

**AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Evli Kadınlarda Elektif Kürtaj ve Depresyon İlişkisi

Ayşe TAŞTEKİN

**KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yad. Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU**

Tez No:

2004 – AFYON

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Yüksek
Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18 / 06 / 2004

Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

ÜYE

Doç. Dr. Nihal CENGİZ

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Serhan CEVRİOĞLU

ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe
TAŞTEKİN'in "Evli Kadınlarda Elektif Kürtaj ve Depresyon İlişkisi" başlıklı tezi
günü Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliğinin ilgili
maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yüksel ARIKAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Kürtaj, istenmeyen gebeliklerde sıklıkla başvuru müdahaleli bir işlemdir. Uygun olmayan koşullarda yapılan kürtaj ana sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Kürtaj aile planlaması yöntemi olarak kabul edilmemekle birlikte, kadının etkin bir yöntem kullanmadığını gösterir. Bu araştırma kadınların sosyo-demografik özelliklerini ve kürtaja başvurmalarına neden olan faktörleri belirlemek, kürtaj olanlarla olmayan kadınların depresyon puanlarını karşılaştırarak, kürtajın depresyona neden olup olmadığını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile araştırmanın her aşamasında katkıları bulunan Sayın Yrd. Doç. Dr. A. Serhan CEVRİOĞLU'na, yardımcı tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ömer GEÇİCİ'ye, istatistiksel değerlendirmeler aşamasında bütün yardımları için Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Yrd. Doç. Dr. Hülya ELLİDOKUZ ve Yrd. Doç. Dr. Reha DEMİREL'e, veri toplama aşamasında Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne başvuran kadınlarla görüşebilme olanağını sağlayan Afyon İl Sağlık Müdürlüğü AÇSAP Şubesi'ne ve araştırmamda denek olan tüm kadınlara gösterdikleri üstün anlayış ve hoşgörüden dolayı teşekkür ederim.

Ayşe TAŞTEKİN

ÖZET

Bu araştırma, istemli kürtaj yaptırma öyküsü olan kadınların kürtaja başvurma nedenlerini belirlemek, kürtajın depresyona neden olup olmadığını saptamak, kürtaj olan kadınlarla olmayan kadınlar arasında depresyon sıklığı yönünden farklılık olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Kasım 2003 – Şubat 2004 tarihleri arasında, Afyon Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'ne aile planlaması (AP) hizmeti almak için başvuran 15-49 yaş grubundaki 234 evli kadın üzerinde yürütülmüştür. Araştırmada yüzyüze görüşme tekniği ile bütün kadınlara anket formu uygulanmıştır. Anket formu kapsamında kadınların sosyo-demografik özellikleri, gebelik öyküleri ve kullandıkları AP yöntemleri ile ilgili bilgiler sorgulanmış, ayrıca Beck Depresyon Envanteri uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, t (ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi), One-way Varyans ve Kruskal-Wallis Testleri kullanılmıştır.

İncelenen örneklem içindeki kadınlardan %40,6'sının en az bir kez kürtaja başvurduğu belirlendi. Araştırma sonuçlarına göre; kadınların en sık başka çocuk istememe (%50) ve ailenin ekonomik yetersizliği (%14,7) nedenleriyle kürtaja başvurdukları saptanmıştır. Kadınların yaş ortalaması 32 olup, çoğunluğu ilkokul mezunu (%58,5) ve ev hanımıdır (%77,8). Kürtaja başvurma sıklığını etkileyen faktörler incelendiğinde; mesleki durum, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, evlilik yaşı, evlilik süresi, yaşayan ve kabul edilen ideal çocuk sayısı ve kullanılan AP yöntemlerinin kürtaj olma sıklığı ile ilişkili olduğu, buna karşın yaşanan yerin ise kürtaj olma sıklığını etkilemediği saptanmıştır. Kürtaj olma sayısı ile depresyon puanları arasında doğrudan ilişki olduğu görüldü. Üç ve daha fazla sayıda kürtaj yaptırmış olan kadınların, bir ve iki kez kürtaj yaptırmış olanlara göre depresyon skorlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla %66,7, %37,1, %33,3; $p<0,01$).

Araştırma sonuçları etkin aile planlaması hizmetinin istenmeyen gebeliklerin oluşmasını önleyerek, kadın sağlığının korunmasında fiziksel yönden olduğu kadar, ruhsal yönden de yararlı olabileceğini göstermektedir.

ABSTRACT

This study was carried out to identify the reasons why women with voluntary abortion history preferred to have abortion, to determine whether or not abortion led to depression and to find out whether there was a difference between incidence of depression among women who had abortion and who did not.

The study was conducted on 234 married women in 15-49 age group, who presented at Afyon Maternity, Child Health and Family Planning Centre to utilise family planning services. All women were surveyed using face-to-face interview technique. Within the survey, socio-demographic characteristics and pregnancy stories of the women as well as the family planning (FP) methods they previously used were queried and Beck Depression Inventory was applied. Chi-square, t (significance test of the difference between mean values), one-way variance and Kruskal-Wallis tests were used to evaluate data.

It was found that in the examined sample 40.6% of women had abortion at least once. It was determined that the most common reasons of having abortion were not wanting another child (50%) and economic straits of the family (14.7%). The women, whose mean age was 32, were mostly elementary school graduates (58.5%) and housewives (77.8%). Examination of the factors affecting the frequency of abortions revealed that educational level, occupational status, familial income, marriage age, duration of the marriage, ideal number of children alive and accepted and the FP methods used were associated with the frequency of abortions, but place of residence was not. There was a direct relation between number of abortions and depression scores. It was found that women who had three or more abortions had significantly higher depression scores than those who had abortion once or twice (66.7%, 37.1%, 33.3%, respectively, $p < 0.01$).

Results of the study demonstrate that efficient provision of family planning services can be beneficial to not only the physical, but also mental aspects of women's health, by preventing unwanted pregnancies.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay.....	I
Önsöz.....	II
Özet.....	III
Summary.....	IV
İçindekiler.....	V
Simgeler ve Kısaltmalar.....	VII

Tablolar

Dizini.....	VIII
--------------------	-------------

1- GİRİŞ.....	1
1.1- Araştırmanın Amacı.....	4
2- GENEL BİLGİLER.....	5
2.1- Dünya’da ve Türkiye’de Nüfus Sorunu.....	5
2.1.1- Dünya’da nüfus artışı ve sorunu.....	5
2.1.2- Türkiye’deki nüfus artışı ve nüfus sorunları.....	7
2.2- Türkiye’de Ailelerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları.....	8
2.3- Aile Planlamasının Sağlık Üzerine Faydaları	11
2.4- Aile Planlamasının Gebeliği Önleme Dışındaki Yararları.....	12
2.5- Düşük ve Çeşitleri.....	13
2.6- İsteyerek Çocuk Düşürmenin Tarihçesi	14
2.7- İsteyerek Çocuk Düşürmenin Dini Yönü.....	15
2.8- İsteyerek Çocuk Düşürmenin Yasal Durumu.....	16
2.9- İsteyerek Çocuk Düşürmeye Neden Olan Faktörler.....	17
2.10- İstemli Düşük Sıklığı.....	18
2.11- İstemli Düşüğe Bağlı Ana Mortalitesi.....	20
2.12- Kürtaj ve Depresyon.....	22
3- GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1- Araştırmanın Şekli.....	25
3.2- Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25

3.3- Örneklem.....	25
3.4- Anket Formunu Hazırlanması ve Uygulaması.....	25
3.5- Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
4- BULGULAR.....	27
4.1- Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular	27
4.2- Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların İstemli Kürtaj Sayısını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular.....	31
4.3- Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Depresyon Puan Ortalamalarını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular.....	39
5- TARTIŞMA	43
5.1- Kadınların Kürtaj Sayılarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.....	45
5.2- Kadınların Depresyon Puan Ortalamalarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.....	49
6- SONUÇ.....	52
7- ÖNERİLER.....	53
KAYNAKÇA	
EK I- Anket Formu	
EK II- Beck Depresyon Envanteri	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
RIA : Rahim içi Araç (spiral)
WHO : Dünya Sağlık Örgütü
BDE : Beck Depresyon Envanteri
AÇSAP : Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
PID : Pelvik İnflamatuvar Hastalık
AIDS : Edinilmiş İmmün Sistem Zayıflık Sendromu
SPSS : Statistical Package of Science (Bilgisayar istatistik programı)
AP : Aile Planlaması
p : İstatistiksel Anlamlılık Düzeyi
 x^2 : Ki kare test değeri
F : Varyans değeri
SD : Standart Sapma

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Türkiye’de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımının Yüzde Dağılımı.....	9
Tablo 2. Çeşitli Ülkelerde Çocuk Düşürme Sıklığı.....	20
Tablo 3. Kadınların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4. Kadınların Eğitim ve Mesleklerine Göre Dağılımı.....	27
Tablo 5. Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Mesleklerine Göre Dağılımı.....	28
Tablo 6. Kadınların Yaşadığı Yere ve Aylık Gelire Göre Dağılımları.....	28
Tablo 7. Kadınların Evlilik Yaşına ve Evlilik Süresine Göre Dağılımları.....	29
Tablo 8. Kadınların İdeal Buldukları Çocuk Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayıları.....	29
Tablo 9. Kadınların Toplam Gebelik Sayılarının Dağılımları.....	30
Tablo10. Kadınların İstemli Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımları.....	30
Tablo 11. Kadınların Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 12. Kadınların Kürtaj Sayılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	31
Tablo 13. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	32
Tablo14. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eşlerinin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları.....	32
Tablo 15. Kadınların Kürtaj Sayılarının Mesleklerine Göre Dağılımları.....	33
Tablo 16. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eş Mesleklerine Göre Dağılımları.....	34
Tablo 17. Kadınların Kürtaj Sayılarının Ailenin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımları.....	34
Tablo 18. Kadınların Kürtaj Sayılarının Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımları.....	35
Tablo 19. Kadınların Kürtaj Sayılarının Evlilik Sürelerine Göre Dağılımları.....	35
Tablo 20. Kadınların Kürtaj Sayılarının İdeal Buldukları Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.....	36

Tablo 21. Kadınların Kürtaj Sayılarının Toplam Gebelik Sayılarına Göre Dağılımları.....	37
Tablo 22. Kadınların Kürtaj Sayılarının Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları.....	37
Tablo 23. Kürtaj Olma Nedenlerinin Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımları.....	38
Tablo 24. Kadınların Kürtaj Öncesi Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri İle Kürtaj Sayılarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 25. Kadınların Şimdiki Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri İle Kürtaj Sayılarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 26. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Ortalamalarının Dağılımları.....	39
Tablo 27. Ailenin Aylık Gelir Düzeyine Göre Kadınların Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	40
Tablo 28. Kadınların Evlilik Yaş Gruplarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	40
Tablo 29. Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımlar.....	41
Tablo 30. Kürtaj Sayısına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	41
Tablo 31. Kürtajdan Sonra Geçen Süreye Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	42

1. GİRİŞ

Dünyada yetişkin nüfusunun yaklaşık 2 milyarı üreme çağındadır. Günde ortalama 114 milyon cinsel birleşme olduğu, bunların 910 bin kadarının gebelikle, yarıya yakınının da canlı doğumla sonuçlandığı hesaplanmaktadır. Dünyada her yıl 40-50 milyon gebeliğin düşükle sonuçlandığı tahmin edilmektedir (1,2). Türkiye’de ise 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması’na (TNSA) göre 100 gebelikten 15’inin isteyerek düşükle sonlandığı bildirilmiştir (1). Ülkemizde yapılan başka bir araştırmaya göre, her yıl 200 bin kadın isteyerek çocuk düşürmektedir (3).

Günümüzde dünyada 75 bini düşükler nedeniyle olmak üzere her yıl 600 bin anne ölümü olduğu tahmin edilmektedir (1,4). Türkiye’de ise, 1997-1998 yılları arasında 53 ilin 615 hastanesinde gerçekleştirilen bir araştırmada, anne ölümlerinin %2,1’inin istemli düşükler nedeniyle meydana geldiği saptanmıştır (5). Ülkelerin gelişmişlik düzeyi belirlenirken ekonomik göstergeler kadar önemli tutulan iki gösterge bulunmaktadır: Bunlar, bebek ölüm hızı ve ana ölüm hızıdır (4). İsteyerek düşükler, yasadışı veya sakıncalı olmalarına rağmen yıllardan beri doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldığı için, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmakta; üreme çağındaki kadınların sağlığını tehdit eden nedenlerin arasında ön sıralarda yer almaktadır (2,6-8).

Türkiye’de 1965 yılına dek yasa dışı olan düşüklerin, istenmeyen gebeliklerin sağlıksız koşullarda sonlandırılmasına bağlı olan anne ölümlerinin, giderek artması nedeniyle 1965 yılında kabul edilen, 557 sayılı ilk nüfus planlaması yasasında, kürtajın tıbbi nedenlerle yapılmasına izin verilmiştir. Ancak bu yasaya rağmen isteyerek düşükler, tıbbi nedenler dışında da yapılması devam etmiş ve anne ölümleri içindeki payı azalmamıştır (1,7). Bunun üzerine 1982 yılında kabul edilen 2827 sayılı kanun ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verilmiştir (7).

Evrensel olarak istenmeden ve planlanmadan gebe kalan bir kadın, doğurmamak için kesin kararlıysa, bu gebeliğini sonlandırmak için her çareye başvurmaktadır. Yasal, dinsel, geleneksel ya da ekonomik zorluklara karşın kadınlar gizli ve el altından, sağlıksız koşullarda gebeliğini sonlandırmaya itilmektedir. Ayrıca sağlıksız koşullarda sonlandırılan gebelikler önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Günümüzde ekonomik ve sosyal şartlar aileleri çocuk sayısını sınırlamaya zorlamaktadır. Aileler daha fazla çocuk istememekte, buna karşın gebelikten korunmada daha fazla başarılı olamamaktadırlar. Sonuçta bunu düşükle çözümlenmektedirler.

Her ailenin istediği zamanda ve istediği sayıda çocuk sahibi olmak en doğal hakkıdır. Kontrolsüz, istem dışı olan doğumlar, düşükler ana ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemekte ve ağır sekeller bırakmaktadır. Ayrıca artan doğum sayısı dünya nüfusunun hızlı büyümesine neden olduğundan nüfus planlamasını zorunlu hale getirmiştir. Hızlı nüfus artışının nedeni olan aşırı doğurganlık, kişi ve ülke düzeyinde pek çok sorunlara yol açtığından, toplum sağlığı çalışmalarının ilk aşamasında yer almalıdır(2).

TNSA 1998 sonuçlarına göre Türkiye’de toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,61 çocuktur. Bu hız, kırsal yerleşim yerlerinde 3,08 iken, kentsel yerleşim yerlerinde 2,39 çocuktur (9). Kaba doğum hızı 1955-60 yıllarında binde 47 iken günümüzde binde 30 dolaylarına düşmüştür (10).

Doğurganlık eğitim düzeyine göre de önemli farklılık göstermektedir. Eğitimsiz kadınlar ile karşılaştırıldığında, en az ortaokulu bitirmiş kadınların toplam doğurganlık hızlarında yarıdan fazla bir düşme görülmektedir (9).

Türkiye’de istenen doğurganlık ile gerçekleşen doğurganlık arasında fark vardır. Doğumların yaklaşık beşte biri istenmemiş gebeliklerden oluşan doğumlardır (9). Ülkemizde her yıl istenmeden gebe kalan kadın sayısı yaklaşık 300 civarındadır (10). Doğumların %11’i ise doğurganlığın planlanması açısından daha sonra olmaları istenmiş doğumlardır (9).

Çiftler doğurganlıkla ilgili hedeflerine ancak gebeliği önleyici yöntemlerin tutarlı ve başarılı bir şekilde kullanımı ile ulaşabilirler. Ancak gebelik önleyici yöntem kullananların %35’i, yöntem kullanmaya başladıktan sonra 12 ay içinde çeşitli nedenlerle yöntem kullanmayı bırakmaktadır. Yöntem bırakmanın %7’si yöntem başarısızlığı ile ilişkilidir. Evlenmiş kadınların %27’sinin en az bir istemli düşüğü vardır.

Her 10 doğumdan 3’ünün planlanmamış ya da istenmemiş doğum olması, doğurganlıklarını planlamak ve sınırlandırmak isteyen çiftlerin bu isteklerini tam anlamıyla gerçekleştiremediklerini göstermektedir. Türkiye’de doğurganlık 15-29 yaş grubunda yığılma göstermekte ve bu grup toplam doğurganlığın dörtte üçünü oluşturmaktadır. En yüksek doğurganlık hızı ise 20-24 yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir (9).

İsteyerek düşükler, doğurganlığın düzenlenmesinde kullanılan en eski yöntemdir. Her yaş ve yaşam basamağında istenmeyen düşükler oluşabilir ve istenmeyen gebelikler isteyerek düşükle sonlandırılabilir. Eldeki veriler kentlerde oturan daha eğitilmiş kadınların, kırsalda oturan az eğitilmiş kadınlara göre daha fazla isteyerek düşük yaptıklarını göstermektedir. Bununla birlikte istemli düşükler konusunda çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. İstemli düşüklere olan gereksinimin azaltılması ve güvenli olmayan

düşüklerin önlenmesi aile planlaması servislerinin sağlık bakım sistemine entegre olmasının sağlanmasından geçer. İstenmeyen gebelikler, aile planlaması servislerinin arttırılmasıyla büyük oranda azaltılabilir. Üreme hakları bağlamında istemeden gebe kalmış kadınların sağlıklı koşullarda gebelik sonlandırma olanaklarına ulaşılabilirliğinin sağlanması da gereklidir (4).

