

Derleme / Review Article

İstenmeyen gebelik ve güvenli olmayan düşüklerin çözümünde ebeğin rolü

Unwanted pregnancy and unsafe abortions of solution the role midwife's

Ayşegül Dönmez, Ayden Özkan Çoban, Funda Çitil Canbay

ÖZET

Dünyada 2013 yılında her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı önlenemez nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Ölüm nedenlerinin çoğunluğu kanama, hipertansiyon, enfeksiyonlar ve önceden var olan sağlık koşulları ile gebelik arasındaki etkileşimle oluşan dolaylı nedenlerdir. Gelişmekte olan bir ülkede, bir kadının hayatı boyunca annelik ile ilgili nedenler yüzünden ölme riski gelişmiş bir ülkede yaşayan kadına oranla yaklaşık çok daha yüksektir. Dünya'da çoğunluğu gelişmekte olan ülkelere olmak üzere (21.2 milyon) güvenli olmayan isteyerek düşük gerçekleştirilmektedir. Günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelere isteyerek düşükler, kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmaya devam etmekte ve hala üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Gebelikten korunma yöntemlerinin ve güvenli düşüklerin engellenmiş ya da yasaklanmış olan ülkelere isteyerek düşüğe bağlı ölümler daha çok görülmekte ve bu ölümlerin tamamına yakını gelişmekte olan ülkelere gerçekleşmektedir. Gebeliğin sonlandırıldığı klinikte aynı zamanda, bilgi ve beceri sahibi, motive edilmiş ebe ve hemşireler tarafından kontraseptif yöntemler hakkında danışmanlık verilerek yöntemin uygulanması, yöntem kullanımını arttırmada en başarılı modeldir. Ülkemizde de bu hizmetler uzman hekim dışındaki sağlık çalışanları (pratisyen hekimler, ebe ve hemşireler) tarafından 1983 yılından beri yasa çerçevesinde güvenli ve başarılı şekilde sunulmaktadır.

ABSTRACT

In 2013 the world every day can prevent complications linked to about 800 women have been killed for reasons of pregnancy and birth. The majority of death caused bleeding, hypertension, infections and indirect causes are formed by the interaction between pregnancy with pre-existing health conditions. Developing country, woman's risk of dying from maternity-related causes throughout his life is very higher than women living in a developed country. According to the World Health Organization, the majority of whom are in developed countries (21.2 million) unsafe abortion are performed. Nowadays, especially in developing countries abortions, it continues to be a major problem in women's health and is still the main cause of death among women of reproductive age. Methods of prevention pregnancy and safe abortions are blocked or banned in the countries abortion-related deaths more seen and almost all of these deaths take place in developing countries. The termination of pregnancy in the clinic at the same time, knowledge and skilled, giving advice on the implementation of the method of contraceptive methods by motivated midwives and nurses, increasing the use of method is the most successful model. In our country, these services are healthcare professionals other than specialist (general practitioners, midwives and nurses) in the framework of the law since 1983 is presented by safely and successfully.

Ebelik bölümü, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye.

Yazışma Adresi/Address for correspondence:

Ayşegül Dönmez,
Ebelik bölümü, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın, Türkiye.
ayseguldönmez@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

istenmeyen gebelik, isteyerek düşük, güvenli olmayan düşük

Key Words:

Unwanted pregnancy, wanted abortions, unsafe abortions

Gönderme Tarihi/Received Date:

24.01.2016

Kabul Tarihi/Accepted Date:

04.04.2016

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

02.08.2016

GİRİŞ

Dünyada 2013 yılında her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmiştir ve bu ölümlerin çoğu önlenilirdi. Ölüm nedenlerinin çoğunluğu kanama, hipertansiyon, enfeksiyonlar ve önceden var olan sağlık koşulları ile gebelik arasındaki etkileşimle ortaya çıkan dolaylı nedenlerdir. Gelişmekte olan bir ülkede, bir kadının hayatı boyunca annelik ile ilgili nedenler yüzünden ölme riski gelişmiş bir ülkede yaşayan bir kadına oranla çok daha yüksektir. Anne ölümleri ülkeler arasında, hem zengin ve fakir hem de kentsel ve kırsal alanlar arasında çok geniş farklılıklar gösteren bir sağlık göstergesidir. Dünyada çoğunluğu gelişmekte olan ülkelere olmak

üzere (21,2 milyon) güvenli olmayan isteyerek düşük gerçekleştirilmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki düşüğe bağlı anne ölümleri Latin Amerika ve Afrika ülkelerine göre çok daha azdır (1).

Günümüzde, özellikle gelişmekte olan ülkelere isteyerek düşükler, kadın sağlığında önemli bir sorun oluşturmaya devam etmekte ve hala üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Gebelikten korunma yöntemlerinin ve güvenli düşüklerin engellenmiş ya da yasaklanmış olan ülkelere isteyerek düşüğe bağlı ölümler daha çok görülmekte ve bu ölümlerin tamamına yakını gelişmekte olan ülkelere gerçekleşmektedir (2,3,4). Kontraseptif yöntemlerin kullanıma oranları, düşük hızlarına etkili

olan önemli etkenlerdendir. Aile planlaması hizmetlerine kolay ulaşılabilen ve kadınların bu hizmetlerden etkin yararlanabildiği ülkelerin düşük hızları, bu hizmetlerin yeterince uygulanamadığı ülkelere göre daha düşüktür (2,5,6).

