



From the Editor/ Editörden, iii-xiv
Ayşen Bulut

REVIEW / DERLEME

İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler/ A global perspective on abortion: Laws and experiences ,1-9
Turkiz Gökgöl

Safe abortion services: a reproductive health imperative / Güvenli düşük hizmetleri: Bir üreme sağlığı zorunluluğu,10-23
Iqbal H. Shah

Güvenli Düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi / Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems,24-29
Lale Say

Pregnancy Termination in Turkey: “Nereden Nereye...?*/ Türkiye’de Gebelik Sonlandırma: “Nereden Nereye...?**,30-35
Nahid Toubia

Türkiye’de isteyerek düşükler / Induced abortions in Turkey,36-42
Sabahat Tezcan , Banu Akadlı Ergöçmen

Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış/ Future perspectives on induced abortion and reproductive health services in light of the changing population and health policies in Turkey, 43-60
Ayşe Akın

Bir bütünün parçaları: Gebelikten korunma ve isteyerek düşük/ Contraception and induced abortion: Two indispensable pieces of a whole, 61-74
Nuriye Ortaylı, Levent Çağatay

Kürtaj Gerçeği - Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü/ Abortions: the realities- Opinion of Turkish Society of Obstetrics and Gynaecology, 75-82
İsmail Dölen

Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum/ Termination of pregnancy following prenatal diagnosis and legal status, 83-93
Aytül Çorbacıoğlu Esmer, Atıl Yüksel

Benim Bedenim, benim kararım: isteyerek düşüğün yasaklanmasına karşı sivil tepkinin etik boyutu/ My Body, my decision: Ethical aspects of civil reaction against induced abortion ban, 94-105
Muhtar Çokar

ISSN: 1304-1096, Electronic ISSN:1304-1088

A Journal of Peer-Reviewed Research Published by The Turkish Society of Public Health Specialist

© 2004, Turkish Society of Public Health Specialists /

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği

Journal Manager

Assoc. Prof. C. Tayyar Sasmaz

Journal Manager Assistant

Assoc. Prof. N. Ercument Beyhun

Editorial Board

Prof. Sibel Kalaca (Editor in Chief)

Prof. Muzaffer Eskiocak

Prof. Osman Gunay

Prof. Murat Topbas

Assoc. Prof. Nilay Etiler

Assoc. Prof. Nur Aksakal

Assoc. Prof. Yücel Demiral

Assoc. Prof. Ebru Turhan

Assist. Prof. A. Oner Kurt

Special Issue Editor

Prof. Dr. Aysen Bulut

English Edition

Prof R. W Guillery

Dergi Yöneticisi

Doç. Dr. C. Tayyar Şaşmaz

Dergi Yönetici Yardımcısı

Doç. Dr. N. Ercument Beyhun

Editörler Kurulu

Prof. Dr. Sibel Kalaça (Baş editör)

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Osman Günay

Prof. Dr. Murat Topbaş

Doç. Dr. Nilay Etiler

Doç. Dr. Nur Aksakal

Doç. Dr. Yücel Demiral

Doç. Dr. Ebru Turhan

Yrd. Doç. Dr. A. Öner Kurt

Özel Sayı Editörü

Prof. Dr. Aysen Bulut

İngilizce Düzeltme

Prof R. W Guillery

From Curettage to Induced Abortion

Dear Readers,

I became interested in women's health when I started to work as a health care center physician as part of my Public Health training. When I was a student, providing services for women's health was not an issue of concern. However, women were everything for the society... The children's lives and health and the well-being of the whole family all depended on women... When I realized that women were eager to accept gratefully any support provided to them, and that they were curious and open to learning, working for women became the most important mission of my professional life.

During 1977 to 1983, I was working as the head of the health care center and a public health specialist in the Çubuk region of Ankara. During this period, contraception was legal, but termination of unplanned pregnancies was not. Nevertheless, women expected services from us – they stated they have “come to have an abortion” when they realized that they had become pregnant unintentionally. When we asked them if they knew that induced abortions are prohibited in Turkey, they used to be astonished and asked us why they were prohibited. They had no education and were not informed about many things about life and health, but if they got pregnant unintentionally, they perceived termination as a natural right - and claimed that right.

I was touched by this special situation surrounding termination of unintended pregnancies. As I strived to spread birth control services in an effective manner in the region, I chose a rather difficult subject of research for my

dissertation on Public Health. The dissertation was based on a collection of prospective data with the purpose of “determining the number of unwanted pregnancies in a year and their reasons” in the population for which I was responsible for. The research was to provide me with information to better direct the services that we would provide in the future. Women in reproductive age were monitored regularly every three months and data were gathered for this purpose. During the research, I learned that women were ready for contraceptive use to prevent unwanted pregnancies instead of having abortions. This was true by itself, but their intentions could be more easily realized if certain care was provided¹. Most of the time, women tried almost anything to terminate unwanted pregnancies. Shortly after the conclusion of the research, abortion was liberalized and became a legal right for women in Turkey, along with special arrangements to expand family planning services.

Regardless of what the laws say, it is known since the first population research conducted in Turkey in 1963 that women with means find ways to have unwanted pregnancies terminated safely. The first legal change in 1965 allowing for termination of unwanted pregnancies permitted to legally end a pregnancy if there were medical reasons. Still, the number of women benefiting from this provision was very low. In 1983, the law granted all women the right to end pregnancies. However, discussions started about how everyone would equally benefit from this right, how it would be used, which services would be used to provide it. The number of obstetricians was limited and many other duties that they had to perform while

working in public hospitals were making it difficult for them to set aside time to provide abortion service. During discussions of the law that focused on developing a suitable service environment and receiving the support of Ob/Gyns working in public centers, model training centers were created for medical practitioners so they could acquire the skills to induce abortion with the help of a special, plastic injector working with manual vacuum (Manual Vacuum Aspirator - MVA) and it was determined that this could be successfully applied².

In addition to the research conducted for the implementation of MVA by medical practitioners, research provided the evidence that midwives and nurses could successfully insert and provide follow up care on IUDs³. Based on these scientific data collected with the support of the World Health Organization (WHO), the law that was passed in 1983 provided the means for the services of ending pregnancies and providing IUDs. These services were to be provided by a broader health personnel cadre and thus made services more widespread in this manner.

During the twenty years following the enactment of the law, there has been an abundance of research on implementation, pilot studies and several efforts of outreach. A great number of health specialists and medical practitioners were trained especially in the 1980s and 1990s with the purpose of taking a role in provision of services for contraceptive methods and services for terminating unwanted pregnancies within the framework set by the law. Models were developed in order to spread the services and to make use of prospective entry points for combining the services. For instance, research carried out by the Istanbul University with the support of the World Health Organization (WHO)⁴ to assess the effect and effectiveness of induced abortion services in public

institutions, and the implementations in the Maternal and Infant Health Training and Research Unit within Istanbul University revealed that it was possible to combine provision of induced abortion services and contraceptive methods, and that this approach had created a significant opportunity for meeting the demand for family planning.

Numerous efforts were made in Turkey for the development and spread of quality reproductive health services. Despite numerous social obstacles and certain situations that limit services, Turkish women are more fortunate than women living in neighboring countries when it comes to benefiting from reproductive health services. This opinion became stronger as I gained experience in consultancy projects in other countries.

I was happy to explain the setup in Turkey in the "Safe Abortion" meeting of the World Health Organization and proudly shared the activities that could set an example for other countries⁵.

The statement of our Prime Minister in May 2012 that he "perceived curettage (meaning induced abortion) as murder" worried me and made me sorry as it would to any specialist working for women and hence for the welfare of the Turkish society. As a specialist from the Turkish Gynecologists and Obstetricians Association said, "had I thought for forty years, I would not have considered that we (referring to our country) would be in this situation" ... At first I thought that the Prime Minister only shared his personal opinion, and that this was not important. I thought that he would probably get to know his country, and more importantly, the women, better, based on the reactions he will get. Then, however, the reactions and comments grew and shaped the agenda. The first letter inviting me to express an opinion about this matter was from a colleague of mine. My colleague had summarized the condition with a

personal standpoint by saying, “Erdoğan’s statement is a reflection of the neoliberal conservative understanding that equates women with motherhood and also reinforces its role in reproduction of labor” Ferhunde Özbay thought, “the government is intending to bring pack forbidding laws in order to increase fertility and the rate of increase of population.” She analyzed the matter in a news website along with population engineering ⁶. Much of the existing information about induced abortions in Turkey was discussed by those who were curious about the matter ^{7,8}. I am sure that through this process, our Prime Minister and members of the cabinet have gained extensive knowledge about abortions and hence will know the society and the women in the country better. Perhaps the fact that men are not sufficiently informed about this matter should be understood-sometimes they may not even know when their wives experience a pregnancy.