Aşırı doğurganlığı azaltmada en etkili yol, etkin aile planlaması yöntemlerini kullanmaktır (9). Ülkemizde aile planlaması kullanan ailelerin oranı 1963 yılından bu yana sürekli artmış ve her on kadından altısı aile planlaması uygulamaya başlamıştır. Buna karşın doğurganlık halen yüksek düzeydedir (10). 1998 TNSA sonuçlarına göre daha önce herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullandığını söyleyenlerin oranı %84'tür (9).

Türkiye'deki halen evli kadınların %64'ü gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Evli kadınların yaklaşık beşte ikisi modern bir yöntem kullanmaktadır. Halen evli beş kadından biri rahim içi araç (RİA) kullanmaktadır. En sık kullanılan ikinci modern yöntem olan kondom ise kadınlar arasında %8 oranında kullanılmaktadır. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme ise Türkiye'de evli kadınlar arasında en yaygın (%24) olarak kullanılan yöntemdir (9). Gebelikten korunan ailelerin sayısının çok olmasına karşın, doğum hızının düşmemesinin nedenini, koruyuculuğu sınırlı olan geri çekme yönteminin ülkemizde yaygın oluşu açıklamaktadır. Birleşmiş Milletlerin yayınladığı bir araştırmada, Avrupa ülkelerinde çocuk düşürme sıklığıyla geri çekme yönteminin kullanılmasının sıklığı arasında sıkı bir ilişki vardır. Değişik ülkelerde yapılan araştırmalara göre geri çekme yöntemini kullanan ailelerde bir yıl içinde gebe kalma olasılığı %80'dir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada bu olasılık 30 yaşından genç çiftlerde %37 ve 30 yaşından yukarı olanlarda %10 bulunmuştur (10).

1.1. Araştırmanın Amacı

Ülkemizde 24.5.1983 tarihinde 2827 sayılı 'Nüfus Planlaması Kanunu' ile gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar anne sağlığı yönünden tıbbi bir sakınca bulunmadığı takdirde gebeliğin sonlandırılabilceği yasallaştırılmıştır (4,7). Toplumun normal yada alışılmış kabul ettiği olaylar ve durumlar sıklıkla kadınların mental sağlığını etkilemektedir. Evlilik ilişkilerinde doğum, çocuk yetiştirme konularında bir çok problemle karşı karşıyadır. En az bunlar kadar önemli olan başka bir konuda istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasıdır. Bu problemler karşısında toplumun normal kabul ettiği çözümlere objektif bakıldığında, kadına

olması gerekenden daha fazla görev yüklendiği görülmektedir. Sonuç olarak kadınlar fiziksel ve ruhsal yönden etkilenmektedir (11).

İstenmeyen gebelik kadının yaşamındaki en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olur. Bu uygulamaya karar verme durumunda olan kadın yoğun çelişkiler içinde ve karar verme güçlüğü içinde olduğundan çocuk aldırma psikolojik yönden travmatik bir olaydır. Bu nedenle sağlığın tanımına göre gebe kalan ve psiko-sosyal nedenlerle bunalım içinde olan ve bu gebeliği istemeyen kadına sağlıklı deme olasılığı yoktur (2).

Araştırmamızda tüm bu verilerden yola çıkarak, istemli kürtajın hangi kesimlerde, hangi demografik özelliklere sahip kadınlarda daha sık uygulandığı ve bunlara bağlı olarak istemli kürtajın kadının ruh sağlığına olumsuz etkisi olup olmadığı araştırılacaktır. Ayrıca sağlık çalışanları olarak biz hemşirelerin ruh sağlığı etkilenmiş kadınlara danışmanlık hizmeti vermeleri ve gereken durumlarda kadınları psikiyatri uzmanlarına yönlendirmeleri amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünya’da ve Türkiye’de Nüfus Sorunu

2.1.1. Dünya’da nüfus artışı ve sorunu

Dünya nüfusu 17. yüzyıla kadar yüz binlerce yıl boyunca çok yavaş ve az artmış, 17. yüzyılda ancak yarım milyara ulaşabilmiştir. Nüfus artışı, 17. yüzyıldan sonra sanayileşme ile beraber kıtlıkların kontrolü, beslenmenin düzelmesi, salgın hastalıkların önlenmesi, tıp ve teknolojideki diğer gelişmelerin sonucunda pek çok hastalığın ve bunların yol açtığı ölümlerin önlenmesi ile enerji kaynaklarının insan gücünün yerini alması nedeniyle hızlanmıştır (12).

Günümüzde nüfus politikası, hükümetlerin hızlı nüfus artışının gelişmeye engel teşkil ettiğini görmeleri ile değişmiştir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda nüfus politikası tartışılan bir konu olmuştur. Aile planlaması programlarının bu kadar çok tartışılmasının nedenleri arasında cinsellik, üreme sağlığı ve aile konularının duyarlılığının yanı sıra, siyasi iktidarların halkın güvenini kazanamamış olmalarının ve hizmetin kalitesinin düşüklüğünün

de rolü vardır. Ayrıca, bazı ülkelerdeki etnik köken, din, mezhep ve cemaat ayrımları, bu grupların kendi nesillerinin kurutulması olarak algıladıkları nüfus politikalarından kuşkulananmalarına ve karşı çıkmalarına yol açabilmektedir (12).

Nüfus artış hızının azalması, yaşam standartlarının artmasıyla paraleldir. Sorun ülkeler açısından ele alındığında, az gelişmiş ülkelerde nüfusun hızlı artışı sermaye birikimini olumsuz etkilemekte ve nitelikli insan gücü yetiştirmeyi güçleştirmekte, bu nedenle ekonomik gelişme hızı çok sınırlı kalmaktadır. Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve konut gibi sosyal gereksinimler de bir yandan ekonomik güce, bir yandan da yapılacak iş hacmine bağımlı olduğundan ülkeler buldukları düzeyi aşamamakta veya çok yavaş gelişebilmektedir (3).

Nüfus sorunu dünya açısından ele alındığı zaman en önemli sorunun beslenme sorunu olduğu görülmektedir. Nüfus artışı bu hızla giderse gelecekte kıtlıklar kaçınılmaz bir son olacaktır (3). Yıllara göre dünyadaki yün, odun, balık, et ve petrol üretiminin artmasına karşın kişi başına düşen miktar azalmaktadır ve dünyadaki açlık, dengesiz beslenme sorunlarından en fazla etkilenen ülkeler yine nüfus artış hızının en yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerdir (12).

İkinci önemli sorun, gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışının sosyo-ekonomik gelişmeyi yavaşlatması ve buna bağımlı olarak gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkelerin refah düzeyleri arasındaki farkın hızla büyümesidir. Bunun da Dünya ölçüsünde sosyal çalkantılara ve savaşlara neden olması kaçınılmazdır (3).

Aile bütçesinin nasıl harcaıldığına bakılacak olursa gelişmekte olan ülkelerde ailelerin gelirlerinin büyük bir kısmını yaşamlarını sürdürebilmek için temel gereksinim olan beslenmeye harcadıkları görülür. Eğitim ve sağlığa ayrılan pay çok düşüktür. Gelişmekte olan ülkelerde okul çağında bulunan 300 milyon çocuk okula gidememektedir. Özellikle kız çocuklarında bu sorun daha fazla görülmektedir. Bu durum kız çocukların ekonomik ve sosyal gelişmelerini kısıtlayarak doğurganlıklarını yükseltmekte ve kısır döngüye neden olmaktadır (12).

Artan nüfusun ihtiyaçlarına cevap vermek için tarım alanlarının genişletilmesi endüstrileşme ve su kullanımının artması toprağın çölleşmesine, suların yetersiz kalmasına, atmosferin atık gazlarla kirlenerek solunamaz hale gelmesine sebep olmaktadır. Teknolojideki gelişmeler ne olursa olsun, doğal kaynakların bu şekilde tüketilmesi, gelecek yüzyılda, ekilebilir toprakların üçte birinin kaybedilmesine, atmosferde biriken kirleticilerin iklimleri

değiştirmesine yol açacak, ayrıca bugünkünün 2 katına çıkacak olan su gereksinimini karşılamaya yetecek kaynaklar bulunamayacaktır (12).

Gayri safi milli hasılanın en düşük olduğu ülkelerin pek çoğu nüfusu en fazla artan ülkelerdir. Aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerde çalışabilir nüfus artarken, iş olanakları artmamaktadır. Ayrıca bunların bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı daha fazladır. Bütün bunların ortaya çıkardığı ülke içi göçler kentlerin aşırı büyümesine, gecekondulaşmaya, çevrenin tahrip edilmesine ve kirliliğe, su, elektrik gibi kaynakların kısıtlanmasına neden olmaktadır. Kentlerin beton yığını haline gelmiş görünümleri, plansızlık ve alt yapı yoksunluklarından kaynaklanan çöplük patlaması, su basması vb. gibi felaketler nüfus artışıyla paralel olarak artan diğer sorunlardır (12).

Kahire'de 1994 yılında toplanan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda belirtildiği üzere, günümüzde dünyada 1 milyar kişi yoksuldur, 800 milyon kişi açtır, 1 milyar 750 milyon kişi sağlıklı içme suyundan yoksundur, 100 milyon kişi evsizdir, 1 milyar kişi de okur yazar değildir (12).

2.1.2. Türkiye'deki nüfus artışı ve nüfus sorunları

Türkiye'de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve üzerinde duran Atatürk'tür. Atatürk, nüfus arttırma politikasını desteklediği yıllarda Türkiye, Balkan Savaşı, Trablusgarp Savaşı, Birinci Dünya Savaşı ve İstiklal Savaşı gibi dört büyük savaştan çıkmış, büyük nüfus kaybetmiştir. Savaşlar nedeniyle kaybedilen nüfus, insan gücüne dayalı tarımsal üretimin yaygın olması bunların yanı sıra o yıllarda ölüm oranının yüksek ve ölüme neden olan verem, frengi, sıtma, tifüs gibi bulaşıcı hastalıkların yaygın olması nüfusu artırma politikası izlemeyi zorunlu kılmaktaydı (13,14).

Nüfusun artırılmasını sağlamak için, Medeni Kanun ile evlenme yaşı, kadınlar için 15, erkekler için 17 olarak belirlenmiş, düşük yapmak ve yaptırmak, gebeliği önleyici ilaç ve araç satmak, kullanmak bu konuda propoganda yapmak yasaklanmış ve bunlara uymayanlar için de cezai hükümler getirilmiştir. Ayrıca altıdan fazla çocuğu olan ailelere ikramiye ve madalya verilmesi çok çocuklu ailelerden yol vergisi alınmaması gibi önlemlerde alınmıştır (12,15).

Bu politikanın sonucunda, 1927-1945 yılları arasında nüfus artış hızı binde 18'e ulaşmış, 1950'de binde 22'ye çıkmıştır. 1923-1950 yılları arasında barış ve yaşamın normale dönmesi ile beraber, ölüm hızları gittikçe düşmüş ancak doğurganlık sürekli arttığı için nüfus 13 milyondan 24 milyona çıkmış, yaklaşık olarak ikiye katlanmıştır. 1955-1985 yılları

arasında 24 milyondan 51 milyona çıkarak yine ikiye katlanmıştır (12). Nüfusun kısa dönemde beklenenden daha hızlı bir artış göstermesi özellikle anne ve çocuk ölümlerinin artışını da beraberinde getirmiştir. Sağlık Bakanlığı bu politikayı, nüfus artış hızını azaltıcı yönde değiştirmek için girişimde bulunmuştur (15).

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan nüfusu artırma görüşü 1965 yılında çıkarılan 557 Sayılı ‘Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’la uygulamaya konulmuştur. Bu yasa ile gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitim ve uygulama hizmetlerinin yürütülmesi görevi Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Ayrıca yasa, tıbbi nedenlerle kürtaj ve sterilizasyona da izin vermiştir.

Yaklaşık 20 yıllık uygulama sonucunda değişen koşullar ve halkın talebi de göz önüne alınarak, hizmetlerin daha etkin verilmesi için, yasanın yeniden düzenlenmesi zorunluluğu gündeme gelmiştir. Böylece 557 Sayılı Yasa yerine 27.5.1983 tarihinde 2827 Sayılı ‘Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’ uygulamaya konulmuştur. Bu yasayla gönüllü cerrahi kısırlaştırma ve on haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe bağlı çocuk düşürme serbest bırakılmıştır (12,16,17).

2.2. Türkiye’de Ailelerin Aile Planlaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Uygulamaları

Aile planlaması, ailelerin istedikleri zaman bakabilecekleri, yetiştirebilecekleri sayıda çocuk sahibi olmalarıdır (15).

Aile planlaması, gebeliğin önlenmesi hizmetlerinin sunumu ve kullanımı kapsamında bireyin hem evrensel insan haklarından sağlık hakkıdır, hem de nüfus planlaması boyutuyla ekonomik ve sosyal kalkınmaya olumlu katkı yapan akılcı bir yatırım girişimidir (9).

Türkiye’de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ile ilgili yapılmış birçok alan çalışması vardır. Ülkemizde aile planlaması konusunda halkın bilgi, tutum ve uygulamasını araştırmak üzere ilk araştırma, 1963 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından yapılmıştır. Bu araştırmadan sonra her beş yılda bir Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, araştırmalara devam etmiştir.

TNSA-93 ve TNSA-98 raporlarına göre 93 yılı için kontraseptif yöntem kullanma prevalansı %62,6, modern yöntem kullanma prevalansı %34,5, geleneksel yöntem kullanma prevalansı ise %28,1’dir. Aynı sayılar 1998 yılı için sırası ile %63,9, %37,7 ve %25,5’tir. Son 15 yıl içinde Türkiye’de herhangi bir kontraseptif yöntem kullanma prevalansı, yaklaşık olarak aynı kalırken modern yöntem kullanım prevalansında artış olmuştur. TNSA-93

sonucuna göre %27,2 olan modern kullanım oranı, 1998 yılında %37,7'ye yükselmiştir. İlk kez 1993 yılında, herhangi bir aile planlaması yöntemi kullananlar arasında geleneksel yöntemlerin (%26,9) önüne geçen modern yöntem kullanım prevalansı (%33,8), 1998 yılında da bu eğilimi korumuştur (geleneksel yöntemler %26,2, modern yöntemler %37,7). Son 15 yıl içinde yapılmış olan tüm TNSA'da en yaygın kullanılan kullanılan modern yöntem RİA (sırası ile %8,9, %14,0, %18,7 ve %19,8), en yaygın kullanılan geleneksel yöntem ise geri çekmedir (sırası ile %30,1, %25,7, %25,1 ve %24,4). Modern yöntemler arasında RİA kullanım prevalansının son 15 yıl içinde %8,9'dan %19,8'e yükselmesi olumlu bir gelişmedir ve modern yöntemlerin yaygınlaştırılması konusunda yapılan çalışmaların bir sonucu olarak düşünülebilir. Gebe kalma riski altında olup yöntem kullanmayan kadınların sıklığının 1993 ve 1998 yıllarında benzer olduğu görülmüştür (%14,8'den %14,1'e azalma). İstenmeyen gebeliklerin büyük çoğunluğunun başka çocuk istemediği halde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmayan (%7,6) ve gelecekte yöntem kullanma konusunda eğilimi belirlenemeyen (%1,4) gruplarda olacağı düşünülmektedir (Tablo 1) (6).

Tablo 1: Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımının Yüzde Dağılımı

Gebeliği önletici yöntem	TNSA-88	TNSA-93	TNSA-98
Herhangi bir yöntem	63,4	62,6	63,9
Modern yöntem	31,0	34,5	37,7
Hap	6,2	4,9	4,4
RİA	14,0	18,8	19,8
Kondom	7,2	6,6	8,2
Tüp ligasyonu	1,7	2,9	4,2
Diğer modern yöntemler	2,0	1,3	1,1
Geleneksel yöntem	32,3	28,1	25,5
Takvim	3,5	1,0	1,1
Geri çekme	25,7	26,2	24,4
Diğer yöntemler	3,1	0,9	0,6
Kullanmıyor	36,6	37,4	36,1

Türkiye 1998 TNSA'ya göre gebeliği önleyici yöntem kullanımı 25-44 yaş gruplarındaki kadınlar arasında, daha genç ve daha yaşlı kadınlara kıyasla daha yaygındır. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı yaşayan çocuk sayısının artmasıyla birlikte artmaktadır.

Az sayıda kadın ilk doğumunu geciktirmeye çalışmaktadır (%18). Gebeliği önleyici yöntem kullanımı eğitim düzeyi ile pozitif olarak ilişkili olup, ortaokul ve daha üzeri eğitilmiş kadınlarda en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Modern yöntemleri özellikle RİA ve kondomu kullanma olasılıkları daha az eğitilmiş kadınlara kıyasla daha fazladır.

Gebeliği önleyici modern yöntem kullanan kadınların oranı yerleşim yerine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Kentsel alanda yaşayan kadınların modern bir yöntem kullanma olasılıkları kırsal alanda yaşayanlara kıyasla daha fazladır. Yine ülkenin batı bölgesindeki halen evli kadınların %71'i herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanırken Doğu'da bu oran daha %42'dir (18).