İsteyerek düşük yaptıran kadınların %86,36'sı gelişmekte olan ülkelere, %13,63'ü ise gelişmiş olan üst gelir düzeyine sahip olan ülkelere yaşandığı bildirilmektedir (Tablo 1) (7). İsteyerek düşüğün yasal konumu açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklar bulunmasına karşın her bin kadın için gerçekleşen düşük hızları birbirine oldukça yakındır (sırasıyla 39 ve 34) (8). Dünyada her yıl oluşan yaklaşık 210 milyon civarında gebeliğin 1/3'ü plansız gebelikleri içermekte, bu gebeliklerin 46 milyonu isteyerek düşükle sonlandırılmakta ve 26 milyonu da isteyerek düşüğün yasal olduğu ülkelere gerçekleşmektedir. Gelişmiş ülkelere isteyerek düşüklerin neredeyse tamamının yasal ve güvenli düşük olması bu ülkelere yaşayan kadınların nitelikli düşük hizmetinden yararlanabilmesinden kaynaklanmaktadır (2,4).

Tablo 1. 2008 Yılı İsteyerek Düşük Sayıları (Milyon)

	Toplam	Güvenli düşükler	Güvenli olmayan düşükler
Dünya	43,8	22,2	21,6
Gelişmiş ülkeler	6,0	5,6	0,4
Gelişmekte olan ülkeler	37,8	16,6	21,2
Afrika	6,4	0,2	6,2
Asya	27,3	16,5	10,8
Latin Amerika	4,4	0,2	4,2
Avrupa	4,2	3,8	0,4
Kuzey Amerika	1,4	1,4	-

Kaynak: Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; Vol. 379. February 18.

Amerika'da düşük yasalarındaki değişikliği izleyen yıllarda düşüklere bağlı ölümler %73 oranında azalmıştır (4). Güney Afrika'da 1996'da isteyerek düşük yasasının değişmesinden önce ve sonra düşüklere bağlı olarak gelişen morbidite olgularının hastanelere başvuranlar arasında ağır durumda olanların oranı %16,5'den %9,7'ye, düşüklere bağlı ölümlerde ise 1998-2001 yılları arasında %91 oranında azaldığı izlenmiştir (9). Romanya'da, 1957 yılında isteğe bağlı düşük yasası yürürlüğe girdikten sonra 1960 yılındaki isteğe bağlı düşük nedeniyle ölümlerin 100.000 doğumda 20 olduğu belirlenmiştir. 1966 yılında düşükleri sınırlayan yasa değişikliğinden sonra ise maternal mortalite 1989 yılında yedi kat artarak 100.000'de 148'e ulaşmıştır.

İktidar değişikliğinin hemen ardından ilk değiştirilen yasalardan olan yeni liberal düşük yasasını izleyen yılda kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilmelerine bağlı olarak mortalitede %68 azalma ve 2002 yılında ise bu oran 100.000'de 9'a düştüğü gözlenmiştir (4).

Ülkemizde her beş yılda bir yapılan ve en önemli kadın sağlığı araştırması olan Türkiye Nüfus Sağlığı Araştırması (TNSA) 2013 verileri göstermektedir ki her ne kadar isteyerek düşük yapma düzeyi önceki yıllara göre azaldığı görülsede hizmet açığı devam etmektedir. İsteyerek düşük hızları TNSA verilerine göre; 1993 yılında ülke genelinde bu hız %23 düzeyinde iken, 2013 yılında %14'e düşmüştür. Ancak kendiliğinden düşük sayısı 2008 verilerinde %10,5 iken 2013 verilerinde %14 olarak artış gözlenmiştir. Ayrıca ülkemizde doğurganlık ve isteyerek düşük yapma düzeyi açısından bölgeler arasında önemli farklar bulunmaktadır. Yine TNSA 2013 verilerine bakıldığında, Doğu Anadolu'da toplam doğurganlık hızı 3,41, istenen doğurganlık hızı ise 2,5 iken, sırasıyla bu hızlar Batı Anadolu'da da 1,93 ve 1,7'dir. Batı Anadolu isteyerek düşük yapma hızı en yüksek (100 gebelikte 7), Doğu Anadolu bölgesinde ise en düşüktür (100 gebelikte 3). Düşüklerin %62,7'si gebeliğin ilk ayında gerçekleşmekte ve her beş düşükten yaklaşık dördü özel sağlık kuruluşlarında uygulanmaktadır. Kırsal kesimde özel sağlık kuruluşları, düşük hizmeti almak için daha sık tercih edilmektedir (10,11).

Ülkemizde oluşan gebeliklerin yaklaşık %40'ı en az bir risk faktörü içermektedir. 2013 yılında yapılan Türkiye Anne Ölümleri Araştırması'nda anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 15,9 olarak bulunmuştur. Anne ölüm oranının uluslararası karşılaştırmasında ise Dünya'da yüz bin canlı doğumda 210,0, Orta- Üst Gelir Grubu Ülkelerde 57,0, DSÖ Avrupa Bölgesi ve Üst Gelir Grubu Ülkelerde 17,0'dir (12).

