

**T.C.**

**ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KOORDİNATÖRÜ**

Klinik Şefi: Doç.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ

Tez DanıŐmanı: Doç.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ

İSTENMEYEN GEBELİKLERİN SONLANDIRILMASI ÖNCESİNDE VERİLEN

EĞİTİMİN ANKSİYETE DÜZEYİNE ETKİSİ

**AİLE HEKİMLİĞİ**

(UZMANLIK TEZİ)

DR. YÜCEL ÇELİK

İSTANBUL–2008

## TEŞEKÜR

Uzmanlık tezimi hazırlamamda ve eğitimimin her aşamasında bana büyük destek olan bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam koordinatörümüz sayın Doç.Dr. Yüksel ALTUNTAŞ 'a başta olmak üzere her türlü destek ve yardımlarını gördüğüm Psikiyatri Klinik Şefi sayın Doç. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na ,Çocuk Hastalıkları Klinik Şefi Doç. Dr. Feyzullah ÇETİNKAYA'ya ,görevinden ayrılan 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi sayın Doç.Dr.Melahat DÖNMEZ KESİM 'e,1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Şefi sayın Op. Dr. Nimet GÖKER'e, emekli olması nedeni ile görevinden ayrılan 4.Çocuk Klinik Şefi sayın Uzm.Dr. Tülay OLGUN'a ,1. Cerrahi Klinik Şef Muavini sayın Prof.Dr. Adil BAYKAN'a ,istatistik aşamasında katkılarından dolayı Uzm. Dr.İrfan TURSUN,Uzm.Dr.Abdullah AKPINAR ve Dr.Zeki BEREKET'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca bu uzun maratonda uyum içinde çalıştığım başta tezimi hazırladığım Aile Planlaması Eğitim Merkezinde görevli Uzman Dr. Gül ATILGAN'a ,Uzman Dr. Reşide ALKIŞ'a, Dr. Filiz TÜYSÜZ'e,Dr. Gün AKI' ya, Hemşire Zühre KESKİN'e, personel Zahide KARATAŞ ve Ekrem BOZKUŞ'a olmak üzere tüm değerli uzman ve asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışma olanağı bulduğum tüm hemşire, sağlık memuru, hizmetli ve hastanemizin diğer bölümlerinde görev yapan personele sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Yücel ÇELİK

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>5</b>
<b>2.GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
2.1 Kürtaj Tarihçe.....	7
2.2. Türkiye’de Yasal Durum.....	8
2.3.Kürtaj Başvurma Nedenleri.....	10
2.4.1 Menstruel Regülasyon .....	13
2.5.Kürtaj Komplikasyonları.....	14
2.6.Komplikasyon Riskini Etkileyen Faktörler.....	15
2.7.Kürtaj Riskleri .....	16
2.7.1. Anestezi ve Kullanılan İlaçlara Bağlı Riskler.....	16
2.7.2 .Uterusun Delinmesi.....	16
2.7.3 .Serviks Travmaları.....	17
2.7.4 .Gebelik Dokusu Artığı.....	17
2.7.5 .Enfeksiyon.....	17
2.7.6 .Adet Gecikmesi.....	18
2.7.7.Gebeliğin Devamı.....	18
2.7.8 Hematometra (Uterus içinde Kan Birikmesi).....	18
2.7.9 İşlemin Yapılamaması.....	18
2.7.10 Yapışıklık.....	18
2.7.11 Kanama.....	18
2.7 Anksiyete.....	19
2.7.1 Korku.....	21

2.7.2 Stres.....	21
<b>3.MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>23</b>
3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	23
2.ARAŞTIRMANIN YERİ.....	23
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	23
3.4.VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULAMA.....	23
3.5.VERİLERİN ANALİZİ.....	24
<b>4.BULGULAR.....</b>	<b>24</b>
4.1.ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	24
4.2. ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	30
4.5. ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİLİK ANKSİYETELERİ İLE DİĞER ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.....	31
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>36</b>
<b>6.SONUÇ.....</b>	<b>41</b>
<b>7.ÖZET.....</b>	<b>42</b>
<b>8. KAYNAKLAR.....</b>	<b>44</b>

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Toplumun vazgeçilemez üyesi olan kadınlar, doğurganlıklarıyla insan soyunun sürekliliğini sağlarken, üretkenlikleriyle de yaşam sürecine katkıda bulunurlar. Toplumun sürekliliği için, kadınların sağlıklarının korunmasının, sosyal ve kültürel yapılarının güçlendirilmesinin yaşamsal önemi büyüktür (5,6).

Dünyada "Kadın On Yılı" olarak kabul edilen 1975-1985 yıllarında kadınların eğitimi, çalışma ve gelir durumu, sağlığı, karar mekanizmasına katılımı, hakları, aile, toplum ve ülkesindeki konumu, çeşitli konferans ve örgütlenme faaliyetleriyle irdelenmiştir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 18 Aralık 1979 tarihli oturumunda ise; "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi" kabul edilmiş, Türkiye Cumhuriyeti bu sözleşmeyi 20.12.1985 tarihinde imzalamıştır. Kadınların sosyal, kültürel ve diğer haklarının savunulması devam ederken, yaşamlarının uzun bir dönemini kapsayan üreme yılları içinde, sağlıklarının korunulmasına da değinilmiştir. Üreme sağlığı ilk kez 1990'lı yılların başında, Dünya Sağlık Asamblesinde gündeme getirilmiş, temel çerçeveye ise, 5-13 Eylül 1994 tarihinde Kahire'de yapılan Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansında oturtulmuştur. Pekin'de 4-15 Eylül tarihlerinde gerçekleştirilen 4. Dünya Kadın Konferansı da kadın yaşamının tüm evrelerinde ve alanlarındaki engellerin gözden geçirilmesi ve yeni eylem planlarının hazırlanması açısından önem taşımaktadır (6,19,14,15).

Üreme sağlığı, bireyin güvenli bir cinsel yaşama, üreme sistemi ve onun fonksiyonlarıyla ilgili konularda sağlıklı ve iyi olma durumuna, üreme yeteneğini kullanıp kullanmayacağı konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olması olarak tanımlanmaktadır. Gebelik ve doğuma ilişkin anne ve çocuk sağlığı sorunları, isteyerek gebelik sonlandırma, kontraseptif yöntem kullanımı, infertil çiftlere danışmanlık, üreme yolları kanserleri ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi konular üreme sağlığı hizmetleri içinde yer almaktadır (6,8,19).

Dünyada yılda yarım milyona ulaşan anne ölümünün önemli bir kısmından gebelik sonlandırma işleminin sorumlu olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yasal düşüklerde ölüm oranı yüz binde 0.6 olmasına rağmen, Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde ise, anne ölümlerinin yaklaşık %20-25'i gebelik sonlandırmasına bağlıdır. Sağlıklı koşullarda, kullanılan uygun teknolojiyle gebeliklerin sonlandırılması ve kontraseptif yöntemlerin doğru kullanılması sonucu istenmeyen gebeliklerin önlenmesiyle, anne ölümleri azaltılabilmektedir (1,3).

Ülkemizde 1950 yılından sonra doğurganlığın ve çocuk düşürmenin aşırı artması ve anne ölümlerine neden olması şeklinde ortaya çıkan sorunların çözümlenmesinde, doğurganlığın

düzenlenmesinin gerekliliği 1960 yılından sonra nüfus politikasında kendini göstermiş ve aile planlaması hizmetlerine 1965 yılındaki yasayla yenilikler getirilmiştir. Nüfus planlaması yasasına 1983 yılında getirilen düzenlemelerle aile planlaması hizmetleri daha kapsamlı düşünölmüş ve gerçekçi esaslara bağlanarak tüm engellerin ortadan kaldırılmasına çalışılmıştır (9,17,18,20).

Ölkemizde ve dünyada istenmeyen gebeliklerin başlıca nedenleri arasında; çiftlerin gebelikten korunmak için kontraseptif yöntem kullanmamaları ya da doğru kullanamamaları, aile planlaması hizmetlerinin yaygın olmayışı ya da varolan kontraseptiflerin yetersizliği sayılabilir. Dolaylı olarak etki yapan başka psikolojik ve sosyal faktörler de nedenler arasındadır. Genelde, istemeden ve planlamadan gebe kalan bir kadın doğurmamak için kesin, kararlıysa, bu gebeliğini sonlandırmak için her çareye başvurabilir. Yasal, dinsel, geleneksel ya da ekonomik zorunluluklara karşı pek çok ölkede kadınların gizli ve el altından, sağlıksız koşullarda gebeliğini sonlandırmaya yöneldikleri bilinmektedir. Sağlıksız koşullarda sonlandırılan gebelikler ise kadın sağlığında ve dolayısıyla toplumda önemli bir sağlık sorunu olma özelliğini korumaktadır (3,7,10,13).

Doğurgan çağdaki kadının planlamadığı ve istemediği bir gebelikle karşılaşması sıkıntı, korku, endişe ve karmaşık duygular yaratmaktadır. Aynı zamanda, kararsızlık, suçluluk ve pişmanlık duygularını da yaşayan kadın, huzursuz ve gergin olmaktadır. Gebeliğini sonlandırmak için başvuran kadının fiziksel, ruhsal ve emosyonel sağlığı etkilenmektedir (4,12,13).

İşlem öncesi, uygulanacak işlemler ve istenmeyen gebeliklerin oluşmasının tekrarlanmaması için gebelikten korunma konusunda gerekli olacak bilgilerin verilmesiyle, uygulanacak eğitimin anksiyete düzeyini azaltacağı hipotezini test etmek amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Hipotez doğrulanır, eğitimin etkinliği belirlenirse, hizmet öncesi benzer uygulamaların kadın sağlığına önemli katkılar yapacağı düşünölmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Kürtaj Tarihçe

Tarihin eski dönemlerinden beri, istenmeyen gebelikler isteyerek yapılan düşüklerle sonlandırılmışlardır (24,47). Doğum kontrolünde uygulanan metotları gösteren Medical History of Contraception'da düşük yaptıracak ilaçları gösteren bir reçete bulunmaktadır. Bu reçete M.Ö.2737-2696 yılları arasında yazılan bir Çin Kitabında bulunmuştur. Aynı yıllarda yazılan bir Çin kitabesinde düşük yaptırmak için civanın kullanıldığı kayıtlıdır (29,47).

Hamburabi kanunnamesinde çocuk düşürmeyi yasaklamış ve yapanların cezalandırılacağını belirtilmiştir (29). Tarihte ilk defa Aristo bakabileceğinden fazla çocuk sahibi olmamanın ailenin hakkı olduğunu savunarak, istedikleri taktirde provake abortus yapabileceklerini savunmuş, Eski Yunanistan'da Aristo, gibi Plato'da doğum kontrolünün gerekli olduğunu ve ideal nüfusunu korumak için yeterli çocukları olan ailelerin provake abortusların yapabileceğini savunmuştur (24,29). Buna karşın Eski Yunan'da Lykurk ve Solon zamanında provake abortus yapanların cezalandırıldığı bilinmektedir. Hipokrat, isteyerek düşük yapmak isteyenlere tavsiyelerde bulunmuş, fakat bunun için alet kullanmasını kesinlikle yasaklamıştır. Roma'da düşük; ahlaka aykırı bir suç olarak kabul edilmiş, Justinyen zamanında, Hristiyanlığın etkisi altında isteyerek düşük yapmak cinai bir suç olarak kabul edilmiş ve bu görüş Ortaçağ boyunca etkili olmuştur (29,47).

17. yüzyıldan itibaren nüfus artışı hızlanmış buna bağlı olarak sosyal ve ekonomik değişme ile sorun yeni boyutlar kazanmıştır (24) Fransız ihtilali sonrasında Avrupa'da teröpatik abortuslar hakkındaki düşünceler açıkça tartışılmış ve anne hayatı tehlikede ise gebeliği sonlandırabileceği düşüncesi yaygınlaşmıştır (29). 18. yy başlarında İngiltere ve Amerika'da kadınlar istemedikleri gebeliklerini herhangi bir dönemde isteyerek düşükle sonlandırmada özgür bırakılmıştır (24).

19. yy'dan beri çeşitli tekniklerle uygulanan diagnostik kürtaj işlemlerinde kavitenin aspirasyonuna başvurulmakta ise de modern menstruel regülasyon tekniğinin geliştirilmesi 1960'ların sonunda Dr. Harvey Karman tarafından bükülebilir polietilen kanüllerin modifiye edilmesi ve aspirasyon için uygun enjektörlerin imal edilerek kanüllere applike edilmesi ile mümkün olmuş ve bu gün pek çok ülkede resmen kabul edilmiş bir gebelik sonlandırma tekniğidir. Daha sonra geliştirilen sabit basınçlı enjektörler ve daha geniş çaplı kanüllerle yöntemin birinci trimester içinde gebeliği rahatlıkla sonlandırabilecek düzeye gelmesi sağlanmıştır (24).

## 2.2. Türkiye’de Yasal Durum

Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı sırasında ağır kayıplar verilmesi, ülkenin savunma gereksinimleri, tarımsal ekonominin gerekli insan gücü yetersizliği ve yüksek bebek-çocuk ölümlüğü gibi sebeplerle cumhuriyetin ilk yıllarında doğurganlığı ve nüfusu artırmaya yönelik bir politikanın gerekli olduğu düşüncesi hakim olmuştur. Türkiye’de nüfus konusu ilk kez 1920’de Atatürk tarafından bir politika olarak ele alınmış ve günün koşullarının gerektirdiği üzere pronatalist politika benimsenmiştir (28,29,30,35,44,48,50,47). Doğurganlık ve nüfus artışını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemeye yönelik bir dizi kanun çıkarılmıştır (28,35).

Pronatalist politika, isteyerek çocuk düşürmenin, gebeliği önleyici ilaç ve araçların satılmasının, kullanılmasının ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılmasının yasaklanması, altıdan fazla çocuğu bulunan annelere ikramiye ve madalya verilmesi ve çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf tutulması gibi önlemleri kapsayan yasalarla yürütülmüş, 1926 yılında kadınların düşük yapması kesin olarak yasaklanmış, 1936 yılında bu suç için öngörülen ceza daha da artırılmış ve 1935’de bir nüfus politikası olarak dışarıdaki Türklerin ülkeye göçleri de benimsenmiştir (24,28,30,35,36,44,47,61)

Pronatalist politikanın sonucu; hızlı nüfus artışı, aşırı doğurganlık, uyarılmış düşük ve ana ölümlerinde artışla belirti vermiştir (28,30,48) 1958 yılında çocuk düşürme ve düşürtme konusunu incelemek, tıbbi endikasyonlarını tespit etmek ve kriminal çocuk düşürmeleri önleyecek tedbirleri saptamak amacı ile Dr. Zekai Tahir Burak başkanlığında bir komisyon kurulmuş, bu komisyon isteğe bağlı düşüğün yasallaşmasına gerek olmadığını ancak tıbbi düşüklere ve gebeliği önleyici yöntemlere izin verilmesini bir yazı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına bildirmiştir (36,47,48,49). Dr. Zekai Tahir Burak daha sonraki yazısında isteğe bağlı düşüğe izin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (53).

Türkiye ise nüfus ve aile planlaması yönünden daha farklı bir gelişim tablosu göstermektedir (29). Ülkenin nüfus artış hızı, Osmanlı İmparatorluğu zamanından başlayarak 1927-45 arasında da sürdürülen çabaların sonunda, 1945’te binde 18’ye ulaşmıştır, Nüfus artışı sorun olmaya 1950’de başlamış, binde 22’ye çıkmıştır. Sorunun öneminin 1955’te açıkça ortaya çıkmasına karşın hiç bir önlem alınmadan 1960’a gelinmiştir (44). Önlem alma çabaları 1960’ta başlamış, 1962’de Türkiye Büyük Millet Meclisi(TBMM) Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planı’nda ilk kez ifade edilmiş ve TBMM antinatalist politikayı kabul etmiştir (24,28,44,48,53). Konu Türkiye Büyük Millet Meclisi’nde büyük tartışmalara yol açmış; uygulamaya geçilmesi 10 Nisan 1965’te 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunun yayımı ile mümkün olmuştur (24,25,28,29,43,44).Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 01.04.1965 yılında antinatalist politika kabul edilmiş ve aile planlaması politikasını

yürütme sorumluluğu Sağlık Bakanlığına verilmiştir (25,35,50,55).Bu yasal düzenlemenin sınırlı olması nedeniyle yasal olmayan yollarla yapılan düşükler ve buna bağlı olarak gelişen anne ölümleri engellenmiştir (36).