Different from curettage, “abortion” is described as “termination of the pregnancy product before it acquires life outside the body of the mother”. The Public Health Specialists Association wished to create a lasting document and offer an insight to the future by providing answers to matters of concern and to disseminate information among the specialists. This special issue of Turkish Journal of Public Health is the product of this request. We know that the wish and act to terminate unintended pregnancies, which I believe existed since the ancient times, means more than the word of “Curettage”. I was encouraged with this thought when the authorities of the journal requested me to be the editor of this issue, and their request became a duty for me. Our aim to academically put into words the concept of “Abortion” that has social dimensions about individual human rights and the position of women, has a special place within the framework of ethics and law and has significant

effects on demography and the health services. You would appreciate that this is not easy at all and we will be pleased if we can achieve this to a certain extent.

Fortunately, the Parliament has been on holiday! However, time flies. According to some unofficial information, abortion will be handled soon, under the name of qualified service and termination of pregnancies shall take place only in hospitals through a graded consultancy service and only by obstetricians ⁹. As in all services, this change will impose more limitations on those in need of these services. In our country, access and use of services differ according to place of settlement and level of education. Consequently, the implementation of the law as proposed will be harmful to the society and especially to the most vulnerable and disadvantaged groups. When changes made for the improvement of conditions cause worse results, this is referred to as “punitive quality”. I am afraid that this will also be an example that fits this description. On the contrary, it is necessary to increase the provision of easily accessible, widespread services in all regions. We expect the politicians and jurists to adopt the most important warning of service in medicine: Hippocrates’s “**Primum Non Nocere**”. The guide published by the World Health Organization for provision of safe abortion services, which is also referenced here, includes sufficient information about service standards. When this guide is reviewed, it can be seen that the existing law does not include any implementation contrary to it.

All specialists, whose valuable experiences and opinions we wished to get in this special edition accepted to provide support. I feel grateful for the support of researchers and colleagues with whom I have worked before, some of whom have been my instructors. This duty became an urgent activity for all of us during these hot summer days. There

is no doubt that the interest we have shown to the subject despite the tight schedule is an indicator of the importance we give to this subject. We should also acknowledge the meticulous contributions of Sibel Kalaca. It would never be enough no matter how much we thanked her. We could not have come together and have created this good work but for her.

In this special issue of the Turkish Journal of Public Health, **Türkiz Gökgöl** working with the same sensibility for all women living on the earth, presents the global dimension of the subject with the point of view of a specialist in the field. **Iqbal H. Shah**, is a social scientist who has closely witnessed the accomplishments of Turkey in this area (during his long affiliation with WHO), he discusses the evidence and the justification for providing safe abortion on the grounds of public health, reproductive rights and reproductive health. The Safe Abortion Guidance of the World Health Organization including recommendations for countries for provision of these services is introduced by **Lale Say**. There is a significant determination in this guide about "Abortion", which is the subject matter of the agenda. According to this guide, "Dilatation&Curretage is a method that is not up to date, it should be replaced by vacuum aspiration or medical methods".

Nahid Toubia shares her thoughts about the position and responsibilities of Turkey in the developing Middle East countries, with experiences gained in Turkey. **Sabahat Tezcan and Banu Akadlı Ergöçmen** carry the subject from global to local with the heading of "Induced Abortions in Turkey" and provide a summary of the legal changes and their effects in Turkey during the last eighty years with their wide perspective and a strong editing. **Ayşe Akın** analyzes the subject

in a detailed manner with the heading of, "an outlook at the future for induced abortions and reproductive health within the framework of changing population and health policies" and warns us about the threats we might face under the name of change.

Induced abortus is closely related with the concept of contraceptive use. **Nuriye Ortaylı and Levent Çağatay** examine the gains of Turkey in the regulation of reproductive behavior during the time since 1983, when induced abortions became legal.

The subject incorporates ethical discussions in an intensive manner. **İsmail Dölen** shares the opinion of the Turkish Gynecology and Obstetrics Association about the matter. As the Prime Minister described all terminations of pregnancies as murder and transformed it into a judicial subject, discussions about termination of pregnancies following prenatal diagnosis became part of the agenda. **Atıl Yüksel and Aytül Çorbacioğlu Esmer** summarize what needs to be known about the matter and present recommendations for developing legal requirements. New information will make it easier for Public Health Specialists to defend the continued provision of safe abortion.

Ethics is a discipline that we need to know closely in health just as in all areas. **Muhtar Çokar**, with his extensive knowledge about ethics, examines the debated agenda – the concept of abortions and the statements of the Prime Minister and the NGO movement that occurred afterwards and shares his contributions with us in detail.

On one hand we adopted the principle that the more knowledge and opinions we share, the more we develop, and we paid attention not to miss the big picture but still, there must be certain

subjects that we may have overlooked. We expect your understanding about the matter and expect you to contact us if you have further contributions.

When I was thinking about the matter after reading what Muhtar Cokar has written, I promised myself that I would be more careful about saying – writing what I think, however, still as a specialist and researcher that has worked for many years in this field, I would like to add what I have learned from women who have terminated pregnancies and the research made in this subject, and add them among the different opinions such as “*abortion is a right*”, “*women’s health should be protected, abortion is dangerous*”, “*abortion should be prevented in order to increase the population in the future*” defended by different groups: In general, women do not perceive abortion as a birth control method, they use it when there is an obligation. Manifestos of the International Planned Parenthood Federation ¹⁰ and ICPD (International Conference of Population and Development) are also in the same direction. Therefore, it is mandatory to pursue the abortion right but this is not sufficient. Induced abortion services should not be an ordinary implementation preferred by women instead of using contraceptives, it should be perceived as a service that should be provided. During the last population research in Turkey, only 5 of every hundred women reported to have terminated pregnancy two times and only 2 reported to have terminated three times in their life time. Those who have reported to have had induced abortions more are less than one percent. These findings reveal that the incident is not repeated frequently.

An attempt is made to facilitate the matter with easy methods, although it is being continuously developed, invasive is a process that requires intervention. In addition to the medical aspects of the

matter/process such as pain control, infection control, there are other and very important aspects of the matter that need to be considered and well managed: psychological processes, social and environmental processes, confirming the pregnancy, seeking services to verify it, important organizational works such as getting an appointment for the process or a solution, to get permission from work if the woman is working, finding a caregiver for children. Women should primarily use their right to prevent these difficulties / plan their pregnancies.

Induced abortions have numerous common traits with Public Health problems that could be prevented. Furthermore, how successful can a woman saying “I forgot even the number of my abortions” be in planning her life? From this perspective, making women well equipped should specifically be important in order to be able to prevent unwanted pregnancies.

However, service providers have an important duty. One of the subjects that women are very sensitive about is induced abortion. It is the time when they seek help to prevent it from repeating.

The most frequent method of birth control is coitus interruptus in women that have induced abortions in Turkey. With these findings, many publications suggest that effective birth control will be a solution for prevention of abortions. However, we should not forget that this method is the most common method used in the country and that however we only see in the clinics those who are unable to use the method successfully. There are many happy and effective users and we do not come across them in the clinics¹¹. There is a chance of pregnancy regardless of the method of birth control used.

If only all unwanted pregnancies could be prevented by contraceptive use. However, it is assumed that a woman,

who can be sexually active during the reproductive period of 30 years can face an unwanted pregnancy at least once in her life, even if she uses birth control. Years when first sexual activity starts, years close to menopause, breastfeeding and postnatal periods are the times with most surprises in terms of unwanted pregnancies. Women always but especially at these times seek their own solutions themselves and sometimes in an unhealthy manner if there isn't any

service that they can access. Turkey is a country where we proudly provide qualified health services in this area. It is the duty of all specialists to be informed about this matter and to work for its continuity.

I hope that women in our country will be able to protect this privilege forever and be able to benefit from qualified services.