İSTENMEYEN GEBELİK

“Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır.” (25). Bu tedbirlere rağmen oluşan gebelikler ise, isteyerek düşüklerin ve güvenli olmayan düşüklerin en büyük nedenidir. İstenmeyen gebelik nedenleri arasında ise evlilik dışı gebelikler öne çıkmaktadır. Bununla birlikte istemedikleri halde cinsel ilişkiye zorlanma, ensest ilişkiye ve tecavüze maruz kalma, gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi eksikliği olma, bu hizmetlere ulaşamama, yöntemlerin yanlış kullanma/başarısız olma, eşler arasında diyalogun yetersiz oluşu, kadının doğurganlığı ile ilgili karar verici olamaması, kadının toplumsal statüsünün düşük oluşu istenmeyen gebelik nedenlerindendir (2,4). Dünyanın

birçok ülkesinde, kadınların iş dünyasında daha fazla yer almaları, ekonomik koşullar, doğumların arasını açmak, kadınların doğurganlık tercihlerinde oluşan değişimler de istenmeyen gebelik nedenlerindendir (2,4,13,15). Dünya'da gebeliğin sonlandırılma nedenleri; en yüksek orandan başlayarak sırasıyla; kadının hayatını kurtarmak, fiziksel sağlığını ve ruh sağlığını korumak, tecavüz veya ensest, fetal nedenler, ekonomik ve/veya sosyal nedenlerdir (Tablo 2) (16).

Gebeliklerin zamanının planlanması için gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılması önemlidir. 1990 yılından itibaren 71 ülkede sürdürülen Nüfus ve Sağlık Araştırmaları sonuçlarına göre, dünyada 500 milyonu geliştirmekte olan ülkelerde olmak üzere yaklaşık 600 milyon evli kadın gebelikten korunma yöntemi kullanmaktadır. Geliştirmekte olan ülkelerde en sık kullanılan yöntemler tüp ligasyonu, oral kontraseptifler, enjekte edilen kontraseptifler ve rahim içi araçtır (RİA) (4).

Tablo 2. Gebeliklerin Sonlandırılma Nedenleri, 2011

Nedenler	Gelişmiş ülkeler (%)	Geliştirmekte olan ülkeler (%)
Kadının hayatını kurtarmak	96	97
Fiziksel sağlığını korumak	88	61
Ruh sağlığını korumak	86	58
Tecavüz veya ensest	86	39
Fetal nedenler	86	39
Ekonomik ve/veya sosyal nedenler	82	20
İstek doğrultusunda	71	16

Kaynak: United Nations World Abortion Policies 2013, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, NY, March 2013.

Dünyada pek çok kadın çeşitli nedenlerden dolayı etkin bir gebelikten korunma yöntemi kullanmamakta ya da kullandığı yöntemi etkili olarak kullanamamaktadır (2,4). Günümüzde kullanılmakta olan gebelikten korunma yöntemlerinin koruma etkisi sınırlı olup kesin çözüm gibi görülen cerrahi yöntemler (cerrahi sterilizasyon, vazektomi) ve deri altı implantları kullanımında bile gebelik görülebilmektedir (sırasıyla %0,5-%0,1) (8). Toplumsal ve politik etkenler nedeniyle de birçok kadın gebelikten yeterince korunamamakta ve istenmeyen gebelikler oluşmaktadır. Japonya, Kenya, Peru ve Meksika gibi ülkelerde de kadınların yarısı istemedikleri halde gebe kalmaktadırlar (8).

İsteyerek düşük, hem yasal olarak uygulanabildiği ülkelerde hem de yasal olmayan ülkelerde önemini korumakta ve isteyerek düşüğün yasalarla yasaklanması

onun yapılmasına engel olamamaktadır (6,9,15). İsteyerek düşüğün yasalarla sınırlandırılması yerine yasal olarak izin verilmesi anne ölümlerinin engellenmesinde önemli bir adımdır. Ancak isteyerek düşükle ilgili hizmet standartlarının oluşturularak, yaygın olarak sunulması, kolay ulaşılabilirliğinin ve denetiminin de sağlanması ile kadın sağlığının iyileştirilmesine önemli katkı yaptığı ve düşüğe bağlı anne ölümlerinin ve sakatlanmaların önlenmesi başlıca konulardır (14,17).

Düşüğün yasal olarak uygulandığı ülkelerde genellikle düşük hizmetlerine ulaşımın kolay olması ve uygulamanın eğitilmiş sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesinden dolayı güvenli olmayan düşükler daha az olmaktadır ve dolayısıyla bu güvenli olmayan isteyerek düşüklere bağlı ölüm vakaları da daha az görülmektedir. İsteyerek düşüğün yasalarla engellendiği ülkelerde ise, çok az sayıda kadın yasal olmayan yollardan sağlıklı düşük yapabiliyorken, kırsal bölgelerde yaşayan ya da yoksul kadınlar gebeliklerini kendi kendilerine güvensiz koşullarda sonlandırmaya çalışmaktadır. Genellikle düşüğün yasal ve güvenli olması birbirlerini tamamlasa da, düşüğün yasal uygulandığı bazı ülkelerde de güvenli olmayan düşüklere karşılaşılmaktadır. Bunun yanında düşüğün yasal olmadığı birçok ülkede ise sınırlı sayıda da olsa kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaştıkları bilinmektedir (2,5,17,18).