Kahramanmaraş'ta Kıran ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada araştırmaya katılan kadınların %72,7 korunma yöntemlerinden en az birini kullandıkları bulunmuştur. En çok bilinen aile planlaması yöntemleri RİA %89,2 oranla, kondom %76,1 oranla, oral kontraseptif %69,8 oranla, geri çekme %54,1 olarak; kişilerin en sık kullandıkları aile planlaması yöntemleri ise sırasıyla RİA %31,1 oranla, kondom %16,0 oranla, geri çekme %13,7 oranla, oral kontraseptif %3,3 oranla ve tüp ligasyonu %6,6 oranla kullanıldığı saptanmıştır (19).

Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı tarafından yapılan bir araştırmada kadınların %5,1'inin herhangi bir yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir. Kullanılan yöntemler içerisinde %31,9 ile kondom ilk sırada yer alırken bunu %23,2 ile RİA ve hap izlemektedir, üçüncü sırada ise %12,2 ile geri çekme izlemektedir (20).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Altıntaş ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir araştırmada kadınların %65,4'ü halen bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. Halen en sık kullanılan aile planlaması yöntemi RİA'dır (%46,3) (21).

Şenol ve Dönmez'in Antalya'da 2000 yılında yaptığı çalışmada herhangi bir aile planlaması kullanma oranı %74 bulunmuştur. Gebelik öncesi modern yöntem kullanma oranı ise %23,7 bulunmuştur. Türkiye genelinde bu oran %22'dir (1).

Erol ve arkadaşlarının İzmir 2000 yılında yaptıkları araştırmada hiç istenmeyen gebeliklerin %20'sinde, zamanlaması yanlış olanların ise %46,3'ünde hiçbir aile planlaması yöntemi kullanılmadığı tespit edilmiş, son istemli düşük girişiminden sonra en çok tercih edilen aile planlaması yöntemi %53,6 oranında RİA bulunmuştur (22).

Diyarbakır yöresinde Saka ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada halen evli olan kadınların %67,5'inin modern, %3,7'sinin etkin olmayan yöntem kullandıkları, %14,7'sinin herhangi bir yöntem kullanmadıkları saptanmıştır (4).

Gülesen'in Gemlik bölgesinde yaptığı araştırmada etkili aile planlaması yöntemlerini uygulayan kadınların %48'inin kullandıkları yöntemlerle ilgili bazı şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Hap kullanan kadınların en önemli şikayetlerinin baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi ve şişmanlama; RİA kullanan kadınların ise RİA düşmesi, kanamanın artması, akıntı ve kasıkta ağrı olduğu bildirilmiştir.

Her ailenin kullanabileceği, yüzde yüz etkili, hiç yan etkisi olmayan gebelikten koruyucu ideal bir yöntem henüz geliştirilememiştir (9).

Sonuç olarak Türkiye'de ailelerin gebeliği önleyici yöntem kullanmalarında bir artış ve etkili yöntemlere doğru bir eğilimi olsa da, hala etkisi sınırlı olan geleneksel yöntemler yaygın olarak kullanılmaktadır. Doğurganlığın yüksek oluşu ailelerin fazla çocuk istemelerinden değil, etkin yöntem kullanmamalarındandır.

2.3. Aile Planlamasının Sağlık Üzerine Faydaları

Aile Planlamasının amacı, topluma ve ailelere etkili gebeliği önleme yöntemleri hakkında bilgi vermek, bu konuda gerekli eğitimi yapıp uygulama olanağını sağlamaktır.

Sık doğum yapmak annenin sağlığını bozan bir olaydır. En sağlıklı annenin bile doğumları arasında en az 2-3 yıl olmalıdır. Ancak o zaman anne geçirdiği gebeliğin etkisinden kurtulup normale dönmektedir. Aile Planlaması, gebelik aralıklarını ayarlamak için kullanılan en iyi yöntemdir. Yapılan incelemelerde üçüncü doğumdan sonra gebelik ile ilgili komplikasyonlar artmaktadır. Tekrar gebe kalırsa gebelik spontan düşük, ölü doğum veya yaşama olasılığı çok az olan düşük doğum ağırlıklı bebek ile sonuçlanabilir.

Ailedeki çocuk sayısı çok fazla olmazsa aile çocuklara yeterince zaman ayırıp maddi, manevi gereksinimlerini daha iyi bir biçimde karşılayabilir. Bunun anlamı topluma beden, ruhen ve sosyal yönden sağlıklı çocukların yetiştirilmesidir.

Erken ve geç yapılan doğumlar anne ve çocuk ölümlerini önemli ölçüde artırmakta özellikle 35 yaşından sonra yapılan doğumlarda bebek anomalileri oranı yükselmektedir. Anne yaşı ile birlikte özellikle, kalp defektleri, yarı damak ve dudak ve Down Sendromu olasılığı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde 1986 yılında her 11 bebekten birinin öldüğü tahmin edilmektedir. Ek olarak 4 milyar çocuk ise 1-5 yaşları arasında ölmüştür. Aile planlaması bu açıdan da anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlamaktadır (15).

Aile Planlaması nüfus artışını yavaşlatarak toplumumuzun sağlıklı, mutlu, iyi eğitilmiş kişilerden oluşmasına da katkıda bulunur. Çok yakın aralıklarla doğan çocuklar evde

yiyecek ve diğerk ihtiyaçlar yönünde yetersizliğe düşerler. Örneğın anne tekrar gebe kalırsa çocuk çok çabuk süttten kesilebilir ve buda çocuğın gerekli gıdalardan yoksun kalmasına yol açar. Eğer süttten kesilme ilk 6 ayda olursa, bebek anne süttünden kaynaklanan ve hastalıklara karşı oluşın immüniteden yoksun kalabilir.

İstenmeyen gebelikler çoğru kez, isteyerek düşükle sonlandırılırlar. Düşük yapma kadın sağlığı açısından son derece tehlikelidir. Özellikle bu konuda eğitim almayan kişiler tarafından sağlıksız koşullarda yapılan düşükler kadını ölüme bile götürebilir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde de aile planlamasının önemi büyüktür. Böylece aile planlaması kadınları önemli ölçüde korumaktadır. Yüksek riskli gebelikler belirlenebilir ve özel bakım için sevk edilebilir. Aynı zamanda kadın kontraseptif bir yöntemi etkin şekilde kullanırsa, gelişmekte olan ülkelerdeki tüm anne ölümlerinin yarısını teşkil ettiğı tahmin edilen, tehlikeli ve yasal olmayan düşüklere daha az başvuracaktır (15).

2.4. Aile Planlamasının Gebeliğı Önleme Dışındaki Yararları

Kadın sağlığı, aynı zamanda kontraseptiflerin gebeliğı önleme dışındaki yararlarından da etkilenir. Örneğın kondom kullanılarak cinsel ilişkiyle geçen, AIDS, pelvik inflamatuvar hastalık (PID) ve servikal displazi veya kanser gibi hastalıklardan korunulabilir. Ağızdan alınan kontraseptiflerin, yumurtalık ve endometrium kanserinde, fibroidlerde, iyi huylu göğüs tümörlerinde, pelvik inflamatuvar hastalıklarda ve romatoit artritte koruyucu etkisi olduğu gözlenmiştir. Bu kontraseptifler, kramp ve ağrı gibi adet dönemi sorunlarını, fonksiyonel yumurtalık kistlerini, fonksiyonel olmayan rahim kanamasını, premenstrüel sendromu ve fazla kanamadan kaynaklanan anemiyi azaltmaktadır (8).

Aile planlamasının bir faydası da çocuk sahibi olamayan ailelere yardım etmek, yol göstermektir (15).

2.5. Düşük ve Çeşitleri

Düşük tıpta, fetüsün uterus dışında kendi başına yaşayabilme yeteneğini kazanmadan önce gebeliğın sonlanması olarak adlandırılır. Canlılık ve bağımsız yaşama yeteneğı, gebelik süresi, ceninin ağırlığı ve boyu ile tanımlanır. Genelde fetüsün gebeliğın 28.haftası sıralarında bağımsız yaşayabilme yeteneğini kazandığı kabul edilmektedir. Bu nedenle araştırmacılar düşük tanımı için gebelik sırasında üst sınır olarak 20. haftayı, ağırlıkta da 500 gramı kabul ederler.

Düşük literatürlerde bölgesel adetlere, sosyal ve klinik yönlerden her araştırmacının tercihine göre sınıflandırılmıştır. Sosyal araştırmalar literatüründe aşağıdaki düşük terimlerine rastlanır.

1. İsteyerek yapılan (induced, provoked) düşük: Gebeliğin istemli olarak sonlandırılmasını belirtir.

a) Yasal düşük: Yasaların yapılmasına izin verdiği düşüklere. Ülkemizde ailenin veya bağımsız kadının arzusuyla 10. gebelik haftasına kadar uygulanabilir.

b) Tıbbi düşük: Anne yaşının ileri veya sağlığının fizik, mental olarak bozulduğu veya çocuğun sakat doğma olasılığının bulunduğu durumlarda, yani anne ve nesil sağlığını korumak amacıyla gebeliklerin sonlandırılmasıdır.

c) Yasal olmayan (criminal) düşük: Yasalar izin vermediği halde, hekimler tarafından sağlıklı koşullarda veya hekim olmayan kişiler tarafından sağlıksız koşullarda yaptırılan düşüklere.

2. Kendiliğinden olan (spontan) düşük: İstmeden, istemli bir dış müdahale olmadan kendiliğinden gebeliğin sonlanmasıdır.

3. Toplam düşüklere: Kendiliğinden olan ve isteyerek yapılan düşüklere belirtir. Yasal olan ve yasa dışı yapılan hekim olan veya olmayan kişilerce yaptırılan düşüklere tümünü içerir (24).

İsteyerek, müdahale ile yapılan düşüklere genellikle 20. haftadan önce gerçekleşir. Birinci trimesterdeki düşüklere genellikle dilatasyon, küretaj yöntemi ile genel anestezi, lokal anestezi ya da paraservikal blok yöntemleriyle yapılır (23). Birinci trimester abortusları, genellikle doğum kontrolü nedeniyle yapılmakla birlikte, anne sağlığını tehdit eden kalp hastalığı gibi maternal nedenlerle de yapılabilmektedir. Birinci trimester düşüklere, boş gebelik kesesi, intrauterin fetüs ölümü gibi fetal nedenlerle de yapılabilir (24).

İkinci trimester düşüklere, sıklıkla maternal ve fetal tıbbi endikasyon durumlarında yapılmaktadır. İkinci trimester düşüklere genellikle vaginal prostoglandin fitilleri ile müdahale edilir. Fetüs doğduğunda yaşam belirtileri olabilir. En yaygın fetal endikasyonlar Down Sendromu, Nöral Tüp Defektleri gibi anomaliler ile ölümcül ve ölümcül olmayan diğer fetal durumlardır. Düşük için maternal endikasyonlar, çok net tanımlanmamıştır. Burada genellikle gebeliğin devamında anne sağlığının daha da bozulmasına neden olarak, ölümüne yol açabilecek malign hipertansiyon, ileri derecede kalp ve akciğer patolojileri gibi hastalıklar kastedilmektedir. Çünkü gebeliğin kontraindike olduğu durumlar, doğum anı dikkate alınmazsa bile eylem sırasında ve doğumdan hemen sonraki dönemde daha da kötüleşir (24).

2.6. İsteyerek Çocuk Düşürmenin Tarihçesi

Kadın sağlığına olumsuz etkileri olan çocuk düşürme, din, yasa ve sosyal normlarla çeşitli şekillerde ve derecelerde yasaklanarak kontrol altına alınmak istenmesine rağmen, ilk çağlardan günümüze değin, doğurganlığın kontrolünde başvurulan bir uygulama olmuştur.

Doğum kontrolünde herhangi bir yöntemi gösteren ilk yazılı belge, Norman'ların Medical History of Contraception kitabında, oral yolla alınan düşük yapıcı ilaçlar için bir reçetedir. Bu karışım, İmparator Shen Nung tarafından M.Ö. 2737-2696 yıllarında yazılan eski bir Çin tıp kitabında bulunmuştur (25).

Düşük yapmak eski Yunanistan ve Roma'da oldukça yaygındı. Hipokrat, isteyerek düşük yapmak isteyen kadınlara, topuklarını aksi taraf kalçalarına vurarak havada zıplamalarını önermiştir.

Osmanlı İmparatorluğu'nda ise kuruluşundan itibaren güttüğü yayılcı politikanın sonucu olarak büyük bir orduya gereksinim duyuyordu. Bunun yanı sıra, halk da tüm geleneksel tarım toplumları gibi çok çocuk sahibi olma eğilimindeydi (12).

Türkiye Cumhuriyeti'nde nüfus konusu ilk kez 1920'de Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve günün koşullarının gerektirdiği üzere nüfusu arttırmaya yönelik politika benimsenmiştir. Bu politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ile çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüştür. Bu politika 1980 yılına dek hiçbir hükümet tarafından değiştirilememiştir. İlk kez 1980 yılında nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda aile planlaması terimi kullanılmış ve ana çocuk sağlığı düzeyinin yükseltilmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Aile Planlaması klinikleri açılmıştır. Ancak, yasal olmadığı halde, özel muayenehanelerde veya bazı hastanelerde hekimler tarafından yaptırılan düşüklerin yaygınlaşmış ve hükümetler halkın hizmet gereksinimini karşılamakta yetersiz kalmışlardır (12).

2.7. İsteyerek Çocuk Düşürmenin Dini Yönü

Din adamlarının kürtaj konusunda görüşleri çok farklıdır. Ne İslam, ne Hristiyan ne de Yahudi din adamları kendi aralarında bir fikir birliğine varmış değildir. Bu konuda en tutucu olan kesimlerden biri Katolik Kilisesi'dir.

İslam din adamları ilk kez 1971’de Rabat’ta toplanarak aile planlaması ve çocuk düşürme konularında tartışmışlardır. Bir grup din adamı, Kur’an-ı Kerim’in Mü’minin Suresi’nin 12-14. Ayetine dayanarak, gebeliğin ilk döneminde ceninin kan pıhtısı halinde bulunduğunu, henüz canlanmadığından bu dönemde çocuk düşürmenin günah olmadığını öne sürmüştür; diğer grup ise yaşamın yumurtanın döllenebilmesi ile başladığını ve annenin hayatının tehlikede olması gibi zorunlu sebepler dışında çocuk düşürmenin günah sayılacağını belirtmişlerdir (12,26).

Diyanet İşleri Başkanlığı’nın çocuk düşürmeyle ilgili görüşleri ise şöyledir: “Çocuk, aileye ve topluma Allah’ın emanetidir. Bu itibarla her aile ancak bakabileceği sayıda çocuk edinmelidir. Çeşitli nedenlerle çocuk istenmediği durumlarda, eşlerin ortak istekleriyle gebeliği önleyici tedbirlerin alınması caizdir. Doğum yapma, çocuk sayısının sınırlandırılması gibi konularda da eşlerin ortak isteğine göre meşru ve emin çarelere başvurulması caizdir. Ancak, sağlığa zararlı veya devamlı kısırlığa yol açan ilaç ve aletlerin kullanılması caiz görülmemiştir. Dinen meşru bir mazeret olmadıkça çocuk düşürmek veya aldırma haram ve cinayet hükmündedir. Çocuğu düşürmek veya aldırma, gebeliği önleyici tedbirlerden değildir” (27).

2.8. İsteyerek Çocuk Düşürmenin Yasal Durumu

Çocuk düşürme bugün sadece ülkemizde değil, gelişmekte olan ülkelerde özellikle doğum kontrolünün yasaklandığı Güney Amerika ülkelerinde büyük bir sağlık sorunudur. Yasal engellemelerle istemediği çocuğa gebe kalan kadının çocuk düşürmesine engel olunmayacağını anlayan hükümetler, örneğin Rusya, her isteyen kadına hastanede kürtaj olma hakkını tanımıştır (28).

Ülkemizde dinsel inançlarla kaynaklanan kurallara ve 1926 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Yasasına göre, çocuk düşürmek ve düşürtmek suçtur. Bir kadının isteği olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye 7 yıldan 12 yıla, kadının isteğiyle düşürtene 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası verilir (Madde 468). Bir kadın kendi isteyerek çocuk düşürürse 1 yıldan 4 yıla kadar hapis cezası görür (Madde 469). Bu maddelerde tıbbi zorunluluklarla yapılan kürtaj, bir ayrı tutma olarak kabul edilmiştir. Yalnız yukarıda adı geçen yasanın 49. maddesinin 3. fıkrasına göre, bir kimsenin yaşamını kurtarmak için yapılan girişim, yasalara göre suç olsa da bunu yapana ceza verilemez. Hekimler 1965 yılına kadar bu olanaktan yararlanarak tıbbi nedenle kürtaj yapmaktaydı. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında yer alan antinatalist politika 10 Nisan 1965’de çıkarılan 557 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında

Kanun"la uygulamaya konulmuştur (14,15,28). Bu yasa, tıbbi zorunluluklarda kürtajı kadın için bir hak ve hekim için bir görev yapmıştır. Bu yasaya dayanarak 3 Temmuz 1967 tarihinde 12637 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe konan Tüzük, tıbbi kürtajı gerektiren durumları belirtmiştir. Bu tüzük hekimin kararını sınırlayıcı olmaktan çok, hekimi yersiz iftiralarından kurtararak vicdani kanısına göre hareket etmekte serbest bırakmaktadır (28).