Prof.Dr. Aysen Bulut

References

1. Bulut, A. Acceptance of effective contraceptive methods after induced abortion, *Studies In Family Planning* 1984; 15(6), 281-284.
2. Aile Planlaması Hekim Eğitim Rehberi, Akın D. A., Bulut A., Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 1986.
3. Akın, A., Tokgöz, T., Bulut, A. Midwives in family planning practice in Turkey, *Acta Reprod Turc* 1986; 8(1-2), 27-36.
4. Bulut, A., Toubia, N. Abortion services in two of public sector hospitals in İstanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?. In: *Abortion in the Developing World*, eds: Mundigo A.I., Indriso C. London, England , Zed Books, 1999: 259-78.
5. Bulut A. Abortion law reform, the Turkish experience, *Letters to the Editor, Reprod Health Matters* 2001; 9 (17), 210-211.
6. <http://bianet.org/konu/nusret-fisek>, 31 mayıs, 2012.
7. <http://mkoz.wordpress.com/2012/06/08/kurtaj-hakki-yazilari-bir-derleme/> 2 haziran 2012
<http://istifhanem.com/2012/06/02/lin-kler-02062012/> 8 haziran 2012
<http://halkinhikmeti.wordpress.com/2012/06/07/bebek-katili-devlet-ama-dusundugunuz-sekilde-degil/> 7 haziran 2012
<http://cumhuriyet.com.tr/?hn=340654>, 27 mayıs 2012
8. <http://bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/139422-gebelikten-korunmak-icin-nitelikli-hizmet-sart>, 29 haziran 2012
9. <http://www.haberturk.com/polemik/haber/759732-kurtaj-yaptiran-kadina-hapis>, 18 temmuz 2012.
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/S-howNew.aspx?id=21007870>, 18temmuz 2012.
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=21252897&tarikh=2012-08-18>
10. The International Planned Parenthood Federation (IPPF). *Charter on Sexual and Reproductive Rights*. IPPF, London, Reprinted 2003 (Bildirinin 1996 tarihli ilk baskısı Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından 1997 yılında Türkçe olarak yayımlanmıştır).
11. Ortaylı N., Bulut A., Özügürlü M., Çokar M. Why withdrawal why not withdrawal, men's perspective, *Reprod Health Matters* 2005; 13 (25): 164-173.

Kürtajdan İsteyerek Düşüklere

Sevgili Okuyucular,

Kadın sağlığına ilgi duymam Halk Sağlığı Uzmanı olarak yetişme sürecinde çalıştığım sağlık ocağı hekimliğinde başladı. Öğrenci olduğum zamanlar, tıp eğitiminde kadın sağlığını geliştirmek için hizmet sunmak, genelde üzerinde durulmayan bir dönemdi. Oysa kadınlar toplumun her şeyi idi. Çocuklarının yaşamı, sağlığı, ailenin bakımı hep kadınların elindeydi ama onlar öylesine sınırlıydılar ki... Kadınların kendilerine verilen her destek için alıcı, öğrenmek için bir o kadar da meraklı ve açık olduklarını fark ettiğimde, toplum hekimliği adına, kadınların bireysel gelişimi için çalışmak yapılması gereken en önemli iş oldu benim akademik yaşamımda.

1977-1983 yıllarında Ankara'nın Çubuk bölgesinde sağlık ocağı hekimi ve halk sağlığı uzmanı olarak çalıştım. O zamanlar gebelikten korunmak yasal, planlanmamış gebeliklerin sonlandırılması yasal değildi. Yine de bu kadınlar istemeden gebe olduklarını fark ettiklerinde, "çocuk aldırılmaya geldim" sözleriyle bizden hizmet beklerlerdi... Bilmiyor musunuz, çocuk aldırma yasak bu memlekette dediğimizde, şaşırıp neden yasak diye sorarlardı. İstemeden gebe kalmışlarsa bunun sonlandırılmasını doğal bir hak olarak algılayıp, talep ediyorlardı.

Bölgede gebelikten korunma hizmetlerinin nitelikli olarak yaygınlaştırılması için uğraşırken, bu özel durumdan etkilenmiş olmalıyım ki, uzmanlık tezi olarak sorumlu olduğum nüfusta, "bir yıl içinde olan istenmeyen gebelikleri belirlemek ve nedenlerini öğrenmek, sonuçlarını izlemek" amacı ile prospektif veri toplamaya dayalı zor bir araştırma konusu seçtim. Araştırma

sonunda, sunacağımız hizmetleri gelecekte daha iyi yönlendirebilmek için ipuçları elde edecektim. Bu amaçla üreme çağı kadınları her üç ayda bir düzenli olarak izlendiler, amaca yönelik bilgiler toplandı... Araştırmada, kadınların planlanmamış bir gebelikle karşılaşmamak için gebelikten korunmaya hazır olduklarını öğrendim. Bu niyet kendiliğinden vardı ama, özel olarak yardım edildiğinde bunu daha kolay gerçekleştirebiliyorlardı¹. Kadınlar, yasak olmasına rağmen, istemedikleri gebeliklerinden kurtulmak için de her yolu deniyorlar çoğu zaman. Araştırmadan yakın bir zaman sonra istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, gebelikten korunma hizmetlerinin yaygınlaştırılması için gereken özel düzenlemelerle birlikte, yasal bir hak oldu kadınlar için.

Türkiye'de yapılan ilk nüfus araştırmasından beri (1963), yasalar ne derse desin, daha çok olanağa sahip kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırmak için bir yol buldukları bilinmektedir. İsteyerek gebelik sonlandırmada, ilk yasal değişiklik 1965 de yapıldı ve tıbbi nedenler varsa, yasal olarak gebelik sonlandırmaya izin verildi. Yine de bu imkandan yararlanabilen kadın sayısı çok azdı. 1983 yılındaki yasa, isteğe bağlı gebelik sonlandırmayı, bütün kadınlar için bir hak olarak tanıdı. Ancak bu hakkın, herkesin eşit olarak yararlanabileceği şekilde nasıl kullanılabilceği, hangi hizmetle karşılanabileceği konu oldu o zamanlar. Kadın doğum uzmanlarının sayısı sınırlıydı ve kamu hastanelerindeki görev saatleri sırasında, sorumlu oldukları diğer birçok hizmet kalemi gebelik sonlandırmalara zaman ayırmalarını güçleştiriyordu. Yasa hazırlıkları sırasında

uygun hizmet ortamı geliştirilmesi için pratisyen hekimlerin, kamu sağlık kuruluşlarında kadın doğum hekimlerinin desteğinde, el vakumu ile çalışan plastik özel enjektör yardımı ile (Manuel Vakum Aspiratör-MVA) gebelik sonlandırma becerisi kazanabilmeleri için model eğitimler oluşturuldu ve bu uygulamanın başarı ile yapılabileceği belirlendi ².

Pratisyen hekimlerin MVA uygulaması için yetiştirildiği hizmet araştırması gibi, Türkiye’de ebe ve hemşirelerin rahim içi araç (RİA) uygulayabileceklerinin belirlendiği araştırma da, bu meslek gruplarının RİA uygulama ve takibini başarı ile yürütebileceğini gösterdi ³. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün de desteğinde oluşan bu bilimsel kanıtlara dayanarak 1983 yasası, gebelik sonlandırma ve RİA uygulama hizmetlerinin daha geniş bir sağlık personeli kadrosu tarafından sunulmasını ve böylece de hizmetlerin yaygınlaşmasının yolunu açmıştır.

Yasanın çıkışından sonraki yirmi yıl uygulamaya yönelik araştırma, pilot çalışma ve yaygınlaştırma çabalarıyla doludur. Özellikle 1980’ler ve doksanlarda çok sayıda yardımcı sağlık personeli ve pratisyen hekim yasada belirlenen çerçevede gebelikten korunma yöntemlerinin ve gebelik sonlandırma hizmetlerinin sunumunda rol almak üzere eğitildi. Hizmeti yaygınlaştırmak ve olası giriş noktalarını hizmetlerin birleştirilmesi için kullanmak üzere modeller geliştirildi. Örneğin, İstanbul Üniversitesi akademik şemsiyesi altında, kamu kuruluşlarında düşük hizmetlerinin etki ve etkinliğini değerlendirmek için DSÖ’nün desteği ile yürütülen çalışma⁴, ve İstanbul Üniversitesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi’nde uygulamalar gebelik sonlandırma hizmetleri ile gebelikten korunma yöntemleri sunumunun birleştirilmesinin mümkün olduğunu ve bu yaklaşımın aile planlaması gereksinimini karşılamada önemli bir fırsat yarattığını gösterdi.

