yayınlanmamış Y. Lisans Tezi Ankara, H.Ü.).
- AKIN, Ayşe
1976 Kadın Sağlığı Yönünden Düşük Sorunu (Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Ankara, H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Enstitüsü).
- AKIN, Ayşe
1983 Hekimler için Aile Planlaması El Kitabı Ankara.
- ARMAGAN, İbrahim
1983 Yöntem Bilim 2 Bilimsel Araştırma Yöntemleri Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel San. Fak. İzmir.
- ATAKENT, Pınar
1974 Sincan Sağlık Ocağı Merkezi'nde Gebe Kadınlarla Bakteriüri Prevelansı Hızı ile ilgili Bir Araştırma (Yayınlanmamış Uzm. Tezi: H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).
- BALKAN, Güneş
1984 Çubuk İlçesi Merkez Mahalle ve Akkuzulu Köyünde Öğretmen ve İmamların Rolü (Yayınlanmamış Uzm. Tezi: H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).

BENSON J., A.H.Leonard, J.Winkler, M.wolf, E.K.McLourin.

1991 Meetina Women's Needs for Past-Abortion Family Planning Froming the Questions Draft. IPAS Issues in Abortion CARE #2.

BULUT, Ayşen

1979 Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Düşüklerin (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).

BULUT A. ve S.Tezcan.

1984 Çocuk Düşürmenin Boyutunu Doğru Saptamada Bir Yaklaşım Nüfus Bilim Dergisi H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Cilt 6.

BULUT, Işıl

1990 Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı, Ankara: Özgüzel Matbaası.

BUMİN, Çiğdem

1976 Sincan Sağlık Merkezi'nde 15-44 Yaş Evli Kadınlarda Reprodüktif Heyet ile İlgili Durum Saptama ve Jinekolojik Muayene Bulguları (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).

BURAK, Zekai Tahir

1960 S:S:Y:B Hıfzıssıhha Okulunda Düzenlenen Türkiy'de Doğum Kontrolünde Müsade Edilmesinin Fayda ve Mahzurları Nelerdir ? Konulu Panelde Sunulmuştur, Ankara.

ÇALI Şanda

1978 Çocuk Yaşamına Verilen Önem ve Aşırı Doğurganlık (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).

- DAVID, Henry
1973 Psychological Studies in Abortion Psychological Perspectives on Population Basic Books, inc. Publishers Newyork.
- DAVID, Henry
1983 Abortion: Hs Prevalence, Corretdes and Costs Determinas of Fertility in Developing Countries Washington, R. A. Bulatan and R. D. Lee, National Academy Press.
- DİLSİZ N., H.Erkmen G.Seber, D.Tekin
1988 Gebelikte Görülen Psikolojik Semptomlar XXIV. Ulusal Psikiyatr ve Nörolojik Bilimler Kongresi 19-23 Eylül 1988 Ankara Serbest Bildiri Özetleri Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Askeri Tıp Fak.
- DİLSİZ, Ahmet
1978 Ankara İli Çubuk İlçesi Akkuzulu Köyünde Gebelik ve Doğuma İlişkin Geleneksel Hekimlik Uygulamaları (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).
- EGEMEN, Ayten
1972 Sincan'da 15-44 Yaşlar Arası evli Kadınların Sağlık Düzeylerinin Saptanmasıyla İlgili Araştırmalar (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).
- ERDEMLİ, Nesrin
1980 Farklı Yerleşimlerde Gebelikten Koruyucu Yöntem Seçimini Etkileyen Faktörler (Yayınlanmamış Uzm. Tezi; Tıp Sosyolojisi Prg. H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).

ERENUS, Nejdet

1967 Düşükler Ankara: Gürsoy Yayınevi.

ESENDAL, Ahmet

1962 Ana Sağlığı Bakımının Gündümlü Gebelik, Doğum Kontrolu ve Koruyucu Hekimlik Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Mecmuası 15 (4).

FİŞEK, Nusret Hicri

1960 1959 Yılında Orta ve Doğu Anadolu'da 137 Köyde Ana ve Çocuk Ölümleri Üzerine Yapılan Anket Neticeleri Türkiye'de Doğum Kontrolunun Uygulanması Üzerine İncelenmesi S.S.Y.B. Yayını No:2648.

FİŞEK, Nusret Hicri

1972 Türkiye'de Doğurganlık, Çocuk Düşürme ve Gebeliği önleyici Usul Kullanma Arasındaki İlişkiler, H.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi Vol:4 No:1 s.86-87.

FİŞEK, Nusret Hicri

1978 Türkiye'de Aşırı Doğurganlık ve Kullanılan Gebeliği önleyici Yöntemler, Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları 1973 Araştırması.

FİŞEK, Nusret Hicri

1983 Halk Sağlığına Giriş Ankara; H.Ü.- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2.

Hacettepe University Institute of Population Studies

1990 Turkish Fertility Survey 1988.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdleri Enstitüsü

1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması Anket Formu.

Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdüleri Enstitüsü

1973 1973 Yılı Aile Yapısı ve Nüfus Sorunları Konulu
Sosyal Araştırma Anket Formu.

Hacettepe University Institute of Population Studies,

1980 1978 Turkish Population and Health Survey Ankara.

Hacettepe University Institute of Population Studies

1987 1983 Turkish Population and Health Survey Ankara.

HANDY, Jane

1982 Psychological and Social Aspects of Induced
Abortion British Journal of Clinical Psychology.

HENSHOW K. S ve E.Morrow

1990 Induced Abortion The Alan Gattmacher Institute
Volume 22, Number 2.

KAGITÇIBAŞI, Çiğdem

1981 Çocuğun Değeri, Türkiye'de Değerler ve Doğurganlık
İstanbul Boğaziçi Univ. İdari Bilimler Fak. Y., 1.

KANIK, Mithat

1972 Orta Bereket Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğurganlık
Çağındaki Kadınların Aile Planlamasına Karşı
Tutumları Hakkında Sosyal Araştırma (Yayınlanmamış
Uzmanlık Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ. ABD).

KARASAR, Niyazi

1984 Araştırmalarda Rapor Hazırlama Yöntemi
Ankara, Torunoğlu Ofset Bilimsel Araştırma Yöntemi
Ankara, Hacettepe Tus Kitapçılık Ltd. Şti.

KARANİSAOĞLU, Hacer

1988 İstemli Düşük Yapan Kadınların Demografik ve Doğurganlık Özellikleri İstanbul Halk Sağlığı Bülteni Yıl:2 Sayı: 4.

KAZAN, Hülya

1977 Kozan Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Aralıkları ve Buna Etki Eden Faktörler Üzerine Bir Araştırma (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).

KELEŞ, Ruşen

1982 Kentleşme, Nüfus ve Çevre Çevre Sorunları Vakfı Yayını

KİŞNİŞÇİ H.ve A.Akın

1978 Türkiye'de Düşüklerle ilgili Epidemiyolojik Bir Araştırma Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Sorunları 1973 Araştırması, H.Ü. Yay. D.25.

KUT, Sema

1982 Çocuk Sahibi Olma Olmama Güdülerini Etkileyen Nedenlerin Bir Sosyal Hizmet Yaklaşımıyla Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Doçentlik tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi).

KUT, Sema

1983 Sosyal Hizmet Eğitiminde 22 Yıl H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi 1,1:3.

KUT, Sema

1988 Sosyal Hizmet Mesleği, Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri, Ankara.

MOORE R. ve E.C.Covar

1974 International Inventory of Information on Induced Abortion International Institute for the Study of Human Reproduction Colombia University, Newyork.

ÖNGEL, Erkan

1980 Araştırmalar için Kimi İstatistiksel Teknikler Ankara: Yüksek Teknik Öğretmen Okulu Matbaası.

ÖZGEN, Emin

1984 The Recent Legal States of Induced Abortion in Turkey The Turkish Journal of Population Studies Hacettepe Institute of Population Studies Vol.6.