GÜVENLİ OLMAYAN DÜŞÜK

Sağlıklı olmayan şartlarda uygulanan düşükler, dünyada önemli bir kadın sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (2). Güvenli olmayan düşük, kadınların kendi imkânları ile ya da sağlık personeli olmayan kişi/kişilerin eşliğinde sağlıksız koşullarda ve tıbbi bir yöntem olmaksızın yapılan uygulamalardır. Aynı zamanda, sağlık personeli tarafından bir sağlık kuruluşunda olumsuz şartlarda uygulanan düşükleri de kapsamaktadır. Genellikle rahim içine katı bir cismin sokulması, rahim ağzının uygunsuz şekilde genişletilmesi ve kazınması, zararlı maddelerin içilmesi ya da dışarıdan fiziksel güç gibi kadın sağlığına ciddi zararlar verebilecek uygulamalarla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır (2,19,20). Güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak her yıl 68 bin kadın yaşamını yitirmekte ve 5,3 milyon kadın da hasta olmakta veya sakatlanmaktadır (2). Yasal sınırlamalar nedeni ile güvenli olmayan koşullarda gerçekleşen düşükler, kadın ölümlerine, hastalıklarına veya sakatlanmalarına neden olmaktadır (2,19,20).

Dünyada, son 20 yılda, güvenli ve kapsamlı kürtaj bakımının sağlanması, kanıt, teknolojiler ve insan hakları gerekçesi ölçüsünde gelişmiştir. Bu gelişmelere rağmen, Dünya Sağlık Örgütü'nün son hesaplamalarına göre, her yıl güvenli olmayan tahmini 22 milyon kürtaj (rahim tahliyesi veya cerrahi düşük) gerçekleşmekte,

bunlara bağlı olarak tahmini 47000 kadının ölümüyle ve 5 milyon kadının da sakatlanmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu ölümlerin ve sakatlıkların neredeyse tamamı cinsel eğitim, doğum, güvenli düşüğün ve yasal kürtajın sağlanması ve komplikasyonları için düşük sonrası bakım ve tedavi sağlanması yoluyla önlenabilir (1).

Güvenli olmayan isteyerek düşüğe bağlı mortalite ve morbidite riski oranları; düşüğü uygulayanın becerisi ve düşüğün yapıldığı ortamın koşulları, düşük için kullanılan yöntem ve kadının genel sağlık durumu, yaşı, doğum öyküsü, kronik bir hastalığının ve/veya cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonun varlığı, gebeliğin büyüklüğü gibi özelliklere bağlı olarak değişmektedir. Düşüğün ardından herhangi bir komplikasyon geliştikten sonraki mortalite ve morbidite riski oranları ise, tedavi hizmetlerine ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik ile belirlenmektedir. Tedavi edilmediği takdirde sepsis, kanama, genital ve abdominal travma, uterus perforasyonları, zehirlenmeler, gazlı gangren ya da akut böbrek yetmezliği gibi ölümcül sonuçlara neden olabilmektedir. Güvenli olmayan düşük sonrası kalıcı sakatlıklar da gelişebilir. Güvenli olmayan düşüklerin uzun süreli gelişen komplikasyonları; kronik pelvik ağrı, pelvik enflamatuvar hastalık (PID – Pelvic Inflammatory Disease), tubal tıkanıklıklar ve sekonder infertilite sayılabilir. Sağlıksız koşullarda uygulanan düşüklerden sonra, dış gebeliklere, erken doğumlara ve sonraki gebeliklerde kendiliğinden düşüklere daha sık rastlanmaktadır. Güvenli olmayan düşüklerin yaklaşık %20-30'unun genital yol enfeksiyonlarına neden olduğunu ve bu enfeksiyonların %20-40 kadarının PID ve infertilite ile sonlandığını göstermiştir (2,15,18,19,21).

DSÖ, güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi ve bunlara bağlı komplikasyonların uygun tedavi yöntemlerini desteklemek için 2003'de "Güvenli Düşük: sağlık sistemleri için uygulama rehberi" oluşturdu. Gelişen teknoloji ve bilimsel çalışma sonuçlarına göre 2012 yılında güncellenerek ikinci baskısı yayınlandı (22).

ÜLKEMİZDE DÜŞÜK YASALARI

Ülkemizde Cumhuriyet'in ilk yıllarında pronatalist bir politika izlendi. Çünkü Cumhuriyet 1923'de ilan edildiğinde ülkenin nüfusu yaklaşık 12-13 milyondur ve gerek uzun süren savaşlar gerekse de salgın hastalıkların yol açtığı kayıplar nedeniyle çalışabilen genç nüfus azalmıştı. Bu nedenle nüfus artışını sağlama politikalarının izlenmesi ile birlikte gebelikten korunma yöntemlerinin öğretilmesi, uygulanması ve isteyerek düşüklerin uygulanması da yasaklanmış oldu. Ancak hızlı nüfus artışının sakıncaları 1960'lı yıllara gelindiğinde kendini göstermeye başladı (17,18).