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

- ◆ Halkın bilgilendirilmesi ve eğitimi
- ◆ Halka bu konuda klinik hizmet verilmesi
- ◆ Cerrahi sterilizasyon ve gebelik sonlandırılmasının tıbbi endikasyonla yapılabileceği kabul edilmiştir (24,25,28,29,30,35,36,43,44,47,48,55)

Antinatalist politika, 1980'e kadar hiç bir hükümet tarafından değiştirilmemekle beraber, çeşitli şekillerde ele alınmıştır. Birinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında nüfus sorunu ekonomik bir sorun olarak kabul edilmiş, İkinci Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planında aile planlaması terimi kullanılmış, ana ve çocuk sağlığı düzeyinin yükselmesinin ekonomik kalkınmaya yardımcı olacağı belirtilmiştir. Üçüncü ve Dördüncü Beş Yıllık Sosyal ve Ekonomik Kalkınma Planlarında aile planlaması sadece sağlık için gerekli görülmüş, uygulamada, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından Aile Planlaması Klinikleri açılmış, eğitim çalışmaları yapılmıştır (24,35,44,48).

Türkiye'de de, yüksek öğrenim görmüş kesimde dahil olmak üzere, toplumun çeşitli katmanlarındaki bilgi eksikliği veya yanlış bilgilendirilme ve siyasi polemikler halen Devlet tarafından benimsenmiş bulunan antinatalist politikanın yanlış anlaşılmasına ve çeşitli haksız eleştirilere maruz kalınmasına neden olmuştur (44).

Yasal olmadığı halde, özel muayenehanelerde veya bazı hastanelerde hekimler tarafından yaptırılan düşüklerin yaygınlığına ve pek çok hastanede mükerrer sezaryen sonrasında uygulanan cerrahi kısırlaştırma ameliyatlarına karşın, yasada 18 yıl boyunca hiçbir değişiklik yapılmamış, hükümetler istenmeyen doğumları azaltmak ve halkın hizmet gereksinimlerini karşılamak konusunda yetersiz kalmışlardır (44).1965 yılından itibaren uygulamaya konulan Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunla istenmeyen gebelikler tam olarak önlenememiş, ilkel yöntemlerle ve sağlıksız koşullarda çocuk düşürme olayları devam etmiştir (24,28,35)

Aile planlaması ile ilgili ikinci yasal düzenleme günün ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde 27 Mayıs 1983 gün ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile yapılmış, dünyadaki liberal mevzuat arasında yer alan yeni yasada, iki yenilik daha yer almış devletin sorumlulukları genişletilmiştir (28,29,35,44,50).Bu yasa ile:

- ◆ Gebeliğin ilk 10 haftasında isteğe bağlı düşükler yasallaştırılmıştır.

- ◆ Gebelik sonlandırma işlemi (Menstruel regülasyon-MR), kadın-doğum uzmanı gözetimi altında eğitilmiş pratisyen hekimler tarafından yapılabilmektedir.
- ◆ Pratisyen hekimler vazektomi uygulayabilmektedir .
- ◆ Her iki cinsiyet için cerrahi korunma yöntemlerinin isteğe bağlı yapılabilmektedir.
- ◆ Eğitilmiş ebe/hemşirelere, RİA uygulama gibi etkili gebeliği önleyici yöntem verme yetkisi verilmiştir.
- ◆ Yeni yasayla, aile planlaması etkinlikleri için sektörler arası işbirliği ve uyum vurgulanmıştır (38,43,44,47,50,54,62).

Düşüğün yasal hale getirilmesi ile, istenmeyen gebelikleri güvenli bir biçimde sonlandıracak ortamı sağlayıp, sağlıksız koşullarda yapılan düşükler önlenerek anne morbidite ve mortalitesine olumsuz etkileri yok etmek amaçlanmıştır (33,34).

Tıbbi tahliye, medikal abortus, terapötik abortus tanımları aynı anlamda kullanılan kavramlar olup, ülkemizde 1983 yılında çıkarılan "2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPK)" ve 18 Aralık 1983 tarihli "510 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük " ile düzenlenmiş olup 10 haftaya kadar olan denetiminde eşlerin rızasıyla uzman veya denetiminde eğitilmiş hekimler tarafından yapılabilmektedir.(33,62). Gebelik haftası 10 haftayı geçen gebeliklerde anne hayatı tehdit eden hastalıklardan birinin bulunması ve doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacak durumda doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerçekçi raporuyla tıbbi abortus yapılır (24,40,62). Gebelikten ötürü kadın için hayati tehlikenin varlığı, gebelikten ötürü kadının hayati organlarından biri için tehlikenin varlığı, doğacak çocuğun ağır maluliyete uğraması tehlikesinin varlığı olarak NPK' da olağan endikasyonlar olarak sıralanmakta, derhal müdahale edilmediği takdirde, gebe kadının hayatı ve hayati organlarından birisini tehdit eden durumlar acil hal olarak tanımlanıp, olağan üstü endikasyonlar denilmektedir (24,62).

### **2.3 Kürtaj Başvurma Nedenleri**

İsteyerek düşükler, yasadışı veya sakıncalı olmalarına rağmen yıllardan beri bir doğum kontrol yöntemi olarak kullanıldığı için, özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığında önemli bir soran oluşturmakta; üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (27,62). Aile planlaması hizmetlerine ulaşımın veya psikososyal faktörlerle yöntem kullanımının yetersiz kalması, yöntemlere ulaşamama, yöntemlerin etkili olmaması, yöntem kullanımındaki hatalara bağlı yöntem başarısızlığı veya etkili yöntem kullanılmaması, kadını isteyerek düşüğe yönelten istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır (25,27,30,54). İstemsiz veya planlanmamış gebelikleri sonlandırmak amacıyla başvuru istemli düşükler aile

planlaması, danışmanlık ve hizmet sunumunun yaygınlaştırılmasıyla azaltılabilir (33).

Yalnızca istenmeyen gebelikleri değil, anne ve çocuk ölümlerinin yaklaşık üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetlerine bugün dünyada 300 milyon çift ulaşamamaktadır (19). Aile planlaması etkili olabilmesi için sağlık programları, kontraseptif seçimi, gebeliğin sonlandırılması, kadının sağlık ünitelerinden yararlanması ve sağlık eğitimi programları gereklidir (59). İstenmeyen gebeliğin meydana gelmesinde, eşler arasında doğurganlığın düzenlenmesi ve gebelikten korunma uygulamalarına ilişkin diyalogun yeterli olmaması, kadının çoğu zaman karar verici konumda olmaması, kadının toplumsal statüsünün düşüklüğü de önemli etmenlerdir (30).

Gebeliklerini düşükle sonlandırma yolunu seçen kadınların özelliklerinin bilinmesi, bu istemsiz gebelikleri önlemek için sunulacak hizmetlerin planlanması açısından önemlidir (30). Kadınların yarısının 45 yaş dönemine gelene kadar kürtaj olabilme şansı yüksektir (28). Türkiye'de düşük yapan kadınların %17'sinin sağlık nedenleri ile düşüğe başvurduğu, %93'ünün gebelikler arası süre azlığı ve fazla sayıda çocuğa sahip olma gibi sosyal ve ekonomik nedenlerle düşük yaptıkları saptanmıştır (32).

Günümüzde kullanılan hiçbir yöntemin başarı oranı %100 değildir (53). Teorik etkililiği %100 olanların bile kullanım etkililikleri daha düşük olabilir ve sonuçta kontraseptif yöntemle rağmen istenmeyen gebelik olacaktır (25,30). Her yıl 8-10 milyon gebeliğin kontraseptif yöntemlerin başarısızlığı nedeni ile oluştuğu tahmin edilmektedir (25). İsteyerek düşüklerin, kontraseptif yöntemlerle önlenmemesinin en önemli nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

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

2- Kontraseptif yöntemlerin başarısızlığı; kullanıcıya ait nedenlerle başarısızlık (unutma, ihmal, yanlış kullanma, vs.) ve yöntemlere ait nedenlerle başarısızlık oluşmasıdır (25,30,33).

Toplumun küçük aileyi norm olarak kabul etmesindeki artış, hızlı kentleşme, eğitim düzeyindeki artış, tüm bunlara karşılık etkili kontraseptif yöntemlerin yeterli ölçüde halka ulaştırılmaması, halkın kontraseptif yöntemlerle ilgili yanlış bilgileri, eğitim eksikliği de isteyerek düşüğün ülkemizde halen yaygın olmasının nedenleridir (24,25).

Ülkemizde gebeliklerin çoğunluğu evlilik içinde meydana gelmekte ve istenilen çocuk sayısına ulaşıldıktan sonra kürtaja başvurulmaktadır, TNSA(Türkiye Nüfus Sayımı Araştırması)1998'e göre, düşükten bir ay sonra kadınların %32,5'inin bir yöntem kullanmadığı

görülmüştür (28). Ayrıca kürtaj olan kadınların kürtaja neden olan gebeliklerin %60'ının bir yöntem başarısızlığından sonra oluştuğu; yöntem başarısızlığında en büyük grubun (%68) geri çekme olduğu saptanmıştır (25,28). Kadınların düşükten bir ay sonra; özel ve kamu sektöründe kürtaj in ardından %31'i geleneksel bir yöntem seçtikleri belirlenmiştir (28). TNSA (2003) göre kadınların % 24.43' ü gebelik öncesi ayda hiçbir gebeliği önleyici yöntem kullanmamış olup, düşüklerin yaklaşık yarısı geri çekme yöntemi (%46) kullanımı esnasında, %23' ü modern bir yöntem kullanımı sırasında meydana gelmiştir (34). TNSA (2003) göre gebeliğin sonlandırılmasını takip eden ay içinde herhangi bir modern yöntem kullanmaya başlama toplamı %40'dır (34).

Kürtajların %60'ı kontraseptif yöntem başarısızlığı nedeni ile, %18'i kullanılan yöntemin bırakılmasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. 1998 TNSA'ya göre evli kadınların % 76'sı başka bir çocuk istememeye, etkili yöntemle korunan kadınlar bu oranın yaklaşık yarısını (% 37.7) oluşturmaktadır, 1994 Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırmasında (TÜSDA) kadınların %90'ı kürtaj sonrası aile planlaması yöntemi kullanmak istemesine karşın, ancak %46'sı yöntem olarak kuruluşun ayrılmaktadır (28).

TNSA 1993 sonuçlarına göre, kadınların istemli kürtaja başvurma nedenleri; sahip olduklarından başka çocuk istememesi (%58), sosyoekonomik nedenler %17, doktor tavsiyesi %12 ve %8'i bir önceki gebeliği bitiminden sonra çok kısa süre geçmiş olmasıdır (24). Türkiye 1998 TNSA sonuçlarına göre, düşük yapan her on kadından altısının belirttikleri neden, sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir. Aynı çalışmada, isteyerek yapılan düşüklerin %9'unun önerilen zaman sınırlamasının dışında gerçekleşmiş olduğu görülmektedir (54).

Kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir. Yaş ilerledikçe, düşük nedeni olarak artık çocuk istememeyi öne sürenler çoğunluktadır. Sosyoekonomik nedenler, daha genç yaş gruplarında daha sık belirtilmektedir. Otuz yaşın altındaki grupta, gebeliklerin % 12-16'sı bir önceki gebeliğin yakın zamanda bitmiş olması nedeniyle sonlandırılmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar, eğitim görmemiş olanlara oranla daha sık olarak sosyoekonomik nedenleri ve doğumların arasını açma arzusunu belirtmektedir. Eğitim görmemiş kadınların %17'si doktor tavsiyesini, %62'si artık başka çocuk istememeyi sebep göstermişlerdir (24). Düşüklerinin nedeni olarak en çok belirttikleri: sahip olduklarından başka çocuk istememeleridir (%58). Güney Anadolu'da bir önceki gebelikten sonra kısa zaman geçmiş olması gösterilirken, kentsel kesimde sosyoekonomik nedenler ve; doğumların arasını açma arzusu, kırsal kesimde daha fazla çocuk istememe, düşük için başlıca neden olarak gösterilmiştir (25).

Kadınların kürtaja başvurma nedenleri; henüz aile olmaya hazır olmama, bir bebeğin bakımını üstlenemeyecek durumda olma, tek başına aile olmak istememe, seks yaptığını ve gebe kaldığını başkaları tarafından bilinmesini istememe, bir çocuk sahibi olmak için çok genç olma ve henüz yetişkin ve olgun olmama, istediği kadar çocuk sahibi olma veya fazla sayıda çocuğunun olması, küçük aile isteği içinde olanlar, köyden kentte göç edenler, eşi ya da ailesinin kürtaj olmasını isteme, ceninde ya da kendisinde sağlık sorunları olma, tecavüz kurbanı olma, gebeliğin ensest ilişki sonucu olması, gebelikler arasındaki sürenin kısa olması, çalışmak zorunda olmak ve çocuğa bakacak kimsenin olmaması, geçim sıkıntısı ve kadının kocasından ayrılması veya kocasının ölmesi olarak sıralanabilir (28,30,38,55,56)

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

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

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

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

4-Tıbbi faktörler: Özellikle sağlık servislerinin ve insan gücünün ülke çapında yayılışı, insan gücü sayısı, hastane yatağı sayısı, sağlık personelinin aile planlaması ve düşüğe karşı tutumu önerilen kontraseptif yöntemlerin etkinliği de, düşüğün boyutları konusunda önemlidir (24,55).

#### **2.4.Menstruel Regülasyon**

İlk defa Pion ve arkadaşları tarafından 1971 yılında tanımlanan bu yöntem Karman'ın geliştirdiği kıvrılabilir sentetik kanülleri takiben yaygın bir uygulama alanı bulmuştur (24). Yaygın ve nitelikli aile planlaması hizmetleri, güvenli kürtaj hizmetleri tamamlanmamış kürtajın elle vakum aspirasyonu (MVA) tekniğiyle tedavisi gibi yaklaşımlarla ölümlerin hemen tümü önlenir. Son adet tarihinden sonraki 63 gün içinde gerçekleştirilen elle vakum aspirasyonu (EVA).Olarak tanımlanan, basit, güvenli ve ucuz bir yöntemdir (29,30,46). Beklenen adet tarihinden sonraki 1-3 hafta içerisinde endometrial kavitenin 5 ya da 6 mm'lik fleksibl bir Karman kanülü ve enjektörü kullanılarak yapılan aspirasyona, menstruel

ekstraksiyon, menstruel indüksiyon, enstanjene periyot, atravmatik aborsiyon ve mini aborsiyon gibi çeşitli isimler verilmektedir (42,58)

Gebelik testi pozitif ise menstruel öykü ve bimanuel muayene ile gebeliğin 6. gebelik haftasından büyük olmadığı tespit edilirse işlem uygulanabilir (42). İşlem rahim içi araç uygulamadan farklı değildir. Operatör önce serviksten uterusu küçük bir kanül yerleştirir, operatör tüpün ucuna vakum uygular böylece uterusun aspirasyonu tamamlanır. Yöntemin esası, pistonu çekilip tespit edilerek negatif basınç oluşturabilen plastik bir enjektör (Karman) ve enjektörün ucuna takılı aynı anda aspirasyon ve kürtaj yapabilen polietilen kamillerle, endometrium ve fetal dokuyu negatif basınçla çekmektir (24,29)

Menstürasyonun regülasyonu sadece gebelik sonlandırmasından değil, adet düzenleyici, endometrial kanser, patolojilerin ve enfeksiyon tanısında, endometriumun hormonal yanıtının incelenmesinde de kullanılmaktadır (29).Günümüzde Karman aspirasyonu gebelik sonlandırma, diagnostik, kürtaj ve organik fonksiyonel nedenli vajinal kanamaların acil müdahalesinde birinci seçenektir. Menstürasyonun regülasyonunun avantajları; teknik basit ve emindir, eğitilmiş yardımcı sağlık personeli veya pratisyen hekim tarafından yapılabilir, gebeliğin kesin tanımlanması gerekmez, komplikasyonları az, erken ve geç, yan etkileri az, işlem poliklinikte yapılabilir, genel anestezi gerektirmez, ucuzdur ve standart gebelik testlerinden önce güvenle kullanılabilen bir yöntemdir(24,29,30,42,58).