ÖZBAY F. ve F.C.Shorter

1967 Etimesgut Kırsal Sağlık Bölgesinde Doğurganlık ve Aile Planlaması Türkiye Demografyası, Ankara, H.Ü. Yayınları D.25.

ÖZTÜRK, Orhan

1989 Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, İstanbul, Evrim Basım Yayım Dağıtım.

ÖZTÜRK, Yusuf

1972 Kırsal Bölgede Aile Planlaması Hizmetlerinde Öğretmen ve İmamların Rolü (Yayımlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).

ÖZTÜRK, Yusuf

1974 Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-44 Yaş Grubu Kadınların ve Kocalarının Aile Planlaması ile ilgili Bilgi Tutum ve Davranışlarının Karşılaştırılması (Yayımlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağ ABD).

PEKER, Mehmet

1983 Nüfus Politikaları Türkiye'de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları, DPT Yay.

Population Reports

1980 Complication of Abortion in Developing Countries
Series F. N:2.

ŞENLET, Pınar

1980 Akkuzulu Köyünde Gebeliği Önleyici Yöntem Kalkınma ve Bunu Etkileyen Ögeler (Yayınlanmamış Uzm. Tezi, H.Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD).

SLONIM V. ve Z.Nero

1991 The Experiences of Women Who Face Abortion Health CARE for Women International

SPINELLI A., F.Talamanca, H.P.David

1990 Psychosocial Effects of Early and Late Abortion From Abortion to Controception UNTPA - WHO / EURO - IPPF - Zhordnia Institute Tbilisi, 10.13 October, 1990.

TEZCAN, Sabahat

1973 A Anket Formu : İsteyerek Yapılan Düşükler Konusunda Direkt Soru Sorma, H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Ens. Ankara.

TEZCAN, Sabahat

1973 B Anket Formu : İsteyerek Yapılan Düşükler Konusunda Randomize Cevap Yöntemi İle Dolaylı Yönden Bilgi Toplama, H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Ens. Ankara.

- TEZCAN S., E.Carol Carpenter-YAMAN, N.H.FİŞEK
1980 Türkiye'de Çocuk Düşürme, H.Ü. Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara.
- TEZCAN S. ve N.H.FİŞEK
1980 Çocuk Düşürme: Önemli Tıbbi ve Sosyal Sorun, Ankara, H.Ü. Toplum Hekimliği Ens. Yay. No:12.
- TIZETZE, Cris
1979 Induced Abortion, Newyork, The Population Council.
- TIZETZE, Cris
1983 Induced Abortion, Newyork, A Population Council Fact Book.
- TİMUR, Selim
1972 Türkiye'de Aile Yapısı, Ankara, H.Ü. Yayınları D.13.
- TOROS, Aykut
1978 1973 Araştırmasında Doğurganlık Türkiye'de Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları, H.Ü. Yayınları D.25.
- TORRES A. ve N.Forrest
1988 Why do Women Have Abortions ? Family Planing Perspectives
- TUFAN, Beril
1987 Federal Almanya'dan Dönen Türk işçi Çocuklarının Türkiye'ye Döndükten Sonra Karşılaştıkları Güçlükler Başbakanlık DPT Yayınları.

TUNCER, Baran

Ekonomik Gelişme ve Nüfus Hacettepe Üniversitesi
Yayınları D. 20.

TURHAN, Gürbüz

1984 Aile Planlaması Hizmetlerinde Eğitilmiş Kadın
Ustabaşlarının GÜdüleyici Etkisi (Yayınlanmamış
Uzm.Tezi : Sağlık Eğt. Prg. H.Ü. Tıp Fak. Halk
Sağ.ABD).

ÜNSAL, Beyhan

1980 Düşük Konusunda Eksik ve Yanlış Bildirimlerin
İncelenmesi (Yayınlanmamış Uzm. Tezi: Tıp
Sosyolojisi Prg. H.Ü. Tıp Fak Halk Sağ. ABD).

World Health Organization (WHO)

1970 Spontaneous and Induced Abortion Cenova, Technical
Reports Series No:461.

YEĞENOĞLU, Melda

1985 The Abortion Deuble in Turket in Analysis of the
Documents of the Consultative Assemly and News of
Abortion legalization (Yayınlanmamış Y. Lisans
Tezi, ODTÜ).

(Ek-1)

ISTEYEREK DÜSÜK YAPAN KADINLARIN
AİLE İŞLEVLERİ VE RUHSAL BELİRTİ DÜZEYLERİNİN
SİSTEM YAKLAŞIMI İÇİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

GÖRÜŞME FORMU

SOS. HİZ. UZM. UĞUR ÖZDEMİR

ANKARA
OCAK 1991

AÇIKLAMA

Kadın Sağlığı Açısından, isteyerek Düşük Yapanların Kişisel Sosyal, Psikolojik, Demografik, Doğurganlık özellikleri, Kontraseptif Bilgileri ve Aile Yapıları ile Ruhsal Durumları Konusunda Bir Araştırma Planlanmıştır .

Araştırmanın Temel Amacı ; Kadın sağlığı Açısından Hamile - liklerini isteyerek Düşük Yaparak Sonlandıran Kadınların Aile Yapıları ile Ruhsal Durumlarını Değerlendirmektir . Bu Açıdan Olayın Tüm iyi ve Kötü Yönlerini Yaşayan Siz Kadınların, Konuyla ilgili Duygu, Düşünce, Beklenti ve önerilerini Almak Araştırma için Son Derece Önemlidir .

Bu önem Doğrultusunda size Şu Anda Kişisel özellikleriniz, Evlilik ve Doğurganlık özellikleriniz, Bu düşük ile ilgili Duygu Düşünceleriniz, Aile özellikleriniz ve Ruhsal Durumunuz hakkında Sorular Sorulacaktır . Bu görüşmeden 1 Ay Sonra da Düşük Yaptıktan Sonra, Bu Düşük ile ilgili Duygu - Düşünceleriniz ve o Andaki Ruh Sağlığınız Konusunda Sorular Yöneltilecek, Sizin Sorup, Öğrenmek istediğiniz Konular da Bilgiler Verilecektir .

Verdiğiniz Yanıtlar Kesinlikle Gizli Kalacak ve Hiç Bir şekilde kimseyle Paylaşılmayacaktır. Araştırma Bittiginde de Yakılarak imha Edilecektir. Bu Açıdan Sorulara Açık ve Rahat Yanıtlar Verebilirsiniz .

Araştırma için Siz ve Sizin Verdiğiniz Yanıtların Pek Çok önemi Vardır. Katkılarınız için Çok Teşekkür Ederim ...

NOT : Görüşmelere Katılımda Gönüllü Olmak Esastır.

SOS.HIZ.UZM. UÇUR ÖZDEMİR.

H.Ü.TIB.FAK.HALK SAĞLIĞI A.B.D. ARAŞ.ASİSTANI.

FORM 1

KİŞİSEL ÖZELLİKLER SORU KAĞIDI

Tanıtım Numarası :
Görüşmenin Yapıldığı Tarih :
Adı ve Soyadı :

Ev görüşmesini kabul ediyormusunuz: 1.Evet () 2.Hayır ()

Sizin için uygun olan adres/tel :.....
.....