Aile Planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme 27 Mayıs 1983 gün ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un yayımlanması ile yapılmıştır. Bu yeni yasa ile;

- 10 haftaya kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sonlandırılabilir.
- 10 haftanın üstündeki gebelikler tıbbi nedenlerle sonlandırılabilir.
- Hastanelerde doğum uzmanları / jinekologların denetimi altında eğitilmiş genel pratisyenler menstrüel regülasyon hizmeti verebilirler
- Erkek ve kadınlara cerrahi sterilizasyon uygulanabilir.
- Eğitilmiş doktor, hemşire ve ebeler RİA gibi etkili gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilirler (10,12,15-17).

2.9. İsteyerek Çocuk Düşürmeye Neden Olan Faktörler

İsteyerek yapılan düşüklerin büyük çoğunluğu sosyal ve ekonomik nedenlerle yapılmaktadır. İstemli düşük nedenleri arasında, çocuk istenmemesi, ekonomik nedenler, kadının ev dışında bir işte çalışması, fazla sayıda çocuğa sahip olma, çocuğun bakım sorunu, evlilik dışı ilişkiden gebe kalma, kentleşme endüstrileşme sayılabilir.

Antalya'da Şenol ve arkadaşının yaptığı çalışmada, %36,4 oranla anne sağlığı sorunları, %22 oranla ekonomik nedenler, %20,3 oranla fazla çocuğa sahip olma nedeniyle kürtaj yaptırdıkları ortaya çıkmıştır (1).

Kayseri'de 1994 yılında Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, kürtaj nedeni olarak kadınların %57,1'i çocuk sayısının fazla olmasını, %24,8'i geçim sıkıntısını, %8,2'si ise son doğan çocuklarının diğer çocuğun küçük olmasını belirtmişlerdir (29).

Diyarbakır'da Saka ve arkadaşları tarafından yapılan diğer bir çalışmada istemli düşük nedenleri sorgulandığında, artık çocuk istememe (%38,6) ve çocuğunun küçük olmasının (%25), en yaygın nedenler olduğu ortaya çıkmıştır (4).

Manisa'da yapılan 1999 Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre her iki kadından birinin belirttiği istemli düşük nedeni başka çocuk istememedir. Kadınların %13'ü ise bir önceki gebeliklerinin yeni sonlandığını belirtmişlerdir. Sonuç olarak kadınların %65'inin istemli düşük nedeni, ya başka çocuk istememek ya da doğum aralığını uzatmak

olarak anlaşılmaktadır. Kadınların isteyerek düşüğü bir anlamda doğum kontrol yöntemi gibi kullandıkları ortaya çıkmaktadır (30).

Erol ve arkadaşlarının 2002 yılında İzmir’de yaptıkları bir çalışmada kürtajın en sık nedenleri %66,1 ile başka çocuk istememe, %15,3 ile ekonomik sıkıntı bulunmuştur (22).

Kadının istemli kürtaj olmasını etkileyen faktörler şunlardır:

Sosyal Faktörler: Endüstrileşme ve kentleşme, eğitim düzeyi, kadının aile ve toplum içindeki değeri, kadının çalışma durumu, toplumun yaygın olan aile büyüklüğü normu, toplumun cinsiyet, gebelik ve düşüğe ilişkin konularda tutumu, kontraseptif kullanımı gibi faktörlerdir.

Ekonomik Faktörler: Topluma sağlık hizmeti sunmanın maliyeti, kadının kürtaj yapması için ödemesi gereken para bu gruptadır.

Yönetime İlişkin Faktörler: Hükümetlerin nüfus politikaları, kürtajla ilgili yasaların durumu, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlığı ve etkinliğidir.

Tıbbi Faktörler: Sağlık personelinin aile planlaması ve düşüğe karşı tutumu, sağlık servislerinin ve insan gücünün ülke çapındaki yayılışı, insan gücü sayısı, hastane yatağı sayısı, kontraseptif yöntemlerin etkinliği gibi faktörlerdir.

Dini Faktörler: Dinlerin aile planlaması ve kürtaj konusundaki tutumları.

Yaş ilerledikçe, kürtaj nedeni olarak artık çocuk istememeyi öne sürenler çoğunluktadır. Sosyo-ekonomik nedenler, daha genç yaş gruplarınınca daha sık belirtilmektedir. Otuz yaşın altındaki grupta gebeliklerin %12-16’sı bir önceki gebeliğin yakın zamanda bitmiş olması nedeniyle sonlandırılmıştır.

Yurt dışında yapılan bir araştırmada, sosyo-ekonomik koşulları yetersiz olanların daha çok kürtaja başvurdukları saptanmıştır (31).

2.10. İstemli Düşük Sıklığı

Kürtajın Türkiye’deki yaygınlık derecesi hakkındaki ilk bilgileri 1959 araştırması vermiştir. Türkiye’deki doğurganlık çağındaki her yirmi kadından birinin her yıl kürtaja başvurduğu tespit edilmiştir. Orta Anadolu’da bu oran beşte bir dolaylarındadır. Burak’ın yaptığı tahminlere göre, Türkiye’de nüfus planlaması programlarının benimsenmesi ve yürütülmesi için girişilen kampanyalarda bu sayıdan geniş ölçüde yararlanılmıştır. Kürtajın Türkiye’deki yaygınlık derecesi konusunda ikinci bir çalışma 1963 yılında yapılmıştır. Bu araştırma sonuçlarına göre, köylük bölgelerde yaşayan doğurganlık çağındaki kadınların %4’ü ve kent

yada kasabalarda yaşayan doğurganlık çağındaki kadınların %12'si her yıl en az bir kez kürtaja başvurmuştur (32).

Ülkemizde düşük gerçekten önemli bir halk sağlığı sorunudur. Nitekim isteyerek yapılan düşükler, ana sağlığını kötü bir şekilde etkilemektedir. Yapılan ulusal düzeydeki araştırmaların sonuçlarına göre isteyerek yapılan düşüklerin sayısının arttığı saptanmıştır. Sosyal nedenlerle, son yıllarda en az 500.000 civarında kadının kürtaj olduğu tahmin edilmektedir (16).

Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü tarafından 1998 yılında yapılan araştırma sonuçlarına göre her 100 gebelikte istemli düşük hızı %15,3; 100 canlı doğumda istemli düşük oranı ise %20,6 olarak hesaplanmıştır. TNSA-93'te ise 100 gebelikte istemli düşük hızı %17,9, 100 canlı doğumda istemli düşük oranı %25,8 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre iki araştırma arasındaki beş yıllık periyotta, 100 gebelikte istemli düşük hızında %2,6, 100 canlı doğumda istemli düşük hızında ise %5,2 oranında düşüş görülmektedir (6). Bu hızlar oldukça yüksek olup, istemli gebelik sonlandırması 15-49 yaş grubunun sağlığını ciddi bir şekilde etkilemektedir. Aynı araştırmaya göre, istemli düşüklerin çoğu, doğurganlığın en yüksek olduğu yaşlar olan 26-34 yaşlar arasında olmaktadır ve 30-34 yaş grubunda en yüksek düzeye ulaşmaktadır. Öte yandan isteyerek yapılan düşükler, bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. En fazla Batı Anadolu'da, en az Doğu Anadolu'da olmaktadır (16).

Uzmanların tahminlerine göre dünyada her yıl isteyerek çocuk düşüren kadın sayısı 55 milyon dolayındadır. Türkiye, çocuk düşürmenin yaygın olduğu ülkeler arasındadır. Bunu nedeni, istenmeyen gebeliklerin etkin yöntemlerle önlenememesidir (3).

Kontraseptif yöntem kullanılmaması veya yetersiz kullanılması nedeniyle istenmeyen gebelikler artarken, etkin kontrasepsiyon kullanımı ile istenmeyen gebelik sayılarının azaldığı tespit edilmiştir (33). Etkin yöntem kullanımı konusunda yurt dışında yapılan diğer çalışmalar bu sonucu doğrulamaktadır (34)

Tablo 2. Çeşitli Ülkelerde İstemli Gebelik Sonlandırma Sıklıkları

Ülkeler(4)	İstemli Düşük Hızı (1)	İstemli Düşük Hızı (2)	Kaba Doğum Hızı (3)
İngiltere(1979)	12	156	12
Fransa(1979)	14	170	14
İtalya(1979)	16	224	13
Tunus(1978)	17	93	32
İsveç(1979)	21	264	12
Türkiye(1973)	29	138	32
ABD(1978)	30	303	15
Macaristan(1979)	36	344	16
Bulgaristan(1978)	68	484	16
Japonya(1979)	84	547	15
Romanya(1979)	88	498	19

Açıklamalar: (1) Doğurganlık çağındaki 1000 kadının bir yılda yaptığı isteyerek çocuk düşürme ve aldırma, (2) Ölü doğum ve kendiliğinden düşük hariç 1000 gebelikten isteyerek düşükle sonuçlananlar, (3) Bir yılda bin kişiye düşen canlı doğum sayısı,

2.11. İstemli Düşüğe Bağlı Ana Mortalitesi

Anne ölümü, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından gebeliğin başlangıcından, doğumdan sonraki 42.güne kadar geçen süre içinde gebelik süresi ve durumuna bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili veya gebeliğin şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır (35).

Evrensel Sağlık Komitesi tarafından yapılan bir araştırmada, güvenilir olmayan düşük yöntemlerinin anne açısından büyük bir mortalite faktörü olduğu ve ülkelerdeki istenmeyen gebeliklerin durmadan artış gösterdiği sonucuna varılmıştır (36).

WHO kayıtlarına göre, her bir dakikada bir kadın gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlardan dolayı kaybedilmektedir. Bunun sonucunda yılda ortalama 500.000 anne ölümü olduğu sonucuna varılır. Bu ölümlerin tümüne yakın kısmı kadın sağlığının ve bakımının optimal koşullarda olmadığı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Gebeliğe bağlı olarak gelişen doğrudan nedenler, kanama, sepsis, gebeliğe bağlı hipertansiyon, uzamış doğum eylemi, güvensiz düşük yöntemi kullanımı ve ektopik gebelik olarak altı grupta toplanabilir. Gelişmiş ülkelerde maternal mortalite oranı 27/100.000 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran 480/100.000'e ulaşmaktadır. Gebelikte yeterli bakım olanaklarının sağlanması ve bu

olanaklara erişim kolaylığı yanında etkili aile planlaması yöntemleri ile anne ölümleri, her yıl üçte bir oranında düşürülebilir.

Kadın sağlığına değişik boyutta etki eden düşüğe bağlı komplikasyonlar, erken ve geç dönem komplikasyonlar olarak iki grupta incelenmektedir.

Erken dönem komplikasyonları:

- Kanama,
- Enfeksiyon,
- Perforasyon,
- Parça retansiyonu,
- Tromboemboli,
- Servikal kanal yırtıkları,
- Psikolojik sorunlar
- Anestezi komplikasyonları,

Geç dönem komplikasyonları ise:

- Kanama,
- İnfertilite,
- Amenore,
- Psikolojik sorunlar,
- İleriki gebeliklerde olabilecek komplikasyonları (spontan abortus, ektopik gebelik, prematür eylem, anormal prezantasyon) içermektedir.

Düşüğe bağlı komplikasyon ve anne ölüm riskini etkileyen durumlar; kullanılan düşük yöntemi, düşüğü yapan kişinin bilgi ve becerisi, uygulanan gebelik haftası, gebenin yaşı ve kadının sağlık durumu, tıbbi olanakların varlığı ve niteliğidir. (2) Meksika’da yapılan bir araştırmada kürtajın gebeliğin 9. haftasından önce yapılmasının anne sağlığı açısından daha uygun olacağı belirtilmektedir (36).

Son 60 yılda olan anne ölümlerinin, %24’ü gebelikte (düşükler nedeniyle), %48’i doğumda, %20’si lohusalıkta (enfeksiyonlar nedeniyle) olmaktadır (37).

Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından yapılan bir çalışmada ana ölüm nedenlerinin %5,9’una düşüklerin sebep olduğu bulunmuştur (35,38).

Türkiye Sağlık İstatistik Yıllıkları’ndan edinilen bilgilere göre, ülkemizde 1979-81 yılları arasında adli, tıbbi ve istemli olarak çocuk düşürme sayısı 154.861, ve bu düşüklere bağlı ölen anne sayısı ise 327’dir. 1982-86 istatistiğine göre bu sayı 347.044, ölen anne sayısı

406'dır. 1982-86 yılları arasındaki istemli düşük sayısının fazla olması 1983'te çıkarılan kürtaj yasasından kaynaklanmaktadır(9).

2.12. Kürtaj ve Depresyon

Depresyon “ruhsal çöküntü” demektir ve konuyu iki ayrı kavram halinde incelemek mümkündür: Birincisi herkesin zaman zaman yaşadığı gelip geçici bezginlik, isteksizlik, hüznülülük ve kendine güvensizlik hisleridir. Bunlar çoğunlukla kendiliğiyle düzelen ruh halleridir. İkinci durum ise, gerçek bir tıbbi hastalıktır ve belirtileri şunlardır: Hayattan zevk almama veya eskiden haz veren şeylerin artık bir şey ifade etmemesi, kendini çökkün hissetme, konsantrasyon güçlüğü, güçsüzlük, bitkinlik, iştahsızlık (bazen aşırı iştahlılık), zayıflama (bazen şişmanlama), uykusuzluk (bazen aşırı uyuma), sabahları sıkıntılı ve keyifsiz kalkma, kendine güven kaybı, kıymetsizlik ve işe yaramama düşünceleri, kolay ağlama, cinsel arzu azalması, kolay sinirlenme, ölüm düşünceleri, intihar planları veya teşebbüsleri. Ağır vakalarda tabloya melankolik özellikler de ilave olur; Şiddetli bir isteksizlik ve keyifsizlik, sabahları muazzam bir sıkıntı ve bunalma ile uyanma, terleme, el ayak titremesi ve çarpıntı gibi endişe belirtilerinin yoğun olması. Bunlar iki hafta veya daha uzun süredir mevcutsa ve kişinin işine, gücüne, toplumsal ve ailevi hayatına anlamlı derecede olumsuz tesir ediyorsa buna “Majör Depresif Bozukluk” denir ve tedavi gerektiren organik bir hastalıktır (36).

Depresyon insanın bağışıklık sistemini bozar, T lenfositleri denen savaşçı hücreleri zayıflatır, kanda kortizol hormonu düzeyini yükselterek bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açar. Dolayısıyla, her türlü bulaşıcı hastalığa ve hatta kanser gibi habis hastalıklara yakalanma riski de artar. Depresyonun organizmada yaptığı bu zorlanma yani stres sonucunda kan yağları artar, yıpranma ve çökme belirtileri ortaya çıkar. Migrenden ülsere, astımdan hipertansiyona, alerjiden kolite kadar pek çok psikosomatik hastalık ortaya çıkar ya da şiddeti artar. Ayrıca tedavi edilmeyen depresyon vakalarında alkol bağımlılığı, işgücü kaybı, muhtelif toplumsal ve ailevi sorunlar, cinsel problemler ortaya çıkar (39).

Yurt dışında yapılan bir çalışmada kürtajın psikiyatrik hastalık seviyelerini yükselttiği ve intihara yol açtığı bulunmuştur (40).

Bazı araştırmacılar tarafından elli yıl önce yapılan bir kürtaj bile, depresyon sebebi olarak gösterilmektedir. Anne baba ölümü, kürtaj, intihar, evlatlık verilme, cinayet, sevdiğine kavuşamama kişinin ağır travma geçirmesine neden olur (41). İntiharı düşünen kişilerin genellikle hissettikleri beceriksizlik, ümitsizlik ve çaresizliktir (42). Bu gibi travmalarda birey kendini nasıl yönlendireceğini bilemez. Çılgınlıklar yapabilir veya ani bir

kararla ölüme doğru adım atabilir. Depresyon ve kronik alkolizm %70 gibi oranla intiharın en önemli sebeplerindendir (43).

Yanlış bir hareket yaptığını düşünen ve kendini affedemeyen bir insan suçluluk duygusu yaşar. Suçluluk bir kişinin, kendi içsel değer sistemlerine uygun bir şekilde davranmasını sağlamak üzere akıl tarafından kullanılan bir içsel işlemdir (2,44).

İstenmeyen gebelik kadının yaşamındaki en stresli olaylardan biridir. Bir gebeliği sonlandırma kararı kadının suçluluk, pişmanlık ya da kayıp duygularını yaşamasına neden olur. Bu uygulamaya karar verme durumunda olan kadın yoğun çelişkiler içinde ve karar verme gücü içinde olduğundan çocuk aldırma psikolojik yönden travmatik bir olaydır. Bu nedenle sağlığın tanımına göre gebe kalan ve psiko-sosyal nedenlerle bunalım içinde olan ve bu gebeliği istemeyen kadına sağlıklı deme olasılığı yoktur.