## **2.5.Kürtaj Komplikasyonları**

Sağlıksız koşullarda yaptırılan düşüklerin komplikasyonlarının tedavisi, hastaneye yatırılma, personel emeği ve ilaç, tıbbi bakım giderleri, araç-gereç açısından ele alındığında, halk sağlığı açısından önem arz ettiği görülür. İsteyerek düşüklerin yasal olmadığı ülkelerde, düşüğe bağlı komplikasyonların tedavisi için harcanan bütçe, diğer obstetrik hizmetlerin maliyetinin en az 2-3 katıdır (25)

Tıbbi isteğe bağlı düşük olayı, en güvenli ve en basit tıbbi müdahalelerden birisidir.(25). Kürtajları uygunsuz koşullarda sağlık personeli tarafından yapılmayan ve tıbbi koşullarda sağlık personeline yapılan düşükler olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür, Kürtaj cerrahi bir operasyon olup en iyi koşullarda ve uzman ellerce bile yapılsa bile anne sağlığı açısından önemli bir risk ve tehlike taşımaktadır (28).

Güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilen düşükler sonucunda enfeksiyon, kanama ve mekanik incinmeler kadının sağlığının bozulmasına, hatta ölüme neden olmakta, gebelik yasal, erken dönemde, eğitilmiş sağlık personeli tarafından uygun koşullarda sonlandırıldığında belirtilen komplikasyonların görülme olasılığı azalmaktadır (28,30). Sağlıksız koşullarda kürtaj olan kadınların % 10-50' sinde komplikasyon tedavisinin gerekmede, sağlıklı koşullarda

yapılan düşüklerde ölüm hızı 100.000'de 3 iken yasa dışı düşüklerde bu hız 100.000'de 100'e yükselmektedir.

Maternal ölümlerin Asya'da yaklaşık % 25'i, Afrika ve Latin Amerika'da % 30-50'si kürtaj nedeniyle meydana gelmektedir (7). Yaklaşık yılda 4 milyon düşüğün gerçekleştiği Latin Amerika'da araştırmalar, ana ölümlerinin %30 ile 40'ının yasa dışı düşük (Santiago'da % 53, Guatemala %47, Bogota %37) komplikasyonlarından kaynaklandığını göstermektedir (25,28,39).

Afrika'daki 1966 ile 1972 yılları arasında görülen ana ölümlerinin % 5'i düşük komplikasyonlarına bağlanmaktadır. 1980'de Nairobi'de yapılan bir çalışmaya göre, 1973 ve 1978 yılları arasında hastaneye kabul edilen septik düşük vakalarında her 1000 hastanın 2'si bu nedenle kaybedilmiştir (39). 1987'de her gün 30-60 kadın septik düşük komplikasyonu ile hastaneye yatırılırken, hastaneye başvuranların, tüm düşüklerin ancak % 50'si olduğu tahmin edilmektedir (28). Özaydın ve Akın'ın bildirdiğine göre, Nairobi'de hastanelerde yapılan bir araştırmada, gebelik ile ilişkili ölümlerin % 35'inin güvenilir olmayan koşullarda gerçekleştirilendüşüklernedeniyle olduğu saptanmıştır (25).

Düşük esnasında ve düşük sonrası ilk 2 hafta içinde gelişebilecek komplikasyonlar, erken dönem komplikasyonları olup, bunlar; aşırı kanama, uterin perforasyon, servikal lacerasyon, -akut Hematometra, düşük sırasında ya da sonrasında senkop geçirme, inkomplet abortus, gebeliğin devam etmesi, pelvik enflamatuvar hastalık, psikolojik sorunlar, anestezi komplikasyonlar, tromboemboli, sepsis, parça retansiyonudur (24,25,28,30,36,39,58).

Geç dönem komplikasyonları düşüktan iki hafta sonra gelişebilecek komplikasyonlardır. Bunlar; gecikmiş kanama, ileri gebeliklerde olabilecek komplikasyonlar (plasenta previa, prematüre doğum riski, ektopik gebelik riski iki ya da daha fazla sayıda yapılan kürtaj sonrası artmaktadır, spontan abortus riski iki ya da daha fazla sayıda kürtajdan sonra kendiliğinden artmaktadır. Plasenta ayrılmasında gecikme, enfeksiyon buna bağlı infertilite (kürtaj sonrası gebeliklerin % 24,3'ünde riskli gebelik artmaktadır), servikal stenoz, Rh sensitizasyonu, yapışıklık, işlemin yapılamaması, meme kanseri riski (kürtaj sonrası % 140 artmaktadır), psikolojik sorunlar, düşüğü provoke etmek için kullanılan ilaç veya kimyasal maddelere karşı toksik reaksiyonlar, inkomplet abortus, sepsis, kronik pelvik ağrı ve RU 486'nın komplikasyonları ağır kanama, inkomplet düşüktür.; (kadınların %4'ünde, düşük inkomplet olduğu ya da gebelik devam ettiği için cerrahi, uterusun boşaltılması gereklidir) (24,28,30,36,39,63).

## **2.6. Komplikasyon Riskini Etkileyen Faktörler**

İstimli kürtaj en uygun koşullarda bile yapılsa bir müdahale olması nedeni ile kuşkusuz

bazı riskler taşır. Ancak, isteyerek düşüklerin yasal olmadığı ya da yasal olsa bile sağlıklı olmayan koşullarda yapılması, ölüme bile yol açan ciddi komplikasyonlara neden olabilir (30).

Düşüğe bağlı; kullanılan düşük yöntemi, gebenin yaşı ve kadının sağlık durumu, tıbbi olanakların varlığı ve niteliği, kadının genel sağlık durumunun kötü olması, gebeliğin büyük olması, steril olmayan şartlarda yapılması, gebeliğin zamanı (gebelik haftası ile 100.000 yasal düşüğe meydana gelen anne ölümü incelendiğinde; 8 gebelik haftası ve daha az 0,4, 9-10 gebelik haftası 0,6, 11-12 gebelik haftası 0,8, 13-15 gebelik haftası 1,2, 16-20 gebelik haftası 7,1 olarak bulunmuştur), küretaj gerçekleştiren klinisyenin yeterince deneyimi olmaması, kadına kürtaj sonrası tehlike belirtilerinin iyi öğretilmemiş olması, düşükten sonra kontrolünün iyi yapılmaması, düşükte boşaltılan dokunun muayene edilmemesi, gonore veya başka pelvik enfeksiyon olması, kürtaj da ortaya çıkabilecek komplikasyonlarda sevk edilebilecek uygun sağlık basamaklarının varlığı, bireyin veya ailenin sosyal güvencesinin olup olmaması ve genel sosyoekonomik durumu gibi faktörler komplikasyon riskini ve anne ölümünü etkiler. Düşük, hem kadın ve ailesi hem de hekimler için travmatik bir olaydır, ideal olacak, düşükler etkin kontraseptif yöntem kullanımı ile önlenbilirler (24,25,28,30,36,39).

## **2.7 KÜRTAJ RİSKLERİ**

### **2.7.1 Anestezi ve Kullanılan İlaçlara Bağlı Riskler**

Lokal anestezi ile yapılan işlemlerde en önemli risk işleme başlarken uterus ağzı özel bir alet yardımı ile tutulduğunda duyulan ağrı nedeni ile ani tansiyon düşmesi, bradikardi ve bayılma şeklinde görülen vazovagal senkoptur. Lokal anestezi toksisitesinde ise konvulsiyon, kardiovasküler kollaps ve apne görülür. Genel anestezinin riskleri hastanın yaşı, genel sağlık durumu, var olan sistemik hastalıkları, alerjik öyküsü gibi faktörlere bağlı olup, bu riskleri azaltmak için, Anestezi ve Reanimasyon uzmanı tarafından verilmeli ve hastane şartlarında yapılmalıdır (24,28,41). Düşüğü başlatmak için lokal veya sistemik olarak kullanılan ajanlara karşı toksik reaksiyonlar meydana gelebilir, Ergonovin zehirlenmeleri kusma, diare, susuzluk hissi, kaşıntı, kol ve bacaklarda titremeye neden olabilir. Aşırı dozda, konfüzyon, nabız zayıflaması, bilinç kaybı ve ölüm görülebilir (Öldürücü dozu, ağızdan 26 mg.) (28,39).

### **2.7.2 (Uterusun Delinmesi)**

Uterus rüptürü işlem dikkatli yapıldığı takdirde ve vakum aspirasyonu ile yapılan düşüklerde son derece nadir görülen bir komplikasyondur (28,39,41). Tahliyenin herhangi bir aşamasında uterusun sonda ile kontrolü, dilatasyon ya da kürtaj sırasında kaza sonucu perforasyonu olabilir, ancak kendi kendine yapılan düşük girişimlerinde uterus zedelemeleri

çok daha ciddi sorunlara neden olabilir (28,39,58). 8. gebelik haftasından sonra ve özellikle yasal sınırı aşmış tahliyelerde görülür (28). Gebe bir uterusun yumuşak olması nedeniyle; rüptür de iki önemli unsur hekimin yeteneği ve uterus pozisyonudur; hekim deneyimsiz ve uterus retrovert olduğunda çok daha yüksek bir uterus perforasyonu ihtimali olmakta uygulanan ilaçlar doğru yerleştirilmemesi sonucu yaralanmalar görülmektedir (28,39,58). Alet herhangi bir engelle karşılaşmaksızın uterin perforasyon olmadığı takdirde gidebileceğinden daha ileri geçtiğinden dolayı uterin perforasyon kazasını anlamak genel olarak kolaydır. Çoğu rüptür vakasında delinme uterusun fundus bölgesinden olduğunda delinme küçük olduğu için kanama olmaz ve bölge bir süre sonra kendiliğinden kapanıp rüptür fark edildiğinde hemen işleme son verilir ve hastanın 24 saat süre ile bağırsak zedelenmesi veya iç kanama olasılığına karşı dikkatle izlenir. Perforasyon, uterin histerometri ile oluşmuşsa tedavi gerektirmeden kendiliğinden iyileşip kapanır, ancak keskin bir araç veya küret ile rüptür edilmişse ve fark edilmezse bağırsaklar, mesane, rektum gibi organlar hasar görebilir ve hayati tehlike yaratacak riskler doğabilir, bu durumda abdominal organları muayene etmek için laparotomi yapılmalı ve delinen yer onarılmalıdır (28,39,41,58).

### **2.7.3 Serviks Travmaları**

İkinci trimester düşüklerinin intraamniyotik prostaglandinler, prostaglandin içeren vajinal tabletlerle veya intraamniyotik şalinle indüklenmesi sırasında, ortaya çıkan güçlü uterus kontraksiyonları sonucunda oluşabilir (28,39). Vakum aspirasyonu ile yapılan düşüklerde, daha nadir olarak görülmekte ve serviksi tenekulum ile tutulmasından kaynaklanan yırtıklar daha sık görülmektedir. Kendi kendine ve yasa dışı düşüklerden sonra ciddi sorunlara neden olmaktadır (39).

### **2.7.4 Gebelik Dokusu Artığı**

İstemli kürtajın en sık görülen komplikasyonu halk arasında parça kalması olarak anılan "rest" durumu, vakum aspirasyonu tekniği kullanıldığında daha seyrek, 5 haftadan küçük ve 10 haftadan büyük gebeliklerde daha fazla görülür. Güvenli uygulamalarda görülme oranı % 5'tir. Fazla miktarda ve kesilmeyen vajinal kanama, karın ve belde kramp şeklinde ağrı, kanama süresine bağlı çarpıntı, soğuk terleme, halsizlik ve baygınlık hissi, hipovolemi ve şok bulguları görülmekte ve pelvik muayenede uterus büyük ve yumuşak hissedilmektedir. Tedavide uterusu kalan parçaların veya kan pıhtıların temizlenip ve uterotonik ilaçlar uygulanır (28,39,41).

### **2.7.5 Enfeksiyon**

Gebelik dokusu artıkları, bakterilerin çoğalması için çok uygun bir ortam oluşturduğundan, hemen her zaman enfeksiyon gelişir. İşlem esnasında sterilite kurallarına uyulursa enfeksiyon riski azalır, ancak bazen kişinin kendinden kaynaklanan faktörler neticesinde enfeksiyon

oluşabilir (28,39). Enfeksiyon belirtileri, düşükten 3-6 gün sonra ortaya çıkar, fakat daha erken ve daha geçte görülebilir. İsteyerek düşükte enfeksiyon; karın, pelvis ve belde kramp şeklinde ağrı, ateş ve titreme, kötü kokulu vajinal akıntı, uzamış kanama veya lekelenme, halsizlik, kas ağrıları, pelvik muayenede uterus ve adnekslerin duyarlı olması veya serviks hareketlerinde duyarlılık şeklinde belirti verir. Gelişen enfeksiyon tüplere kadar yayılırsa tüplerde yapışıklık ve tıkanıklığa ve sonuçta kadın fertilitesi olumsuz etkileyip infertiliteye neden olabilir. Klinik belirtilerin ciddiyetine göre yaklaşım planlanıp, enfeksiyonla mücadele edilir. Kürtajdan sonra koruyucu amaçlı antibiyotik tedavisi ve inkomplet abortus şüphesinde uterus içi boşaltılır (28,39,41).

#### **2.7.6 Adet Gecikmesi**

Kürtaj sonrası ilk adet genelde 4 hafta sonra görülür, Kürtajın yapıldığı gün adet kanamasının ilk günü olarak kabul edilir ve normal süresinde ilk adeti beklenir. Nadiren bu süre 60 güne kadar uzayabilir. Eğer beklenen günde adet görülmez ise mutlaka jinekolojik değerlendirme gerekir (28,41).

#### **2.7.7 Gebeliğin Devamı**

5 haftalıktan küçük gebeliklerde daha sık görülmekle birlikte, kürtaj işlemi %0.1-3 başarılı olmaz ve gebelik devam edebilir. Bu durumda 1 hafta sonra işlemin tekrarlanır. Bu nedenle kürtajın en erken 5-6 haftalarda yapılması gerekir (28,39,41).

#### **2.7.8 Hematometra (Uterus içinde Kan Birikmesi)**

Nadir görülen bir durumdur. Özellikle 6. haftadan önce yapılan uygulamalarda görülür. İşlem sonrası uterus ağzı kapanır ve kan uterusu birikir. 4-6 saatlik bir süre sonunda uterus aşırı büyür ve kramp tarzı ağrılar oluşur. Muayenede uterusun büyük olduğu saptanır ve serviksten girilen kanül ile uterus boşaltılır (28,41).

#### **2.7.9 İşlemin Yapılamaması**

Geçirilmiş operasyonlara ya da uterustaki şekil bozukluklarına bağlı, uterus içerisine kateter sokulamaz ve kürtaj yapılamaz. Bu durumda hasta anesteziden uyandırılır, ağızdan ve vajinal yoldan uygulanan bazı ilaçlar yapılır ve daha sonra kürtaj gerçekleştirir (28,41).