	Kadının	Erkeğin	KOLON NO
	-----	-----	=====
			KART : 1
1. Yaşınız	:	:	1.() 2.()
2. Eğitiminiz	:	:	3.() 4.()
3. Mesleğiniz/Yaptığınız iş	:	:	5.() 6.()
4. Aldığınız ücret	:	:	7.() 8.()
5. Bağlı Olduğunuz Sos.Güv.Kur.	:	:	9.() 10()
6. Doğum Yeriniz / Şehir	:	:	12.()
1.Köy () 2.Kasaba () 3.Gecekondü () 4.Şehir Merkezi ()			13.()
7. Şu Anda Yaşadığınız Yer/Şehir :			14.()
1.Köy () 2.Kasaba () 3.Gecekondü () 4.Şehir Merkezi ()			15.()
8. Yaşamınız Boyunca En Uzun Süre Kaldığınız Yer/Şehir :			16.()
1.Köy () 2.Kasaba () 3.Gecekondü () 4.Şehir Merkezi ()			17.()
9. Şu Anda Oturduğunuz Ev Biçimi :			
1.Müstakil Ev () 2.Gecekondü () 3.A.Dairesi ()			18.()
10. Sizinle Birlikte Şu Anda Evinizde Kaç Kişi Yaşıyor :			19.()

FORM 2

KADININ EVLİLİK VE DOĞURGANLIK HİKAYESİ SORU KAĞIDI

KOLON NO

=====

1. İlk Evlendiğinizde Kaç Yaşındaydınız :
1. 15'den Küçük () 2. 15-18 3. 19-22 4. 23-27 5. 28'den büyük 20. ()
2. Nasıl Evlendiniz :
1. Görücü Usulü () 2. Tanışıp-Anlaşarak () 3. Flört Ederek 21. ()
3. Evli Olarak Geçirdiğiniz Toplam Süre Ne Kadardır :
1. 1 Yılden Az () 2. 1-2 Yıl () 3. 3-5 Yıl () 4. 6-10 Yıl
5. 11-15 Yıl () 6. 16-20 Yıl () 7. 21 Yılden Fazla () 22. ()
4. Bundan önceki Düşükleriniz ve Şu Andaki Gebeliklerinizde Dahil,
Şimdiye kadar Kaç Kez Hamile Kaldınız : 23. ()
5. Şu Ana Kadar Kaç Canlı Doğum Yaptınız : 24. ()
6. Şu Ana Kadar Kaç Ölü Doğum Yaptınız : 25. ()
7. Yaşayan Kaç Çocuğunuz Var : 26. ()
8. Yaşayan En Küçük Çocuğunuzun :
A. Yaşı : 27. ()
B. Cinsiyeti : 1. Kız () 2. Erkek () 28. ()
9. Şu Ana Kadar Kaç Düşük Yaptınız : 29. ()
A. İstmeden Oluşan Düşük Sayısı : 30. ()
B. İsteyerek (Geleneksel) Düşük Sayısı : 31. ()
C. İsteyerek (Hastanede) Düşük Sayısı : 32. ()

10. Bundan önce En Son Ne Kadar Zaman önce Hamile Kaldınız :
1. 1 Yılda Az () 2. 1-2 Yıl () 3. 3-5 Yıl ()
4. 6 Yılda Fazla () 33. ()
11. Bu Hamileliğiniz Nasıl Sonuçlandı : 34. ()
1. Canlı Doğumla () 2. ölü Doğumla () 3. istemeden Düşükle ()
4. isteyerek (Gel.) Düşükle () 5. isteyerek (Hast.) Düşükle ()
12. Yaptığınız Düşük - Düşüklerden önce Gebeliği önleyici Yöntemleri Biliyormuydunuz .
1. Hayır () 2. Evet () 35. ()
13. Yaptığınız Düşük - Düşüklerden önce Siz veya Kocanız Gebeliği önleyici Yöntemlerden Birini Kullanıyormuydunuz .
1. Hayır () 2. Spiral () 3. Kaput () 4. Hap () 36. ()
5. Takvim Yöntemi () 6. Geri Çekme () 7. Diğer
.....
14. Yaptığınız Düşük - Düşüklerden önce Veya Sonra Bu Düşüklere Bağlı Herhangi Bir Rahatsızlığınız Oldumu :
1. Hayır () 2. Evet () 37. ()
.....

NOT : 12 , 13 , 14 Nolu Sorular Bundan önce Düşük / Düşükler Yapmış Olanlara Sorulacaktır .

FORM 3

BU DÜŞÜK İLE İLGİLİ DUYGU, DÜŞÜNCELER SORU KAĞIDI

KOLON NO

=====

1. Gebeliğinizin Kaçınıcı Haftasındasınız :
1. 4 () 2. 5 () 3. 6 () 4. 7 () 5. 8 () 6. 9 () 38. ()
2. Bu Gebeliğinizden önce, Gebelikten Korunma Yöntemlerini Etiliyormuydunuz :
1. Hayır () 2. Evet () 39. ()
3. Bu Gebeliğinizden önce, Siz veya Kocanız, Gebelikten Korunma Yöntemlerinden Birini Kullanıyormuydunuz :
1. Hayır () 2. Spiral () 3. Kaput () 4. Hap ()
4. Takvim Yöntemi () 5. Geri çekme () 6. Diğer..... 40. ()
4. Bu Gebeliğinizden önce Çocuk istiyormuydunuz :
1. Hayır () 2. Evet () 41. ()
5. Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmaya, Gebeliğinizin Kaçınıcı Haftasında Karar Verdiniz :
1. 4 () 2. 5 () 3. 6 () 4. 7 () 5. 8 () 6. 9 ()
7. Gebe Olduğumu öğrenmeden önce Karar Vermiştim. 42. ()
6. Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmaya, Kimlerle Karar Verdiniz :
1. Kendi Kendime () 2. Eşimle () 3. Annemle ()
4. Kayınvalidemle () 5. Kardeşlerimle () 6. Komşu/Arkadaş ()
7. Doktorla () 8. Diğer 43. ()
7. Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmanızda Etkisi Olan Konular Nelerdir.
1. Ekonomik Sorunlar () 2. Çok çocuklu Olmama isteği ()
3. Eşin istememesi () 4. Son çocuğun Küçük Olması ()
5. Şu Anda çocuk istememe () 6. Bakacak Kimsenin Olmaması ()
7. Sağlıkla ilgili Problemler () 8. Diğer 44. ()

8. Bu Gebeliği Düşükle Sonlandırmadan Önce Hangi Duygu
Ve Düşünceleri Yaşıyorsunuz :

	1. Evet	2. Hayır	
1. Sakinim	()	()	45. ()
2. Korkuyorum	()	()	46. ()
3. Coşkuluyum	()	()	47. ()
4. Heyecanlıyım	()	()	48. ()
5. Üzantılıyım	()	()	49. ()
6. Sevinçliyim	()	()	50. ()
7. Yalnızlık Duyuyorum	()	()	51. ()
8. Utanıyorum	()	()	52. ()
9. Kızgınlık Duyuyorum	()	()	53. ()
10. Suç işliyor Hissediyorum	()	()	54. ()
11. Ne Düşündüğümü Bilmiyorum	()	()	55. ()
12. Günah işliyor Hissediyorum	()	()	56. ()
13. Videdan Azabı Çekiyorum	()	()	57. ()
14. Pişmanlık Duyuyorum	()	()	58. ()
15. Huzursuzum	()	()	59. ()
16. Sinirliyim	()	()	60. ()
17. Hiç Bir Şey Düşünmüyorum	()	()	61. ()
18. Başıma Geleceklerden Endişeliyim	()	()	62. ()
19. Kaygılıyım	()	()	63. ()
20. Diğer			64. ()

9. Sizce İsteyerek Düşük Neden Yapılır :

1. Doktor Gebeliğin Anne için Tehlikeli Olduğunu Söylerse	()	65. ()
2. Doktor Doğacak Çocuğun Sakat Olma ihtimali Var Derse	()	66. ()
3. Ailenin Bakacaklarından Fazla Çocukları Varsa	()	67. ()
4. İstenmeyen Gbelikleri Sonlandırmak için	()	68. ()
5. Evlilik Dışı Oluşan Gebelikleri Sonlandırmak için	()	69. ()
6. Diğer	()	69. ()

10. İsteyerek-Düçük Yapmak Sizce Bir Aile Planlaması Yöntemimidir :
1. Hayır () 2. Evet () 70. ()
11. Bu Gebeliğinizi Düçükle Sonlandırdıktan Sonra, Tekrar Çocuk
Yapmayı Düşünüyormusunuz :
1. Hayır () 2. Evet () 71. ()
12. Sizin Gibi Bir Ailenin İdeal Çocuk Sayısı Kaç Olmalıdır .
1. 1 () 2. 2 () 3. 3 () 4. 4 () 5. 5 () 6. 6'dan Fazla 72. ()
13. Hastanede İsteyerek Yapılan Düçüğün Nasıl Yapıldığını
Biliyormusunuz :
1. Hayır () 2. Evet () 73. ()
.....