Ülkemizin planlı döneme girip pek çok konuda reform niteliğinde düzenlemelerin yapıldığı dönemde "nüfus olgusu" önem kazanmaya başlamış, 1965'de ilk nüfus planlaması yasası ve antinatalist bir yasa olan "557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. Yasa, aile planlaması uygulamalarını başlatmak ve kurumsallaştırmak adına çok önemli bir adımdır ve aynı zamanda ilk kez düşük hizmetlerinin ceza yasası kapsamı dışında ayrıntılı olarak değerlendirildiği bir yasadır (17). Yasanın kabul edilmesi ile aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme/egitim hizmetleri, geri dönüşümü olan aile planlaması yöntemleri için klinik hizmetlerinin sunulması ve sadece tıbbi nedenlerle yani anne ve/veya bebeğin sağlığının ve yaşamının riske girdiği, fetal anomali olasılığının olduğu durumlarda hekim raporuyla belgelenerek gebeliğin sonlandırılması ve benzer şekilde sadece tıbbi nedenlerle cerrahi sterilizasyon yöntemleri serbest bırakıldı. Bu yasa ile aile planlaması hizmetlerinin sunumunun yaygınlaştırılmasına aynı yıl içinde başlanmış olmasına rağmen, nüfus artış hızının istenilen düzeye inmemesi, isteyerek düşüğün yasak olması nedeniyle, güvenli olmayan düşüklerdeki artış ve buna bağlı ölümlerin giderek artması nedeniyle yeni yapısal ve yasal düzenlemeler gündeme gelmiştir (6,14,17,23,24). Öngörülen hedeflerin gerisinde kalışın nedenleri, "557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı'nın genel gerekçesinde şöyle açıklanmıştır: "Nüfus Planlaması Kanunu'nun uygulamaya konulduğundan bu yana onbeş seneyi aşkın bir süre geçmiş olmasına rağmen, nüfus artışının hızının azaltılması konusunda istenilen düzeyde başarı elde edilememiştir." (2). Henüz ilk Nüfus Planlaması yasası kabul edilmeden aileler etkisiz yöntemlerle istenmeyen gebeliklerden korunmaya çalışırken Nüfus Planlaması yasasının kabulünden sonra toplumun aile planlaması yöntemlerini kullanması giderek artmıştır. Ayrıca, ülkemiz için sorun olan bebek ölümleri ve düşükler giderek artmış ve yalnız düşük nedeniyle her yıl binlerce anne ölümü ya da sakatlanmaları devam etmiştir (4,6,14,17).

Gebeliğin belirli bir sürede, kadının isteği ile çocuk düşürme veya düşürtmenin suç olup olmaması hakkında 1971 yılında başlayan resmi inceleme ve tartışmalar ikinci nüfus planlaması yasası ve önemli değişikliklerin gerçekleştiği 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"un kabul edilmesiyle sonuçlanmıştır. 27 Mayıs 1983 tarihinde 18057 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren yasa ve yasayı tamamlayan 510 sayılı "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" ve "Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği" ile çocuk düşürme ve düşürtme eylemleri suç olmaktan çıkarılmıştır.

2827 Sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”: Yasa’nın amacı birinci maddesinde belirtilmiştir; “Nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyelerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin konuları düzenlemektir”. Yasada nüfus planlamasının tanımı ikinci maddesinde yapılmıştır: “Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır”.

Yasa’nın kabulü ile;

- Rahim içi araç (RİA) ve diğer geri dönüşü olan aile planlaması yöntemlerinin uygulanması için eğitim görerek sertifika almış ebe, hemşire ve pratisyen hekimlere yetki verilmesi,
- İsteğe bağlı olarak kadında ve erkekte cerrahi sterilizasyon hizmetleri yasallaştı,
- On haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması hizmetleri serbest bırakıldı ve manuel vakum aspirasyon (MVA) yöntemi ile gebeliğin sonlandırılması için sertifikalı pratisyen hekimlere yetki verildi (25).

İsteyerek düşük hizmetlerinin aile planlaması ile aynı yasa kapsamında değerlendirilmesi, ülkemizde eleştirilere neden olmuş olsa da, ilerleyen yıllarda, hastanelerde sunulan gebelik sonlandırılmalarının ardından, gebelikten korunma yöntemleri hakkında danışmanlık ve uygulama hizmetlerinin yetersiz oluşu ve istenmeyen gebeliklerin de çoğunluğunun aile planlaması konusundaki hizmet açığından kaynaklandığı belirtilerek iki konunun birlikte incelenmesinin önemi vurgulanmıştır (6,17).

Yasanın çıkışından sonra uygulamaya ve yaygınlaştırmaya yönelik pek çok araştırma ve pilot çalışmalar yapılmıştır. Çok sayıda ebe, hemşire ve pratisyen hekimin yasa da belirtilen koşullarda gebelikten korunma yöntemlerinin ve gebelik sonlandırma hizmetlerinde görev almak üzere eğitim almaları sağlandı (17,18). Aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve ulaşılabilirliğinin sağlanması için çeşitli projeler ve modeller geliştirildi. Sosyal Sigortalar Kurumu’na bağlı hastane ve dispanserlerde de isteyerek düşük ve aile planlaması hizmetlerinin sunulması için çeşitli projelerin desteğiyle açılan birimler bu hizmetlerin birleştirilmesinin mümkün olduğunu ve böylece aile planlaması hizmet gereksinimini karşılamada önemli bir fırsat yarattığını göstermiştir. Yeni yasanın kadın, anne sağlığı ve aile planlaması uygulamaları üzerindeki önemli etkileri olmuştur. İsteyerek düşük hizmeti kontraseptif kullanımının artmasına bağlı olarak giderek bir düşüş meydana gelmiş, öte yandan güvenli düşük hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla düşük komplikasyonları ve buna bağlı ölümler büyük ölçüde azalmıştır. Yasadan önce geleneksel yöntemlerin kullanımı daha yaygın (%32) ve etkili yöntemlerin kullanım oranları düşük (%18,0) iken yasa yı izleyen yıllarda geleneksel yöntem kullanımları düşüşe geçmiştir (Tablo 3) (11,17).