Kürtaj kadın için saklı kalmış ve sıklıkla bilinmemiş bir şeyin kaybıdır. Kürtaj kadınlar için kolay bir seçenek değildir. Uzun yıllar etkisini koruyabilen acı ve mutsuzluğa neden olabilir. Kararı birçok mantıklı ve doğru nedenlerle verebilirsiniz ama bunlar kendinizi iyi hissetmenizi sağlamaz. Düşük veya ölü doğum yapmış kadınlar kendi kendilerine şikayet eder, sorular sorar, bunun neden başlarına geldiğine sebep bulmaya çalışırlar. İstemli düşüktükten sonra da benzer bir duygu olabilir ama bu durumdaki kadınlar hamileliğin sona ermesinde karar verenin kendileri olduğu gerçeğiyle yüz yüze kalırlar. Kürtaj yalnız yaşanan bir deneyimdir. Kürtaj olan bir kadın, duygularını şöyle anlatmaktadır:

“Kürtaj olduğumda eşim çok destek oldu, yanımdaydı ama bu olayın hemen bitmesini ve kapanmasını istedi. Küçük bir operasyon geçirdiğimi, komplikasyon gerçekleşmediği için her şeyin yolunda olduğunu düşünüyordum. Bu olay gerçekte bana bir yıl sonra etki etti; eşim benim bu durumumla daha fazla uğraşmak istemediğini söyledi. Ne kadar şanslı diye düşündüm; bir seçeneği var. Bana çeneni kapat diyor ve bende bu komuta uyuyorum. Bu yaşananlarla sanki onun hiçbir ilgisi yoktu. Tüm bunlar onun için rahatsızlık veren olaylardı ama benim için çok değerli bir şeyin kaybıydı. Hem ona hem de bebeğe birlikte sahip olamazdım; yanlış olanı seçtim diye düşündüm” (2).

Yurt dışında yapılan bir araştırmada kadınların kürtaj sonrasında stres belirtilerinin artmasının ve şiddetli ambivalans yaşamalarının nedeni destek yetersizliği olarak bulunmuştur (45,46).

Kanadalı ve Amerikalı kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada istenmeyen gebelikler gebelik terminasyonu ile sonuçlandırıldığında ve kürtajdan sonra depresif

şikayetlerin arttığı tespit edilmiştir (47). Bazı araştırmalarda istemli düşükten önce de depresyon belirtilerinin olduğu belirtilmiştir (48).

Kürtaj kararı veren kadınlar hem verilen kararın yarattığı olumsuz duygular hem de toplumun baskısıyla karşı karşıya kalmakta ve anksiyete, suçluluk, depresif şikayetler ortaya çıkabilmektedir. Bu zamanın çok kısıtlı olduğu bir kriz durumudur. Kürtajın inkar edildiği durumlarda şüpheler ve karışık duyguların dışı vurumu değişkenlik gösterebilir. Bu tutum daha sonraki dönemlerde kişiye yoğun suçluluk duygusu yaşatır (2). Fransa'da yapılan bir araştırmada kürtaj sonunda kadınların çok fazla üzüntü ve pişmanlık yaşadıkları tespit edilmiştir (49).

Danimarka'da kürtaj olan kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre kadınların tümünün gebeliği planlamadığı, yarısının kürtaj sonrasında psikolojik problemlerinin ortaya çıktığı saptanmıştır (50). Başka bir çalışmada da kürtajdan sonra kadınların en çok anksiyete ve depresyon yaşadıkları ve ancak kürtajdan altı ay sonra kadınların %62'sinin bu semptomlardan kurtulduğu saptanmıştır (51).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, istenmeyen gebelikler sonrasında kürtaj yaptırma sıklığını ve nedenlerini belirlemek, kürtaj olan ve olmayan kadınların depresyon puanlarını karşılaştırmak amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Afyon Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırmanın AÇSAP Merkezi'nde yapılmasının nedeni, 15-49 yaş arası doğurganlık çağında bulunan ve istenmeyen gebelikler açısından yüksek riskli kadınlara hizmet verilmesidir.

3.3. Örneklem

AÇSAP Merkezi'ne aile planlaması hizmeti almaya gelen 15-49 yaş arası evli, en az bir kez doğum yapmış ve daha önce tanı konmuş psikolojik bir rahatsızlığı bulunmayan kadınlar örnekleme alınmıştır.

Araştırmaya 234 denek alınmış olup, hiç kürtaj olmayanlar, bir kez kürtaj olanlar, iki kez kürtaj olanlar ile üç ve üzeri kürtaj olanlar olarak 4 gruba ayrılmıştır. Hiç kürtaj olmayan grup 139, bir kez kürtaj olan grup 35, iki kez kürtaj olan grup 30, üç ve üzerinde kürtajı olanlar da 30 kişiden oluşmaktadır. Kürtaj olan kadınlar grubu, kürtajdan sonraki bir yıl içinde bulunan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların tümüne depresyon ölçeği uygulanmış olup, grupların depresyon puanları birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

3.4. Anket Formunun Hazırlanması ve Uygulanması

Anket formu daha önce yapılan araştırmalardan esinlenerek hazırlanmış, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, eş mesleği, gelir, yaşadıkları yer, gebelik öyküsü, kullandıkları aile planlaması yöntemi vb....) sorgulayan 32 adet soru bulunmaktadır (Ek-1). İkinci bölümde ise kadınların depresyon belirtileri ölçen Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır (Ek-2). Ölçekte dört seçenekli 21 soru bulunmaktadır. Her seçenek 0 ile 3 arasında puan alır. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı elde edilir. Alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini gösterir. Ölçeğin kesim noktası 17 puandır. On yedi puanın altında depresyon belirtileri yokken 17 puan ve üstünde bu belirtiler mevcuttur (54).

Araştırma, gerekli kurum izinleri ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alındıktan sonra Kasım 2003 - Şubat 2004 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Anketlerden elde edilen veriler bilgisayarda SPSS 10,0 (Statistical Package for Social Sciences) programında değerlendirilmiştir.

İstatistik analizlerinde, gruplanmış değişkenlerin frekans ve yüzdelik değerleri, sayısal değişkenlerin ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde t testi (iki yüzde arasındaki önemlilik testi), χ^2 testi, ikiden fazla ortalamının karşılaştırılmasında Oneway (Anova) Varyans Analizi,

Kruskal Wallis Testi, varyans dağılımları eşit olan çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi, varyans dağılımları eşit olmayanlarda Tamhane Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi “ $p<0,05$ ” kabul edilmiştir.

Bulgular kısmında, kadınların sosyo-demografik, gebelik, kürtaj özellikleri ile aile planlaması kullanıp kullanmadıklarına ait bilgileri içeren tanımlayıcı tablolar verilmiştir.

İkinci bölümde kadınların kürtaj sayıları (bağımlı değişken) ile bağımsız değişkenler çapraz tablolar halinde sunulmuştur.

Üçüncü bölümde depresyon puan ortalamaları ile değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına giren kadınların yaş, eğitim, çalışma durumları, eşlerinin eğitim ve çalışma durumları, evlilik yaşları, evlilik süreleri, yaşadıkları yer, aylık gelirleri gibi sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları bu bölümde incelenmiştir.

Tablo 3. Kadınların Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	Sayı	Yaş ortalamaları	Yüzde
Hiç kürtaj olmayanlar	139	31,4± 7,4	59,4
1 kez kürtaj olan	35	30,3± 5,8	14,9
2 kez kürtaj olan	30	31,0± 5,1	12,8
3 ve üzeri kürtaj olan	30	38,0± 5,5	12,8
Toplam	234	32,0± 7,0	100,0

Tabloda görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan kadınların %59,4’ü hiç kürtaj olmamıştır ve yaş ortalamaları 31,4±7,4’tür. Kadınların %14,9’u bir kez kürtaj olmuştur ve yaş ortalamaları 30,3±5,8’dir. Kadınların %12,8’i iki kez kürtaj olmuştur ve yaş ortalamaları 31,0±5,1’dir. Üç ve daha fazla kürtaj olanlar ise kadınların %12,8’ini oluşturmaktadır, yaş ortalamaları da 38,0±5,5’tir. Kürtaj olan kadınların genel yaş ortalamaları da 32,9±6,4’tür ve örneklemin %40,6’sını oluşturmaktadır.

Tablo 4. Kadınların Eğitim ve Mesleklerine Göre Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	Sayı	Yüzde
Okur yazar değil	13	5,6
İlkokul mezunu	137	58,5

Orta ve lise mezunu	53	22,6
Yüksekokul mezunu	31	13,2
ÇALIŞMA DURUMU		
Ev hanımı	182	77,8
Memur	41	17,5
İşçi	7	3,0
Serbest meslek	4	1,7
TOPLAM	234	100,0

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan kadınların %5,6'sı okur yazar değilken, %58,5'i ilkokul mezunudur. Yüksekokul mezunlarının oranı ise %13,2'dir. Araştırmaya katılan kadınların %77,8'i ev hanımı olup aktif olarak bir işte çalışmamaktadır. Kadınların %17,5'u da memur olarak görev yapmaktadır.

Tablo 5. Kadınların Eşlerinin Eğitim ve Mesleklerine Göre Dağılımı

EĞİTİM DURUMU	Sayı	Yüzde
Okuryazar değil	2	0,9
İlkokul mezunu	97	41,4
Orta ve lise mezunu	91	38,9
Yüksekokul mezunu	44	18,8
ÇALIŞMA DURUMU		
İşsiz	25	10,7
Memur	55	23,5
İşçi	65	27,8
Serbest meslek	56	23,9
Çiftçi	33	14,1
TOPLAM	234	100,0

Kadınların eşlerinin eğitim ve çalışma durumlarına göre dağılımları Tablo 5'de gösterilmiştir. Eşlerin %41,4'ü ilkokul, %38,9'u orta-lise, %18,8'i yüksekokul mezunudur.

Çalışma durumlarına bakıldığında eşlerin %10,7'sinin işsiz, %23,5'inin memur, %27,8'inin işçi, %23,9'unun serbest meslek, %14,1'inin de işsiz oldukları saptanmıştır.

Tablo 6. Kadınların Yaşadığı Yere ve Aylık Gelire Göre Dağılımları

YAŞADIĞI YER	Sayı	Yüzde
İl dışı (köy, kasaba, ilçe)	105	44,9
İl merkezi	129	55,1
AYLIK GELİR		
Dar gelirli	91	38,9

Orta gelirli	125	53,4
Yüksek gelirli	18	7,7
TOPLAM	234	100,0

Kadınların %44,9'u il dışında, %55,1'i il merkezinde ikamet etmektedir. Ailenin aylık geliri incelediğinde kadınların %38,9'unun dar gelirli, %53,4'ünün orta gelirli, %7,7'sinin yüksek gelirli grupta oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 7. Kadınların Evlilik Yaşına ve Evlilik Süresine Göre Dağılımları

EVLİLİK YAŞI	Sayı	Yüzde
18 yaş ve altı	104	44,4
19 ile 24 yaş arası	115	49,1
25 ile 29 yaş arası	15	6,4
EVLİLİK SÜRESİ		
1 ile 10 yıl arası	108	46,2
11 ile 19 yıl arası	77	32,9
20 yıl ve üzeri	49	20,9
TOPLAM	234	100,0

Kadınların %44,4'ünün evlenme yaşı 18 yaş ve altındadır, %49,1'inin evlenme yaşı 19 ile 24 yaş arasındadır, %6,4'ü de 25 yaşın üstünde evlenmiştir. Kadınların hiçbiri 15 yaşın altında evlenmemiştir ve ortalama evlilik yaşı $19,3 \pm 3,1$ 'dir.

Kadınların evlilik sürelerine bakıldığında %46,2'sinin 1 ile 10 yıl arası, %32,9'unun 11 ile 19 yıl arası, %20,9'unun da 20 yılın üzerinde oldukları bulunmuştur. Kadınlar için ortalama evlilik süresi ise $12,8 \pm 7,8$ 'dir.

Tablo 8. Kadınların İdeal Buldukları Çocuk Sayısı ve Yaşayan Çocuk Sayıları

İDEAL ÇOCUK SAYISI	Sayı	Yüzde
1 çocuk	6	2,6
2 çocuk	170	72,6
3 çocuk ve üzeri	58	24,8
YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI		
1 yaşayan	58	24,8
2 yaşayan	90	38,5

3 yaşıyan	55	23,5
4 ve üstünde yaşıyan	31	13,2
TOPLAM	234	100,0

Kadınların ideal buldukları çocuk sayısı yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Kadınların %72,6'sı çocuk sayısını 2 olarak belirtmiştir. Üç çocuk ve üzeri çocuğu ideal kabul edenlerin oranı %24,8'dir. Kadınların hiçbirisi 5 çocuk ve üstünü ideal kabul etmemiştir. Ortalama ideal çocuk sayısı $2,3 \pm 0,6$ 'dır.

Araştırma grubuna katılan kadınlardan bir çocuğa sahip olanların oranı %24,8, iki çocuğa sahip olanlar %38,5, üç çocuğa sahip olanlar %23,5, dört ve üzerinde çocuğa sahip olanların oranı da %13,2'dir. Kadınların yaşıyan çocuk sayısı ortalama $2,3 \pm 1,1$ 'dir.

Tablo 9. Kadınların Toplam Gebelik Sayılarının Dağılımları

TOPLAM GEBELİK	Sayı	Yüzde
1 gebelik	32	13,7
2 ve 3 gebelik	106	45,3
4 ve üzeri gebelik	96	41,0
TOPLAM	234	100,0

Araştırma kapsamına alınan kadınların %13,7'si toplam bir kez gebe kalmıştır. İki ve üç kez gebe kalanların oranı %45,3'tür. Dört ve üzerinde gebe kalan kadınların oranı ise %41 bulunmuştur.

Tablo10. Kadınların İstemli Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımları

KÜRTAJ SAYISI	Sayı	Yüzde
0	139	59,4
1	35	15,0
2	30	12,8
3 ve üzeri	30	12,8
TOPLAM	234	100,0

Araştırma katılan kadınların %59,4'ü hiç kürtaj olmamışken, %15'i bir kez, %12,8' iki kez, %12,8'i de üç ve daha fazla sayıda kürtaj olmuştur.

Tablo 11. Kadınların Depresyon Puanlarına Göre Dağılımları

DEPRESYON PUANI	Sayı	Yüzde
16 puan ve altı	153	65,4
17 puan ve üstü	81	34,6
TOPLAM	234	100,0

Kadınların %65,4'ünün depresyon puanı 17'nin altında olup depresyon belirtileri tespit edilmemiştir. Depresyon puanından 17 puan ve üstünde alanlar yani depresyon belirtileri bulunan kadınlar, tüm kadınların %34,6'sını oluşturmaktadır. Kadınların depresyon puanı ortalama $14,5 \pm 9,7$ bulunmuştur.

4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların İstemli Kürtaj Sayısını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların kürtaj sayısına etki eden yaş, eğitim, çalışma durumu, evlilik süreleri, evlilik yaşları, eşlerinin eğitimi, çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı, gebelik sayısı, ideal çocuk sayısı gibi bulgular sunulmuştur.

Tablo 12. Kadınların Kürtaj Sayılarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

YAŞ GRUBU	KÜRTAJ SAYISI								
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	Toplam	
						%		%	
15-19	2	50,0	1	25,0	1	25,0	-	4	100,0
20-29	57	67,9	14	16,7	11	13,1	2	84	100,0
30-39	58	53,7	17	15,7	17	15,7	16	108	100,0
40-49	22	57,9	3	7,9	1	2,6	12	38	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	234	100,0

Kadınların kürtaj sayılarının göre yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 12'de gösterilmiştir. 15-19 yaş arasındaki kadınların yarısı kürtaj olmamışken, 40-49 yaş arası kadınların %57,9'unun hiç kürtaj olmadığı ortaya çıkmıştır. Üç ve üzeri kürtajı olan 15-19 yaş arası kadın hiç yokken, 20-29 yaş arasında %2,4, 30-39 yaş arasında %14,8, 40-49 yaş arasında %31,6 kadın bulunmaktadır. Kürtaj olan ve olmayan kadınlar arasında yaş grupları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$)

Tablo 13. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

EĞİTİM DURUMU	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Okur yazar değil	6	46,1	3	23,0	2	15,3	2	15,3	13	100,0
İlkokul mezunu	71	51,8	21	15,3	22	16,0	23	16,7	137	100,0
Orta-lise mezunu	38	71,6	6	11,3	4	7,5	5	9,4	53	100,0
Yüksekokul mezunu	24	77,4	5	16,1	2	6,5	-	-	31	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Yukarıdaki tabloda araştırma kapsamına alınan kadınlarda eğitim durumunun kürtaj sayısına etkisi görülmektedir. Okur yazar olmayanların en az bir kez kürtaj olma oranları % 54 iken yüksekokul mezunlarında bu oran %22,5'tir. Okur yazar olmayanlarda bir kez kürtaj olma oranı %23 iken, yüksekokul mezunlarında bu oran %16,1'dir. Okur yazar olmayanlarda iki kez kürtaj olma oranı %15,3 iken, yüksekokul mezunlarında bu oran %6,5'tir. Okur yazar olmayanlarda üç ve üzerinde kürtaj olan kadınların oranı %15,3 iken üç ve üzerinde kürtajı olan yüksekokul mezunu kadına rastlanmamıştır. Kürtaj olan ve olmayan kadınlar arasında eğitim durumları bakımından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların kürtaj olup olmama durumları, eğitim durumlarına göre incelendiğinde, okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu olan kadınlarda kürtaj olma durumu, orta-lise ve yüksekokul mezunlarından daha yüksek bulundu. ($p<0,01$) Eğitim seviyesi arttıkça kürtaj olma sıklığı da artmaktadır.