FORM 4
AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA

İlişikte Aileler Hakkında Cümleler Bulunmaktadır. Lütfen Her Cümleyi Dikkatlice Okuduktan Sonra, Sizin Ailenize Ne Derece Uyduğuna Karar Veriniz. Önemli Olan, Sizin Ailenizi Nasıl Gördüğünüzdür. Her Cümle için 4 Seçenek Söz Konusudur.

1. Aynen Katılıyorum : Eger Cümle Sizin Ailenize Tamamen Uyuyorsa işaretleyiniz.
2. Büyük ölçüde Katılıyorum : Eger Cümle Sizin Ailenize Çoğunlukla Uyuyorsa işaretleyiniz.
3. Biraz Katılıyorum : Eger Cümle Sizin Ailenize Çoğunlukla Uymuyorsa işaretleyiniz.
4. Hiç Katılmıyorum : Eger Cümle Sizin Ailenize Hiç Uymuyorsa işaretleyiniz.

Her Cümle için Uzun Uzun Düşünmeyiniz. Mümkün Olduğu Kadar Çabuk Ve Samimi Yanıtlar Veriniz. Kararsızlığa Düşerseniz, İlk Aklınıza Gelen Doğrultusunda Hareket Ediniz.

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

KOLON NO

=====

KART : 2

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
1. Ailece Ev Dışında Program Yapmada Güçlük Çekeriz, Çünkü Aramız da Fikir Birliği Sağ layamayız.	:	:	:	:	: 74. ()
2. Günlük Hayatımdaki Sorunların Hemen Hepsi ni Aile içinde Hallederiz.	:	:	:	:	: 75. ()
3. Evde Biri Üzgün ise Diğer Aile Üyeleri Bu nün nedenini Bilir.	:	:	:	:	: 76. ()
4. Bizim Evde, Kişiler Verilen Her Görevi Düzenli Bir Şekilde Yerine Getirmazler.	:	:	:	:	: 77. ()

COMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
5. Evde Birinin Başı Derde Girdiğinde, Di- geri de Bunu Kendile - rine Fazlasıyla Dert Ederler.	:	:	:	:	: 78. ()
6. Bir Sıkıntı Ve Üzüntü ile Karşılaştığımızda Birbirimize Destek Oluruz.	:	:	:	:	: 79. ()
7. Ailemizde Acil Bir Du- rum Olsa, Şaşırıp Ka - lırız.	:	:	:	:	: 80. ()
8. Bazen Evde İhtiyacımız Olan Şeylerin Bittiği- ğinin Parkına Varmayız:	:	:	:	:	: 81. ()
9. Birbirimize Karşı Olan: Sevgi, Şevkat gibi Duygularımızı açığa Vurmaktan Kaçınırız.	:	:	:	:	: 82. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
----------	----------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------	--

10. Gerektiğinde Aile :	:	:	:	:	:
üyelerine Görevleri-:	:	:	:	:	:
ni Hatırlatır, Ken -:	:	:	:	:	:
dilerine düşen işi :	:	:	:	:	:
Yapmalarını Sağlarız:	:	:	:	:	: 83. ()

11. Evde Dertlerimizi, :	:	:	:	:	:
üzüntülerimizi Bir -:	:	:	:	:	:
birimize Söylemeyiz.:	:	:	:	:	: 84. ()

12. Sorunlarımızın Çözü-:	:	:	:	:	:
münde Genellikle :	:	:	:	:	:
Ailece Aldığımız Ka-:	:	:	:	:	:
rarları Uygularız :	:	:	:	:	: 85. ()

13. Bizim Evdekiler, An-:	:	:	:	:	:
cak Onların Hoşuna :	:	:	:	:	:
Giden Şeyler Söyle -:	:	:	:	:	:
duğunuzda Sizi Din -:	:	:	:	:	:
lerler. :	:	:	:	:	: 86. ()

14. Bizim Evde Bir Kişi-:	:	:	:	:	:
nin söylediklerinden:	:	:	:	:	:
Ne Hissettini Anla -:	:	:	:	:	:
Kolay Değildir. :	:	:	:	:	: 87. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
----------	----------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------	--

15. Ailemizde Eşit Bir	:	:	:	:	:
Görev Dağılımı Yok.	:	:	:	:	: 89. ()

16. Ailemiz Üyeleri Bir-	:	:	:	:	:
birlere Hoşgörülü	:	:	:	:	:
Davranırlar.	:	:	:	:	: 90. ()

17. Evde Herkes Başına	:	:	:	:	:
Buyruktur.	:	:	:	:	: 91. ()

18. Bizim Evde Herkes,	:	:	:	:	:
Söylemek istedikle -	:	:	:	:	:
rini üstü kapalı	:	:	:	:	:
Değil de Doğrudan	:	:	:	:	:
Birbirlerinin Yüzüne:	:	:	:	:	:
Söyler.	:	:	:	:	: 92. ()