#### **2.7.10 Yapışıklık**

Metal küretler ile uterusun gereğinden fazla kazındığı durumlarda Asherman sendromu adı verilen, uterusun iç duvarlarında yapışık, adet kanamasında azalma ve hatta infertilite görülebilir. Tanısı uterus filmi çekilerek konur, tedavisi cerrahidir (28,40,41,63)

#### **2.7.11 Kanama**

Her düşükten sonra, bir miktar kanama normal olup, menstürasyondan daha şiddetli olan, 3-4 haftadan uzun süren ve sürekli kanamaların, değerlendirilmesi gerekir. Düşükten sonraki

ilk 24-36 saat içinde kanama çok azdır, daha sonra endometrium gebeliğin neden olduğu hormon desteğini kaybedince kanama artar ve mensturasyona benzer miktarda kanama, bazen 6 haftaya kadar uzayabilir. Şiddetli kanamalar öncelikle, gebelik dokusu artıklarının uterusu kalması, serviks, vajina veya uterusun kullanılan alet veya kimyasal maddelerle zedelenmesi ve atoni sonucu olur. Eğer kanama çok şiddetli ve hastada şok belirtileri varsa, intravenöz sıvı tedavisi, kan transfüzyonu veya cerrahi müdahale için hazırlık yapılırken kas tonüsünü artırmak için uterus masajı ve oksitosin veya ergometrin başlanır (28,39).

Kürtajın tüm riskleri gebelik haftası büyüdükçe artar. Özellikle büyük gebeliklerde işlem esnasında aşırı miktarda kanama olabilir (28,39,41). Bu nedenle kürtaja karar verildiğinde yasal sınır olan 10. haftanın geçirilmemesi gerekir. 10 haftadan büyük gebelikler illegal olduğu için genelde hastane şartlarında değil özel muayenehanelerde uygulanmaktadır. Bu durum zaten artmış olan risklerin daha da katlanmasına olanak sağlamaktadır (28).

## **2.8. Anksiyete**

Kaynağı belirsiz korkuya kaygı (anxiety) denilir. Kaygı, insanın temel duygularından biridir, İnsan tehlikeli gördüğü durumlarda kaygı duyar, Kaygı bireylerin ve toplumsal kümelerin, herhangi bir güçlük ya da güdülerinin gerçekleşmemesi olasılığı karşısında duydukları tedirginliktir (64).

Karen Homey'e göre korku, bir insanın karşılaşmış olduğu tehlike ile orantılı bir tepki olduğu halde, kaygı gerçek tehlike ile orantılı olmayan aşırı bir tepki, hatta hayal ürünü tehlikelere karşı gösterilen bir tepkidir(65). Bu nedenle kişi, bedensel ve zihinsel güçlerini kaygıyı gidermek amacı ile kullanamaz, Kaygı (anksiyete), endişe, korku ve gerginlik gibi subjektif bir duygudur. Kişiler arası ilişkilerde, çevreye uyum sağlama, sınav öncesi ve meslek değiştirme gibi somut sebeplere bağlı olabileceği gibi yasaklanmış cinsel içgüdülerin ve saldırgan dürtülerin bastırılmasının (repressiyon) gerçekleşmediği hallerde sık sık yaşanır.

Anksiyetede (kaygı), subjektif korku, sıkıntı ve endişe gibi duygularla birlikte terleme, taşıkardi, hızlı solunum gibi otonom sinir sisteminin eşlik ettiği bedensel değişiklikler de meydana gelmektedir. Bu sebeple anksiyete hem psikolojik hem de fizyolojik parametreleri olan bir emosyondur.

Psikologlar, sıkıntı, korku ve endişe gibi emosyonlarla ilgilenirken, psikofizyologlar ise meydana gelen çeşitli değişikliklerin ölçümü ile ilgilenirler,

Literatürde değişik anksiyete tanımları olmakla birlikte psikolojik psikiyatrik laboratuvar ve klinik amaçların tümünü içeren tek bir anksiyete tanımı bulmak güçtür. Çünkü her tanım araştırmacının konuya teorik yaklaşımının izlerini taşımaktadır.

James Drever'a göre; anksiyete en belli başlı unsurları korku ve dehşet olan kronik ve emosyonel bir durumdur (67)

Amerikan Psikoloji Birliği'ne göre; anksiyete ,kişiliğin içinden gelen bir dış duyum tarafından uyarılmış veya uyarılmamış bir tehdittir (68).Anksiyete, normal ve patolojik (nörotik) anksiyete akut ve kronik anksiyete olarak da sınıflandırılabilir. Tehlikeye karşı temel bir yanıt olarak görülen ve bazı durumlarda kişinin çevreye uyumunu sağlayan bir olgu olan Normal Anksiyete, sağlıklı bir kişi için biyolojik bir fonksiyondur ve yaşamın sürebilmesi için gerekmektedir. Nörotik Anksiyete ise hiçbir sebep olmadan duyulan, başkalarına ve anksiyete duyan kişiye de saçma ve mantıksız görünen anksiyetedir.

Rollo May'e göre normal anksiyete; bir represyon ya da başka bir psişik çatışma mekanizması ile ilgisi olmayan, objektif tehditle orantılı ve nörotik savunma mekanizmalarına gerek göstermeyen anksiyetedir. Sınav öncesi duyulan anksiyete örneğinde olduğu gibi sübjektif olarak adlandırılan nörotik anksiyete ise objektif durumun boyutlarını aşan, represyon ve diğer çatışma biçimlerini içeren, hastanın inhibisyon ya da semptomlar oluşturarak çeşitli nörotik savunma mekanizmaları ile başa çıkmaya çalıştığı anksiyetedir (69).

Luban, Plozza ve Poldinger, dışarıdan gelen bir tehdide karşı duyulan “gerçekçi korku” veya enfarktüs gibi organizmadan gelen bir tehdide karşı duyulan “vitalangst anxiety”i normal anksiyete ve buna karşın bilinçli patolojik anksiyeteye ise “neurotic anxiety” adını vermişlerdir (70).

Anksiyete ayrıca akut - kronik anksiyete ya da durumluk - sürekli anksiyete olarak da sınıflandırılmaktadır. Akut anksiyete çok yoğun ve kısa süreli, kronik anksiyete ise daha az yoğunlukta fakat süresi belirsiz bir anksiyetedir (71).

Durumluk Kaygı (State Anxiety); bireyin içinde bulunduğu stresli (baskılı) durumdan dolayı hissettiği sübjektif kaygıdır, Fizyolojik olarak da otonom sinir sisteminde meydana gelen uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişmeler olduğunda Durumluk Kaygı düzeyi yükselir, stres ortadan kalkınca düşme olur (72).

Sürekli Kaygı {Trait Anxiety); objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur (72).

Durumluk Kaygı, kinetik enerjiye benzetilebilir. Kinetik enerji gibi durumluk kaygı da belirli bir zaman kesiminde ortaya çıkan bir reaksiyondur. Sürekli Kaygı ise, potansiyel enerji gibi belirli bir reaksiyonu gösterme yetkinliğidir. Sürekli Kaygının düzeyi, bireyin ilerideki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddeti ve sıklığını

belirler. Buna göre sürekli kaygı düzeyi yüksek olan bireyin belli koşullarda, sürekli kaygısı düşük olanlardan daha çabuk ve daha sık olarak durumluk kaygı reaksiyonları göstereceği beklenir.

### **2.8.1 Korku**

Kaynağı belirsiz korkuya kaygı (anxiety) denir. Korku ise insanın organik, psikolojik, sosyal, ekonomik ya da moral tehditle karşılaştığı durumlarda yaşanan ve bedensel belirtilerin eşlik ettiği duygusal, bir tepkidir. Korku, duygusal tepkinin şiddeti ile orantılı ve varolan tehdidin süresi ile sınırlıdır. Korkuya karşı bireyin tepkisi kaçma ya da savaşmadır (flight - fight), Psikanalistler korkuyu, bireyi dışardan tehdit eden gerçek bir tehlikeye karşı gösterilen tepki, anksiyeteyi ise yasaklanmış bir içgüdüsel dürtüye karşı, kişiyi içeriden tehdit eden ve kontrolden kaçmak üzere olan tehlikeye gösterilen tepki olarak ele alırlar. Fakat bu teorik ayrırıra her zaman geçerli değildir. Örneğin; fobilerde hasta, tehdit edici durumun dışardan geldiğini hissettiği halde gerçekte böyle bir durum yoktur.

Fobi (phobia) gerçekte geçerli olmayan ancak belli bir obje veya duruma yönelik abartılmış korkudur (73).Pavlov ve arkadaşları 1927'lerden başlayarak laboratuvar çalışmalarında hayvanlarda anksiyete araştırmaları yaparak çatışma, korku ve anksiyeteyi incelediler. Bunu başka laboratuvarlarda benzer çalışmalar izledi. İnsanlar üzerinde anksiyete ile ilgili laboratuvar çalışmaları 1950'den sonra başlamıştır. Yoğunlukla laboratuvar koşullarında insanlar, korku, stres ve anksiyete içine sokularak bu emosyonel durumlarla ilgili incelemeler yapılmıştır (74).

### **2.8.2 Stres**

Stres, fizikte bir yapı ya da sistem üzerine konan ve belli bir yoğunluğu aşması halinde o yapı ve sistemde deformasyon yaratacak olan bir kuvvettir (75). Psikoloji ve Biyolojide ise stres, organizmanın fonksiyonunu bozan bir baskı, zorlama ve engellemedir. Soğuk, sıcak ve gürültü gibi fizik stresler (baskı) organizmada biyolojik tepkiler oluştururken frustrasyon, yoksunluk ve çatışma gibi psikolojik stresler, psikolojik savunma reaksiyonlarına yol açmaktadır (75).

Fizyologlara göre stres; sıcak, soğuk ya da fizik zedelenmeler gibi organizmanın sağlığı için tehlikeli ve zararlı olacak uyarılar sonucu, doku sistemlerinin yapı ve fonksiyonunun bozulması anlamına gelmektedir.

Hans Selye, zarar verici uyarı ne olursa olsun (yara, enfeksiyon, psikolojik örselenmeler), organizmanın aynı tip, kendisini tehlikeye karşı savunma ve sistemi normale döndürme reaksiyonu göstereceğini ileri sürmüştür (76).

Selye, fizyolojik reaksiyonu uyandıran uyarıcılara “stressor”, buna karşı bedenin

gösterdiği savunma mekanizmasına “Genel Adaptasyon Sendromu” (General Adaptation Syndrome) adını vermiştir.

Selye'ye göre; stres, önce organizmayı alarma geçirir, ardından savunma mekanizmalarını özellikle salgı bezleri, hormonlar ve sinir sistemini harekete geçirir. Bu süreci organizmanın stres'e karşı mücadelesi izler, Selye hastalıkların (artrit, kalp, böbrek vb.) bu süreçler sonucu ortaya çıktığını öne sürer ve başarılı bir yaşam için insanın stresi tanıması gerektiğini savunur (76). Aile içinde yaşadığımız ve bir işte çalıştığımız sürece stresle kaçınılmaz olduğunu ileri süren Selye ancak aşırı gerginlik halinde bu gerginliklerin farkına varıp, kendimizi tanımamız ve anlamaya çalışmamız gerektiğini savunmaktadır. Selye'ye göre; “stres, yaşamın yıpratıcı, eskittiği tüm değerlerdir”, Her stres durumunda enerjimizden gereken miktarı kullandığımızı ancak yerine yeni enerjiler depolamamızın olanaksızlığını vurgulamaktadır.

Spielberger stres ve korkunun anksiyete durumunun ortaya çıkmasına sebep olan olayların değişik aşamaları olduğunu kabul ederdi Stres, bir durumun nesnel uyaran özelliklerinden ortaya çıkarken korku kişinin belli bir durumu, fizik ya da psikolojik açıdan tehlikeli olarak algılamasına dayanmaktadır. Nesnel açıdan stres yaratmayan durumlar, bireysel farklılıklar nedeniyle bazı kişiler tarafından tehlikeli olarak algılanıp değerlendirilebilmektedir. Bu da bireysel yatkınlık (mizaç) ve benzer geçmiş yaşantılarıyla açıklanabilir. Stres yaratan bir durumun birey tarafından tehdit edici olarak algılanıp algılanmayacağı ise, o kişinin içinde bulunduğu durumu sübjektif olarak değerlendirmesine bağlıdır.

### 3.MATERYAL VE METOD

#### 3.1.ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmada, şubat-Mayıs 2008 tarihleri arasında istenmeyen gebelikleri sonlandırmak amacıyla kliniğe başvuran kadınlarda anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir.

#### 3.2.ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırmamız İstanbul ilinde bulunan Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini yukarda belirtilen kuruma istenmeyen gebeliklerini sonlandırmak amacıyla Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniği başvuran olasılıksız örneklem yöntemiyle seçilen yöntemi ile seçilen 120 kadından oluşmuştur.

#### 3.4.VERİLERİN TOPLANMASI VE UYGULAMA

Araştırmamızda veriler,10 soruluk bir anket formu(EK.1) ve Spielberger'in "durumluluk-sürekli Anksiyete Envanteri" nin (EK 2)yardımı ile elde edilmiştir(76).

Spielberger'in Durumluluk-Süreklilik Anksiyete ölçeği, geçici ve sürekli anksiyete düzeyini yansıtmakta kullanılan "**Kendini Değerlendirme Anketi STAI Formu TX-1(EK.2)**" ve "**Kendini Değerlendirme Anketi STAI Formu TX-2(EK.3)**" başlığı ile iki ayrı sayfa şeklinde yirmişer maddeden oluşan bir kâğıt kalem ölçeğidir(76).

Araştırma kapsamına alınan kadınlara,kürtaj için aile planlamasına başvurduğunda amacımız hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmaları konusunda sözlü izin alınmıştır. İşlem için polikliniğe ilk başvuruda kadınlara 10 soruluk anket formu(EK.1) ve Spielberger'in "Sürekli Kaygı Envanteri(EK.2)"ni doldurmaları sağlanmıştır.

İstenmeyen gebeliği sonlandırmak için başvuran kadınların gebeliği ve kürtaj için uygunluğu saptandıktan sonra işlem için bir hafta içinde randevu verilmiş, randevu gününde evli iseler evlilik cüzdanları ve eşleri ile birlikte bulunmaları istenmiştir.

Kürtaj için randevu günü gelen kadınlar sırayla şu işleme tabi tutulmuşlardır:

- Danışmada hemşireye başvurmuşlar ve geliş sırasına göre kayıt defterine kaydedilmişler
- Evli olan kadınların eşlerinin de onayını gösteren imzaları alınmış, dul ve bekâr olanların kendi imzaları alınmıştır.
- Sonrasında kadınlar araştırmacı tarafından dinlenme odasına 4-5 kişilik guruplar halinde alınmış, Spielberger'in "Durumluluk Kaygı Envanteri"ni

doldurmaları sağlandıktan hemen sonra 20–30 dakikalık eğitimde aşağıdaki konular hakkında bilgi verilmiştir;

1. Üreme organlarının anatomisi ve fizyolojisi,
2. Gebeliğin oluşumu,
3. Gebelik sonlandırma sırasında “hastanemizde seçilen yöntem Menstruel Regülasyon yöntemi” hangi işlemlerin nasıl yapılacağı,
4. Gebelik sonlandırma işleminden sonra hangi durumlarla karşılaşılabilceği ve kliniğe başvurmalarını gerektirecek durumlar,
5. Daha sonra da aile planlaması yöntemleri eğitim materyallerinin yardımıyla anlatılmış, kontraseptif yöntem araçları kendilerine gösterilmiştir.

Eğitimin ardından kadınlara tekrar durumluluk kaygı ölçeği verilip, kadınların Spielberger’in “Durumluluk Kaygı Envanteri” anket formu doldurmaları sağlanmıştır. Ölçeği doldurma yaklaşık 5 dakikada gerçekleştirilmiş, ardından kadınlar kürtaj işlemini gerçekleştirilmek üzere sırayla kürtaj odasına alınmışlardır.

Anket ve Durumluluk-sürekli kaygı envanteri okuma-yazma bilmeyen kadınlara bizzat araştırmacı tarafından okunmuş ve doldurmaları sağlanmıştır.