İstenmeyen gebelikleri önlemek için aile planlaması yöntemi kullanımı zaman içinde artmakla birlikte gebelikten korunma yöntemi kullanım sırasında (cerrahi yöntemler ve deri altı implantları kullanımında bile gebelik görülebilmektedir) ya da cinsel istismar, tecavüz gibi nedenlerle oluşan istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için sıklıkla isteyerek düşüklere başvurulmaktadır.

Tablo 3: Türkiye’de 1988-2013 Yılları Arasında Aile Planlaması Yöntemlerinin Kullanımındaki Değişimler (15-49 Yaşlarındaki Evli Kadınların Yüzde Dağılımı).

Gebeliği önleyici yöntem	TDSA-1988	TNSA-1993	TNSA-1998	TNSA-2003	TNSA-2008	TNSA-2013
Herhangi bir yöntem	63,4	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5
Herhangi bir modern yöntem	31,0	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4
Hap	6,2	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6
RİA	14,0	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8
Kondom	7,2	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8
Tüplerin bağlanması	1,7	2,9	4,2	5,7	8,3	9,4
Diğer modern yöntem	2,0	1,3	1,1	1,1	1,1	0,8
Herhangi bir geleneksel yöntem	32,3	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0
Takvim	3,5	1,0	1,1	1,1	0,6	0,3
Geri çekme	25,7	26,2	24,4	26,4	26,2	25,5
Diğer geleneksel yöntem	3,1	0,9	0,6	1,0	0,2	0,2
Halen yöntem kullanmıyor	36,6	37,4	36,1	29,0	27,0	26,5
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

Tablo 4'te de görüldüğü gibi ülkemizde isteyerek düşükler yeni yasanın uygulanması ile birlikte 1990'lı yıllardan sonra giderek azalmıştır (1988'de %23,6 olan isteyerek düşükler, 1993'de %18,0, 1998'de %14,5, 2003 TNSA %11,3, 2008 TNSA'da %10,0, 2013 TNSA'da ise %4,7'ye düşmüştür.). Yani isteyerek düşüğün ve gebelikten korunma yöntemlerinin yasallaşması ile isteyerek düşük oranlarında önemli azalmalar görülmekte ve güvenli olmayan düşüklere bağlı komplikasyonlarda ve anne ölümlerinde de büyük ölçüde azalmalar izlenmektedir (1981'de anne ölümleri her yüz bin canlı doğumda 132, 2006 her yüz bin canlı doğumda 28,5, 2013'de yüz bin canlı doğumda 15,9 olduğu izlenmiştir.) (11).

Tablo 4: Ülkemizde 1968-2013 Yılları Arasında İsteyerek Düşüklerin Yüzde Dağılımı.

Yıl	En az bir kez düşük yapan kadın sayısı	100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayısı	100 canlı doğuma karşı yapılan düşük sayısı
1968	10,1	17,2	26,0*
1973	-	17,3	27,0*
1978	33,6*	-	15,2
1983	-	12,1	15,4
1988	16,8	23,6	35,1
1993	28,0	18,0	26,0
1998	27,0	14,5	20,9
2003	24,0	11,3	13,9
2008	22,1	10,0	-
2013	23-14	4,7	-

Kaynak: Tezcan S. Ve Ergöçmen A.B., (2012) Türkiye'de isteyerek düşükler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.

*Kendiliğinden ve isteyerek düşükler birlikte değerlendirilmiştir.

İSTENMEYEN GEBELİKLERİN VE GÜVENLİ OLMAYAN DÜŞÜKLERİN ÇÖZÜMÜNDE EBE'NİN YERİ VE ÖNEMİ

İsteyerek düşük ülkemizde yasal olmasına ve çiftlerin de taleplerinin olmasına karşın hizmet sunumunda önemli eksiklikler olup kamu sağlık hizmeti sisteminde yeterince karşılanmamaktadır. TNSA-2013 verilerine göre isteyerek düşüklerin %61,9'u özel sektörde, %22,0'i devlet/numune hastanesinde, %9,3'ü doğumevinde ve %1,9'u üniversite hastanesinde gerçekleştirilmektedir. TNSA-2008'de ise isteyerek düşüklerin %26'sı devlet hastanelerinde, %70'i muayenehanelerde, %1'i ise

üniversite hastanelerinde yapılmıştır. Bu sonuçlar, ülkemizde isteyerek düşük hizmetine ulaşmadaki karşılanmayan gereksinimi göstermektedir. Yeterli sağlık personelinin olmayışı, iş yükünün çok olması, hizmetin ulaşılabilir olmayışı ve isteyerek düşük hizmetlerinin niteliğindeki bazı sıkıntılar kamu kuruluşlarının isteyerek düşük hizmetlerini karşılayamama nedenlerindendir (10,11,17).

Ülkemizde, 1983 yılında çıkan 2827 sayılı yasa ile isteyerek düşüğün belirlenen koşullarda gerçekleştirilmesi, pratisyen hekimlere Manuel Vakum Aspiratör (MVA) yöntemi ile isteyerek düşükleri sonlandırabilmeleri ve ebe/hemşirelere rahim içi araç uygulama yetkisinin verilmesini takip eden yıllarda hizmet sunumunda önemli değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu değişiklikler; isteyerek düşüğe ve güvenli olmayan düşüklere bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerini önlemiş ve oldukça azaltmıştır. İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı olarak hastane yatak işgali azalmış ve böylece sağlık hizmetlerindeki yükü azalmıştır. Yasadan hemen sonra isteyerek düşük oranları artmış ancak kontraseptif yöntemlerin kullanımı yaygınlaştıkça bu oran gittikçe azalmıştır. Ayrıca yeni yasadaki son ebe ve hemşirelerin uygulamaya katılmasıyla RİA kullanma oranları sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmış ve ilk kez, etkili kontraseptif yöntem kullanma oranı geleneksel yöntemlerin kullanımını geçmiştir (17).