19. Ailede Bazılarımız	:	:	:	:	:
Duygularımızı Belli	:	:	:	:	:
Etmeyiz.	:	:	:	:	: 93. ()

20. Acil Bir Durumda Ne	:	:	:	:	:
Yapacağımızı biliriz:	:	:	:	:	: 94. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
21. Ailecek, Korkuları -:	:	:	:	:	:
mızı ve Endişeleri -:	:	:	:	:	:
mizi Birbirimizle :	:	:	:	:	:
Tartışmaktan Kaçını-:	:	:	:	:	:
rız. :	:	:	:	:	: 95. ()
22. Sevgi, Şefkat Gibi :	:	:	:	:	:
Olumlu Duygularımızı:	:	:	:	:	:
Birbirimize Belli :	:	:	:	:	:
Etmekte Güçlük Çeke-:	:	:	:	:	:
rız. :	:	:	:	:	: 96. ()
23. Gelirimiz, ihtiyaç -:	:	:	:	:	:
larımızı Karşılama-:	:	:	:	:	:
Yetmiyor. :	:	:	:	:	:
24. Ailemiz, Bir Proble-:	:	:	:	:	:
mi Çözdükten Sonra :	:	:	:	:	:
Bu Çözümün işe Yara-:	:	:	:	:	:
yıp Yaramadığını :	:	:	:	:	:
Tartışı- rız. :	:	:	:	:	: 97. ()
25. Bizim Ailede Herkes :	:	:	:	:	:
Kendini Düşünür. :	:	:	:	:	: 98. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
26. Duygularımızı Birbirimize Açıkça Söyleyebiliriz.	:	:	:	:	: 99. ()
27. Evimizde Banyo ve Tuvalet Bir Turlu Temiz Durmaz.	:	:	:	:	: 100. ()
28. Aile içinde Birbirimize Sevgimizi Göstermeyiz.	:	:	:	:	: 101. ()
29. Evde Herkes Her İşini Birbirinin Yüzüne Söyleyebilir.	:	:	:	:	: 102. ()
30. Ailemizde, Herbirimizin Belirli Görev ve Sorumlulukları Vardır.	:	:	:	:	: 102. ()
31. Aile içinde Genellikle Pek İyi Geçmeyiz.	:	:	:	:	: 103. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
32. Ailemizde Sert-Kötü :	:	:	:	:	:
Davranışlar Ancak :	:	:	:	:	:
Belli Durumlarda :	:	:	:	:	:
Kendini Gösterir. :	:	:	:	:	: 104. ()
33. Ancak Hepimizi ilgi-:	:	:	:	:	:
lendiren Bir Durum :	:	:	:	:	:
Olduğu Zaman Birbir-:	:	:	:	:	:
imizin işine Karışı-:	:	:	:	:	:
rız. :	:	:	:	:	: 104. ()
34. Aile içinde Birbiri-:	:	:	:	:	:
mizle ilgilenmeye :	:	:	:	:	:
Pek Zaman Bulamıyor-:	:	:	:	:	:
uz. :	:	:	:	:	: 105. ()
35. Evde Genellikle Söy-:	:	:	:	:	:
lediklerimizle Söy -:	:	:	:	:	:
lemek istediklerimiz:	:	:	:	:	:
Birbirinden Farklı -:	:	:	:	:	:
dır. :	:	:	:	:	: 106. ()
36. Aile içinde Birbir -:	:	:	:	:	:
imize Hoşgörülü Dav-:	:	:	:	:	:
ranırız. :	:	:	:	:	: 107. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
37. Evde Birbirimize,	:	:	:	:	:
Ancak Sonunda Kişi -:	:	:	:	:	:
sel Bir Yarar Sağla-:	:	:	:	:	:
yacaksa ilgi Göste -:	:	:	:	:	:
ririz.	:	:	:	:	: 108. ()
38. Ailemizde Bir Dert :	:	:	:	:	:
Varsa, Kendi içimiz-:	:	:	:	:	:
de Hallederiz.	:	:	:	:	: 109. ()
39. Ailemizde Sevgi, :	:	:	:	:	:
Şevkat Gibi Duygular:	:	:	:	:	:
ikinci Plandadır.	:	:	:	:	: 110. ()
40. Ev işlerinin Kimler :	:	:	:	:	:
Tarafından Yapılaca-:	:	:	:	:	:
ğını Hep Birlikte :	:	:	:	:	:
Konuşarak Kararlaş -:	:	:	:	:	:
laştırırız.	:	:	:	:	: 111. ()
41. Ailemizde Herhangi :	:	:	:	:	:
Bir Şeye Karar Ver -:	:	:	:	:	:
mek Her Zaman Sorun :	:	:	:	:	:
Olur.	:	:	:	:	: 112. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
42. Bizim Evdekiler Sa -: dece Bir Çıkarları : ları Olduğu Zaman : Birbirlerine ilgi : Gösterirler. :	:	:	:	:	: 113. ()
43. Evde Birbirimize : Karşı Açık Sözlüyoruz-: dur. :	:	:	:	:	: 114. ()
44. Ailemizde Hiçbir : Kural Yoktur. :	:	:	:	:	: 115. ()
45. Evde Birinden Birsey: Yapması istendiğinde: Mutlaka Takip Edil -: mesi ve Kendisine : Hatırlatılması Gere-: kir. :	:	:	:	:	: 116. ()
46. Aile içinde Herhangi: Bir Sorunun Nasıl : Çözüleceği Hakkında : Kolayca Karar Vere -: biliriz. :	:	:	:	:	: 117. ()

CÜMLELER	Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
47. Evde Kurallara Uy - : ulmadığı Zaman Ne : Olacağını Bilmeyiz. :	: : :	: : :	: : :	: : :	: : : 118. ()
48. Bizim Evde Aklınıza: Gelen Herşey Olabi-: Lir. :	: : :	: : :	: : :	: : :	: : : 119. ()
49. Sevgi, Şevkat Gibi : Olumlu Duygularımı-: zı Birbirimize İfa-: Edebiliriz. :	: : : :	: : : :	: : : :	: : : :	: : : : 120. ()
50. Ailede Her Türü : Problemin Üstesin -: den Gelebiliriz. :	: : :	: : :	: : :	: : :	: : : 121. ()
51. Evde Birbirimizle : Pek iyi Geçinemeyiz:	: :	: :	: :	: :	: : 123. ()
52. Sınırlanınca Birbi-: rimize Küseriz. :	: :	: :	: :	: :	: : 124. ()

CÜMLELER	Aynen Katlıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum	
53. Ailede Bize Verilen Görevler Pek Hoşumuza Gitmez Çünkü Genellikle Umdüğümüz Görevler Verilmez.	- :	:	:	:	: 125. ()
54. Kötü Bir Niyetle Olmasa da Evde Bir- birimizin Hayatına Çok Karışıyoruz.	:	:	:	:	: 126. ()
55. Ailemizde Kişiler Herhangi Bir Tehli- ke Karşısında (Kaza Yangın gibi) Ne Yapacaklarını Bilir- ler, Çünkü Böyle Durumlarda Ne Yapılacağı, Aramızda Konuşulmuş ve Belirlenmiştir.	:	:	:	:	: 127. ()
56. Aile içinde Birbirimize Güveniriz.	- :	:	:	:	: 128. ()

CÜMLELER

Aynen Katılıyorum	Büyük ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
----------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------

57. Ağlamak istediği :	:	:	:	:
mizde Birbirimizden:	:	:	:	:
Çekinmeden Rahat -:	:	:	:	:
lıkla Ağlayabiliriz:	:	:	:	: 129. ()

58. işimize (Okulumuza):	:	:	:	:
Yetişmekte Güçlük :	:	:	:	:
Çekiyoruz. :	:	:	:	: 130. ()

59. Aile içinde Birisi :	:	:	:	:
Hoşlanmadığımız :	:	:	:	:
Birşey Yaptığında :	:	:	:	:
Ona Bunu Açıkça :	:	:	:	:
Söyleriz. :	:	:	:	: 131. ()

60. Problemimizi Çöz -:	:	:	:	:
mek için Ailecek :	:	:	:	:
Çeşitli Yollar Bul-:	:	:	:	:
maya Çalışırız. :	:	:	:	: 132. ()

FORM 5
BELİRTİ SAPTAMA ÖLÇEĞİ

SCL - 90 - R

AÇIKLAMA

Aşağıda Zaman Zaman Herkeste Olabilecek Yakınma Sorunların Bir Listesi Vardır. Bu Durumun Bugün DE Dahil Olmak üzere Son Bir Ay içinde Sizi Ne ölçüde Huzursuz Ve Tedirgin Ettiğini Göz önüne Alarak, Size Okuyacağım Tanımlamalardan Uygun Olanını Görüşme Formundaki Uygun Yere Yazınız. Düşüncenizi Değiştirirseniz Lütfen Bana Tekrar Söyleyiniz.