Türkiye’de pek çok gayret sarf edildi nitelikli üreme sağlığı hizmetlerinin geliştirilip yaygınlaştırılması için. Genelde kadınlar, pek çok toplumsal engel ve hizmetleri sınırlayan kimi durumlara rağmen, bölgede yaşayan komşu ülke kadınlarına göre üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma açısından daha şanslıydılar... Bu görüşüm başka ülkelerde görev aldığım danışmanlık proje deneyimlerim doğrultusunda giderek pekişti.

Yıllar önce, Dünya Sağlık Örgütü’nün “Güvenli Düşük- Safe Abortion” toplantısında Türkiye’nin birikimini anlatıp, başka ülkelere örnek olabilecek etkinlikleri gururla paylaştığımda mutluluk duymuştum ⁵.

Başbakanımızın 2012 Mayıs ayında katıldığı bir uluslararası konferansta yaptığı konuşmada “kürtajı bir cinayet olarak görüyorum” beyanati, Türkiye’de kadınlar için, dolayısı ile toplumun iyiliği için, emek veren her uzman gibi zaman içinde beni de etkileyip üzdü. Bir jinekolog uzmanın “kırk yıl düşünsem, bu duruma düşeceğimiz (memleketimizi kastediyor) aklıma gelmezdi” dediği gibi... Ben önce “Başbakan kendi fikrini söylemiş, önemli değil. Alacağı tepkilerle memleketini, daha da önemlisi kadınları biraz daha iyi tanırsın belki?” görüşündeydim ama ardından çıkış gibi büyüyen tepkiler ve yorumlar gündemi geliştirdi. Beni bu konuda göreve çağıran ilk mektup bir çalışma arkadaşımdandı. Olayı, “Erdoğan’ın açıklaması kadını annelikle eşit gören, bir yandan da emeğin yeniden üretimindeki rolünü pekiştiren neoliberal muhafazakar anlayışın bir yansıması” sözleri ile özetlemişti kendi bakış açısı ile. Ferhunde Özbay, “İktidarın doğurganlık ve nüfus artış hızını yeniden yükseltmek için yasaklayıcı yasaları geri getirmek istemesini” sorgulayıp konuyu eskilerin nüfus mühendisliği ile kalkınma sevdası doğrultusunda irdeledi bir haber sitesinde ⁶. Türkiye’de düşüklüklerle ilgili var

olan pek çok bilgi paylaşıldı hemen merak edenlerle ^{7,8}. Bu vesile ile Başbakanımız ve hükümet üyeleri de düşüklerle ilgili bilgilerini geliştirmiş, dolayısı ile toplumu ve ülkenin kadınlarını daha iyi tanımış olacaklar eminim. Aslında bu konuda erkeklerin yeterince bilgi sahibi olmamasını, bir dereceye kadar, anlayışla karşılamak gerek. Kimi zaman, eşinin gebe olduğundan bile haberi olmayabiliyor onların.

“Gebelik ürününün anne bedeni dışında yaşam özelliği kazanmadan önce sonlanması” olarak tanımlanan “Düşük Yapma-Abortus” olgusu hakkında, Başbakan’ın isteyerek düşükler için kullandığı “Kürtaj” kelimesinden öte, merak edilenleri cevaplamak ve bilinmesi gerekenleri uzmanlar arasında yaymak için Halk Sağlığı Uzmanları Derneği kalıcı bir belge oluşturarak geleceğe ışık tutmak istedi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi’nin bu özel sayısı bu isteğin ürünüdür. Tarihte insanın var olduğu ilk çağlardan beri olan gebeliklerin sonlandırılması isteği ve eyleminin “Kürtaj” kelimesinden daha fazla anlam taşıdığını biliyoruz. Dergi ilgilileri bu sayıya editörlük yapmamı istediklerinde, bu düşünceden cesaretlenip, isteklerini görev saydım. Amacımız, bireysel insan hakları ve kadının konumu ile ilgili toplumsal boyutları olan, etik ve hukuk çerçevesi içinde özel bir yer tutan, demografi ve sağlık alanına önemli etkiler yapan “Abortus” olgusunu akademik olarak dile getirmek. Takdir edersiniz ki, bu hiç kolay değil ama bunu bir nebze olsun başarabilirsek, ne mutlu.

Bu gündemin ardından iyi ki Meclis tatile girdi! Ancak zaman su gibi akıyor. Duyularımıza göre konu yakında, kaliteli hizmet adı altında ve sağlıkta dönüşüm programı içeriğinde ele alınarak, gebelik sonlandırmasının yalnızca hastanelerde sunulacak bir kademeli danışmanlık hizmeti ile ve yine yalnızca kadın doğum uzmanları tarafından gerçekleştirilmesi planlanıyor

9. Bu değişim, her hizmette olduğu gibi üreme sağlığında da, yerleşim yeri ve öğrenim durumuna göre hizmetlerden yararlanmanın farklılık gösterdiği ülkemizde gereksinim içinde olanların hizmete ulaşımını daha da sınırlandıracak. Dolayısı ile topluma zarar verecek bir uygulama olacak. “Sağlıkta kaliteli hizmet” tartışmalarında durumu iyileştirmek için yapılan kimi değişiklikler aslında daha kötü sonuçlara yol açabilir. Bu hal “cezalandırıcı kalite” olarak isimlendirilir. Planlanan değişim de o tanıma uyan verimsiz bir örnek olacak korkarım. Tersine her bölgede daha kolay ulaşılabilir, yaygın hizmet sunumunu artırmak gerekir. Dünya Sağlık Örgütü’nün, güvenli düşük hizmetlerinin nasıl sunulması gerektiği hakkında ülkelere tavsiye olarak yayınladığı rehber de, ki bu rehber dergimizde tanıtılıyor, hizmet standartları hakkında yeterince bilgi var. Hipokrat’tan beri tıpta en önemli hizmet ilkesi olan “**Önce Zarar Verme-Primum Non Nocere**” uyarısını politikacıların ve hukukçuların da benimsemesini bekliyoruz. Var olan yasanın da, bu doğrultuda aksi bir uygulama içermediği bu rehber incelendiğinde görülebilir.

Bu özel sayıda değerli birikim ve görüşlerini almak istediğimiz tüm uzmanlar destek olmayı kabul ettiler. Daha önce birlikte çalıştığım, içlerinde öğretmenlerim de olan, araştırmacıların ve iş arkadaşlarımin bu desteği karşısında minnet duydum. Bu görev, hepimiz için sıcak yaz günlerinde, önceden planlanmamış bir etkinlik oldu. Kuşkusuz, bu zaman sıkıntısı içinde esirgemediğimiz ilgi konuya verdiğimiz önemin bir göstergesidir. Burada Sibel Kalaça’nın özenli yardımlarını da anmamız şart. Kendisine ne kadar teşekkür etsek azdır. O olmasaydı, biz bir araya gelip bu ürünü yaratamazdık.

Türkiye Halk Sağlığı Dergisi’nin bu özel sayısında, dünyada yaşayan her kadın için aynı duyarlılıkla çalışan **Türkiz**

Gökgöl uzman bakış açısı ile konunun küresel boyutunu sunuyor. **Iqbal H. Shah**, DSÖ’nde görev yaptığı uzun yıllar boyunca Türkiye’nin bu alanda aldığı yola yakından şahit olan bir sosyal bilim uzmanı, güvenli düşükleri sağlama gerekçelerini ve kanıtlarını halk sağlığı, üreme hakları ve üreme sağlığı boyutunda tartışıyor. DSÖ’nün bu doğrultuda ülkelere hizmet sunumu için tavsiyeler içeren Güvenli Düşük Rehberi’ni bize **Lale Say** tanıtıyor. Bu rehberde gündeme konu olan “Kürtaj” hakkında da önemli bir belirleme var. Rehberde göre “... küretaj (D&C) güncel olmayan bir düşük yöntemidir, yerini vakum aspirasyon veya tıbbi yöntemlere bırakmalıdır”. **Nahid Toubia** Türkiye’deki deneyimleri izinde, Orta Doğu ülkelerinde gelişen gündem içinde Türkiye’nin konumu ve sorumlulukları ile ilgili düşüncelerini paylaşıyor.