Ülkemizde Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik'te (2014) ebe'nin görevleri; "a) Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemine yapar... f) Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır." olarak açıklanmıştır (26).

Dünya Sağlık Örgütü annelik bakımının, doğum sonrası komplikasyonların değerlendirilmesi, anne-bebek bağlanması, emzirme, sosyal destek ve eş desteği ile birlikte aile planlaması konularını da içermesini önermiştir (27). Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Rehberi'nde de, postpartum aile planlaması danışmanlığının önemi vurgulanmıştır (28).

Afganistan'da yapılan bir çalışma (2015), ebelerin kontraseptif danışmanlık hizmet sunumunu da içeren post abortif bakım hizmetlerinde etkinliğini vurgulamıştır. Post abortif bakım eğitim paketinde MVA ile gebelik sonlandırmasının eğitim sonrası ebelerin uygulayabileceğini belirtmiştir (29).

Nepal’de, hemşireler, 14 günlük bir eğitimden sonra MVA ile yüksek kaliteli gebelik sonlandırma hizmeti sunmuşlardır (30).

Gana’da 2010’da yapılan bir çalışmada, ebeklik bölümü eğitimcilerinin, ebelerin doğum ve kürtaj sonrası bakım hizmeti sunmalarının önemini vurgulamışlar ve bu eğitimleri okullarda vermeye gönüllü olduklarını belirtmişlerdir (31).

Güney Etiyopya’da Ebeklik ve Hemşirelik Bölümü’nün yaptığı bir çalışmada da; güvensiz düşükleri önlemede post abortif kontraseptif yöntemlerin sunumunun da önemini bildirmişlerdir. Olguların %68’i daha önce de kürtaj olmuştu ve %40,5’i asla gebelik istemiyordu (32).

Uganda’da yapılan bir fokus grup görüşmeleri çalışmasında da doktorlar ve ebeler, ebelerin ve istenmeyen gebeliklerde misoprostol uygulamalarında ve post abortif kontraseptif danışmanlıkta etkin olabileceğini belirtmişlerdir (33).

Güvenli annelik programları uygulanarak, istenmeyen ve yüksek riskli gebelikler, obstetrik komplikasyonlar ve ölüm riskleri azaltılmalıdır. İstenmeyen gebelikler, aile planlaması hizmet sunumlarının ulaşılabilirliği artırılarak gebelik oluşmadan önlenmelidir (34).

İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için hemşirelik girişimlerinde amaç, danışmanlık, yöntemlerin yan etkileri hakkında bilgi vermek ve böylece kadın için en uygun kontraseptif yöntemin seçilmesini sağlamak olmalıdır (35).

Sivas’ta acil kontrasepsiyonla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların, %76,24’ü başka çocuk istemediğini ve %78,3’ünün şimdiye kadar hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmadan cinsel ilişkide bulundukları tespit edilmiştir. Kadınların acil kontrasepsiyon yöntemleri hakkında profesyonel sağlık personeli (ebe, hemşire, doktor vb.) tarafından yapılacak etkin danışmanlık ve eğitim ile istenmeyen gebeliklerin önlenebileceği ve uzun vadede kadın sağlığının korunmasına katkı sağlanmış olacağı vurgulanmıştır (36).

Ülkemizin yakın geçmişinde sağlık ocaklarına Sağlık Bakanlığı tarafından hibe ya da bütçe yolu ile temin edilen oral kontraseptifler, rahim içi araçlar ve kondomlar başvuranlara ücretsiz olarak dağıtılmaktaydı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri 2002’de 298, 2013’de 183 taneydi. Kullanan kişi sayısı ise 2002’de 2.980.481, 2013’de 536.707 kişiydi (11). Sağlıkta dönüşüm programı ile dolaylı olarak engellenen kontraseptif yöntemlerin ücretsiz dağıtımına devam edilmelidir. Pratisyen hekimlerin kamu kuruluşlarında, isteyerek düşük hizmeti sunması güvenli olmayan düşüklerin önlenmesinde önemli olup, kaldırılması

yerine, yaygınlaştırılmalıdır (6).

Gebeliğin sonlandırıldığı klinikte aynı zamanda, bilgi ve beceri sahibi, motive edilmiş ebe ve hemşireler tarafından kontraseptif yöntemler hakkında danışmanlık verilerek yöntemin uygulanması, gebelikten korunma yöntemi kullanımını arttırmada en başarılı modeldir. Ayrıca, gebelikten korunma yöntemlerinin sunumunda ve gebelik sonlandırma işlemlerinin aynı oranda, uzman hekim dışındaki sağlık personeli tarafından uygulanabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (6). Ülkemizde de bu hizmetler uzman hekim dışındaki sağlık çalışanları (pratisyen hekimler, ebe ve hemşireler) tarafından 1983 yılından günümüze kadar uzanan sürede yasa çerçevesinde güvenli ve başarılı bir şekilde sunulmaktadır (6).