Tablo 14. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eş Eğitim Durumuna Göre Dağılımları

EŞ EĞİTİMİ	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Okur yazar değil	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2	100,0
İlkokul mezunu	45	46,4	17	17,5	17	17,5	18	18,6	97	100,0
Orta-lise mezunu	61	67,0	9	9,8	10	11,0	11	12,1	91	100,0
Yüksekokul	32	72,8	8	18,1	3	6,8	1	2,3	44	100,0

mezunu										
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Tablo 14'te kadınların kürtaj sayılarının eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Eşleri ilkokul mezunu olan kadınlardan %46,4'ü hiç kürtaj olmamışken, bir ile iki kez kürtaj olan kadınların oranı %17,5, üç ve üzerinde kürtaj olanların oranı ise %18,6'dır. Eşleri yüksekokul mezunu olan kadınların %72,8'i hiç kürtaj olmamışken, %18,1'i bir kez, %6,8'i iki kez, %2,3'ü üç ve üzerinde kürtaj olmuştur. Kadınların kürtaj olup olmamaları ile eşlerinin eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadınların kürtaj olup olmama durumları, eşlerinin eğitim durumlarına göre incelendiğinde, eşleri okuryazar olmayan veya ilkokul mezunu olan kadınlarda kürtaj olma durumu, orta-lise ve yüksekokul mezunlarından daha yüksek bulunmuştur. ($p < 0,01$)

Tablo 15. Kadınların Kürtaj Sayılarının Mesleklerine Göre Dağılımları

MESLEK	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Ev hanımı	106	58,2	25	13,8	24	13,2	27	14,8	182	100,0
Memur	31	75,7	6	14,6	3	7,3	1	2,4	41	100,0
İşçi	1	14,3	2	28,6	3	42,9	1	14,3	7	100,0
Serbest meslek	1	25,0	2	50,0	-	-	1	25,0	4	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Tablo 15'te kadınların çalışma durumlarıyla kürtaj sayıları arasındaki ilişki görülmektedir. Üç ve daha fazla sayıda kürtaj yaptırma oranı ev hanımlarında %14,8 iken, memurlarda %2,4 bulunmuştur. Ev hanımlarının %41,8'inin, çalışanların %36,5'inin kürtaj olduğu bulunmuştur. Ancak kadınların meslekleri ile kürtaj olup olmamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p > 0,05$)

Tablo 16. Kadınların Kürtaj Sayılarının Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımları

EŞ MESLEK	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
İşsiz	12	48,0	2	8,0	6	24,0	5	20,0	25	100,0
Memur	37	67,3	11	20,0	5	9,0	2	3,6	55	100,0
İşçi	32	49,2	12	18,5	11	16,9	10	15,4	65	100,0
Serbest meslek	38	67,8	7	12,5	6	10,7	5	8,9	56	100,0
Çiftçi	20	60,6	3	9,0	2	6,1	8	24,2	33	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Tablo 16’da eşlerinin çalışma durumlarına göre kadınların kürtaj sayılarının dağılımları gösterilmiştir. Üç ve daha fazla sayıda kürtaj olma oranları yönünden eş meslekleri karşılaştırıldığında, en yüksek oran %20 ile eşi işsiz olanlar, en düşük oran ise %3,6 ile memurlar almıştır. Eşlerin mesleki durumu ile kadınların kürtaj olup olmama durumu incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 17. Kadınların Kürtaj Sayılarının Ailenin Aylık Gelir Durumuna Göre Dağılımları

GELİR DURUMU	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Az gelirli	44	48,4	13	14,3	16	17,6	18	19,8	91	100,0
Orta gelirli	81	64,8	20	16,0	12	9,6	12	9,6	125	100,0
Yüksek gelirli	14	77,8	2	11,1	2	11,1	-	-	18	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

(az gelirli=askeri ücret ve altı, orta gelirli=yoksulluk sınırı ve altı, yüksek gelirli=yoksulluk sınırı üzeri)

Tablo 18’de kadınların kürtaj sayılarının ailenin aylık gelirine göre dağılımları görülmektedir. Az gelirli kadınların yarısı (%51,6), yüksek gelirli olanların %22,3’ü en az bir kez kürtaj olmuştur. Üç ve daha fazla kürtaj olan kadınların % 19,8’i az gelirli iken, yüksek gelirli kadınların içinden üç ve üzerinde kürtaj olan kadına rastlanmamıştır. Yapılan istatistiksel analizde ailenin gelir durumu ile kadınların kürtaj olma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Az gelirli ve orta gelirli olan kadınlarla, orta ve yüksek gelirli olan kadınlar arasında kürtaj olma durumları açısından bir fark bulunamamışken, az gelirli olanlarla, yüksek gelirli olanlar arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. ($p<0,05$)

Tablo 18. Kadınların Kürtaj Sayılarının Evlilik Yaşlarına Göre Dağılımları

EVLİLİK YAŞI	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
18 yaş ve altı	51	49,0	19	18,3	14	13,5	20	19,2	104	100,0
19-24 yaş arası	76	66,1	13	11,3	16	14,0	10	8,7	115	100,0
25-29 yaş arası	12	80,0	3	20,0	-	-	-	-	15	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Kadınların evlilik yaşlarına göre kürtaj sayıları incelendiğinde, evlenme yaşı 18 ve altında olan kadınların yarısının en az bir kez kürtaj olduğu Tablo 19’da görülmektedir. Bu sonuç, erken evlilik yapan her iki kadından birinin kürtaja başvurduğu anlamına gelmektedir. 25 ile 29 yaş arasında evlenen kadınların %80’i hiç kürtaj olmamışken, %20’si sadece bir kez kürtaj olmuştur. Geç evlenen kadınlar içinde iki ve üzerinde kürtaj öyküsü olana rastlanmamıştır. Kadınların evlenme yaşları ile kürtaj olma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evlilik yaşı 18 yaş ve altında olan kadınlarda kürtaj sıklığı daha da artmaktadır. (p<0,05)

Tablo 19. Kadınların Kürtaj Sayılarının Evlilik Sürelerine Göre Dağılımları

EVLİLİK SÜRESİ	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
1-10 yıl arası	78	72,2	15	13,9	13	12,0	2	1,8	108	100,0
11-19 yıl arası	37	48,0	16	20,8	14	18,2	10	13,0	77	100,0
20 yıl ve üstü	24	49,1	4	8,2	3	6,1	18	36,8	49	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Tablo 20’de kürtaj sayısının kadınların evlilik sürelerine göre dağılımları görülmektedir. Evlilik süresi, 1 ile 10 yıl arasında olan kadınların %72,2’si hiç kürtaj olmamıştır. Evlilik süresi 20 yıl ve üzerinde olan kadınların yarısı en az bir kez kürtaj olmuştur. Yapılan istatistiksel analizde kadınların evlilik sürelerinin, kürtaj olma durumlarını etkilediği

bulunmuştur. Evlilik süresi 1-10 yıl arası olanlar ile diğer gruplar arasında kürtaj sıklığı açısından anlamlı bir fark vardır. ($p<0,01$)

Tablo 20. Kadınların Kürtaj Sayılarının İdeal Buldukları Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

İDEAL ÇOCUK SAYISI	KÜRTAJ SAYISI							
	Ø %	1 %	2 %	3 ve üzeri %	Toplam %			
1	4 66,7	- -	1 16,7	1 16,7	6 100,0			
2	100 58,9	31 18,1	25 14,7	14 8,2	170 100,0			
3	29 59,1	4 8,2	4 8,2	12 24,5	49 100,0			
4 ve üstü	6 66,7	- -	- -	3 33,3	9 100,0			
TOPLAM	139 59,4	35 15,0	30 12,8	30 12,8	234 100,0			

Kadınları ideal çocuk sayısı ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım Tablo 21’de gösterilmiştir. Araştırma kapsamına giren kadınlardan hiç kürtaj olmayanların %58,9’u, bir kez kürtaj olanların %18,1’i, iki kez kürtaj olanların %14,7’si, üç ve üzerinde kürtajı olan kadınların ise %8,2’si 2 çocuğu ideal kabul etmiştir. Üç ve üzerinde kürtajı olan kadınların %16,7’si bir çocuğu, %8,2’si iki çocuğu, %24,5’i üç çocuğu, %33,3’ü dört ve daha fazla çocuğu ideal kabul etmişlerdir. Yapılan analizde kadınların ideal kabul ettikleri çocuk sayısı ile kürtaj olma durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 21. Kadınların Kürtaj Sayılarının Toplam Gebelik Sayılarına Göre Dağılımları

GEBELİK SAYILARI	KÜRTAJ SAYISI							
	Ø %	1 %	2 %	3 ve üzeri %	Toplam %			
1	32 100,0	- -	- -	- -	32 100,0			
2 - 3	82 77,4	20 18,9	4 3,7	- -	106 100,0			

4 ve üstü	25	26,0	15	15,6	26	27,1	30	31,3	96	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Tablo 22’de kadınların gebelik sayılarına göre kürtaj sayılarının dağılımı görülmektedir. Gebelik sayıları 4’ün altında olan kadınların tümü 2’nin üzerinde kürtajı yokken, 4 ve üstünde gebeliği olan kadınların %31,3’ü, 3 ve üstünde kürtaj olmuştur. Bir kez gebe kalan kadınlarda kürtaj olma öyküsü yoktur. 2-3 kez ile 4 ve üzerinde gebe kalanlar arasında kürtaj sıklığı açısından anlamlı bir ilişki görülmüştür. ($p<0,01$)

Tablo 22. Kadınların Kürtaj Sayılarının Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımları

ÇOCUK SAYISI	KÜRTAJ SAYISI									
	Ø	%	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
1	42	72,4	8	13,8	6	10,3	2	3,4	58	100,0
2	62	68,9	15	16,7	8	8,8	5	5,6	90	100,0
3	30	54,6	6	11,0	10	18,2	9	16,4	55	100,0
4 ve üstü	5	16,1	6	19,3	6	19,4	14	45,0	31	100,0
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0

Kadınların yaşayan çocuk sayıları ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım Tablo 23’te gösterilmiştir. Bir çocuk sahibi olan kadınların %72,4’ü hiç kürtaj olmamıştır. 4 ve üzerinde çocuğu olan kadınların ise %45’inin üç ve üzerinde kürtaj olma öyküsü vardır. Kadınların yaşayan çocuk sayısı arttıkça kürtaj olma oranının da arttığı yapılan analizde anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 23. Kürtaj Olma Nedenlerinin Kürtaj Sayılarına Göre Dağılımları

KÜRTAJ NEDENLERİ	KÜRTAJ SAYISI							
	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Başka çocuk istememe	13	27,1	15	31,2	20	41,7	48	100,0
Ekonomik nedenler	5	35,7	5	35,7	4	28,6	14	100,0
Tıbbi nedenler	13	46,4	9	32,1	6	21,4	28	100,0
Bebeğinin küçük olması	4	80,0	1	20,0	-	-	5	100,0
TOPLAM	35	36,8	30	31,6	30	31,6	95	100,0

Kadınların kürtaj olmalarına neden olan faktörler ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Kürtaj nedeni olarak, bir kez kürtaj olanlarda başka çocuk istememe %27,1, ekonomik nedenler %35,7, tıbbi nedenler %46,4 oranına sahiptir. İki ve daha fazla kürtaj olan kadınlar arasında başka çocuk istememe en fazla oranı almaktadır. Yapılan istatistiksel analizde kadınların kürtaj olma nedenleri ile kürtaj olma oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 24. Kadınların Kürtaj Öncesi Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri İle Kürtaj Sayılarının Karşılaştırılması

AP YÖNTEMLERİ	KURTAJ SAYISI							
	1	%	2	%	3 ve üzeri	%	Toplam	%
Kürtaj öncesi								
Hap	4	57,1	-	-	3	42,9	7	100,0
RIA	3	33,3	2	22,2	4	44,4	9	100,0
Kondom	3	42,9	3	42,7	1	14,2	6	100,0
Kullanmıyor	11	30,6	19	52,8	6	16,7	36	100,0
Geri çekme	14	38,9	6	16,7	16	44,4	36	100,0
TOPLAM	35	36,8	30	31,6	30	31,6	95	100,0

Kadınların kürtaj öncesinde kullandıkları AP yöntemi ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Kürtaj öncesinde kadınların kullandıkları AP yöntemlerine bakıldığında, kadınların %75'inin herhangi bir yöntem kullanmadan yada etkin olmayan yöntemlerle korunurken gebe kaldıkları tespit edilmiştir. Kadınların sadece %25'i kürtaj öncesinde modern yöntem kullandığını belirtmiştir.

Tablo 25. Kadınların Şimdiki Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri İle Kürtaj Sayılarının Karşılaştırılması

AP YÖNTEMLERİ	KÜRTAJ SAYISI											
	Şimdi		Ø		1		2		3 ve üzeri		Toplam	
		%		%		%		%		%		%
Modern AP Y												
Hap	6	50,0	1	8,3	3	25,0	2	16,7	12	100,0		
RİA	33	55,1	10	16,4	6	9,8	12	19,7	61	100,0		
Kondom	10	62,5	2	12,5	3	18,7	1	6,2	16	100,0		
Tüp ligasyonu	4	22,2	6	35,1	3	16,7	5	27,8	18	100,0		
Etkisi sınırlı APY												
Kullanmıyor	59	67,8	8	9,3	12	13,9	7	8,1	86	100,0		
Geri çekme	27	65,9	8	19,5	3	7,3	3	7,3	41	100,0		
TOPLAM	139	59,4	35	15,0	30	12,8	30	12,8	234	100,0		

Kadınların şimdi kullandıkları AP yöntemi ile kürtaj sayıları arasındaki dağılım yukarıdaki tabloda gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan kürtaj olan kadınların %50'si modern yöntemlerle korunurken, %32,3'i geleneksel yöntemlerle korunduğu ya da hiçbir yöntem kullanmadıkları tespit edilmiştir. Kürtaj olan kadınlarda modern yöntem kullanımının arttığı tespit edilmiştir. ($p<0,01$)

4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Depresyon Puan Ortalamalarını Etkileyen Etmenlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde kadınların depresyon puan ortalamalarını etkileyen bulgular sunulmuştur.

Tablo 26. Kadınların Eğitim Durumlarına Göre Depresyon Ortalamalarının Dağılımları

EĞİTİM DURUMU	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
Okur yazar değil	13	24,2	10,3
İlkokul mezunu	137	15,5	10,1
Orta-lise mezunu	53	13,6	8,5
Yüksekokul mezunu	31	8,3	4,7
TOPLAM	234	14,6	9,7

Kadınların eğitim durumlarına göre depresyon puan ortalamaları Tablo 27'de gösterilmiştir. Okur yazar olmayan grubun puan ortalaması yüksek bulunmuşken ($24,2\pm 10,3$), yüksekokul mezunlarının puan ortalaması düşük olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının

puan ortalaması, yüksekokul mezunlarından yaklaşık iki kat daha fazladır. Yapılan istatistiksel analizde kadınların eğitim durumu ile depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$) Yapılan istatistiksel analizde, okur yazar olmayan kadınların depresyon puanlarıyla, orta-lise mezunları ve yüksekokul mezunlarının depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) Yüksekokul mezunlarının aldıkları depresyon puanları, diğer grupların depresyon puanlarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 27. Ailenin Aylık Gelir Düzeyine Göre Kadınların Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

GELİR DÜZEYİ	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
Az gelirli	91	16,8	10,6
Orta gelirli	125	13,5	9,1
Yüksek gelirli	18	10,1	6,3
TOPLAM	234	14,5	9,7

Tablo 28’de ailenin aylık gelirine göre depresyon puan ortalamaları gösterilmiştir. Az gelirli olan kadınların depresyon puan ortalaması $16,8\pm 10,6$ bulunmuşken, yüksek gelirli olan kadınların ise $10,0\pm 6,3$ bulunmuştur. Yapılan istatistiksel çalışmada gelir düzeyine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$) Yapılan analizde, az gelirli olan kadınlar ile yüksek gelirli olan kadınların depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 28. Kadınların Evlilik Yaş Gruplarına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

EVLİLİK YAŞI	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
18 yaş ve altı	104	16,8	10,4
19 ile 24 yaş arası	115	13,0	9,0
25 ile 29 yaş arası	15	11,8	6,9
TOPLAM	234	14,5	9,7

Kadınların evlilik yaşlarına göre depresyon puan dağılımları Tablo 29’da gösterilmiştir. 18 yaş ve altında evlenen kadınların puan ortalaması $16,8\pm 10,4$ iken 25-29 yaş arasında evlenen kadınların puan ortalaması $11,8\pm 6,9$ bulunmuştur. Yapılan istatistiksel çalışmada evlilik yaşlarına göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur.