TANIMLAMA

Hiç	0
Çok Az	1
Orta Derecede	2
Oldukça Fazla	3
İleri Derecede	4

BELİRTİ SAPTAMA ÖLÇEĞİ

SCL - 90 - R

CÜMLELER	1.GÖR.	2.GÖR	1.GÖR.	2.GÖR.
	SEÇ.	SEÇ.	KOLON NO	KOLON NO
			KART : 3	KART : 4
1.Baş Ağrısı	()	()	1.()	1.()
2.Sınırlılık Yada İçinin Titremesi	()	()	2.()	2.()
3.Zihinden Atamadığınız Yineleyici Hoşa Gitmeyen :				
Düşünceler	()	()	3.()	3.()
4.Baygınlık veya Baş Dönmesi	()	()	4.()	4.()
5.Cinsel Arzu Ve İlginin Kaybı	()	()	5.()	5.()
6.Başkaları Tarafından Eleştirilme Duygusu	()	()	6.()	6.()
7.Herhangi Bir Kimsenin Düşüncelerinizi Kontrol :				
Edeceği Fikri	()	()	7.()	7.()
8.Sorunlarınızdan Pek Çoğu İçin Başkalarının :				
Suçlanması Gerektiği Hissi	()	()	8.()	8.()
9.Olayları Anımsamada Güçlük	()	()	9.()	9.()
10.Dikkatsizlik veya Sakarlıkla İlgili Endişeler :	()	()	10.()	10.()

CÜMLELER	1.GÖR. SEÇ.	2.GÖR. SEÇ.	1.GÖR. KOLON NO	2.GÖR. KOLON NO
11.Kolayca Gücenme, Rahatsız Olma Hissi	: ()	: ()	: 11. ()	: 11. ()
12.Çöğüs veya Kalp Bölgesinde Ağrılar	: ()	: ()	: 12. ()	: 12. ()
13.Caddelerde veya Açık Alanlarda Korku Hissi ...	: ()	: ()	: 13. ()	: 13. ()
14.Enerjinizde Azalma veya Yavaşlama Hali	: ()	: ()	: 14. ()	: 14. ()
15.Yaşamınızın Sonlanması Düşünceleri	: ()	: ()	: 15. ()	: 15. ()
16.Başka Kişilerin Duymadıkları Sesleri Duyma ...	: ()	: ()	: 16. ()	: 16. ()
17.Titreme	: ()	: ()	: 17. ()	: 17. ()
18.Çoğu Kişiye Güvenilmemesi Gerektiği Hissi	: ()	: ()	: 18. ()	: 18. ()
19.iştah Azalması	: ()	: ()	: 19. ()	: 19. ()
20.Kolayca Ağlama	: ()	: ()	: 20. ()	: 20. ()
21.Karşı cinsten kişilere Utangaçlık ve Rahatsız -: lık Hissi	: ()	: ()	: 21. ()	: 21. ()
22.Tuzağa düşürülmüş veya Yakalanmış Olma hissi .	: ()	: ()	: 22. ()	: 22. ()
23.Bir Neden Olmaksızın Aniden Korkuya Kapılma ..	: ()	: ()	: 23. ()	: 23. ()
24.Kontrol Edilemeyen öfke Patlamaları	: ()	: ()	: 24. ()	: 24. ()
25.Evden Dışarı Yalnız Çıkma Korkusu	: ()	: ()	: 25. ()	: 25. ()
26.Olanlar için Kendini Suçlama	: ()	: ()	: 26. ()	: 26. ()

CÜMLELER	1.GÖR. SEÇ.	2.GÖR. SEÇ.	1.GÖR. KOLON NO	2.GÖR. KOLON NO
27.Belin Alt Kısımında Ağrılar	()	()	27.()	27.()
28.İşlerin Yapılmasında Erteleme Duygusu	()	()	28.()	28.()
29.Yalnızlık Hissi	()	()	29.()	29.()
30.Karamsarlık Hissi	()	()	30.()	30.()
31.Herşey için Çok Fazla endişe Duyma	()	()	31.()	31.()
32.Herşeye Karşı İlgisizlik Hali	()	()	32.()	32.()
33.Korku Hissi	()	()	33.()	33.()
34.Duygularınızın Kolayca incitilmesi Hali	()	()	34.()	34.()
35.Diğer insanların Sizin özel düşüncelerinizi Bilmesi	()	()	35.()	35.()
36.Başkalarının Sizi anlamadığı veya Hissedemeye -: ceği Hissi	()	()	36.()	36.()
37.Başkalarının Sizi Sevmediği ya da Dostça Olmayan Davranışlar Gösterdiği Hissi	()	()	37.()	37.()
38.İşlerin Doğru Yapıldığından Emin Olmak için çok Yavaş Yapmak	()	()	38.()	38.()
39.Kalbin çok Hızlı Çarpması	()	()	39.()	39.()
40.Bulantı veya midede Rahatsızlık Hissi	()	()	40.()	40.()

CÜMLELER	1.GÖR.	2.GÖR.	1.GÖR.	2.Gör.
	SEÇ.	SEÇ.	KOLON NO	KOLON NO
41.Kendini Başkalarından Aşağı Görme	()	()	41.()	41.()
42.Adele (Kas) Ağrıları	()	()	42.()	42.()
43.Başkalarının Sizi Gözlediği veya Hakkınızda : Konuştuğu Hissi	()	()	43.()	43.()
44.Uykuya Dalmada Güçlük	()	()	44.()	44.()
45.Yaptığınız işleri Bir ya da Bir Kaç Kez : Kontrol Etme	()	()	45.()	54.()
46.Karar Vermede Güçlük	()	()	46.()	46.()
47.Otobus, Tren, Metro gibi Araçlarla Yolculuk : Etme Korkusu	()	()	47.()	47.()
48.Nefes Almada Güçlük	()	()	48.()	48.()
49.Soğuk veya Sıcak Basması	()	()	49.()	49.()
50.Sizi Korkutan Belirli Uğraş, Yer veya : Nesnelerden Kaçınma Duygusu	()	()	50.()	50.()
51.Hiç Bir Şey Düşünmeme Hali	()	()	51.()	51.()
52.Bedeninizin Bazı Kısımlarında Uyuşma, : Karıncalanma Hissi	()	()	52.()	52.()

CÜMLELER	1.GÖR. SEÇ.	2.GÖR. SEÇ.	1.GÖR. KOLON NO	2.GÖR. KOLON NO
53.Boğazınıza Bir Yumru Tıkanmış Hissi	()	()	53.()	53.()
54.Gelecek Konusunda ümitsizlik	()	()	54.()	54.()
55.Düşüncelerinizi Bir Konuya Yoğunlaştırmakta : Güçlük	()	()	55.()	55.()
56.Bedeninizin Çeşitli Kısımlarında Zayıflık : Hissi	()	()	56.()	56.()
57.Gerginlik veya Coşku Hissi	()	()	57.()	57.()
58.Kol ve Bacaklarda Ağırılık Hissi	()	()	58.()	58.()
59.Ölüm ya da Ölme Düşünceleri	()	()	59.()	59.()
60.Aşırı Yemek Yeme	()	()	60.()	60.()
61.insanlar Size Baktığı veya Hakkınızda : Konuştuğu Zaman Rahatsızlık Hissi	()	()	61.()	61.()
62.Size Ait Olmayan Düşüncelere Sahip Olma	()	()	62.()	62.()
63.Bir Başkasına Vurmak, Zarar Vermek, Yarlamak : Dürtüleinin Olması	()	()	63.()	63.()
64.Sabahın Erken Saatlerinde Uyanma	()	()	64.()	64.()
65.Yıkanma, Sayma, Dokunma Gibi Bazı Hareketleri : Yineleme Hali	()	()	65.()	65.()