SONUÇ

İstenmeyen gebelikler ve güvenli olmayan düşükler kadın sağlığı üzerindeki etkisinden dolayı önemini hala korumaktadır. Toplum ve bireyle sürekli iletişim halinde bulunan ebeler, temel sorumluluklarından olan sağlık eğitimine sağlıklı gebelik, doğum ve gebelikten korunma yöntemleri konusunu entegre etmelidir ve hizmet verdikleri topluma konu hakkında rehberlik ederek yardımcı olmalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World health statistics 2014. Health status indicators. 2.World health. 3.Health services – statistics. 4.Mortality. 5.Morbidity. 6.Life expectancy. 7.Demography. 9.Statistics. I.World Health Organization
2. Çokar M (2006) Dünyada ve Türkiye’de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açısından Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 5-27.
3. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data World health statistics 2007. 1.Health status indicators. 2.World health. 3.Health services - statistics. 4.Mortality. 5.Life expectancy. 6.Demography. 7.Statistics. I.World Health Organization.
4. Gökgöl, T., (2012) İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler 1-9.
5. Prada E, Mirembe F, Ahmed FH, Nalwadda R, Kiggundu C: Abortion and postabortion care in Uganda: a report from health care professionals and health facilities. New York: The Alan Guttmacher Institute; 2005, 35-51.
6. Ortaylı, N. Ve Çağatay L. (2012) Bir bütünün parçaları: Gebelikten korunma ve isteyerek düşük, Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 61-74.
7. Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012; Lancet, 2012, 625-32.
8. Sharing responsibility: Women, society and abortion worldwide. The Alan Guttmacher Institute, New York, 1999, 6-42.54
9. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah IH: Unsafe abortion: the preventable pandemic. The Lancet 2006, 368:1908–1919.

10. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2008) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>, 43-107.
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2013) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 76-102.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı (2013) Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 15-25.
13. Öztürk G. Z. ve arkadaşları (2014) Aile Sağlığı Merkezine Gelen Kadın Hastaların Sezaryen ve Küretaj Hakkındaki Bilgi, Tutum, Davranışları ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst 2014;24 (1):1-8
14. Akın, A. (2011). Günümüz Türkiye'sinde Aile Planlaması Politikaları Sempozyum Kitabı. Türkiye'de Değişen Aile Planlaması Politikaları, 8-25.
15. Dölen, İ (2012). Kürtaj Gerçeği-Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (TJOD) Görüşü. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 75-82.
16. United Nations World Abortion Policies 2013, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, NY, March 2013, 1-2.
17. Akın, A., (2012) Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 43-60.
18. Tezcan S. Ve Ergömen A.B., (2012) Türkiye'de isteyerek düşükler. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 36-42.
19. World Health Organization: Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011, 15-30.
20. Taşkın, L., (2014). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 12. Baskı. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri Bölümü, Ankara 2014-07-21, 19-36.
21. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 9(1):47-54. 47.
22. Say, L. (2012). Güvenli Düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi;10, Özel Sayı 1: Düşükler, 24-29.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi Cilt I Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı Ankara, 2005, 1-51.
24. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM) (2008) Politika Dokümanı Kadın ve Sağlık. Fersa Ofset Baskı, Ankara. ss:1-29. ISBN 978-975-19-4361-3
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Nüfus Planlaması Hizmetleri Hakkında Kanun, Tüzük ve Yönetmelikler. 2827 Sayılı Resmi Gazete, Sayı:18059 Mayıs 1983.
26. Sağlık Bakanlığından: Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş Ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik (2014).
27. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.1.Postnatal care – standards. 2.Maternal welfare. 3.Infant, Newborn. 4.Guideline.I.World Health Organization. ISBN 978 92 4 150664 9 (NLM classification: WQ 500)WHO, 2013;S:1-5.
28. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2014;S:1-36.
29. Ansari et al. (2015). BMC Pregnancy and Childbirth (2015) 15:6. Assessing post-abortion care in health facilities in Afghanistan: a cross-sectional study.
30. Basnett I, Shrestha MK, Shah M, Pearson E, Thapa K, Andersen KL. Evaluation of nurse providers of comprehensive abortion care using MVA in Nepal. J Nepal Health Res Counc. 2012;10(1):5-9.
31. Voetage et al (2010). Midwifery tutors' capacity and willingness to teach contraception, post-abortion care, and legal pregnancy termination in Ghana. Voetage et al. Human Resources for Health 2010, 8:2 <http://www.human-resources-health.com/content/8/1/2>.
32. Tesfaye, et al. (2014). Induced Abortion and Associated Factors in Health Facilities of Guraghe Zone, Southern Ethiopia. Hindawi Publishing Corporation Journal of Pregnancy Volume 2014, Article ID 295732, 8 pages.
33. Paul et al. (2014). Barriers and facilitators in the provision of post-abortion care at district level in central Uganda – a qualitative study focusing on task sharing between physicians and midwives. BMC Health Services Research 14:28.
34. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, 2009, 2-17.
35. Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):67-99 © 2011, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658.
36. Doğaner, G., Bilgiç, D., Doğaner, A., Umut, Ü.F., Kürk, H., Çelik, E. (2011). 15 – 49 Yaş Kadınların Acil Kontrasepsiyona İlişkin Bilgi ve Tutumları. DEUHYO ED 2011, 4 (4), 159-164 Acil Kontrasepsiyon ve Bilgi Tutum Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi <http://www.deuhyoedergi.org> 159.

A.Q.1 : Kısa başlık mevcut değil

A.Q.2 : Running Title mevcut değil

© GATA. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted, noncommercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

Source of Support: Nil, Conflict of Interest: None declared