($p<0,01$) İstatistiklerde 18 yaş ve altında evlenen kadınlar ile 19-24 yaş grubunda evlenen kadınların depresyon puanları arasındaki fark çok anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 29. Kadınların Evlilik Sürelerine Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

EVLİLİK SÜRESİ	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
1-10 yıl arası	108	12,8	9,2
11-19 yıl arası	77	15,1	9,6
20 yıl ve üstü	49	17,7	10,3
TOPLAM	234	14,6	9,7

Tablo 30'da kadınların evlilik süreleri ile depresyon puan ortalamaları arasındaki dağılım gösterilmiştir. Tablodan, evlilik süresi arttıkça depresyon puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Yapılan istatistiklerde kadınların evlilik sürelerine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) İstatistiksel analizde, 1-10 yıl arası evli olanlar ile 20 yıl ve üstünde evli olan kadınların depresyon puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$)

Tablo 30. Kürtaj Sayısına Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

KÜRTAJ SAYISI	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
0	139	12,7	9,0
1	35	14,4	8,0
2	30	18,1	12,8
3 ve üzeri	30	19,7	8,4
TOPLAM	234	14,6	9,7

Tablo 31'de kürtaj sayısına göre depresyon puan dağılımları gösterilmiştir. Kürtaj sayısı arttıkça depresyon puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Hiç kürtaj olmayan grupta puan ortalaması $12,7\pm 9,0$, bir kez kürtaj olan grupta $14,4\pm 8,0$, iki kez kürtaj olan grupta $18,1\pm 12,8$, üç ve üzerinde kürtaj olan grupta ise $19,7\pm 8,4$ bulunmuştur. Kürtaj sayısına göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur. ($p<0,01$) Yapılan analizde hiç kürtaj olmayan kadınların depresyon puanları ile iki kez kürtaj olanların puanları arasındaki fark anlamlı bulunurken, üç ve üzerinde kürtaj olan kadınların depresyon puanları arasındaki fark çok anlamlı görülmüştür. (sırasıyla $p<0,05$, $p<0,01$)

Tablo 31. Kürtajdan Sonra Geçen Süreye Göre Depresyon Puan Ortalamalarının Dağılımları

KÜRTAJDAN SONRA GEÇEN SÜRE	Sayı	Puan Ortalamaları	Standart Sapma
İlk 2 ay	24	13,4	9,2
3-6 ay arası	33	17,6	11,7
7-12 ay arası	38	16,8	9,5
TOPLAM	95	14,5	9,7

Kürtajdan sonra geçen süre ile depresyon puan dağılımları yukarıdaki tabloda verilmiştir. Kürtajdan sonra geçen sreye göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0,05$) Kürtaj sonrası ilk iki ayda kadınların depresyon puan ortalamaları 13,4 bulunmuşken, 3-12 ay arasında 17,2 bulunmuştur.

5. TARTIşMA

Afyon Bölgesi'nde kadınların istemli kürtaj nedenlerini belirlemek ve kürtajın depresyon nedeni olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmaya 234 kadın alınmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, araştırma kapsamına giren kadınların %59,4' hiç kürtaj olmamıştır, %40,6'sının da en az bir kez istemli kürtajı vardır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 32 bulunmuştur. SSK Ankara Doğumevi'ne kürtaj için başvuran 821 kadının %3,7'si 20 yaş altında, %90,1'i 20-40 yaş arasında, %6,2'si de 40 yaş üstünde olduğu tespit edilmiştir (53). Ayrıca şenol ve

arkadaşının 2000 yılında 150 kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada, 30 yaş altında istemli düşük yapanların oranı %29 iken 30-39 yaş arası kadınlarda %63,6'ya çıktığı belirlenmiştir (1). Kadının yaşının artmasıyla gebeliklerin isteyerek düşükle sonuçlanma olasılığı da önemli ölçüde artmaktadır (7).

Eğitim durumları incelendiğinde görüşülen kadınların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu (%58,5) tespit edilmiştir. SSK Ankara Doğumevi'nde Dilbaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınların %4'ünün okuryazar değil, %3'ünün ilk, %61'inin orta, %22'sinin lise, %10'unun üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Yine 1991 yılında İstanbul'un gecekondü bölgesinde yapılan bir çalışmada kadınların %8,8'i okuryazar değil, %7,1'i okuryazar, %62,7'si ilk, %17,9'u orta, %3,6'sı yüksek öğrenimlidir (55). Öğrenim düzeyi İstanbul'da yapılan araştırma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Ayrıca kadınların eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında %0,9'u okuryazar değil, %41,4'ü ilkokul mezunu, %38,9'u orta ve lise, %18,8'i yüksekokul mezunu bulunmuştur.

Çalışmamızdaki kadınların %77,8'i ev hanımı olup, aktif olarak herhangi bir işte çalışmamaktadır. Samsun il merkezinde yapılan bir çalışmada kadınların meslek dağılımları incelendiğinde %92,2'sinin ev hanımı, %4'ünün işçi, %2,9'unun serbest meslek sahibi, %1,1'inin de memur olduğu saptanmıştır (57). İki çalışmada da çoğunluğun ev hanımlarında olduğu görülmektedir. Kadınların eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında %10,7'si işsiz, %23,5'i memur, %27,8'i işçi, %23,9'u serbest meslek, %14,1'de çiftçi oldukları saptanmıştır.

Kadınların %44,4'ünün evlenme yaşı 18 yaşın altındadır. 19 ile 24 yaş arası evlenenler ise %49,1'ini oluşturur. Kadınların %6,4'ü ise 25 yaşın üstünde evlenmiştir. Onbeş yaşın altında evlendirilme öyküsü olan kadın yoktur. Kadınlar için ortalama evlilik yaşı $19,3 \pm 3,1$ 'dir. Van'da Kamaç ve arkadaşlarının 121 kadına yapmış olduğu bir çalışmada evlenme yaşı $19,2 \pm 2,7$ bulunmuştur (58). Cevrioğlu ve arkadaşlarının 2003 yılında Afyon'da yaptığı bir çalışmada ise kadınların evlenme yaş ortalamaları $20 \pm 4,6$ bulunmuştur (59).

Kadınların evlilik sürelerine bakıldığında %46,2'sinin 1 ile 10 yıl arası, %32,9'unun 11 yılın üzerinde oldukları bulunmuştur. Kadınlar için ortalama evlilik süresi ise $12,8 \pm 7,8$ 'dir. Kürtaj olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada 11 yıl ve üzerinde evli olan kadın oranı %47 bulunmuştur ve bu oran bizim çalışmamızdaki orandan (%53,8) daha azdır (60).

Kadınların %72,6'sı ideal buldukları çocuk sayısını 2 olarak belirtmişlerdir. Üç çocuk ve üzeri çocuğu ideal kabul edenlerin oranı %24,8'dir. Kadınların hiçbiri 5 çocuk ve üstünü ideal kabul etmemişlerdir. Ortalama olarak ideal olarak belirtilen çocuk sayısı $2,3\pm 0,6$ 'dır. Kayseri'de Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ideal çocuk sayısı $2,0\pm 0,3$ bulunmuştur (61).

Kadınların %24,8'i bir çocuğa, %38,5'i iki çocuğa, %23,5'i üç çocuğa, %13,2'si de dört ve üzerinde çocuğa sahiptir. Kadınların ortalama çocuk sayısı $2,3\pm 1,1$ 'dir. Araştırma kapsamına alınan kadınların %13,7'si toplam bir kez gebe kalmıştır. İki ve üç kez gebe kalanların oranı %45,3'tür. Dört ve üzerinde gebe kalanların oranı ise %41 bulunmuştur. Ortalama toplam gebelik sayısı $2,3\pm 0,6$ 'dır. İzmir'de Erol ve arkadaşlarının 155 kadın üzerinde yaptıkları araştırmada toplam gebelik sayısı ortalama $4,4\pm 1,8$, toplam çocuk sayısı ortalama $2,5\pm 1,3$ olarak bulunmuştur (25). Bizim yaptığımız çalışmada ortalama toplam gebelik sayısı daha az bulunmuşken, ortalama toplam çocuk sayısı diğer çalışmayla paralellik göstermektedir.

Kullanılan aile planlaması yöntemlerine bakıldığında kadınların %36,8'i hiçbir yöntem kullanmazken, %5,1'i hapi, %26,1'i RİAyı, %6,8'i kondomu, %17,5'i geri çekmeyi, %7,7'si de tüp ligasyonunu kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %45,7'si etkin bir yöntemle korunduğu saptanmışken, %54,3'ünün de ya herhangi bir yöntem kullanmadığı ya da etkisi sınırlı olan bir yöntem (geri çekme) kullandığı tespit edilmiştir. Ülkemizde etkin aile planlaması yöntemi kullanımı batıda %40,5 iken, doğuda bu oran %26,7'ye düşmektedir (62). Çalışmamızda %45,7 olarak bulunan etkin yöntem kullanma oranı ülke verileriyle benzerlik göstermektedir. TNSA 98 sonuçlarına göre kadınların %37,7'si etkin bir yöntem kullanırken, %25,5'i geleneksel yöntemleri (geri çekme, takvim, vajinal duş vb. etkisi sınırlı yöntemler), %36,1'inin de herhangi bir yöntem kullanmadığı bulunmuştur (12). Bizim araştırmamızda etkin yöntem kullanma oranınının 1998 Türkiye genelinden biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Türkistanlı ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada kadınların %22,7'si RİA, %11,8'i kondom, %27,3'ü geri çekme, %8,2'si hap ile korunurken, %6,4'ü geleneksel yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınların %23,6'sının herhangi bir yöntem kullanmadığı tespit edilmiştir (62).

5.1. Kadınların Kürtaj Sayılarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

Kadınların yaşları ilerledikçe daha fazla sayıda kürtaja başvurdukları gözlenmektedir. Ancak yapılan istatistiklerde kadın yaşı ile kürtaj sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 12). Hiç kürtaj olmayanların yaş ortalaması 31,4 iken, üç ve üzerinde kürtaj olanların yaş ortalaması 38 bulunmuştur. Antalya’da yapılan bir araştırmada 40-49 yaş arası kadınlarda isteyerek düşük yapanların oranı %63,6 olarak bulunmuştur (2). TNSA-98 verilerine göre 15-19 yaş grubunda %6, 20-24 yaş grubunda %7 olan isteyerek düşük hızı 25 yaşın üzerinde hızla artarak, 25-29 yaş grubunda %20, 35-44 yaş grubunda %37-38, 45-49 yaş grubu kadınlarda ise %42,5’e çıkmaktadır (7). Bu verilerin tümü artan kadın yaşı ile istemli kürtaj arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. İlk evliliğini 18 yaşında yapan ve gebelikler arasında kısa aralık bırakan kadınlarımız, 25 yaşında ideal çocuk sayısına ulaşmaları nedeniyle bundan sonraki gebeliklerini sonlandırmak istemektedir. 25 yaş ve üzerindeki kadınlar AP yöntemleri eğitimi ve danışmanlığı yönüyle ayrıca önem verilmesi gereken grubu temsil etmektedirler. Bu durum, bu yaşlardaki kadınların fertilitelerini kontrol etmeye doğru motivasyonlu olduklarını ortaya koymaktadır. Ancak, etkili aile planlaması yöntemi kullanmak yerine kürtaja başvurmaları sağlıkları açısından tehlikelidir (60).

Kürtaj sayısı arttıkça kadınların eğitim seviyesinde giderek düşme görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizde kadınların eğitim düzeyi ile kürtaj sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 13). Dilbaz ve arkadaşlarının 821 olgu üzerinde yaptıkları bir araştırmada eğitim durumu incelendiğinde daha çok düşük eğitim seviyesine sahip hastaların (ortaokul mezunu ve altındakiler) aile planlaması yöntemi olarak kürtajı tercih ettikleri anlaşılmıştır. Kadının eğitim durumu ile istemli düşük sayısı negatif yönde bir ilişki göstermektedir (55,63). Çalışkan ve arkadaşlarının eğitimin istemli düşüklere etkisini araştırdıkları çalışmada eğitim durumu arttıkça istemli düşük sayısının belirgin azalma göstermediği tespit edilmiş, eğitimin tek başına istemli düşük sayısını azaltmada beklenen değişikliği oluşturmadığı saptanmıştır (64).

Kadınlar içinde kürtaj olma oranı eşi ilkokul mezunu olanlarda en yüksek orandadır. Eş eğitim seviyesinin kadınların kürtaj sayısının artmasına etken olduğu istatistiksel analizde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 14).

Genel olarak tüm gruplarda çoğunlukta olmakla beraber, üç ve üzerinde kürtajı olan kadınların %90’ının ev hanımı olduğu gözlenmiştir. Bunu memurlar izlemektedir. Kadınların çalışma durumunun kürtaj sayılarına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Tablo 15). Ancak kentli doğurgan ev hanımları da, dışarıda iş gücüne katılan kadınlar kadar modernleşme süreci içinde, sosyo-ekonomik baskı sonucu arzu

etmediği gebeliklerini kürtajla sonuçlandırabilmektedir (60). Saka ve arkadaşlarının, kadının çalışma durumunun istemli kürtaja etkisini araştırdıkları bir başka araştırmada da çalışan kadınlarda gebeliklerin %15,5'i, çalışmayanlarda %8,9'unun isteyerek düşükle sonuçlandığı, çalışanların gebeliklerinin isteyerek düşükle sonlanma olasılığının 1,87 kez daha fazla olduğu belirlenmiştir (5).

Kadınların eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında hiç kürtaj olmayan grupta en fazla orana sahip olanlar %26,6 ile eşi memur olanlar, üç ve üzeri kürtajı olan grupta da en fazla orana sahip olanlar %33,3 ile eşi işçi olanlar bulunmaktadır. Ancak yapılan analizde bu değişkene bağlı farklılıklar anlamlı bulunmamıştır (Tablo 16). Başka bir araştırmada da en fazla kürtaj, eşi işçi olan kadınlar ile eşinin herhangi bir işi olmayan kadınlarca yapıldığı bulunmuştur. En az kürtaj ise eşi çiftçi olan kadınlarda görülmektedir. Benzer çalışmalarda da kürtaj yapan kadınların eşlerinin mesleği kürtaj olma sıklığını etkilediği bulunmuştur (56). Bizim çalışmamızda da eşi işsiz olanlarda kürtaj sıklığı en fazla, eşi memur ve esnaf olanlarda en azdır.

Kadınlar arasında az gelirlilerin %31,7'sinin, orta gelirlilerin %58,3'ünün, yüksek gelirlilerin ise %10,1'inin hiç kürtaj olmadığı saptanmıştır. Üç ve üzerinde kürtaj olanların %60'ı az gelirli, %40'ı orta gelirlidir. Yüksek gelirli olanlar içinde üç ve üzerinde kürtaj olan kadına rastlanmamıştır. Ailenin gelir durumu ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 17). Az gelirli olan kadınların daha fazla kürtaja başvurdukları gözlenmektedir. Başka bir araştırmada kadınların alt konumda oturmalarının kürtaj sayısını etkilememesine karşın alt konumda oturan kadınlarda 2 veya daha fazla kürtaja başvuranların oranı orta konumda oturanlardan daha yüksek saptanmıştır (60).

Araştırmaya katılan kadınların ortalama evlilik yaşı $19,3\pm 3,1$ bulunmuştur. Hiç kürtaj olmayan grubun ortalama evlilik yaşı $19,9\pm 3,2$, bir kez kürtaj olanların $18,7\pm 3,5$, iki kez kürtaj olanların $18,7\pm 2,7$, üç ve üzerinde kürtaj olanların ise $18,1\pm 2,0$ 'dır. En fazla kürtaja başvuran grup 18 yaş ve altında evlenenler olarak bulunmuştur (%66,7). Kürtaj olmayanlar arasında 19 ile 24 yaş arası evlenenler en fazla orana sahiptir (%54,7). Evlilik yaşı ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 18). Samsun'da yapılan bir araştırmada ilk evlenme yaşı $19,5\pm 0,2$ bulunmuştur (58).

Kürtaj olmamış kadınlar içinde, en fazla oranı (%56,1) 1 ile 10 yıl arasında evli olanlar almıştır. Kürtaj sayısı üç ve üzerinde olan kadınların %60,0'ı evlilik süresi 20 yıl ve üstünde olan kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların evlilik süresi arttıkça kürtaj sayısının da arttığı

görülmektedir. Kürtaj sayısı ile evlilik sürelerine göre ilişki, yapılan istatistiksel analizde çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 19). Konya’da yapılan bir araştırmada da evlilik süresinin kürtaj sıklığını etkilemediği bulunmuştur (56). İzmir’de yapılan başka bir çalışmada da evlilik süresi arttıkça kürtaj sayısının da arttığı gözlenmiştir (60).

Araştırma kapsamına giren kadınların ideal kabul ettikleri çocuk sayısı ortalama $2,3\pm 0,6$ olarak bulunmuştur. Kürtaj sayısına göre 2 çocuğu ideal olarak belirten kadınların oranı giderek azalırken, 3 çocuğu ideal gösterenlerin oranlarının giderek arttığı görülmektedir. İdeal çocuk sayısı ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki yapılan istatistiksel analizde anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayhan ve arkadaşlarının İstanbul’da yaptıkları bir çalışmada ideal çocuk sayısı ortalama 2,2 olarak saptanmıştır (57).

Gebelik sayıları 4’ün altında olan kadınların tümü 2’nin üzerinde kürtajı yokken, 3 ve üstünde kürtaj olan kadınların tümünün gebelik sayısı 4’ün üstündedir. Yapılan istatistiksel analizde gebelik sayısı ile kürtaj sayısı arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 21). Kadının gebeliklerinin sayısındaki her artış isteyerek düşük riskini de 1,1 kat artırmaktadır. Gebelikleri arasında en az bir canlı doğumu olan kadınlardaki isteyerek düşük riski, hiç canlı doğumu olmayan kadınlara göre 2,8 kat daha fazladır (8). Dört ve dörtten fazla çocuğu olan kadınların 3 ve üzeri kürtaj sayıları en yüksek orandadır (%45). Kadınların yaşayan çocuk sayısının kürtaj sayısını arttırmasına etken olduğu istatistiksel analizde çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Yaşayan çocuk sayısı kadınların kürtaj sayılarının artmasına etki eden en önemli faktördür. Dört ve dörtten fazla çocuğu olan kadınların kürtaj sayıları en yüksek orandadır (60).