CÜMLELER	1.GÖR. SEÇ.	2.GÖR. SEÇ.	1.GÖR. KOLON NO	2.GÖR. KOLON NO
66.Uykuda Huzursuzluk Rahat Uyuyamama	()	()	66.()	66.()
67.Bazı Şeyleri Kırıp Dökme isteği	()	()	67.()	67.()
68.Başkalarının Paylaşıp Kabul Etmediği inanç ve Düşüncelerin Olması	()	()	68.()	68.()
69.Başkalarının Yanında Kendini Çok Sıkılğan Hissetme	()	()	69.()	69.()
70.Çarşı, Sinema gibi Kalabalık Yerlerde Rahatsızlık Hissi	()	()	70.()	70.()
71.Herşeyin Yük Gibi Görünmesi	()	()	71.()	71.()
72.Dehşet ve Panik Nöbetleri	()	()	72.()	72.()
73.Toplum içinde Yer İçerken Huzursuzluk Hissi	()	()	73.()	73.()
74.Sık Sık Tartışmaya Girme	()	()	74.()	74.()
75.Yalnız Bırakıldığında Sinirlilik Hali	()	()	75.()	75.()
76.Başkalarının Sizi Başarılarınız için Yeterince Taktir Etmediği Duygusu	()	()	76.()	76.()
77.Başkalarıyla Birlikte Olunan Durumlarda Bile Rahatsızlık Hissi	()	()	77.()	77.()
78.Yerinizde Duramayacak Ölçüde Rahatsızlık Duymak	()	()	78.()	78.()

COŞLELER	1.GÖR. SEÇ.	2.GÖR. SEÇ.	1.GÖR. KOLON NO	2.GÖR. KOLON NO
79. Değersizlik Duygusu	: ()	: ()	: 79. ()	: 79. ()
80. Size Kötü Bir Şey Olacakmış Duygusu	: ()	: ()	: 80. ()	: 80. ()
81. Bağırma ya da Eşyaları Fırlatma	: ()	: ()	: 81. ()	: 81. ()
82. Topluluk içinde Bayılacağınız Korkusu	: ()	: ()	: 82. ()	: 82. ()
83. Eğer izin Verirseniz insanların Sizi Sömüreceği Korkusu	: ()	: ()	: 83. ()	: 83. ()
84. Cinsiyet konusunda Sizi Çok Rahatsız Eden Düşüncelerin Olması	: ()	: ()	: 84. ()	: 84. ()
85. Günahlarınızdan Dolayı Cezalandırılmanız Gerektiği Düşüncesi	: ()	: ()	: 85. ()	: 85. ()
86. Korkutucu Türden Düşünce ve Hayaller	: ()	: ()	: 86. ()	: 86. ()
87. Bedeninizde Ciddi Bir Rahatsızlık Olduğu Düşüncesi	: ()	: ()	: 87. ()	: 87. ()
88. Başka Bir Kişiye Karşı Asla Yakınlık Duymama	: ()	: ()	: 88. ()	: 88. ()
89. Suçluluk Duygusu	: ()	: ()	: 89. ()	: 89. ()
90. Aklınızdan Bir Bozukluğun Olduğu Düşüncesi ..	: ()	: ()	: 90. ()	: 90. ()

FORM 6

KADININ İSTEYEREK DÜŞÜK YAPTIKTAN SONRA, DÜŞÜK İLE İLGİLİ DUYGU VE DÜŞÜNCELERİ
SORU KAĞIDI.

" EV GÖRÜŞMESİ "

Tanıttım Numarası :
Kadının Adı ve Soyadı :
İsteyerek Düşük Yaptığı Tarih :
Görüşme Adresi :
:
Görüşme ve Görüşmenin Tarihi :

KOLON NO
KART NO :
=====

1. Düşük Yaptıktan Sonra Hastaneden Eve Gelmenizi Kim Sağladı :

1. Kendi Kendime () 2. Eşim () 3. Annem () :
4. Babam () 5. Kayınvalidem () 6. Kayınpederim () :
7. Kardeşlerim () 8. Komşu/Arkadaş () 9. Diğer () : 91. ()

2. İsteyerek Yaptığınız Bu Düşükten Sonra Eve Geldiğinizde Hangi Duygu :
ve Düşünceleri Yaşıyordunuz :

1. Evet 2. Hayır

	1. Evet	2. Hayır	
1. Sakindim	()	()	: 92. ()
2. Korkuyordum	()	()	: 93. ()
3. Coşkuluydum	()	()	: 94. ()
4. Heyecanlıydım	()	()	: 95. ()
5. Üzüntülüydüm	()	()	: 96. ()
6. Sevinçliydim	()	()	: 97. ()
7. Yalnızlık Duyuyordum	()	()	: 98. ()
8. Utanıyordum	()	()	: 99. ()
9. Kızgınlık Duyuyordum	()	()	: 100. ()
10. Suç İsliyor Hissediyordum	()	()	: 101. ()
11. Ne Düşündüğümü Bilmiyordum	()	()	: 102. ()

KOLON NO

KART NO :

=====

7. Bu Düşük Kocanızla ilişkinizi Herhangi Bir Şekilde Etkiledimi, Nasıl :
1. Hayır () 2. Evet () :
..... : 115. ()
8. Bu Düşükten Sonra Yaşamınızda ve Yaşama Bakışınızda Herhangi Bir :
Değişiklik Oldumu, Nasıl . :
1. Hayır () 2. Evet () :
..... : 116. ()
9. Eve Döndükten Sonra Bu Düşüğe Bağlı Herhangi Bir veya Daha Fazla :
Rahatsızlığınız Oldumu, Nasıl . :
1. Hayır () 2. Evet () :
..... : 117. ()
- *
10. Bu Rahatsızlığınızla ilgili Ne Yaptınız . :
1. Sağlık Merkezlerine Gittim () 2. Eş/Dost Tavsiyelerini Uyg. () :
3. Hiç Birşey Yapmadım () 4. Diğer () : 118. ()
11. Eve Döndükten Sonra Kendinizi Psikolojik Olarak Rahatsız :
Hissettiğiniz Oldumu , Nasıl . :
1. Hayır () 2. Evet () :
..... : 119. ()
- *
12. Psikolojik Rahatsızlığınızla ilgili Herhangi Bir Ruh Sağlığı :
Merkezine Gitmeyi Düşündünüz mü . :
1. Hayır Düşünmedim ve Gitmedim () 2. Düşündüm ama Gitmedim () :
3. Evet Düşündüm ve Gittim () 4. Diğer () : 120. ()

NOT : " * " Sorular ; Bu Sorulardan Bir önceki Sorularda " Evet "
Denilir ise Sorulacaktır .

1.Evet 2.Hayır KOLON NO

KART NO :
=====

- 12.Günah işlemiş Hissediyordum () () : 103.()
13.Vicdan Azabı Çekiyordum () () : 104.()
14.Pişmanlık Duyuyordum () () : 105.()
15.Huzursuzdum () () : 106.()
16.Sinirliydim () () : 107.()
17.Hiç Bir Şey Düşünmüyordum () () : 108.()
18.Başıma Geleceklerden Endişeliydim () () : 108.()
19.Kaygıydım () () : 109.()
20.Diğer () () : 110.()

- 3.Bu Duygu ve Düşünceleriniz Ne Kadar Zaman Sürdü :
1. 1 Gün () 2. 2 Gün () 3. 3 Gün () 4. 1 Hafta () :
5. 2 Hafta () 6. 3 Hafta () 7. Hala Devam Ediyor () : 111.()

- 4.Bu Duygu ve Düşüncelerinizin Değişmesi Yönünde Size Yardım Eden :
veya Etmek İsteyen Oldumu, Kim :
1. Olmadı () 2. Eşim () 3. Annem () 4. Babam () :
5. Kardeşlerim () 6. Kayınvalidem () 7. Kayınpederim () :
8. Komşu/Arkadaş () 9. Diğer () : 112.()

- 5.Eve Döndükten Sonra Eşinizin Tepkisi Ne Oldu :
1. Öfkelendi, Kızdı, Bağırды () 2. Hiç Bir Şey Söylemedi () :
3. Hiç Bir Şey Olmaması gibi Davrandı () :
4. Sadece " Nasılsın " Diye Sordu () :
5. Beni Teskin Etmeye Çalıştı, Yardımcı Oldu () :
6. Diğer () : 113.()