### 3.5. VERİLERİN ANALİZİ

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Anket sonucu ve Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinden elde edilen Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu grupların tekrarlayan ölçümlerinde eşlendirilmiş tek yönlü varyans analizi, gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir

## 4. BULGULAR

Araştırmamız, İstanbul ilinde bulunan, istenmeyen gebeliklerin sonlandırıldığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğinde 120 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmamızda bulgular üç bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde demografik, ikinci bölümde obstetrik, üçüncü bölümde ise Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri ile diğer özelliklerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular sunulmuştur.

### 4.1. ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışma gurubunu oluşturan kadınların yaş, meslek, eğitim, gelir

durumuna ilişkin demografik özellikleriyle ilgili bulgular tablolandı.

Tablo 1. Çalışma gurubunu oluşturan kadınların demografik özellikleri arasındaki ilişki

	Hasta Sayısı	%	
Yaş Grubu	<25 Yaş	23	19,2
	26-35 Yaş	68	56,7
	>36 Yaş	29	24,2
Mesleği	Ev hanımı	105	87,5
	İşçi	9	7,5
	Serbest meslek	6	5
Eğitim Durumu	Okumadım	17	14,2
	İlköğretim	79	65,8
	Lise	24	20
Gelir Durumu	Gelirim Giderimi Karşılamiyor	34	28,3
	Gelir Gideri Kısmen Karşılıyor	62	51,7
	Gelirim Gideri Karşılıyor	24	20

Çalışma gurubunun %19,2'si 25 yaşından küçük,%56,7' sinin 26-35 yaş,%24,2'si 36 yaşından büyük olduğu, bunların %87,5'inin ev hanımı,%12,5'inin çalıştığı ,%14,4'ünün okumadığı,%65,8'inin ilköğretim,%20'sinin lise mezunu olduğu, %28,3'ünün geliri giderini karşılamadığı,%51,7'sinin geliri giderini kısmen karşıladığı,%20'sinin gelirinin giderini karşıladığı bulundu. Tablo 2.Kadınların yaşları ile diğer özellikleri arasındaki ilişki

Tablo 2. Kadınların yaşları ile diğer özellikleri arasındaki ilişki

	<25 Yaş	26-35 Yaş	>36 Yaş			
Doğum sayısı	<2 Doğum	21 91,3%	43 63,2%	12 41,4%	$\chi^2 16,8$ p=0,002	
	3-4 Doğum	2 8,7%	22 32,4%	12 41,4%		
	>5 Doğum	0,0%	3 4,4%	5 17,2%		
Daha Önceki istemli Kürtaj sayısı	Kürtaj Yok	15 65,2%	39 57,4%	10 34,5%	$\chi^2 7,39$ p=0,116	
	1 Kürtaj	7 30,4%	18 26,5%	12 41,4%		
	>2 Kürtaj	1 4,3%	11 16,2%	7 24,1%		
Kürtaj yaptırma sebebi	Belirtmek İstemiyorum	0,0%	4 5,9%	4 13,8%		
	Evlilik Dışı Olması	0,0%	1 1,5%	1 3,4%		
	Ekonomik Nedenler	7 30,4%	20 29,4%	11 37,9%		
	2 Yaşından Küçük Bebeğinin Olması	8 34,8%	19 27,9%	1 3,4%		
	Eşim İstemiyor	1 4,3%	2 2,9%	2 6,9%		
	Etkili Korunma Yöntemi Kullanırken Gebe Kaldım İ	2 8,7%	2 2,9%	0,0%		
	Gebe Olduğumu Bilmediğim İçin Bebeğe Zararlı İlaç Kullandım	4 17,4%	6 8,8%	3 10,3%		
	Doktor Önerisi İle	0,0%	5 7,4%	3 10,3%		$\chi^2 20,4$
	Planlanmamış Gebelik	1 4,3%	9 13,2%	4 13,8%		p=0,2

<b>Kürtaj olmaya kim karar verdi?</b>	<b>Kendim</b>	8	34,8%	22	32,4%	8	27,6%	
	<b>Eşim</b>		0,0%	4	5,9%	1	3,4%	
	<b>Her ikimiz</b>	15	65,2%	39	57,4%	18	62,1%	$\chi^2 3,39$
	<b>Aile Yakınları</b>		0,0%	3	4,4%	2	6,9%	$p=0,757$
<b>Sizce sağlık için zararlı mı?</b>	<b>Evet</b>	3	13,0%	9	13,2%	6	20,7%	
	<b>Hayır</b>	3	13,0%	13	19,1%	5	17,2%	$\chi^2 1,45$
	<b>Fikrim yok</b>	17	73,9%	46	67,6%	18	62,1%	$p=0,834$
	<b>Evet</b>	22	95,7%	68	100,0%	29	100,0%	$\chi^2 4,25$
<b>Partneriniz kürtaj olacağını biliyor mu?</b>	<b>Hayır</b>	1	4,3%		0,0%		0,0%	$p=0,119$
	<b>Almadım</b>	22	95,7%	61	89,7%	26	89,7%	$p=0,401$
	<b>Bilmiyorum</b>	1	4,3%	17	25,0%	7	24,1%	$p=0,061$

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının doğum sayısı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ( $p=0,002$ ). >35 yaş grubunun doğum sayısının yüksek olduğu gözlenmiştir.

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının daha önceki kürtaj dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,116$ ).

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının kürtaj yaptırma sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,200$ ).

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının daha önceki kürtaj olmaya kim karar verdi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,757$ ).

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının kürtaj sağlığa zararlı mı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,834$ ).

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş gruplarının partnerinin kürtaj olacağını bilmesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,119$ ).

Tablo 3. Kadınların eğitim durumu ile diğer özellikler arasındaki ilişki

		Okumadım		İlköğretim		Lise		
<b>Doğum sayısı</b>	<b>&lt;2 Doğum</b>	4	41,2%	54	29,1%	18	75,0%	
	<b>3-4 Doğum</b>	7	35,3%	23	2,5%	6	25,0%	$\chi^2: 30,5$
	<b>&gt;5 Doğum</b>	6	23,5%	2	69,6%			$p=0,0001$
<b>Daha Önceki istemli Kürtaj sayısı</b>	<b>Kürtaj Yok</b>	9	47,1%	41	27,8%	14	58,3%	
	<b>1 Kürtaj</b>	8	0,0%	22	20,3%	7	29,2%	$\chi^2: 5,68$
	<b>&gt;2 Kürtaj</b>		17,6%	16	30,4%	3	12,5%	$p=0,224$
<b>Kürtaj yaptırma sebebi</b>	<b>Belirtmek İstemiyorum</b>	2	0,0%	5	1,3%	1	4,2%	
	<b>Evlilik Dışı Olması</b>		41,2%	1	30,4%	1	4,2%	
	<b>Ekonomik Nedenler</b>	7	5,9%	24	21,5%	7	29,2%	
	<b>2 Yaşından Küçük Bebeğinin Olması</b>	1	0,0%	17	6,3%	10	41,7%	
	<b>Eşim İstemiyor</b>		5,9%	5	2,5%		0,0%	
	<b>Etkili Korunma Yöntemi Kullanıyorken Gebe Kaldım İ</b>	1	11,8%	2	13,9%	1	4,2%	

	<b>Gebe Olduğumu Bilmediğim İçin Bebeğe Zararlı İlaç Kullandım</b>	2	0,0%	11	8,9%		0,0%	
	<b>Doktor Önerisi İle Planlanmamış Gebelik</b>		23,5%	7	8,9%	1	4,2%	$\chi^2:19,4$
		4	29,4%	7	32,9%	3	12,5%	$p=0,244$
<b>Kürtaj olmaya kim karar verdi?</b>	<b>Kendim</b>	3	0,0%	25	6,3%	10	41,7%	
	<b>Eşim</b>		82,4%	5	57,0%		0,0%	
	<b>Her ikimiz</b>	14	0,0%	45	5,1%	13	54,2%	$\chi^2:6,94$
	<b>Aile Yakınları</b>		17,6%	4	12,7%	1	4,2%	$p=0,326$
<b>Sizce sağlık için zararlı mı?</b>	<b>Evet</b>	3	23,5%	10	17,7%	5	20,8%	
	<b>Hayır</b>	4	58,8%	14	69,6%	3	12,5%	$\chi^2:1,85$
	<b>Fikrim yok</b>	10	100,0%	55	100,0%	16	66,7%	$p=0,762$
<b>Partneriniz kürtaj olacağınızı biliyor mu?</b>	<b>Evet</b>	17	0,0%	79	0,0%	23	95,8%	$\chi^2:4,03$
	<b>Hayır</b>		5,9%		6,3%	1	4,2%	$p=0,133$

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının doğum sayısı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir ( $p=0,0001$ ). Lise grubun  $>5$  doğum sayısının sıfır olduğu gözlenmiştir.

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının daha önceki kürtaj dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,224$ ).

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının kürtaj yaptırma sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,244$ ).

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının daha önceki kürtaj olmaya kim karar verdi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,326$ ).

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının kürtaj sağlığa zararlı mı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,762$ ).

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının partnerinin kürtaj olacağını bilmesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,133$ ).

Tablo 4.kadınların meslekleri ile diğer özellikleri arasındaki ilişki

	<b>Etkili Korunma Yöntemi Kullanyorken Gebe Kaldım I</b>	4	3,8%		0,0%		0,0%	
	<b>Gebe Olduğumu Bilmediğim için Bebeğe Zararlı ilaç kullandım</b>	10	9,5%	2	22,2%	1	16,7%	$\chi^2:4,25$
	<b>Doktor Önerisi ile Planlanmamış Gebelik</b>		7,6%		0,0%		0,0%	$p=0,372$
		8	11,4%	2	22,2%		0,0%	$\chi^2:15$
<b>Kürtaj olmaya kim karar verdi?</b>	<b>Kendim</b>	31	29,5%	3	33,3%	4	66,7%	
	<b>Eşim</b>	5	4,8%		0,0%		0,0%	
	<b>Her ikimiz</b>	66	62,9%	5	55,6%	1	16,7%	$\chi^2:8,97$
	<b>Aile Yakınları</b>	3	2,9%	1	11,1%	1	16,7%	$p=0,175$
<b>Sizce sağlık için zararlı mı?</b>	<b>Evet</b>	14	13,3%	2	22,2%	2	33,3%	
	<b>Hayır</b>	19	18,1%	1	11,1%	1	16,7%	$\chi^2:2,37$

	<b>Fikrim yok</b>	72	68,6%	6	66,7%	3	50,0%	p=0,667
<b>Partneriniz kürtaj olacağınızı biliyor mu?</b>	<b>Evvet</b>	105	100,0%	9	100,0%	5	83,3%	$\chi^2:19,1$
	<b>Hayır</b>		0,0%		0,0%	1	16,7%	<b>p=0,0001</b>

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının doğum sayısı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,372).

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının daha önceki kürtaj dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,001). Serbest meslek grubunda > 2 kürtaj oranı daha fazla bulunmuştur.

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının kürtaj yaptırma sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,522).

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının daha önceki kürtaj olmaya kim karar verdi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,175).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının kürtaj sağlığa zararlı mı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,667).

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının partnerinin kürtaj olacağını bilmesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,0001). Serbest meslek sahiplerini eşlerinin bilmeme oranı yüksek bulunmuştur.

Tablo 5.kadınların gelir durumu ile diğer özellikleri arasındaki ilişki

		<b>Gelirim Giderimi Karşılamiyor</b>		<b>Gelir Gideri Kısmen Karşılıyor</b>		<b>Gelirim Gideri Karşılıyor</b>		
<b>Doğum sayısı</b>	<b>&lt;2 Doğum</b>	22	64,7%	40	64,5%	14	58,3%	
	<b>3-4 Doğum</b>	7	20,6%	20	32,3%	9	37,5%	$\chi^2:6,3$
	<b>&gt;5 Doğum</b>	5	14,7%	2	3,2%	1	4,2%	p=0,178
<b>Daha Önceki istemli Kürtaj sayısı</b>	<b>Kürtaj Yok</b>	15	44,1%	34	54,8%	15	62,5%	
	<b>1 Kürtaj</b>	13	38,2%	17	27,4%	7	29,2%	$\chi^2:2,87$
	<b>&gt;2 Kürtaj</b>	6	17,6%	11	17,7%	2	8,3%	p=0,579
<b>Kürtaj yaptırma sebebi</b>	<b>Belirtmek İstemiyorum</b>		0,0%	5	8,1%	3	12,5%	
	<b>Evlilik Dışı Olması</b>	1	2,9%	1	1,6%		0,0%	
	<b>Ekonomik Nedenler</b>	13	38,2%	20	32,3%	5	20,8%	
	<b>2 Yaşından Küçük Bebeğinin Olması</b>	7	20,6%	14	22,6%	7	29,2%	
	<b>Eşim İstemiyor</b>	1	2,9%	3	4,8%	1	4,2%	
	<b>Etkili Korunma Yöntemi Kullanırken Gebe Kaldım İ</b>	1	2,9%	3	4,8%		0,0%	
	<b>Gebe Olduğumu Bilmediğim İçin Bebeğe Zararlı İlaç Kullandım</b>	5	14,7%	5	8,1%	3	12,5%	
	<b>Doktor Önerisi İle</b>	2	5,9%	5	8,1%	1	4,2%	$\chi^2:9,8$

	<b>Planlanmamış Gebelik</b>	4	11,8%	6	9,7%	4	16,7%	p=0,877
<b>Kürtaj olmaya kim karar verdi?</b>	<b>Kendim</b>	12	35,3%	19	30,6%	7	29,2%	
	<b>Eşim</b>	2	5,9%	3	4,8%		0,0%	
	<b>Her ikimiz</b>	20	58,8%	36	58,1%	16	66,7%	$\chi^2:3,93$
	<b>Aile Yakınları</b>		0,0%	4	6,5%	1	4,2%	p=0,686
<b>Sizce sağlık için zararlı mı?</b>	<b>Evet</b>	5	14,7%	10	16,1%	3	12,5%	
	<b>Hayır</b>	7	20,6%	10	16,1%	4	16,7%	$\chi^2:0,495$
	<b>Fikrim yok</b>	22	64,7%	42	67,7%	17	70,8%	p=0,974
<b>Partneriniz kürtaj olacağınızı biliyor mu?</b>	<b>Evet</b>	33	97,1%	62	100,0%	24	100,0%	$\chi^2:2,55$
	<b>Hayır</b>	1	2,9%		0,0%		0,0%	p=0,279

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının doğum sayısı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,178).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının daha önceki kürtaj dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,579).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının kürtaj yaptırma sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,877).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının daha önceki kürtaj olmaya kim karar verdi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,686).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının kürtaj sağlığa zararlı mı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,974).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının partnerinin kürtaj olacağını bilmesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,279).

#### 4.2. ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde çalışmayı oluşturan kadınların doğum sayıları ile kürtaj sayılarına ait bulgular tablolandı.

Tablo6.Kadınların obstetrik özelliklerine ait bulgular.

Doğum sayısı	<2 Doğum	76	63,3
	3-4 Doğum	36	30
	>5 Doğum	8	6,7
Daha Önceki istemli Kürtaj sayısı	Kürtaj Yok	64	53,3
	1 Kürtaj	37	30,8
	>2 Kürtaj	19	15,8

Çalışma gurubunun %63,3'ünün 2 veya daha az,%30'unun 3-4 ,%6,7'sinin 5 veya daha çok doğumunun olduğu,%53,3'ünün hiç kürtaj olmadığı,%15,8'inin 2 ve üzeri kürtajı olduğu bulundu.