“Türkiye’de isteyerek düşükler” başlığı ile **Sabahat Tezcan ve Banu Akadlı Ergöçmen** konuyu evrenselden yerele taşıyarak, Türkiye’de geçen seksen yıla yakın sürede olan yasal değişimleri ve etkilerini geniş perspektifleri yanı sıra güçlü bir kurgu ile özet olarak sunuyorlar. **Ayşe Akın**, “Değişen nüfus ve sağlık politikaları doğrultusunda, isteyerek düşükler ve üreme sağlığı için hizmet sunumunda geleceğe bakış” başlığı ile konuyu ayrıntılı olarak inceliyor, değişim adı altında karşılaşılabileceğimiz tehlikeler için bizi uyarıyor.

İsteyerek düşük yapmak, gebelikten korunma kavramı ile yakından ilgili. **Nuriye Ortaçlı ve Levent Çağatay**, isteyerek düşüklerin yasal olmasından sonra geçen zaman içinde Türkiye’nin doğurganlık davranışını düzenlemede yol aldığı kazanımlarını irdeliyorlar birikimleri ile.

Konu etik tartışmaları barındırıyor yoğun olarak. **İsmail Dölen** Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği’nin konuyla ilgili etik görüşünü paylaşıyor.

Başbakan her tür gebelik sonlandırmayı cinayet olarak adli bir ilgi haline getirince, prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması da tartışmalar içine girdi haliyle. **Atıl Yüksel ve Aytül Çorbacıoğlu Esmer**, bu konuda bilinmesi gerekenleri özetleyerek var olan yasal düzenlemeleri geliştirici önerilerini sunuyorlar. Bu yeni bilgiler Halk Sağlıkçıların bu alanda savunuculuk yapmalarını kolaylayacak.

Etik her alanda olduğu gibi, sağlık alanında da artık yakından tanımamız gereken bir disiplin. Muhtar Çokar geniş etik bilgisi ile bize disiplin hakkında kazandıracaklarını ayrıntıyla, tartışmalı gündem - düşük olgusu ve Başbakan’ın sözleri ile ardından yaşanan STK hareketi örneğinde, irdeliyor. Konu derin, “Bu şarkı burada bitmez” ...

Ne kadar çok bilgi ve görüş paylaşırsak o kadar gelişiriz iddiası bir yanda, bütünü kaçırmamak için özen gösterme isteği diğer yanda, arada gözden kaçan durumlar olmuştur mutlaka. Bu nedenle anlayışınıza sığmıyor, ilgili katkılarınız olursa iletmenizi bekliyoruz.

Muhtar Çokar’ın yazısını okuduktan sonra bu konuda düşünürken, düşündüğümü söylerken-yazarken daha dikkatli olacağıma söz verdim kendime ama yine de farklı grupların savunduğu “kürtaj bir hak”, “kadınların sağlığı korunmalı, kürtaj tehlikeli”, “geleceğe yönelik nüfusu artırmak için kürtaj önlenmeli” gibi görüşler arasına, bu alanda hizmet sunmuş bir uzman ve araştırmacı olarak, gebelik sonlandıran kadınlardan ve bu alanda yapılan araştırmalardan öğrendiğim bilgileri eklemek istiyorum. Kadınlar genelde, gebelik sonlandırmayı bir doğum kontrol yöntemi olarak görmüyorlar, zorunluluk hallerinde kullanıyorlar. International Planned Parenthood Federation ¹⁰ ve Birleşmiş Milletler (ICPD) Bildirgeleri de aynı doğrultuda. Dolayısı ile kürtaj hakkının peşinde olmak şart ama bu yeterli olmamalı. İsteğe bağlı gebelik

sonlandırma hizmetleri, kontraseptif kullanma yerine tercih edilen, kadınlar için olağan, bir uygulama değil zorunlu olduğunda sağlanması, mutlaka verilmesi gereken bir hizmet olarak görülmeli. Türkiye’de son nüfus araştırmasında her 100 kadından yaşam boyu yalnızca 5’i iki kez, 2’si üç kez gebelik sonlandırdığını bildirmiş. Daha fazla isteyerek düşük yaptığını söyleyenler ise yüzde birden az. Bu bulgular, olayın sık tekrarlanmadığını göstermekte.

İşlem kolay yöntemlerle güvenli hale getirilmeye çalışılıyor ve sürekli geliştiriliyorsa da invazif – girişim gerektiren bir süreç genelde. Ağrı kontrolü, enfeksiyon kontrolü gibi tıbbi yönlerinden başka, dikkate alınarak, iyi yönetilmesi gereken başka ve çok önemli boyutları da var; psikolojik süreçler, sosyal ve çevresel boyutlar gibi. Gebelik kuşkusu içinde olmak, bunu doğrulamak için hizmet aramak, işlem için randevu almak ya da çözüm için çare aramak, çalışan kadınsa işten izin almak, çocuklar varsa bakıcı bulmak hep önemli ve organize işler. Kadınlar bu zorluklardan kaçınma, gebeliklerini planlama hakkını kullanmalılar öncelikle.

İsteyerek düşükler önlenebilecek sağlık olayları arasında, diğer halk sağlığı sorunları ile pek çok ortak özellik taşımakta. Ayrıca, “kürtajlarımın sayısını unuttum” diyebilen bir kadın, ne kadar güçlü olabilir yaşamını planlamada? Bu açıdan, kadının güçlendirilmesi bağlamında da istenmeyen gebelikleri önleyebilmek için donanımlı olması özel olarak önemli.

Hizmet sunanlara burada önemli iş düşüyor. Kadınların en duyarlı

oldukları anlardan biri isteyerek düşük yaptıkları zaman. İstenmeyen bu durumu tekrarlamamak için yardım eli aradıkları bir zaman... İsteyerek düşük yapan kadınlar arasında en çok kullanılan gebelikten korunma yöntemi eşlerinin geri çekme-coitus interruptus uygulaması. Bu bilgiye dayanarak, isteyerek düşükle karşılaşmamak için, bu yöntemin kullanılmamasının bir çözüm olacağı sunuluyor pek çok yayında. Ancak, bu yöntem ülkede en yaygın kullanılan yöntem. Kliniklerde ancak yöntemi başarı ile kullanamayanlarla karşılaşılıyor. Mutlu ve etkili kullanıcılar çok ve onlar bu kliniklerde karşımıza çıkmıyorlar ¹¹.

Keşke gebelikten korunarak istenmeyen gebeliklerin tümü önlenebilse ama, 30 yıllık üreme çağı boyunca cinsel aktif olabilen bir kadının, gebelikten korunsa da, yaşam boyu en az bir kez istenmeyen gebelikle karşılaşabileceği varsayılabilir. Cinsel ilişkiye başlangıç yılları, menopoza yakın yıllar, emzirme ve doğum sonu dönem, istenmeyen gebelikler açısından en sürprizli zamanlar... Kadınlar özellikle bu zamanlarda kendi çözümlerini, ulaşabilecekleri hizmet yoksa, kimi zaman sağlıksız olarak aramak durumunda kalıyorlar. Türkiye bu alanda nitelikli sağlık hizmeti vermesiyle öğündüğümüz bir ülke. Bu özelliğini sürdürmek için çalışmak, bu alanda bilgi sahibi her uzmanın görevi.

Umarım Türkiye bu ayrıcalığını korur, kadınlar daha da yaygın olarak bu hizmetlerden yararlanabilirler.

Prof. Dr. Aysen Bulut

Kaynaklar

12. Bulut, A. Acceptance of effective contraceptive methods after induced abortion, *Studies In Family Planning* 1984; 15(6), 281-284.
13. Aile Planlaması Hekim Eğitim Rehberi, Akın D. A., Bulut A., Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara, 1986.
14. Akın, A., Tokgöz, T., Bulut, A. Midwives in family planning practice in Turkey, *Acta Reprod Turc* 1986; 8(1-2), 27-36.
15. Bulut, A., Toubia, N. Abortion services in two of public sector hospitals in İstanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?. In: *Abortion in the Developing World*, eds: Mundigo A.I., Indriso C. London, England , Zed Books, 1999: 259-78.
16. Bulut A. Abortion law reform, the Turkish experience, *Letters to the Editor, Reprod Health Matters* 2001; 9 (17), 210-211.
17. <http://bianet.org/konu/nusret-fisek>, 31 Mayıs, 2012.
18. <http://mkoz.wordpress.com/2012/06/08/kurtaj-hakki-yazilari-bir-derleme/> 02 Haziran 2012
<http://istifhanem.com/2012/06/02/lin-kler-02062012/> 8 Haziran 2012
<http://halkinhikmeti.wordpress.com/2012/06/07/bebek-katili-devlet-ama-dusundugunuz-sekilde-degil/> 07 Haziran 2012
19. <http://cumhuriyet.com.tr/?hn=340654>, 27 Mayıs 2012
20. <http://bianet.org/bianet/toplumsal-cinsiyet/139422-gebelikten-korunmak-icin-nitelikli-hizmet-sart>, 29 Haziran 2012
21. <http://www.haberturk.com/polemik/haber/759732-kurtaj-yaptiran-kadina-hapis>, 18 Temmuz 2012.
http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/S_howNew.aspx?id=21007870, 18 Temmuz 2012.
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=21252897&tarih=2012-08-18>
22. The International Planned Parenthood Federation (IPPF). Charter on Sexual and Reproductive Rights. IPPF, London, Reprinted 2003 (Bildirinin 1996 tarihli ilk baskısı Türkiye Aile Planlaması Derneği tarafından 1997 yılında Türkçe olarak yayımlanmıştır).
23. Ortaylı N., Bulut A., Özügürlü M., Çokar M. Why withdrawal why not withdrawal, men's perspective, *Reprod Health Matters* 2005; 13 (25): 164-173.

İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler Turkiz Gökgöl

Özet

Güvenli düşük hizmetlerine ulaşma açısından, gelişmiş ülkelerle gelişmekte olan ülkeler arasında büyük bir fark bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde kadınlar, en az yarım yüzyıldır sağlıklı ve güvenli gebelik sonlandırma hizmetlerine ulaşabilmekteyken, gelişmekte olan ülkelerin çoğunluğunda (%56), güvenli düşüğü yasaklayan yasalar nedeniyle, eğitimsiz kişilere başvurmak zorunda bırakılmakta ya da kendi kendilerine gebeliklerini sonlandırmaya çalışmaktadırlar. Dünyada düşük yasaları ile ilgili liberalleşme veya kısıtlamalar getirme yönünde değişiklikler olmakla birlikte, genel olarak global açıdan bakıldığında güvenli düşük hizmetlerine ulaşmada olumlu gelişmeler olduğu görülmektedir. 2011 yılı itibariyle dünya nüfusunun 73 ülkeyi kapsayan yüzde 60'ı sadece istek üzerine sağlıklı ve güvenli düşük hizmetine ulaşabilirken; beş ülke, kadınlarına hiçbir koşulda isteyerek düşük olanağı tanımamaktadır. Ancak liberal yasalar hizmetlere ulaşma açısından yeterli olmamakta, birçok fakir ve gelişmekte olan ülkede kadınlar; yöneticilerin tutucu görüşleri, sağlık personelinin yanlı davranış ve yorumları, ekonomik nedenler ve düşük ilaçlarına ulaşımındaki güçlükler gibi nedenlerle güvenli düşük hizmeti alamamaktadırlar. Liberal düşük yasaları vaz geçilmez hak olarak kazanılmalı ama daha sonra kadınların bu haklarını kullanabilme koşullarının sağlanması açısından da çabalar sürdürülmelidir. Mevcut kanıtlara göre, kısıtlayıcı yasalar düşük sayılarını azaltıcı değil güvensiz düşük sayılarını artırıcı etkiye sahiptir ve dünya bütününde ülke deneyimleri bunu göstermektedir. Buna karşın, isteyerek düşük hizmetlerine ulaşım kolaylaştırılınca düşük sayıları artmak yerine azalmaktadır. Örneğin, isteyerek düşük yasalarının en liberal olduğu Avrupa'da 1995'de 7.7 milyon olan isteyerek düşük sayısı 2008'de yarı yarıya azalarak 4.2 milyona düşmüştür. Genellikle düşük yasalarının liberalleşmesini izleyen yıllarda düşüklere bağlı ölümlerde de büyük oranda azalmalar gözlenmektedir. Modern kontraseptif kullanımının yaygınlaştırılması, istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin önlenmesinde önemli bir araç olmakla birlikte, birçok faktöre bağlı olarak yöntem kullanan kadınlar arasında da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Bu nedenle yöntem kullanımının yüksek düzeyde olduğu gelişmiş ülkelerde de güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilmek kadınlar için önemlidir. İnsan hakları yanı sıra, kadın ve üreme haklarına saygı duyan ve bu hakların çiğnenmemesi için çalışan herkes kadınların her zaman isteyerek düşük gereksinimleri olacağına bilincinde olarak, güvenli düşük hizmetine ulaşabilmelerini koşulsuz sağlama yolunda çaba harcamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Güvenli düşük hizmetleri, yasal boyut, ülke deneyimleri

Sorumlu Yazar: Turkiz Gökgöl, Demograf Dr. S.T. Buffet Vakfı Direktörü, Omaha, NE. USA.
- PhD. Demographer, Director of Susan Thomson Buffet Foundation, Omaha, NE. USA, E-posta: tgokgol@gmail.com

A global perspective on abortion: Laws and experiences

Abstract

There is a big difference between developed and developing countries in access to safe abortion services. Women in developed countries have had access to safe abortion services for at least half a century, whereas women in the majority of the developing countries, due to restrictive abortion laws, have been forced to either rely on unskilled person's services or to terminate their pregnancies by themselves. Globally, we have been observing changes in abortion laws and regulations, some liberalizing and others restricting abortion services. In general, these changes have been positive developments resulting in increased access to safe abortion services. By the year 2011, sixty percent of the world's population resided in the 73 countries where the laws allowed access to safe abortion services; while five countries restricted access to safe abortion for any reason. It should be noted that liberal laws alone do not guarantee access to safe services; poor and rural women all over the world including those living in countries with liberal abortion laws cannot obtain safe abortion services due to such factors as the conservative attitudes of the policy makers and managers, lack of awareness of the laws and/or biased (wrong) interpretations of the regulations by health personnel, economic reasons and difficulties in obtaining medical abortion pills. Therefore, liberal abortion laws should be enacted as a fundamental right but efforts should be maintained afterwards to create convenient conditions so that women can implement their rights. Based on the current evidence, restrictive abortion laws have little or no effect on the overall number of abortions but do increase unsafe abortions. Experience from all over the world has clearly showed that politicians and advocates of the anti-abortion laws are wrong when they argue that making abortion laws more restrictive will limit the numbers of abortions. On the contrary, evidence shows that when safe abortion services become more accessible, the number of overall abortions decreases as seen in Europe where the abortion laws are the most liberal: the number of abortions diminished from 7.7 million in 1995 to 4.2 million in 2008. Also, in general, a significant decrease in maternal deaths due to unsafe abortions has been observed in the years following liberalization of the abortion laws. Increased use of modern contraceptives is an important outcome of increased access to safe abortion which in turn reduces the incidence of unplanned, unwanted pregnancies. However, it should be remembered that contraception does not completely prevent pregnancies and unwanted pregnancies may occur among users of modern contraceptives as well. Therefore, obtaining access to safe abortion services is important even in countries where the use of modern contraceptives is high. Everyone, who respects women's reproductive rights, as well as human rights, and who are committed to protect these rights should fight for women to have access to safe abortion services without any restriction, knowing that even under the best of conditions women may always need access to safe abortion

Key Words: Safe abortion services, legal status, country experiences

Global Deneyimler

Dünyada 2008 yılı tahminlerine göre yılda yaklaşık 43.8 milyon isteyerek

düşük olmaktadır. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde istemedikleri halde gebe

kalmış olan kadınlar en az yarım yüzyıldır sağlıklı ve güvenli gebelik sonlandırma hizmetlerine ulaşabilmektedirler. Buralarda yoksul kadınlar dahi güvenli hizmete ulaşmakta zorluk çekmezler. Bu nedenle da güvensiz, tehlikeli yollarla gebelik sonlandırma olayı çok ender olarak görülür. Örneğin, 2008 yılında gelişmiş ülkelerde Doğu Avrupa dışta bırakıldığında güvenli olmayan yollarla gebelik sonlandırma oranı* ortalama yüzde 0.5'in altındadır¹ (Tablo 1). Dünya Sağlık Örgütü güvenli olmayan düşüğü 'İstenmeyen gebeliğin gerekli eğitim ve beceriden yoksun kişilerce ve/ya da minimum medikal standartlara uymayan koşullarda sonlandırılması' olarak tanımlıyor². Ne yazık ki gelişmekte olan ülkelerde kadınlar gelişmiş ülkelerdeki kadar şanslı değiller. Bu ülkelerin çoğunluğunda (%56) kadınlar güvenli düşüğü yasaklayan yasalar nedeniyle eğitimsiz kişilere başvurmak zorunda bırakılmakta ya da kendi kendilerine gebeliklerini sonlandırmaya çalışmaktadırlar. Katolik kilisesinin yasaklarını uygulayan birçok Orta ve Güney Amerika ülkesinde ve gerek yasaklar gerekse fakirlikten dolayı Afrika'da durum daha da vahimdir.