Kürtaj olma nedenine göre kadınların kürtaj sayıları değişkenlik göstermektedir. Kadınların %50,5’inin kürtaj olma nedeni başka çocuk istememe iken, %26,5’inin tıbbi nedenler, %14,7’sinin ekonomik nedenler, %5,3’ünün de kürtaj olma nedeni bebeğinin küçük olmasıdır. Kadınların kürtaj nedenleri ile kürtaj sayıları arasındaki ilişki istatistiksel analizde anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23). Şenol ve arkadaşının istenmeyen gebeliklerle ilgili yaptıkları bir araştırmada kürtaj olan kadınların en fazla belirttiği neden %36,4 oranında anne sağlığı sorunlarıdır. Kadınların %22’si ekonomik nedenleri, %20,3’ü çocuk sayısının fazla olmasını, %11,8’i bebekte sağlık sorunu olduğunu, %2,5’i gebelikler arasındaki sürenin azlığını kürtaj nedeni olarak belirtmiştir (2). Bizim çalışmamızda en fazla gösterilen neden başka çocuk istememe iken, Şenol ve arkadaşının çalışmasında en çok belirtilen neden anne sağlığı sorunlarıdır.

Kadınların kürtaj öncesi kullandıkları aile planlaması yöntemi ile kürtaj sayılarına bakıldığında bir kez kürtaj olanların %38,9'u ile üç ve üzerinde kürtaj olan kadınların %44,4'ü geri çekme yöntemini kullandıklarını, iki kez kürtaj olanların ise %52,8'i herhangi bir yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Kürtaj olmadan önce etkin yöntem kullananların oranı %24,2 iken, herhangi bir yöntem kullanmayanların veya etkin olmayan yöntem kullananların oranı %75,8'dir. Yani her dört kadından sadece biri kürtaj olmadan önce etkin yöntemle korunmuştur (Tablo 24). Ancak kadınların etkin yöntem kullanılmasına karşın yinede istenmeyen gebelikle karşı karşıya kalması aile planlaması konusunda eğitim ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Kadınların şimdi hangi yöntemi kullandıkları sorgulandığında kürtaj olan gruplarda geri çekme yöntemini kullanma oranının büyük ölçüde azaldığı, RİA kullanımının arttığı, bir kez kürtaj olanların dışında kondom kullananların oranının değişmediği ve tüp ligasyonuna eğilimin başladığı, kadınların artık gebe kalmak istemedikleri tespit edilmiştir. Çalışmamızda kadınlar arasında en yaygın kullanılan modern aile planlaması yöntemi RİA'dır, ikinci sırada kondom, üçüncü sırada ise hap kullanılmaktadır. Kadınlar arasında geri çekmeden başka (takvim, vajinal duş vb.) geleneksel yöntem kullanan tespit edilmemiştir (Tablo 26). TNSA-98 sonuçlarına göre halen evli kadınların beşte ikisi modern bir yöntem kullanmaktadır. En sık kullanılan modern yöntem RİA, ikinci modern yöntem ise kondomdur. Geleneksel yöntemler içinde en yaygın kullanılan yöntem %24 oranla geri çekmedir (12). Çalışma sonuçlarımızla Türkiye genelinde alınan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

5.2. Kadınların Depresyon Puanlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi

Araştırma kapsamına alınan 234 kadına uygulanan Beck Depresyon Envanteriyle depresyon belirtilerinin derecesi objektif olarak değerlendirilmiştir. Bu ölçekle kadınların depresyon puanları tespit edilmiş ve puan ortalamaları ile demografik bilgileri karşılaştırılmıştır. Ölçeğin kesme puanı 17 olup, 16 ve altında depresyon belirtileri negatif, 17 ve üstünde depresyon belirtileri pozitif kabul edilmektedir. Puan arttıkça depresyon belirtileri şiddetlenmektedir (54). Kesme noktası 17 puan olan depresyon ölçeğinden kadınların %65,4'ü 16 ve altında puan almışlardır. Depresyon puanından 17 ve üstünde alanlar yani depresyon belirtileri bulunan kadınlar, tüm kadınların %34,6'sını oluşturmaktadır. Tüm kadınların ortalama depresyon puanı $14,5 \pm 9,7$ bulunmuştur.

Kadınların eğitim durumları ile depresyon puan ortalaması karşılaştırıldığında, okur yazar olmayan grubun depresyon puan ortalaması $24,2 \pm 10,3$, ilkokul mezunlarında $15,5 \pm 10,1$, orta-lise mezunlarında $13,6 \pm 8,5$ yüksekokul mezunlarında $8,3 \pm 4,7$ bulunmuştur. İlkokul

mezunlarının puan ortalaması, yüksekokul mezunlarından yaklaşık iki kat daha saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde kadınların eğitim durumu ile depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 27).

Ailenin aylık gelir ile depresyon puan ortalaması karşılaştırıldığında, az gelirli olan kadınların depresyon puan ortalamaları $16,8\pm 10,6$ bulunmuşken, orta gelirli kadınların $13,5\pm 9,1$, yüksek gelirli olan kadınların ise $10,0\pm 6,3$ bulunmuştur. Az gelirli kadınlarda depresyon belirtileri, yüksek gelirli olan kadınlara göre daha fazladır. Yapılan istatistiksel çalışmada gelir düzeyine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 28).

Kadınların evlilik yaşları ile depresyon puan ortalaması karşılaştırıldığında, 18 yaş ve altında evlenen kadınların puan ortalaması $16,8\pm 10,4$ iken, 19-24 yaş arasında evlenenlerin $13,0\pm 9,0$, 25-29 yaş arasında evlenenlerin de puan ortalaması $11,8\pm 6,9$ 'dur. Yapılan istatistiksel çalışmada evlilik yaşlarına göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 29).

Kadınların evlilik süreleri ile depresyon puan ortalamaları arasındaki dağılım incelendiğinde evlilik süresi arttıkça depresyon puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Evlilik süresi 1-10 yıl arası olanların depresyon puan ortalaması $12,8\pm 9,2$ iken, 11-19 yıl arası evli olanların $15,1\pm 9,6$, 20 yıl ve üstünde evli olanların puan ortalaması da $17,7\pm 10,3$ bulunmuştur. Yapılan istatistiklerde kadınların evlilik sürelerine göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($P<0,05$) (Tablo 30).

Kürtaj sayısına göre depresyon puan ortalaması incelendiğinde kürtaj sayısı arttıkça depresyon puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Hiç kürtaj olmayan grupta puan ortalaması $12,7\pm 9,0$, bir kez kürtaj olan grupta $14,4\pm 8,0$, iki kez kürtaj olan grupta $18,1\pm 12,8$, üç ve üzerinde kürtaj olan grupta ise $19,7\pm 8,4$ bulunmuştur. İki ile üç ve üzerinde kürtajı olan kadınların depresyon puan ortalamaları 17 puan üstünde olduğu görülmektedir. Kürtaj sayısına göre depresyon puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$) (Tablo 31).

Kürtajdan sonra geçen süre ile depresyon puan dağılımları karşılaştırıldığında kürtajdan sonraki ilk 2 ay içinde kadınların depresyon puan ortalaması $13,4\pm 9,2$ bulunmuşken, 3 ile 6 ay arasında $17,6\pm 11,7$ bulunmuştur. Kürtajdan sonraki 7 ile 12 ay arasında ise $16,8\pm 9,5$ olduğu görülmektedir. Kürtajdan sonra geçen süre ile depresyon puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 32).

6. SONUÇLAR

Afyon bölgesindeki kadınlar arasında kürtajın ruh sağlığına olumsuz etkisinin olup olmadığını araştırdığımız bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir:

1. Araştırmaya katılan kadınlar arasında kürtaj sıklığı en çok olan %31,6 ile 40-49 yaş arasındaki kadınlardır. Kadınların yaşlarının artmasıyla daha fazla kürtaja başvurdukları saptanmıştır.
2. Araştırmaya katılan kadınların %13,2'si yüksekokul mezunudur. İlkokul mezunlarının oranı ise %58,5'dir. İlkokul mezunlarında ve okur yazar olmayanlar grubunda depresyon puanları ve kürtaj sayıları diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur.
3. Kadınların eşlerinin eğitim ve meslek durumları kadınların kürtaj sayılarını etkilemektedir. Eş eğitim düzeyi azaldıkça kadının kürtaj olma sıklığı artmaktadır.
4. Kadınların %77,8'i ev hanımıdır. Ev hanımları diğer meslek gruplarından daha fazla kürtaja başvurdukları belirlenmiştir. Kadınların meslekleri, kadınların kürtaj sayılarını etkilemektedir.
5. Araştırmaya katılan kadınların ailelerinin %38,9'u az gelirli, %53,4 orta gelirli, % 7,7'si yüksek gelirlidir. Depresyon puanı az gelirli olan kadınlarda daha düşük bulunmuştur. İki ve daha fazla kürtajı olan kadınların çoğunluğunun az gelirli kadınlardan oluştuğu saptanmıştır. Ailenin aylık geliri azaldıkça, kadınların kürtaj sayısı ve depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır.
6. Kadınların %49'unun evlenme yaşı 19-24 yaş arasındadır ancak depresyon puanı yüksek olan kadınların çoğunluğu 18 yaşından önce evlenmiştir. Erken yaşta evlenen kadınlar daha geç evlenen kadınlara oranla daha çok kürtaja başvurmaktadır. Kadınların evlenme yaşı ile kürtaj sayıları arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Evlenme yaşı ile depresyon puanı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.
7. Kadınların evlenme yaşı azaldıkça, depresyon puanlarının arttığı görülmüştür. Evlilik süresi 20 yıl ve üstünde olan kadınların depresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Kadınların evlilik süreleri arttıkça kürtaj sayıları da artmaktadır.

8. Kadınların %50'si başka çocuk istememe nedeniyle, %26,5'i tıbbi nedenlerle, %14,7'si ekonomik nedenle, %5,3'ü bebeğinin küçük olması nedeniyle kürtaja başvurduklarını belirtmiştir.
9. Kürtaj olan kadınların %60'ı kürtajdan sonra suçluluk, pişmanlık gibi duygular yaşadıklarını, buna karşın %40'ında bu duyguları yaşamadıklarını ifade etmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre kürtaj olma durumlarını kadınların yaşları, meslekleri, eş meslekleri, ideal çocuk sayıları, kürtaj nedenleri etkilemezken; eğitimleri, eş eğitimleri, ailenin aylık gelir durumu, evlenme yaşları, evlilik süreleri, toplam gebelik sayıları, yaşayan çocuk sayıları etkilediği bulunmuştur.

7. ÖNERİLER

Türkiye'de isteyerek düşüğün yasallaşmasından buyana çok sık başvuru alan ve maalesef birçok aile tarafından bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılan istemli kürtajın önüne geçilmesi için;

- Ev ziyaretleri yoluyla ve sağlık ocağına herhangi bir amaçla sağlık merkezlerine gelen kadınları aile planlaması konusunda bilgilendirmenin ve aile planlaması hizmetlerinin etkili sunumunun sağlanmasının, bu konuda hemşire ve diğer sağlık personelinin yeterli eğitimini sağlanması,
- İstemli düşüklerin önlenmesinde 15-49 yaş kadın izlemlerinin düzenli yapılmasının,
- Aile planlaması ve ana çocuk sağlığı konusunda duyarlılığın artırılması için ulusal ve yerel televizyon ve radyolarda programların yapılmasının,
- Aile planlaması konusunda sadece kadınların değil, erkeklerinde sorumluluk taşıması gerektiği yapılacak eğitimlerde anlatılmasının,
- Tekrarlayan kürtajları önlemek amacıyla kürtaj sonrasında hemşirelerin verdikleri danışmanlık hizmetinin güçlenmesinin,
- Okul döneminde ders programlarına konulacak olan aile planlaması eğitiminin kız ve erkek çocuklarının davranış şekillenmesini sağlamasının,
- Bütün bu yapılacak çalışmalar için bütçeden yeterli pay ayrıldığı gibi değişik sektörlerin bu ulusal konuya katkı yapmalarının,
- Aile planlaması hizmetlerinde başarılı olmak için bireylerin ikna edilmek suretiyle katılımlarının sağlanmasının,

- Kadında kürtaj sonrası gelişen depresyon sıklığı ve şiddetini azaltmak amacıyla kürtaj öncesinde ve sonrasında gerekli psikolojik danışmanlığın verilmesinin, gerekli durumlarda psikiyatri uzmanlarından yardım alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

EK I.

ANKET FORMU

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim durumunuzu belirtiniz.
 - 1.Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 - 3.İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 - 6.Üniversite mezunu
3. Eşinizin eğitim durumu nedir?
 - 1.Okur yazar değil
 2. Okur yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Üniversite mezunu
4. Mesleğiniz nedir?
 - 1.Ev hanımı
 - 2.Memur
 3. İşçi
 - 4.Serbest meslek
5. Eşinizin mesleği nedir?
 - 1.işsiz
 - 2.Memur
 3. İşçi
 - 4.Serbest meslek
 - 5.Çiftçi
6. Nerede yaşıyorsunuz?.
 - 1.Köy
 2. kasaba
 3. ilçe
 - 4..şehir merkezi
7. Ailenizin gelir durumunuz nedir?
 - 1.)Az gelirlili (250 milyon ve altı)
 - 2.)Orta gelirlili (250 milyon-1,5 milyar arası)
 - 3.)Yüksek gelirlili(1,5 milyar ve üstü)
8. Bildiğiniz bir hastalığınız var mı?
 - 1.Yok
 - 2.Var
9. Psikolojik bir rahatsızlığınız var mı?
 - 1.Yok
 - 2.Var
10. Sürekli kullandığınız ilaç var mı?
 - 1.Yok
 - 2.Varsa ilaç ismi nedir?.....
11. Kaç yaşında evlendiniz?
12. Kaç yıldır evlisiniz?yıl
13. Sizde çocuk sayısı kaç olmalıdır?.....
14. Şimdiye kadar kaç kez gebe kaldınız?.....
15. Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....
16. Kaç kez kendiliğinden gerçekleşen düşük yaptınız.....
17. Kaç kez isteyerek kürtaj (çocuk aldırma) oldunuz?.....
18. Son istemli kürtajdan bu yana ne kadar süre geçti?.....
19. Son kürtaj olma nedeniniz nedir?
 - 1.Başka çocuk istememe
 - 2.Ekonomik nedenler
 - 3.Tıbbi nedenlerle
 - 4.Son doğumdan kısa süre sonra gebe kalma
 - 5.Bebekte sakatlık olması
 - 6.Evlilik dışı ilişkiden gebe kalma
 - 7.Tecavüz
 - 8.Diğer.....
20. Kürtaj yaptırırken eşinizin bilgisi var mıydı?
 - 1.Evet
 - 2.Hayır

21. Kürtajı nerede yaptınız?

1.Muayenehane 2.Hastane 3. Evde

22. Kürtajdan sonra suçluluk, pişmanlık gibi duygular yaşadınız mı?

a.Hayır

b.Evet

23. Şuanda hamile olsanız kürtaj olur musunuz?

a.Evet

b.Hayır

24. Kürtaj olduysanız kürtaj öncesinde ve şundaki, kürtaj olmadıysanız sadece şimdiki kullandığınız aile planlaması yöntemini yazınız.

Önceki yöntem :.....

Şimdiki yöntem:.....

1.Kullanmıyorum

2.Doğum kontrol hapi

3.Sipral

4.Kondom

5.Geri çekme

6.Tüplerin bağlanması

7.Diğer

EK II.

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

1. (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
2. (a) Gelecekte umutsuz değilim
(b) Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
3. (a) Kendimi başarısız görmüyorum
(b) Çevremdeki bir çok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. (a) Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum.
(b) Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum.
(d) Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
5. (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
6. (a) Cezalandırıldığımı düşünmüyorum.
(b) Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum.
(c) Cezalandırılmayı bekliyorum.
(d) Cezalandırıldığımı hissediyorum.
7. (a) Kendimden hoşnutum.
(b) Kendimden pek hoşnut değilim.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
8. (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
9. (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum, fakat bunu yapmam
(c) Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
(d) Bir fırsatımı bulsam kendimi öldürürdüm.
10. (a) Her zamankinden daha fazla ağladığımı sanmıyorum

- (b) Eskisine göre Şu sıralarda daha fazla ağlıyorum.
(c) Şu sıralarda her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabilirdim, ama Şu sıralarda istesem de ağlayamıyorum
11. (a) Her zamankinden daha sınırlı değilim
(b) Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum.
(c) Çoğu zaman sınırlıyım
(d) Eskiden sinirlendiğim Őeylere bile artık sinirlenemiyorum
12. (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
13. (a) Kararlarımı eskisi kadar kolay ve rahat verebiliyorum.
(b) Şu sıralarda kararlarımı vermeyi erteliyorum
(c) Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
14. (a) Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum.
(b) Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu hissediyorum
(d) Çok çirkin olduğumu hissediyorum
15. (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla zorlamam gerekiyor.
(c) Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
(d) Hiçbir iş yapamıyorum.
16. (a) Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
(b) Şu sıralarda eskisi kadar rahat uyuyamıyorum
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
(d)Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
17. (a) Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
(b) Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
(c) Şu sıralar neredeyse her Şey beni yoruyor.
(d) Öyle yorgunum ki hiçbir Şey yapamıyorum
18. (a) İştahım eskisinden pek farklı değil
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil
(c) Şu sıralar iştahım epey kötü
(d) Artık hiç iştahım yok
19. (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
(b) Son zamanlarda istemediğim halde 3 kilodan fazla kaybettim
(c) Son zamanlarda istemediğim halde 5 kilodan fazla kaybettim

(e) Son zamanlarda istemediğim halde 7 kilodan fazla kaybettim
*daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum Evet () Hayır ()

20. (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki artık başka hiçbirşey düşünemiyorum
21. (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok
(b) Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
(c) Şu sıralar cinsellikle pek ilgili değilim
(d) Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