Tablo 7.kadınların doğum sayıları ile diğer özellikler arasındaki ilişki

		<2 Doğum		3-4 Doğum		>5 Doğum			
Daha Önceki istemli Kürtaj sayısı	Kürtaj Yok	42	55,3%	20	55,6%	2	25,0%	$\chi^2:8,4$ p=0,078	
	1 Kürtaj	22	28,9%	9	25,0%	6	75,0%		
	>2 Kürtaj	12	15,8%	7	19,4%	0,0%			
Kürtaj yaptırma sebebi	Belirtmek İstemiyorum	5	6,6%	2	5,6%	1	12,5%		
	Evlilik Dışı Olması	2	2,6%		0,0%		0,0%		
	Ekonomik Nedenler	24	31,6%	11	30,6%	3	37,5%		
	2 Yaşından Küçük Bebeğinin Olması	21	27,6%	5	13,9%	2	25,0%		
	Eşim İstemiyor	3	3,9%	2	5,6%		0,0%		
	Etkili Korunma Yöntemi Kullanıyorken Gebe Kaldım İ	3	3,9%	1	2,8%		0,0%		
	Gebe Olduğumu Bilmediğim İçin Bebeğe Zararlı İlaç Kullandım	9	11,8%	3	8,3%	1	12,5%		
	Doktor Önerisi İle	4	5,3%	4	11,1%		0,0%	$\chi^2:11,8$	
	Planlanmamış Gebelik	5	6,6%	8	22,2%	1	12,5%	p=0,753	
	Kürtaj olmaya kim karar verdi?	Kendim	29	38,2%	9	25,0%		0,0%	
Eşim		2	2,6%	3	8,3%		0,0%		
Her ikimiz		41	53,9%	23	63,9%	8	100,0%	$\chi^2:9,72$	
Aile Yakınları		4	5,3%	1	2,8%		0,0%	p=0,137	
Sizce sağlık için zararlı mı?	Evet	11	14,5%	6	16,7%	1	12,5%		
	Hayır	15	19,7%	6	16,7%		0,0%	$\chi^2:2,25$	
	Fikrim yok	50	65,8%	24	66,7%	7	87,5%	p=0,689	
Partneriniz kürtaj olacağınızı biliyor mu?	Evet	75	98,7%	36	100,0%	8	100,0%	$\chi^2:0,584$	
	Hayır	1	1,3%		0,0%		0,0%	p=0,747	
	Onları İlgilendirmez	7	9,2%	5	13,9%		0,0%	$\chi^2:18,8$	
	Bilmiyorum	14	18,4%	9	25,0%	2	25,0%	p=0,042	

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların daha önceki kürtaj dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,078).

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların kürtaj yaptırma sebepleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,753).

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların daha önceki kürtaj olmaya kim karar verdi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,137).

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların kürtaj sağlığa zararlı mı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,689).

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların partnerinin kürtaj olacağını bilmesi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,747).

Tablo .8.Çalışma gurubunu oluşturan kadınların diğer bulguları.

	<b>Belirtmek İstemiyorum</b>	8	6,7
	<b>Evlilik Dışı Olması</b>	2	1,7
	<b>Ekonomik Nedenler</b>	38	31,7
	<b>2 Yaşından Küçük Bebeğinin Olması</b>	28	23,3
	<b>Eşim İstemiyor</b>	5	4,2
	<b>Etkili Korunma Yöntemi Kullanırken Gebe Kaldım I</b>	4	3,3
	<b>Gebe Olduğumu Bilmediğim İçin Bebeğe Zararlı İlaç Kullandım</b>	13	10,8
	<b>Doktor Önerisi İle</b>	8	6,7
<b>Kürtaj yaptırma sebebi</b>	<b>Planlanmamış Gebelik</b>	14	11,7
	<b>Kendim</b>	38	31,7
	<b>Eşim</b>	5	4,2
	<b>Her ikimiz</b>	72	60
<b>Kürtaj olmaya kim karar verdi?</b>	<b>Aile Yakınları</b>	5	4,2
	<b>Evet</b>	18	15
	<b>Hayır</b>	21	17,5
<b>Sizece sağlık için zararlı mı?</b>	<b>Fikrim yok</b>	81	67,5
<b>Partneriniz kürtaj olacağımızı biliyor mu?</b>	<b>Evet</b>	119	99,2
	<b>Hayır</b>	1	0,8

Çalışma gurubunu oluşturan kadınların %99,2'sinin partnerlerinin kürtajdan haberi olduğu,%31,7'si kürtaj olmaya kendinin karar verdiğini,%4,2'si eşinin karar verdiğini,%60'ı her ikisinin kararı olduğu,%15'i kürtajın sağlıklarına zararlı olduğunu,%17,5'inin zararlı olmadığı,%67,5'inin bu konuda fikir beyan etmediği bulundu.

#### 4.5. ÇALIŞMA GURUBUNU OLUŞTURAN KADINLARIN DURUMLULUK VE SÜREKLİLİK ANKSİYETELERİ İLE DİĞER ÖZELLİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR.

Bu bölümde kadınların Durumluluk ve Sürekli anksiyetesi ortalamalarının karşılaştırılması, Durumluluk ve Sürekli anksiyete düzeylerinin demografik, obstetrik özellikleri arasındaki ilişki tablolandı.

Tablo 9. Kadınların Durumluluk ve Sürekli anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Ort±SS
<b>Sürekli anksiyete düzeyi</b>	40,33±7,97
<b>Danışmanlık öncesi anksiyete düzeyi</b>	39,99±7,47
<b>Danışmanlık sonrası anksiyete düzeyi</b>	40,49±8,15
<b>F</b>	0,042
<b>p</b>	0,838

Sürekli, danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir (p=0,838).

Tablo 10. Kadınların yaş gurupları ile Durumluluk ve Sürekli anksiyeteleri arasındaki ilişki

	<25 Yaş n:23	26-35 Yaş n:67	>36 Yaş n:28	F	p
<b>Sürekli anksiyete düzeyi</b>	49,3±6,3	50,37±7,37	49,71±6,28	0,237	0,79
<b>Danışmanlık öncesi durumluluk anksiyete düzeyi</b>	40,43±7,64	39,18±7,2	41,55±7,94	1,078	0,344
<b>Danışmanlık sonrası durumluluk anksiyete düzeyi</b>	39,87±7,04	40,93±8,32	42,34±7,92	1,238	0,143

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş guruplarının Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,79).

<25 yaş, 26-35 yaş, >36 Yaş guruplarının danışmanlık öncesi ve sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,344, p=0,143).

Tablo 11. Kadınların meslekleri ile Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	Ev hanımı n:103	İşçi n:9	Serbest Meslek n:6	F	p
<b>Sürekli anksiyete düzeyi</b>	50,28±6,99	46,33±6,16	50,83±4,96	1,416	0,247
<b>Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi</b>	40,3±7,46	36,78±5,89	39,33±9,85	0,946	0,391
<b>Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi</b>	40,6±8,37	37,67±7,07	42,83±4,71	0,795	0,454

Ev hanımı, işçi, serbest meslek guruplarının Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,247).

Ev hanımı, işçi, serbest meslek guruplarının danışmanlık öncesi ve sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,391, p=0,454).

Tablo 12. Kadınların eğitim durumları ile Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

ilişki

	Okumadım n:17	İlköğretim n:77	Lise n:24	F	p
Sürekli anksiyete düzeyi	49,65±7,38	50,42±6,78	48,96±7,03	0,433	0,65
Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi	42,59±7,2	39,43±7,9	40±5,92	1,254	0,289
Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi	43,47±8,79	40,18±8,56	39,42±5,75	1,414	0,247

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,65).

Okumadım, ilköğretim, lise gruplarının danışmanlık öncesi ve sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,289, p=0,247).

Tablo 13. Kadınların gelir durumları ile Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	Gelirim Giderimi Karşılamiyor n:34	Gelir Gideri Kısmen Karşılıyor n:60	Gelirim Gideri Karşılıyor n:24	F	p
Sürekli anksiyete düzeyi	51,53±8,06	50,55±5,92	49,5±6,4	2,369	0,085
Danışmanlık öncesi sürekli anksiyete düzeyi	41,62±7,66	40,15±7,59	37,29±6,37	2,441	0,092
Danışmanlık sonrası sürekli anksiyete düzeyi	42±10,57	39,89±6,89	39,92±7,26	0,811	0,447

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,085).

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının danışmanlık öncesi ve sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,092, p=0,447).

Tablo 14. Kadınların doğum sayıları ile Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	<2 Doğum	3-4 Doğum	>5 Doğum	F	p
Sürekli anksiyete düzeyi	49,89±7,24	50,33±6,75	49,63±4,1	0,06	0,94
Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi	39,64±7,85	40±6,35	43,25±8,6	0,84	0,434
Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi	39,59±8,17	42,06±8,22	42±7,21	1,27	0,285

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,94).

<2 doğum, 3-4 doğum, <5 doğum yapan grupların danışmanlık öncesi ve sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,434, p=0,285).

Tablo 15. Kadınların daha önceki kürtaj sayıları ile Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	Kürtaj olmamış n:64	Kürtaj olmuş n:56	F	p
Sürekli anksiyete düzeyi	50,72±6,82	48,55±6,57	1,542	0,809
Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi	40,40±8,5	40,08±7,59	0,175	0,861
Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi	41,55±8,78	41,88±8,51	0,177	0,860

Daha önceki kürtaj olmayanlarla,bir veya daha fazla kürtaj olanların Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,809).

Daha önceki kürtaj olmayanlarla,bir veya daha fazla kürtaj olanların danışmanlık öncesi durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,861).

Daha önceki kürtaj olmayanlarla,bir veya daha fazla kürtaj olanların danışmanlık sonrası durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,860).

Tablo 16.Kürtaj kararına katılanların Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	Kürtaj kararını partneri ile birlikte almış n:72	Kürtaj kararını partneri ile birlikte almamış n:48	F	p
Sürekli anksiyete düzeyi	50,46±7,04	50,15±7,23	0,195	0,846
Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi	39,25±7,41	40,12±6,87	1,947	0,536
Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi	39,97±7,87	41,56±7,70	1,039	0,304

Kürtaj olmaya partneri ile birlikte karar veren veya partneri ile birlikte karar vermeyen kadınların Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir (p=0,846).

Kürtaj olmaya partneri ile birlikte karar veren veya partneri ile birlikte karar vermeyen kadınların danışmanlık öncesi durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,536$ ).

Kürtaj olmaya partneri ile birlikte karar veren veya partneri ile birlikte karar vermeyen kadınların danışmanlık sonrası durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,304$ ).

Tablo 17.Kadınların kürtaj yaptırma sebebinin Durumluluk ve Süreklilik anksiyeteleri arasındaki ilişki

	<b>Ekonomik sebepler</b>	<b>Ekonomik olmayan sebepler</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>n:38</b>	<b>n:82</b>		
<b>Sürekli anksiyete düzeyi</b>	50,48±6,84	49,33±7,58	0,740	0,465
<b>Danışmanlık öncesi Durumluluk anksiyete düzeyi</b>	39,52±7,34	41,64±7,67	1,193	0,240
<b>Danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyi</b>	41,08±6,84	40,11±8,45	0,489	0,628

Kürtaj yaptırma sebebi Ekonomik sebeplerden dolayı olanlarla ,olmayanların Sürekli anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,465$ ).

Kürtaj yaptırma sebebi Ekonomik sebeplerden dolayı olanlarla ,olmayan kadınların danışmanlık öncesi durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,240$ ).

Kürtaj yaptırma sebebi Ekonomik sebeplerden dolayı olanlarla ,olmayan kadınların danışmanlık sonrası durumluluk anksiyete düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir ( $p=0,628$ ).

## 5.TARTIŞMA

İstenmeyen gebelik kadının yaşamındaki stresli olaylardan biri olarak kabul

edilmektedir. Gebelik sonlandırmanın cerrahi bir işlem olması gelişen teknoloji ile azalsa da var olan sağlık risklerinin ötesinde kadınlar için anksiyete kaynağı oluşturarak, fiziksel ve ruhsal sağlığı önemli derecede etkilemektedir(5,13). Kadının fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması aile ve toplum sağlığı açısından önem taşıyan bir konudur(9).

Bu çalışmada istenmeyen gebeliklerin yaratacağı anksiyetenin, eğitimle azaltılacağı varsayımı sınanmış, sonuçlar literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamızda kadınların %19,2'si 25 yaşından küçük %56,7' sinin 26–35 yaş %24,2'si 36 ve üzeri yaş gurubunda yer aldığı bulundu (Tablo.1). İstanbul'da Haseki Eğitim ve Araştırma hastanesine gebelik sonlandırmak için başvuran kadınların %92'sinin 20–29 yaş gurubu olduğunu bulan Yılmaz'ın araştırma sonucu ile sonucumuz benzer bulunmuştur(80).

Çalışmaya katılan kadınların %63,3'ünün 2 veya daha az,%30'unun 3–4 ,%6,7'sinin 5 veya daha çok doğumunun olduğu gözlenmiştir. Bu sonuçlar araştırmaya katılan yaş gurubunda yaşına uygun beklenen doğum sayısı ile uyumlu bulunması ile açıklanabilir.

Ayrıca çalışmamızda kadınların 35 ve üzeri yaş grubunun doğum sayısı yüksek olduğu gözlenmiştir. Yaş arttıkça doğum ve yaşayan çocuk sayısının yüksek bulunması beklenen bir bulgudur.

Sağlık ve eğitimin birbiri ile iç içe olduğu, eğitimin yükselmesinin sağlığa katkıda bulunacağı gerçektir. Çalışmamızda kadınların %14,4'ünün okumadığı,%65,8'inin ilköğretim,%20'sinin lise mezunu olduğu bulundu. Çalışma sonucumuz Taşkın'ın Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'ne kürtaj için başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur(77). 2003 nüfus sayımı verilerine göre Türkiye'de kadınların %21,8'inin eğitimi olmadığı, %53,7'sinin ilkokul, %7,4'ünün ortaokul, %17'sinin lise ve üzeri eğitimi olduğu bildirilmiştir(34). Çalışmamızı oluşturan kadınlarının ilkokul eğitimi olanların yüksek olma nedeni; ülkemizdeki kadınlarda eğitim düzeyi ilkokul olanların fazla olması ile açıklanabilir.

Ayrıca kadınlarımızın Lise ve üzeri eğitim grubunda 5 ve üzeri doğum sayısının sıfır olduğu gözlenmiştir. Bunun nedeni eğitim seviyesi arttıkça üreme sağlığı hizmetlerinden nasıl yararlanabileceklerini bilmeleri olduğunu düşünülmektedir.

Kadınlarımızın büyük çoğunluğunun ev hanımı oldukları bilinmektedir(1). Bu kadınlarımızın öğrenim düşüklüğüne, kocalarının ev dışı bir işte çalışmalarına izin vermemelerine, ev içinde ya da vasıfsız işçi olarak çalışmalarına bağlanmaktadır. Çalışmamızda kadınların %87,5'inin ev hanımı,%12,5'inin çalıştığı bulunmuştur(Tablo.1). Araştırma sonucumuz Gaziantep Doğum ve Kadın hastalıkları aile planlaması kliniğinde yapılan çalışmada kadınların %84,8'inin ev hanımı olması sonucu ile uyumlu

bulunmuştur(81). 2003 nüfus sayımı ve kadınlar üzerinde benzer konuda yapılan araştırmalar ile paralellik göstermektedir(34). Bu oranın yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Ülkemizde gelir dağılımında eşitsizlik sonucu; yıllık gelirin%70'ini nüfusun %30'luk kısmı, gelirin %30'unu nüfusun %70'lik kısmı almaktadır(44).Çalışmamızda %28,3'ünün geliri giderini karşılamadığı,%51,7'sinin geliri giderini kısmen karşıladığı,%20'sinin gelirinin giderini karşıladığı bulundu. Güngör ve arkadaşlarının (2004)çalışmasında;%60'ının gelirinin giderini karşılamadığı, %36,5'inin gelirinin orta olduğunu belirtmiştir(78). Kanber(1997)çalışmasında %29,7'sinin dar gelirli,%63,1'inin orta gelirli olduğu belirlenmiştir(24). Çalışma bulgumuz literatürle uyumlu olup, ülke gelir dağılımına da bakıldığında gelir giderini karşılamayan ve kısmen karşılayanların yüksek olması beklenen bulgudur. İstemli kürtaja başvuran ailelerin genel olarak ekonomik durumunun çok iyi olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda kadınların %53,3'ünün ilk,%30,8'inin ikinci,%15,8'inin 3 ve üzeri istemli kürtaji saptanmış. Hacer'in çalışmasında %61,9'unun ilk,%38,1'inin iki ve üzerinde (81), Mahmoudi(2001) çalışmasında kadınların %68,6 sı bir kez,%31,3'ünün iki ve üzeri(79), Saka ve arkadaşlarının(2004)çalışmasında, kadınların %78,6'sının bir,%21,4'ü iki ve üzeridir. Bulgularımız literatürle uyumludur.