Bu bölgelerde gebeliklerini sonlandırmak isteyenlerin hemen tamamı (% 97-100) güvenli olmayan, tehlikeli yollara başvurmak zorunda kalmaktadırlar¹. 2011 yılı itibariyle dünyanın her bölgesindeki 189 ülkenin yalnızca beşi hariç (Dominik Cumhuriyeti, Malta, El Salvador, Nikaragua ve Şili) tümünde gebeliğin çeşitli nedenlerle sonlandırılması yasal olanak sağlanıyor. Yalnızca bu beş ülkede annenin yaşamını kurtarmak için dahi yasal düşüğe izin verilmiyor. Gelişmiş ve daha az gelişmiş

bölgeler arasındaki farklılıklara güvenli düşük hizmetlerine ulaşım açısından baktığımızda gelişmişlik dereceleri ile tutarlı bir tablo görülüyor. Gelişmiş ülkelerin yüzde 80'inden fazlasında ekonomik, sosyal nedenlere, kadının mental ya da fiziksel sağlık koşullarına, fetal gelişim sorunlarına, cinsel saldırıya, enseste ya da kadının yaşamını korumak amacıyla yasal olarak gebeliklerin sonlandırılması sağlanırken, hiçbir neden göstermeye gerek kalmadan isteğe bağlı olarak düşük hizmetine, bu ülkelerin yüzde 69'unda ulaşılabilir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranlar sırasıyla, yüzde 62 ve yüzde 41'dir³.

1996 yılından 2009 yılına kadar geçen onüç yılda içlerinde Suudi Arabistan, Kolombiya, Ürdün, Portekiz, İtalya, Avustralya, Meksika, İsviçre gibi ülkelerin bulunduğu 48 ülke düşük yasalarını liberalleştirirken, Polonya, Dominik Cumhuriyeti, El Salvador, Nikaragua, Arjantin, Latvia, Macaristan, Kongo, Irak, Katar, Japonya, Cezayir, Beliz, ve Panama'yı içeren 14 ülke düşüklerle ilgili bazı kısıtlamaları yürürlüğe koydular. Brezilya, Moldova, Vietnam ve Uruguay ise yasal düzenlemelere gitmeden güvensiz düşük sorununu azaltmak amacıyla yeni yönetmelikler çıkarttılar^{3,4}. Her ne kadar bazı ülkeler, ki malesef Türkiye'deki son gelişmeler de bu yönde, kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaşmalarını zorlaştırıcı uygulamaları yürürlüğe koyuyorlarsa da genel olarak global açıdan bakıldığında hizmetlere ulaşmada olumlu gelişmeler görülmektedir. Olumlu bir uç olarak, zaten liberal yasaları olan ve güvensiz düşüklerin hemen hiç görülmediği Fransa (2001), Danimarka (2003), İsveç (2007) gibi ülkelerin güvenli düşük hizmetlerine ulaşımı daha da kolaylaştırıcı uygulamalar yürürlüğe koymaları bu

* Her 1000 15-44 yaş kadında düşük sayısı

gelişmelere bir örnektir. Bu uygulamalarla Fransa'da yasal düşük için gebelik süresi 12 haftadan 14 haftaya çıkartıldı, Danimarka ve İsveç'te ise vatandaşlık ve ikamete ilişkin koşullar kaldırıldı. Aynı şekilde daha önceleri Katolik kilisesinin politikası yönünde son derece sınırlayıcı bir isteyerek düşük yasası olan Ekvador 2006 yılında gebelik

kadının sağlığı ya da yaşamı açısından tehlike oluşturuyorsa ya da cinsel saldırı sonucu oluşmuşsa sağlık kurumlarında güvenli düşük hizmeti almasına olanak sağlayan yasayı yürürlüğe koydu. 2006 yılında Kolombiya ve 2007 yılında da Mexico City Eyaleti de düşük yasalarını liberalleştirerek kadınlara sağlıklı düşük hizmetlerine ulaşma olanağı tanıdılar.

Tablo 1. Yıllara göre tahmini güvenli ve güvensiz isteyerek düşük oranı

	2008				2003				1995			
	Toplam	Güvenli	Güvensiz %	Güvensiz	Toplam	Güvenli	Güvensiz %	Güvensiz	Toplam	Güvenli	Güvensiz %	Güvensiz
Bölgeler												
Dünya	28	14	14	49%	29	15	14	47%	35	20	15	44%
Gelişmiş ülkeler	24	22	1	6%	25	24	2	7%	39	35	4	9%
Doğu Avrupa dışı kalarak	17	17	<0.5	<0.5%	19	18	1	3%	20	20	1	3%
Gelişmekte olan ülkeler	29	13	16	56%	29	13	16	55%	34	16	18	54%
Çin dışı kalarak	29	8	22	74%	30	8	22	73%	33	8	25	76%
Bölgelere göre tahminler												
Afrika	29	1	28	97%	29	<0.5	29	98%	33	<0.5	33	99%
Doğu Afrika	38	2	36	96%	39	<0.5	39	100%	41	<0.5	41	100%
Orta Afrika	36	<0.5	36	100%	26	<0.5	26	100%	35	<0.5	35	100%
Kuzey Afrika	18	<0.5	18	98%	22	<0.5	22	100%	17	1	17	96%
Güney Afrika	15	7	9	58%	24	5	18	77%	19	<0.5	19	100%
Batı Afrika	28	<0.5	28	100%	27	<0.5	27	100%	37	<0.5	37	100%
Asya	28	17	11	40%	29	18	11	38%	33	21	12	37%
Doğu Asya	28	28	<0.5	<0.5%	28	28	<0.5	<0.5%	36	36	<0.5	<0.5%
Güney-Orta Asya	26	9	17	65%	27	9	18	66%	28	6	22	78%
Güneydoğu Asya	36	14	22	61%	39	16	23	59%	40	16	24	60%
Batı Asya	26	11	16	60%	24	16	8	34%	32	18	13	42%
Avrupa	27	25	2	9%	28	25	3	11%	48	43	6	12%
Doğu Avrupa	43	38	5	13%	44	39	5	12%	90	78	12	13%
Kuzey Avrupa	17	17	<0.5	<0.5%	17	17	<0.5	<0.5%	18	17	1	8%
Güney Avrupa	18	18	<0.5	<0.5%	18	15	3	18%	24	22	3	12%
Batı Avrupa	12	12	<0.5	<0.5%	12	12	<0.5	<0.5%	11	11	<0.5	<0.5%
Güney Amerika	32	2	31	95%	31	1	30	96%	37	2	35	95%
Karayibler	39	21	18	46%	35	19	16	45%	50	27	23	47%
Orta Amerika	29	<0.5	29	100%	25	<0.5	25	100%	30	<0.5	30	100%
Güney Amerika	32	<0.5	32	100%	33	<0.5	33	100%	39	<0.5	<0.5	100%
Kuzey Amerika	19	19	<0.5	<0.5%	21	21	<0.5	<0.5%	22	22	5	<0.5%
Okyanusya	17	14	2	15%	18	15	3	16%	21	17		22%

Her 1000 15-44 yaş kadında düşük sayısı

(Kaynak 1)

Özellikle Güney Amerika'daki yasa değişikliklerinde kadınların bilinçli olarak bu konuda savaş vermeleri büyük rol oynamıştır.