- 6.Eve Döndükten Sonra, Bu Güne kadar Aile içi ilişkilerinizde Herhangi :
Bir Değişiklik Oldumu, Nasıl . :
1. Hayır () 2. Evet () :
..... :
..... :
..... : 114.()

KOLON NO
KART NO :
=====

13. Evlenmeden önce Aile Planlaması Yöntemlerini Biliyormuydunuz :
1. Hayır () 2. Evet () : 121. ()

14. Nereden öğrenmişsiniz . :
1. Ailemden () 2. Okuldan () :
3. Kitaplardan () 4. Dergi ve Gazetelerden () :
5. Toplantılardan () 6. Sağlık kuruluşlarından () :
7. Arkadaşlardan () 8. Televizyon / Radyodan () :
9. Gazete / Dergi () 10. Diğer () : 121. ()

15. Şu Anda Aile Planlaması Yöntemlerini Biliyormusunuz . :
1. Hayır () 2. Evet () : 122. ()

16. Nereden öğrendiniz . :
1. Ailemden () 2. Eşimden () :
3. Okuldan () 4. Dergi ve gazetelerden () :
5. Toplantılardan () 6. Sağlık Kuruluşlarından () :
7. Arkadaşlardan () 8. Televizyon / Radyodan () :
9. Kitaplardan / Broşür () 10. Komşu () :
11. Akraba () 12. Diğer () : 123. ()

17. Öğrenmek istermisiniz . :
1. Hayır () 2. Evet () :

18. Nereden ve Nasıl öğrenmek istersiniz . :
1. Televizyondan () 2. Okuldan () :
3. Kitap / Broşür () 4. Gazete / Dergi () :
5. Sağlık Kuruluşlarından () 6. Toplantılardan () :
7. Diğer () : 124. ()

NOT 1 : " * " Sorular ; Bu Sorulardan Bir önceki Soruda " evet " Denilir ise Sorulacaktır.

NOT 2 : " ** " Sorusu ; 15. Soruda " Hayır " Denilir ise Sorulacaktır .

KOLON NO

KART NO

=====

19. Eve döndükten sonra Aile Planlaması Yöntemlerinden Birini Kullanmaya :
Başladınız mı, Hangisi . :
1. Hayır () 2. Evet () : 125. ()
- **
20. Başlamadı iseniz nedeni Nedir . :
1. Bilmiyorum () 2. İstemiyorum () 3. Günah () :
4. Bana Yaramıyor () 5. Eşim istemiyor () 6. Diğer () :
..... : 126. ()
21. Tekrar Çocuk Yapmayı Düşünüyormusunuz . :
1. Hayır () 2. Evet () : 127. ()
22. Çocuk Yapmayı İstemediğiniz Halde Gebe Kalırsanız İsteyerek Düşük :
Yaparmısınız . :
1. Hayır () 2. Evet () : 128. ()
23. İsteyerek Yaptığınız Bu Düşük ile İlgili Şu Anda Hangi Duygu :
ve Düşünceleri Yaşıyorsunuz . :
1. Evet 2. Hayır :

1. Sakinim () () : 129. ()
2. Korkuyorum () () : 130. ()
3. Coşkuluyum () () : 131. ()
4. Heyecanlıyım () () : 132. ()
5. Üzüntülüyüm () () : 133. ()
6. Sevinçliyim () () : 134. ()
7. Yalnızlık Duyuyorum () () : 135. ()
8. Utanıyorum () () : 136. ()
9. Kızgınlık Duyuyorum () () : 137. ()
10. Suç İşliyor Hissediyorum () () : 138. ()
11. Ne Düşündüğümü Bilmiyorum () () : 139. ()
12. Günah İşliyor Hissediyorum () () : 140. ()
13. Vicdan Azabı Çekiyorum () () : 141. ()

	1. Evet	2. Hayır	KOLON NO KART NO : =====
14. Pişmanlık Duyuyorum	()	()	: 142. ()
15. Huzursuzum	()	()	: 143. ()
16. Sınırlıyım	()	()	: 144. ()
17. Hiç Bir Şey Düşünmüyorum	()	()	: 145. ()
18. Başıma Geleceklerden Endişeliyim	()	()	: 146. ()
19. Kaygılıyım	()	()	: 147. ()
20. Diğer	()	()	: 148. ()

GÖRÜŞMECİNİN GÖZLEMLERİ :

- A. Konuşması :
- B. Hareketleri, Davranışları, Tavırları :
- C. Yüz ve Beden Postürü :
- D. Soruları Anlama ve Değerlendirme :
- E. Genel Değerlendirme :

ZAMANLAMA :

(Ek-2)

Araştırma Ekim 1990 yılından başlayarak Şubat 1992 yılına sürecek zaman dilimi aşağıdaki biçimde planlanıp uygulanmıştır:

1. Problemin tesbiti ve araştırılması - -
2. Konuyla ilgili profesyonellerin ve kaynakların taranması - -
3. Araştırma önerisinin hazırlanması -
4. Görüşme formlarının hazırlanması - -
5. Öndeneme ve öndeneme sonuçlarının değerlendirilmesi -
6. Görüşme formlarının teksir edilmesi ve basılması -
7. Hastane görüşmesi (H.Ü.Tıp Fak. Kad. Hast. ve Doç A.B.D) - -
8. Ev / işyeri görüşmeleri - -
9. Verilerin sınıflanması açık uçlu soruların sınıflanması ve kodlama yönergesi -
10. Kodlama -
11. kodlanan verilerin bilgisayara aktarılması -
12. Marjinal Tabloların alınması, değerlendirilmesi - -
13. Kaynak tarama (Dünya'ya, Türkiye'ye ilişkin veriler ve araştırmalar kuramsal çerçeve) - - - -
14. İlişkisel değerlendirmeler ve istatistikî analizler - -
15. Tablo ve grafiklerin hazırlanması - -
16. Değerlendirme ve yorum - -
17. Araştırma süreç parçalarını bütünleştirme - -
18. Bitirilmiş araştırma bütünü ile profesyonellerin son değerlendirmesini alma -
19. Son değişiklikler -
20. Çalışmanın yazımı, basımı ve çoğaltımı - -

Not: (-) iki haftayı simgelemektedir.

BÜTÇE VE İNSANGÜCÜ:**(Ek-3)****Araştırma Bütçe Olarak:**

- 1) Öneri yazımı
- 2) Görüşme formlarının yazımı öndeneme için çoğaltımı ve öndeneme
- 3) Görüşme kitapçığının basımı
- 4) Ev görüşmeleri için görüşmeci, telefon, yol giderleri
- 5) Araştırmanın bilgisayarda yazımı
- 6) Araştırmanın çoğaltım ve ciltlenmesi ve tüm

aşamalardaki kırtasiye masraflarıyla 1992 yılı değeriyle 10.000.000 TL harcama yapılmış bu bütçe araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

Araştırmanın verilerinin bilgisayara giriminden itibaren olan marjinal sonuçlar, ilişkisel sonuçlar, karşılaştırma sonuçları ve tüm istatistiksel sonuçları Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı A.B.D bilgi işlem merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın problem tesbiti sürecinden ciltlenmesi sürecine dek her aşamada Halk Sağlığı, Kadın doğum, psikoloji, psikiyatri, sosyoloji, epidemiyoloji, biyoistatistik, sosyal hizmet konularındaki profesyonellerin bilgi ve tutumları araştırmanın bilimsel içeriğinin çizilmesi ve değerlendirilmesinde acısından hayati önem taşımıştır.

Belirgin tüm aşamalar insangücü olarak araştırmacının gözlem ve yönetimi tarafından sürdürölmüştür.