İsteğe bağlı kürtaj en güvenli ve en basit işlemlerden birisi olmasına rağmen her cerrahi girişim gibi risk taşımaktadır. Çalışmamızda kadınların kürtajın kadın sağlığına %15'i zararlı,%17,5'i zararlı olmadığı,%67,5'i de bu konuda fikrim yok demiştir.

Hacer(2005)çalışmasında kadınların %44,8'i istemli kürtajın kadın sağlığına zarar verdiği(81);Saka ve arkadaşlarının(2004) çalışmasında %56'sının;Akçınar(1992) çalışmasında %52'sinin kürtajın kadın sağlığına zarar verdiğini belirtmiştir(42).

Çalışmamızda bu konuda fikri olmayanların yüksek olduğu görülmektedir. Bu sonuçlar çalışmamızda kadınların kürtaj konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürülebilir.

Gebeliğin sonlandırılmasına karar verilirken eşinin de karara katılımı destek görüp görmemesi açısından önem taşımaktadır. Türkiye'de istemli kürtaj olmak için eşin imzalı izni gereklidir(28). Çalışmamızda istemli kürtaj olmaya kadınların,%31,7'si kendim, %60'ı partneri ile birlikte karar vermiştir. Farklı çalışmalarda kürtajda karar verme durumuna bakıldığında; Saka ve arkadaşlarının(2004) çalışmasında %87,9'unun;Mahmoudi(2001) çalışmasında %73,6'sının(79);Demir ve arkadaşlarının(1995) çalışmasında %84,67'sinin(32);Yılmaz'ın(1998) çalışmasında%84'ünün(80); Akçınar ve arkadaşlarının çalışmasında %77'sinin eşi ile birlikte kürtaja karar verdiğini bildirmiştir(42).Çalışma sonucumuz Türkiye'de yapılan diğer çalışmaların arasında fark saptanmıştır. Çalışmamızda

kadınların kürtaj kararını eşleri ile birlikte alma oranı daha az bulunmuştur. Bu durum çalışmamızdaki serbest meslek gurubunda partnerinin kürtaj olacağını bilmemesi oranının fazla bulunması ile açıklanabilir.

Yaş gruplarının meslek, eğitim durumu, gelir durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Biz burada yaş guruplarının kürtaj olma nedenleri açısından farklılıklar bulmayı bekliyorduk. İlerde bu konu hakkın daha ayrıntılı çalışma yapılmasını umuyoruz.

Gelirim giderimi karşılamıyor, gelir gideri karşılıyor, gelirim gideri karşılıyor gruplarının meslek, eğitim durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Biz burada gelir durumu iyi olmayanların bunu kürtaj yaptırma sebebi olarak göstermesini beklerdik.

Türkiye'deki 2003 nüfus sayımına göre gebelik sonlandırma sebepleri arasında;%6,9 annede sağlık sorunu,%3,3'ü çocukta sağlık sorunu,%40,7'si başka çocuk istemediği için,%30,6'sı ekonomik sebeplerden dolayı kürtaj olmuşlardır (34). Çalışmamızda kadınların %31,7'si ekonomik sebepler,%23,3'ünün 2 yaşından küçük bebeğinin olması%3,3'ü etkili bir korunma yöntemi kullanırken gebe kaldığı,%4,2'si eşi istemediği,%6,7'si doktor önerisi ile%10,8'i gebe olduğunu bilmeden bebeğe zararlı ilaç kullandığı,%11,7'si planlamamış gebelik olduğu için kürtaja karar vermişlerdir. Eroğlu (1995)çalışmasında ,%74'ü yeterli çocuk sayısı,%62'si ekonomik sıkıntı,%28'i son çocuğunun küçük olduğunu(26), Demir ve arkadaşlarının(1995) çalışmasında %50,67'si yeterli çocuk sayısı %14,67'si küçük çocuğunun olması, %22,33'ü ekonomik zorluk, %6'sı yöntem kullanırken gebe kaldığı, %6,33'ü gebelikte ilaç kullandığı için kadınlar kürtaja karar verdiğini belirtmiştir(32). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda yeterli çocuk sayısı ilk sebep olarak görülürken bizim çalışmamızda ekonomik sebep ilk sırayı almıştır. Bu durum çalışmamızın kamu hastanesinde yapılmasından ve çalışmaya katılan kadınların %80'inin gelir durumunun iyi olmadığından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda okumayan, ilköğretim, lise ve üzeri eğitim guruplarının meslek, gelir durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Ev hanımı, işçi, serbest meslek gruplarının meslek, eğitim, gelir durumu, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi

değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Ayrıca <2 doğum, 3–4 doğum, <5 doğum yapan grupların meslek, eğitim durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Tablo 9’da görüldüğü gibi kadınların Sürekli, danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası Durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir

İstenmeyen gebeliği sonlandırmada yaşanan anksiyete düzeyinin kadının yaşı ile de ilgili olabileceği düşünülerek, çalışmamızda kadınlarımızın yaş gurupları ile sürekli ve durumluluk anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 10). Tülay’ın(1998) çalışmasında(80) ve başka konularda anksiyete düzeyleri ile yapılan Boyraz(82), Yanık’ın(84) ve Durademir’in(83) sonuçları da yaş ve durumluluk anksiyete düzeyleri arasında ilişki olmadığı bulduğumuz sonuçla uyumludur.

Çalışan kadınların ekonomik özgürlüklerinin olması sebebiyle çalışmayan kadınlara oranla özgüvenlerinin daha yüksek olacağı ve istenmeyen gebeliğin sonlandırılması gibi cerrahi işlem gerektiren bir durum karşısında anksiyetenin daha az yaşanacağından yola çıkarak, çalışma durumunun anksiyete üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmamızda (Tablo 11,13) çalışma ve ekonomik durumunun durumluluk ve sürekli anksiyete ortalaması üzerinde fark saptanmamıştır. Tülay(1998) araştırmasında da vaka gurubunu oluşturan çalışan veya çalışmayan kadınların anksiyete ortalamalarında fark bulunmamıştır.

Fazla sayıda doğum yapan kadınların istemediği gebeliği sonlandırmasında, benzer uygulama tecrübesi olduğundan işlem öncesi anksiyetesinin daha az olacağını yoksa istemedikleri gebeliğin sonlandırmasında meydana gelebilecek komplikasyonlardan ve gebeliğe son verilemeyeceğinden duydukları endişeyle anksiyetelerinin daha fazla mı olacağını merak ettiğimizden dolayı kadınların doğum sayıları ile durumluluk ve sürekli anksiyete ortalamalarını karşılaştırdık. Araştırmamızda doğum sayıları ile anksiyete ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi düşük olan kadınların karşılaştıkları sorunları çözmede daha fazla zorlanacakları ve anksiyete düzeyleri artacağı düşünülerek, anksiyete üzerine eğitimin etkisi değerlendirilmiştir. Araştırmamızda eğitim durumunun durumluluk ve sürekli anksiyete ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Tablo.12). Anksiyete düzeyi ile ilgili Durademir’in(83) araştırmasında da eğitimin anksiyete ortalaması üzerine etkisi az olduğu saptanıp, bunu vaka sayısının az olmasına bağlamıştır. Bizim kişi sayımız 120 olmasına rağmen eğitimin anksiyete üzerine etkisi sonucu değişmemiştir.

Daha önce kürtaj olan kadınların anksiyete düzeylerinin ,kürtaj olanlara göre daha az olmasını bekledik. Çalışmamızda daha önce kürtaj olan kadınlarla,daha önce kürtaj olmayan kadınların eğitim öncesi ve eğitim sonrası anksiyete düzeyleri puan ortalamalarının anlamlı derecede değişmediği saptanmıştır(Tablo 15).Vaka gurubumuzun olmadığından dolayı verdiğimiz eğitimin hipotezimi doğrulayıp doğrulamadığını söyleyememekle birlikte kadınların anksiyete düzeylerinin sabit kalmasından dolayı da eğitimin olumlu yönde katkı yaptığı söylenebilir.

İstenmeyen gebeliğin sonlandırılması kararına katılanların durumluluk anksiyete düzeylerini nasıl etkileyeceğini belirlemek için,gurupları bu yönden değerlendirmeyi uygun bulduk.Araştırmamız sonucunda gebelik sonlandırma kararını veren kişiye göre durumluluk anksiyetesi ortalaması arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(Tablo 16).Bu sonuç Tülay'ın(1998) araştırması ile uyumluluk göstermektedir.

Araştırmamızda ekonomik sebeplerden dolayı kürtaj olanlarla diğer sebeplerden kürtaj olanların durumluluk anksiyete puan ortalamalarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası değişmediğini gördük(Tablo 17).Anlamlılık derecesinde olmasa da ekonomik sebepten dolayı kürtaj yaptıranların eğitim sonrası durumluluk anksiyete puan ortalaması artarken,ekonomik sebep dışı kürtaj kararı alanların eğitim sonrası durumluluk anksiyete puan ortalaması azaldığı görülmüştür.Bu durum çalışmaya katılan kadınların %80'inin ekonomik olarak yeterli olmadığı ,fakat sadece %31,7'sinin kürtaj sebebini birinci planda ekonomik sebebe bağlaması ile açıklanabilir.

## 6.SONUÇ

İstenmeyen gebelikleri sonlandırırken kadınlarımızın doğurganlıklarını kontrol edebilecekleri bilinç ve olanaklara erişmeleri ve bu konuda tekrar anksiyete yaşamamaları

için, kontraseptif yöntemlerle ilgili danışmanlık almaları önemlidir(84). Verilen eğitim kadının aynı sebeple tekrar anksiyete yaşamaması açısından, etkin bir yöntem kullanmaya başlaması ve eve döndüklerinde kliniğe başvurmalarını gerektiren durumları bilmeleri, gebelik sonlandırmaya bağlı komplikasyonların erken tanınması açısından da bir kazanç olarak değerlendirilebilir. Bu konuda yapılan başka çalışmalar da gebelik sonlandırma öncesinde alınan eğitimle işlem sonrası etkin kontraseptif kullanımının arttığı bulunmuştur(3,18).

Bu araştırmada istenmeyen gebelikleri sonlandırmak amacıyla Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran kadınlarda eğitimin anksiyete düzeyine etkisini değerlendirmek üzere gerçekleştirilmiştir. Araştırmamızda istemli kürtaj öncesi verilen eğitimin durumluluk anksiyete ortalamasını düşürmediğinin gözlenmesi eğitimin gereksiz olduğunu düşündürmemelidir. Eğitim sonrası durumluluk anksiyetesinin düşmemesinin sebebi; Kadınların eğitim sonrası kısa zaman içinde kürtaj olacakları olabilir. Eğitim anksiyete seviyesini azaltacakken, hemen sonrası kürtaj olacakları için beklenen etkiye ulaşılmamış olabilir. Önerimiz istemli kürtajlarda eğitimin işlemde en azından bir gün önce verilip başka araştırmalarla test edilmesidir.

Ayrıca çalışmamızda kontrol gurubumuzun olmaması da verdiğimiz eğitimin anksiyete üzerine olumlu veya olumsuz etkisini değerlendirme yapmamızı engellemiştir. Kontrol gurubumuzun olmaması hipotezimizi tam olarak test etmemizi olanaksız kılmıştır.

## **7.ÖZET**

Bu araştırmada istenmeyen gebelikleri sonlandırmak amacıyla Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Polikliniğine başvuran 120 kadında eğitimin anksiyete

düzeyine etkisini değerlendirmek üzere gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Anket sonucu ve Spielberger'in Durumluluk-Sürekli Kaygı Envanterinden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu grupların tekrarlayan ölçümlerinde eşlendirilmiş tek yönlü varyans analizi, gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, nitel verilerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışma gurubunun %19,2'si 25 yaşından küçük,%56,7' sinin 26-35 yaş,%24,2'si 36 yaşından büyük olduğu, bunların %87,5'inin ev hanımı,%12,5'inin çalıştığı ,%14,4'ünün okumadığı,%65,8'inin ilköğretim,%20'sinin lise mezunu olduğu, %28,3'ünün geliri giderini karşılamadığı,%51,7'sinin geliri giderini kısmen karşıladığı,%20'sinin gelirinin giderini karşıladığı bulundu.

Çalışma gurubunun %63,3'ünün 2 veya daha az,%30'unun 3-4 ,%6,7'sinin 5 veya daha çok doğumunun olduğu,%53,3'ünün hiç kürtaj olmadığı,%15,8'inin 2 ve üzeri kürtajı olduğu bulundu.

Çalışmamızda kadınların %31,7'si ekonomik nedenler,%23,3'ünün 2 yaşından küçük bebeğinin olması%3,3'ü etkili bir korunma yöntemi kullanırken gebe kaldığı,%4,2'si eşi istemediği,%6,7'si doktor önerisi ile,%10,8'i gebe olduğunu bilmeden bebeğe zararlı ilaç kullandığı,%11,7'si planlamamış gebelik olduğu için kürtaja karar vermişlerdir

Çalışma gurubunu oluşturan kadınların %99,2'sinin partnerlerinin kürtajdan haberi olduğu,%31,7'si kürtaj olmaya kendinin karar verdiğini,%4,2'si eşinin karar verdiğini,%60'ı her ikisinin kararı olduğu,%15'i kürtajın sağlıklarına zararlı olduğunu,%17,5'inin zararlı olmadığı,%67,5'inin bu konuda fikir beyan etmediği bulundu

Ayrıca kadınlarımızın Lise ve üzeri eğitim grubunda 5 ve üzeri doğum sayısının sıfır olduğu,35 ve üzeri yaş grubunun doğum sayısı yüksek olduğu gözlenmiştir.

Yaş gruplarının meslek, eğitim durumu, gelir durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır

Eğitim düzeyinin meslek, gelir durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi ile ilişkisi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır.

Kadınların gelir ve çalışma durumu; eğitim, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir sonuç bulunmamıştır

Ayrıca kadınların doğum sayıları ile meslek, eğitim durumu, daha önceki kürtaj sayısı, kürtaj yaptırma sebebi, kürtaj olma kararı veren kişi, sağlığa zararlı olup olmadığı düşüncesi, partnerinin kürtaj olacağını bilip bilmemesi değerlendirilmiş anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Kadınların Sürekli anksiyete, danışmanlık öncesi ve danışmanlık sonrası durumluluk anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir. Ayrıca kadınlarımızın yaş gurupları, eğitim, doğum sayıları, eğitim ve çalışma durumları ile sürekli ve durumluluk anksiyete puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası değişmediği saptanmıştır.

## **8. KAYNAKLAR**

1. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.

2. Bulut, A., Şeniet, P.: Menstrual regülasyon ve aile planlaması, Kadın Doğum Derg., 3:3, sayfa 175-178, 1987.
3. Bulut, A., Toubia. N.: Hastanelerde Gebelik Sonlandırma Hizmetlerinin İşlerliği ve Etkinliği İstanbul Üniversitesi Ana Çocuk Sağlığı Enstitüsü, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1994.
4. Coşkun, A.: Ülkemizde ana çocuk sağlığı ve sorunları, I. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi İstanbul, 1992.
- 5- H. Coşkun, A., Karanisoğlu, H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Yayın No: 264, ETAM A:Ş. Web Ofset, Eskişehir, 1992.
6. Coşkun, A., Şahin, N.H., Kızılkaya, N., Yıldız, A.: Kuştepe Mahallesi Kadınların Demografik Özellikleri ve Üreme Sağlığı Sorunlarını Belirleyen Epidemiyolojik Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü Araştırma Fonu, İstanbul, 1997.
7. Çetin., T., Arıdoğan, N., Köker, L, Özden, A., Eskiocak, S.: Büyük gebeliklerin sonlandırılması için kliniğimizde uygulanan yöntemler ve sonuçlarının araştırılması, Kadın Doğum Derg., 3:4, sayfa 225-228, 1988
8. Fincancıoğlu, N.: Kahire Konferansı Çerçevesinde Üreme Sağlığı, Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı, İnsan Kaynağım Geliştirme Vakfı, Anadolu Matb. ve Tic. Koll. Şti, istanbul, 1995.
9. Güçsavaş, N., Güler, H., Sezgin, A., Bekar, M.: Sivas ili Kızılırmak ve Yeşilyurt Bölgelerinde 15-49 yaş grubu kadınların doğum, yaş, aralık ve tercihlerinin incelenmesi, II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, sayfa 178, 1990.
10. Gülerman, C, Durmuş, Z.: Menstrual Regulasyon Uygulaması ve Sonuçları. Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler, 1:1, 1990.
11. Hatcher, A.R., Kowal, D., Guest, F., Trassel, L, Stewart, F., Stewart, G.K., Bowen, S., Cates, W.: Koniraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım. Çeviri: Pınar Şenlet, Ed.: Ayşe Akın Dervişoğlu, Demircioğlu Matbaacılık, 1990.
12. Karanisoğlu H.: Anksiyete ve anksiyeteli hastada hemşirelik yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni,1:3, İstanbul, 1983.
13. Taşkın, L., İnanç, N., Kömürçü, N., Güçsavaş, N., Gençalp S.: Kürtaja başvuran kadınların duygularının incelenmesi, I.Ulusal Hemşireler Kongresi Bildirileri, sayfa 322, 1985.
14. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hemşirelik Hizmetleri Daire Başkanı ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Hemşirelikte "Etkinliğe Doğru Eylem, Ed.: Saadet Ülker, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995.

16. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 1993,
17. Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması 1994, T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, The Population Council, AVSC International., 1995.
18. Turan N.: İsteğe Bağlı Küretaj Yaptıran Kadınların Etkin ve Güvenli Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçebilmelerinde Danışmanlığın Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, İstanbul 1998,
19. Üreme sağlığına öncelik, insan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Kaynak Dergisi, sayı: 16, İstanbul, 1996.
20. Zevkliler, A., Acabey, B., Gökyayla, E.: Medeni Hukuk, Savaş Yayınları, Varan Ofset, Ankara, 5. Basım 1997.
21. Erdoğan, S.: Toplum sağlığı hemşireliğinde gelişmiş rol ve işlevler, Hemşirelik Bülteni, 23:6, sayfa 114, 1992.
22. Güçsavaş, N.: Aile planlaması hizmetleri içinde infertilite ve küretaj durumlarında hemşirenin rolü, Türk Hemşireler Dergisi, 2:36, 1986.
23. Velioğlu, P., Babadağ, K.: Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, ETAM A.Ş. Web-Ofset, Eskişehir, 1992.
24. KANBER, G.: Konya Bölgesinde istemli Düşük Yapan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Konya, 1997.
25. OZAYDIN, N., AKIN, A.: İstenmeyen Gebelikler ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri, Sağlık ve Toplum, 8(3-4): 55-60, Temmuz -Aralık 1998.
26. EROGLU, K.: İsteyerek Yapılan Düşüklerin Önlenmesinde Sağlık Eğitiminin Etkinliği, Hacettepe Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, Ankara, 1995
27. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, Ankara, 2002.
28. ÖZCAN, G.: İsteyerek Düşük (Küretaj) Yapan Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001.
29. TURAN, N.: İsteğe Bağlı Küretaj Yaptıran Kadınların Etkin ve Güvenli Bir Aile Planlaması Yöntemi Seçebilmelerinde Danışmanlığın Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.

30. AKIN, A., ÖZVARIŞ, B: İstenmeyen gebelikler ve İsteyerek Düşükler, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3073.doc> 13.05.2005 tarihinde ziyaret edilmiştir.

31.KATZ,N.:Abortion Statistics-World-U.S.-Demographics-Reasons  
<http://womensissues.about.com/cs/abortionstats/a/aaabortionstats.p.htm> 21.06.2005

32. DEMİR, Ü, SARIHAN, A.: Kürtaja Başvuran Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi-Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1), 1995.

33. SAKA, G., CEYLAN, A., ERTEM, M., İÇLİN, E.: Kadın Sağlığı Merkezinde İstemli Düşük Yaptıran Kadınların Özellikleri. Sağlık ve Toplum, 14(1): 73-77, Ocak-Mart 2004

34.Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara 2003

35. SUREN, C: Samsun Kent Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörler. 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, - Samsun, 2002.

36. SARIHAN, A., UNSAL, Ş.: Kürtajda Suçluluk. Hemşirelik Forumu Dergisi, 6(3): 19-26, Mayıs-Haziran,2003.

37. [http://www.safemotherhood.org/facts\\_and\\_figures/maternal\\_mortality.htm](http://www.safemotherhood.org/facts_and_figures/maternal_mortality.htm) "Maternal Mortality" 27.10.2004.

38. ŞENOL, YY, DÖNMEZ, L.: Antalya Kütükçü 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15-49 Yaş Evli Kadınlarda İsteyerek Düşük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 12(4): 62-66, Ekim-Aralık, 2002.

39. HATCHER,RA, KOWAL, D., GUEST, R, TRUSELL, J,STEWART, F,STEWART, GK, et al: Kontraseptif Yöntemler Uluslar Arası Basım, Demircioğlu Matbacılık, Ankara, 1990.

40. AKSOY, İ.: Kadın-Doğum, Türkiye Klinikleri. Ankara, 2001.

41. MUMCU, A.: Küretaj, <http://www.mumcu.com/html/article.php?sid=85>  
21.06.2005

42. AKÇINAR, M.: Kadınlarımızın Yasal Tahliyeye Başvurmak Zorunda Kalış Nedenleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992.

43. Eğiticiler İçin Aile Planlaması Kurs Rehberi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk

Sağlığı Anabilim Dalı John Hopkins Uluslararası Üreme Sağlığı Eğitim Programı, Ankara, 2000.

44. Aile Planlamasında Temel Bilgiler, İnsan Kaynaklarını Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1997.

45. AKIN, A.: Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 4-8, 2001.

46. İNCE, H.: Küretaj, [www.kadinlar.com/gebelik/küretaj.htm](http://www.kadinlar.com/gebelik/küretaj.htm) , 21.06.2005 .

47. ULUFER, F.: Kürtaja Başvuran Kadınların Kaygı Durumlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Doktora Tezi, İzmir, 1992.

48. OZGUR, S.: Halk Sağlığı Ders Kitabı. Gaziantep, 2000.

49. BERTAN, M., GÜLER, Ç., editors:Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Grafiker Ofset, 2.Basım, Ankara 1997.

50. AÇIKALIN, İ: Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması, <http://saglik.tr.net/cinsel saglik turkive aile planlamasi.shtml>, 13.07.2005.

51. AKIN,A.,ÖZVARIŞ,B.:Aile planlaması, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/TR/DS/7/3649.doc>,31.08.2005

52. DICZFALUSY, E.: Population Growth: Too Much, Too Little, or Both. IPPF Medical Bulletin, 36(1): 1-2, 2002.

53. GÜRİZ, A.: Türkiye'de Nüfus Politikası ve Hukuk Düzeni. Türkiye Kalkınma Vakfı Yayınları No.2, Sevinç Matbaası, Ankara, 1975.

54. ÖZALP, S., TANIR, HM.: İstenmeyen Gebelik ve Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkileri. Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı, 6(1): 42-44, Ocak-Şubat, 2001.

55. ÖNER, S.: Adana Doğumevi Hastanesinde Menstrüel Regülatör (MR) Uygulanan Kadınların Tanımlayıcı Özellikleri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Adana, 1996.

56. SENANAYAKE, P., DE SİLVA. U.: Abortion, Public Health, and Human Rights. IPPF Medical Bulletin, 37(4): 1-2, August 2003.

57. DERVİŞOĞLU, A., BULUT, A., FİNCANCIOĞLU,N., GÖKMEN, O.,KIRCALIOĞLU, N., ÖZALP, S., PEKCAN, H., TOMRUK, DG,: Aile Planlaması Klinik Uygulama El Kitabı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Nobel Tıp Kitapları. İstanbul, 1995.

58. PRITCHARD, J.A., MACDONALD, P.C, GANT, N.F., Williams Doğum Bilgisi. "Aborsiyon".Çev:YILMAZ, İAYDEMİR, V. 17. bs., Ankara: Güneş Kitabevi, 1989; 600-610.

59. ARI, D.: istenen ve istenmeyen Gebeliklerde Gebe Kadının Kişilik Özellikleri ve Anksiyete Düzeyi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1993.

60. Aile Planlaması ve İslam Dini, Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayın No:24, 4. Baskı. Ankara, 1999.
61. KOYUNCUER, A.: Kontrasepsiyon ve Türkiye'de Durum. *Sted*, 13(12):455-459, 2004.
62. AKARSU, MF, ORAL, E., YEDİGÖZ, V., ATASÜ, T., KAZANCIGİL, A., Terapötik Abortus. *Cerrahpaşa J Med*, 29(4): 175-179, 1998.
63. GÜRGAN, T., DEMİROL, A.: Infertiliteye Genel Bakış. *Aktüel Tıp Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, 6(1): 52-55, Ocak-Şubat, 2001.
64. Hançerlioğlu, O.: Felsefe Ansiklopedisi, c.III, Remzi Kitabevi, İstanbul,(1977).
65. Homey, K.: Çağımızın Tedirgin İnsanı, çev.: Yörükkan, A., Tür Yayınevi, İstanbul, (1990).
66. Selye, H.: "Hans Selye's Concept of Stress", *Encyclopediad Britannica Library Research*, Chicago II, Illinois, (1974).
67. Cüceloğlu, D.: İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, s:403-432, İstanbul,(1991).
68. Öztürk, O.: Psikanaliz ve Psikoterapi, Evrim Yayınevi, 2. bs., İstanbul, (1989).
69. Baymur, F.: Genel Psikoloji, Inkilap ve Aka Kitabevi, s: 253-272. İstanbul, (1978).
70. Plozza, L.B., Poldinger, W., Kröger, F.: *Psychosomatic Disorders in General Practice*, Editiones Roche, 3<sup>rd</sup> Edition, p: 157-167, Basel, İsviçre.(1989).
71. Spielberger, C.D.: *Anxiety: Current Trends in Theory and Research*, Academic Press, I-V:23-49, New York, (1972),
72. Le Compte, A., Öner, N.: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türk Toplumunda Geçerliliği, Boğaziçi Üniversitesi Basımevi, 1.bs., İstanbul, (1983)
73. Bauer, M., Bosch, G., Freyberger, H. ve ark.: *Psikiyatri*, çev: Koptagel, İ.G., Sermet Basımevi, 3, bs., Kırklareli, (1985).
74. Özbaydar, S.: *Eşikaltı Tembihlere Reaksiyon ve Şahsiyet Faktörleri*, Baha Matbaası, İstanbul, (1964).
75. "Stress", *Encyclopediad Britannica, Micropaedia*, c.IX, (1974).
76. Öner, N.: *Le Complate, A.: Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, I. Baskı, 1983.
77. Taşkın, L., İnanç, N., Kömürcü, N.; Güçsavaş; N.; Gençalp, S.: Kürtaja başvuran kadınların duygularının incelenmesi, *Ulusal Hemşireler Kongresi Bildirileri*, sayfa 322, 1985
78. GÜNGÖR, N., ÇEÇEN, D., ÖZBAŞARAN, F.: Manisa Organize Sanayi bölgesindeki Bir Tekstil Fabrikasında Çalışan 15-49 Yaş Kadınlara Aile Planlaması ve Kontraseptif Yöntemler

Konusunda Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi.Hemşirelik Formu,7(2): 17-26,Mart-Nisan,2004.

79.MAHMOUDİ,M.:15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemleri Kullanma Durumunu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi.Ege Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi,İzmir,2001.

80.YILMAZ,H.,İstenmeyen Gebeliğin Sonlandırılması Öncesinde Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Anksiyete Düzeyine Etkisi.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı .Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,30-54,1998.

81.HATİCE,R., İstemli kürtaj olan kadınların kürtaj olma nedenleri ve kürtaj sonrası yöntem seçimi dağılımının incelenmesi . Gaziantep Üniversitesi .Sağlık Bilimleri Enstitüsü .Hemşirelik Anabilim Dalı.Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep,2005.

82.Boyraz,S.,Meme tümörlerinde İlk Defa Işın Tedavisine Alınan Hastalarla Metastazdan Sonra Işın Tedavisi Alınan Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması,Yüksek Lisans Tezi,İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Programı,İstanbul,1990.

83.Durademir,A.B.:İlk kez Myokard Enfarktüsü Geçiren Hastalarda ve Hastaların Eşlerinde Anksiyete Düzeylerinin Saptanması,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Programı,İstanbul,1993.

84.Yanık,a.k.:İnfertil Kadınlarda Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Programı,İstanbul,1998.

85.Güzelant,A.,Emek,M.,Karababa,A.O.,Kırca,Ü.:Menstrüel Regülasyon uygulanan kadınlarda anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi,33.Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı,sayfa 234,Antalya,1997.

EK 1

Ad, soyadı:

Lütfen aşağıdaki her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra size uygun yere (x) işareti koyarak,.....boşlukları doldurarak cevaplayınız.

**1-Yaşınız** : .....

**2- Mesleğiniz** : (..)ev hanımı (..)öğrenci (..)memur (..)işçi (..)serbest meslek (..)diğer ise belirtiniz.....

**3-Eğitim durumunuz** : (..)okumadım (..)ilköğretim (..)lise (..)üniversite

**4- Gelir durumunuz:**

(..)Gelirim giderimi karşılamıyor (..)gelir gideri kısmen karşılıyor (..)gelirim gideri karşılıyor

**5-Doğum sayısı** : (0) (1) (2) (3) (4) (5) (...diğer)

**6-Daha Önceki Kürtaj sayısı** : (0) (1) (2) (3) (4) (5) (...diğer)

**7- Kürtaj yaptırma sebebiniz nedir?**

(..)belirtmek istemiyorum

(..)evlilik dışı olması (..)ekonomik nedenler (..)2 yaşından küçük bebeğinin olması

(..)eşim istemiyor (..)etkili korunma yöntemi kullanıyorken gebe kaldım ise hangisi

..... (..)gebe olduğumu bilmediğim için bebeğe zararlı ilaç kullandım

(..)doktor önerisi ile

(..)planlanmamış gebelik (..)tecavüze maruz kaldım (..)henüz yaşım genç (..)çalışmak Zorundayım bakıcım yok

**8-Eşiniz(partneriniz) kürtaj olacağını biliyor mu?** (..)evet (..)hayır

**9-Kürtaj olmaya kim daha kararlı?** (..) Kendim (..)eşim(partnerim) (..)her ikimiz (..)aile yakınları

**10-Sizce kürtaj sağlığınız için zararlı olabilir mi?** (..)evet (..)hayır (..)fikrim yok

EK.2

STAI FORM TX - I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin Sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMİYLE
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

### EK.3

#### STAI FORM TX - 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlülerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

### PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç,(2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise(1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan

ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. “Huzursuzum” ifadesi doğrudan, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda “huzursuzum” ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, “kendimi sakin hissediyorum” ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35’ dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

#### PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelerine göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdeler (1, 5, 10 ) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.