Özet olarak, 2011 Yılı Ekim ayı itibarıyla dünya nüfusunun 73 ülkeyi kapsayan yüzde 60'ı hiçbir sebep göstermeden sadece istek üzerine sağlıklı ve güvenli düşük hizmetine ulaşabilirken; beş ülke kadınlara hiçbir koşulda

isteyerek düşük olanağı tanımamaktadır. Geriye kalan 185 ülkedeki kadınlar çeşitli nedenlere bağlı olarak farklı düzeylerde sağlıklı düşük hizmeti almaya izin veren yasaların yürürlükte olduğu ülkelerde yaşamaktadırlar. Ancak burada önemle üzerinde durulması gereken durum, yasaların tüm gerçeği yansıtmadığı olgusudur. Liberal yasalara karşın birçok fakir ve gelişmekte olan ülkede kadınlar yöneticilerin tutucu görüşleri, sağlık

personelinin yanlı davranış ve yorumları, ekonomik nedenler ve sağlık hizmetlerine ya da piyasaya girmişse de, düşük ilaçlarına ulaşımındaki güçlükler gibi nedenlerle güvenli düşük hizmeti alamamaktadırlar. Yasal kısıtlamalar sorunun bir yönünü göstermektedir. Öte yandan, yasalara karşın kadınların önünde yukarıda birkaç örneği verilen başka engeller vardır ki gerek insan hakları, gerekse kadın ve üreme hakları açısından kadınların güvenli isteyerek düşük hizmetlerine ulaşmalarını savunan herkes konuyu çok yönlü olarak ele almak zorundadır. Liberal düşük yasaları vaz geçilmez hak olarak kazanılmalı ama daha sonra kadınların bu haklarını kullanabilme koşullarının sağlanması açısından da çabalar sürdürülmelidir.

İsteyerek düşüklere ilişkin yasalar ve düşük sayılarındaki değişimler

İsteyerek düşük tahminleri global düzeyde 1995 yılından bu yana hesaplanmaktadır. Global düzeyde toplam sayı olarak isteyerek düşüklere az da olsa nüfus artışına rağmen azalma belirlenmektedir. Global olarak dünya toplam nüfusun 5.7 milyon olduğu 1995 yılında isteyerek düşük sayısı 45.6 milyonken, 2008 yılında dünya nüfusunun bir milyar artmasına karşın toplam isteyerek düşük sayısı 1.8 milyon azalarak 43.8 milyona inmiştir. Ancak, bölgelere göre bakıldığında durum farklılık göstermektedir. Örneğin, aynı dönemde Afrika'da isteyerek düşük sayısı 1995'te 5 milyon iken 2008'de yüzde 28 oranında artarak 6.4 milyona yükselmiştir. Aynı dönemde, Asya'da da artış görülmüş ancak nüfusun çok daha büyük olmasına karşın bu artış 500,000 düşük düzeyinde gerçekleşmiştir. 2008 yılında Asya'da toplam düşük sayısı 27.3 milyondur. Öte yandan isteyerek düşük yasalarının en liberal olduğu Avrupa'da

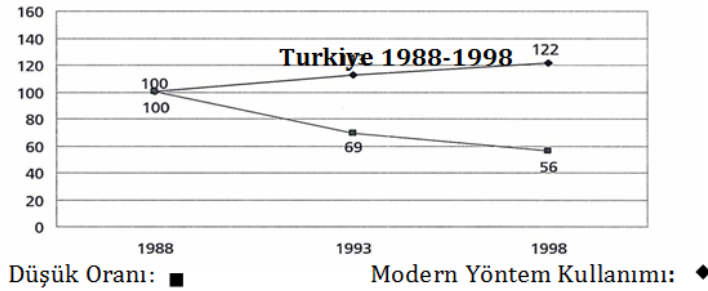
1995'de 7.7 milyon olan isteyerek düşük sayısı 2008'de yarı yarıya azalarak 4.2 milyona düşmüştür ¹.

Gözlemlenen bu durum, üstünde durulması gereken önemli bir konuyu işaret ediyor. Dünyanın hiç bir ülkesinde, 'yasaklayıcı yasalar düşüklere engellemiyor'. Yukarıdaki sayıların gösterdiği gibi genel olarak isteyerek düşük hizmetlerine ulaşım kolaylaştırılınca düşük sayıları artmak yerine azalmaktadır. Bu durum Türkiye'de de gözlemlenmiştir. İsteyerek düşük hizmetleri sağlık kurumlarında ve eğitilmiş kişilerce sunulduğunda ve bu hizmetlere kontraseptif danışmanlık hizmetlerinin yanısıra kontraseptif hizmetler de eklendiğinde kurumlara düşük yapmak üzere gelen kadınlara daha sonraki istenmeyen gebeliklerini önleme olanağı sağlandığından düşüğe gereksinimleri azalmaktadır. Böylece doğum kontrol yöntemi kullanmadığından istemeden gebe kalmış olan kadınlar şimdi modern ve etkili yöntemleri kullandıklarından bu tür gebelikleri önleyebilme olanağına kavuşmaktadırlar. Türkiye'de bu deneyim yaşanmıştır ve 1983 yılında yasa değişikliği ile sağlık kurumlarında eğitilmiş sağlık personelinin düşük hizmeti alan kadınlar, düşük sonrası bu kurumlardan modern kontraseptif yöntemli olarak ayrılmaya başlamışlardır. 1988'de 1000 15-49 yaş kadında binde 45 olan düşük oranı 1998'de binde 25'e düşmüştür ⁵. Aynı dönemde modern kontraseptif kullanımı yüzde 31.0'den yüzde 37.7'ye yükselmiştir. Modern yöntem kullanımı en son Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre 2008 yılında yüzde 46'dır ⁶. 1993-2008 yılları arasında yapılan TNSA'nın sonuçlarına göre Türkiye'de isteyerek düşük oranları 1993'de 100 gebelikte 18,0 iken, 2008'de

100 gebelikte 10,5'e düşmüştür^α (Şekil 1). Ancak, modern kontraseptif kullanımı istemeden gebe kalma olgusunu tümüyle yok etmemektedir. Birçok faktöre bağlı olarak yöntem kullanan kadınlar arasında da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Her ne kadar bazı yöntemler istenmeyen gebelikleri hemen hemen 100% engelliyor olabilseler de, henüz 100% etkili bir gebelikten korunma yöntemi geliştirilememiştir. Bu nedenle yöntem kullanan kadınlar

arasında da seçilen yöntemin etkililik derecesine ve kişinin seçtiği yöntemi ne kadar etkili kullandığına bağlı olarak istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Bu nedenle yöntem kullanımının yüksek düzeyde olduğu gelişmiş ülkelerde de güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilen kadınlar için önemlidir. Doğum kontrol yöntemi kullanımının artmasına karşın isteyerek düşüklere olan gereksinimin sürüyor olmasının bir başka nedeni daha öne sürülmüştür.

^α Nüfus araştırmalarında düşük hızları farklı biçimlerde ifade edilebilmektedir. Türkiye'de 100 kadın başına ve 100 canlı doğum başına düşük oranları 1993 TNSA araştırmasından sonra bildirilmemiştir



Şekil 1. Modern kontraseptif kullanımı ve isteyerek düşük prevalansı trendi (yüzde değişim) (Kaynak 7)

Bu görüşe göre, doğurganlığın sabitleştiği yerlerde yöntem kullanımı isteyerek düşük sayılarında azalmaya neden olurken, doğurganlığın hızla düşmekte olduğu toplumlarda, yöntem kullanımındaki artışlar yöntem kullanımına karşı olan gereksinimi karşılayamadığında hem yöntem kullanımı hem de düşük sayılarında paralel artış izlenmektedir⁸. Türkiye, Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan, Bulgaristan, Tunus ve İsviçre birinci gruba örnek oluştururken, ABD, Küba, Danimarka, Singapur, Hollanda ve Güney Kore gibi ülkeler ikinci grup ülkelere örnektir. Ancak tüm ülkelerde, yöntem kullanımı yöntem kullanımına karşı olan gereksinimi karşılayabilme düzeyine ulaştığında isteyerek düşüklere gereksinim azalmakta ve düşük oranları

da buna bağlı olarak giderek azalmaktadır.

Düşük yasalarındaki kısıtlamaların sonuçları

Yukarıda yasa sınırlamalarının değil tam tersine yasal düşük hizmetlerine ulaşmanın isteyerek düşük sayılarını azalttığına örnekler verildi. Global olarak yılda 70,000'e yakın kadın güvensiz düşük nedeniyle yaşamını kaybetmektedir ve bu ölümlerin hemen hepsi isteyerek düşüklere yasaklandığı ülkelerde yer almaktadır. Güvensiz düşük sonucu oluşan 70,000 ölüm, düşük sonucu ortaya çıkan ciddi, akut morbidite sayılarından daha küçüktür. Her 100,000 canlı doğumda 30 güvensiz düşüğe bağlı

ölüme karşın bu tür düşüklerin yaklaşık yine her 100,000 canlı doğumda 237 kadında ağır, akut maternal morbidite ile sonuçlandığı saptanmıştır ⁹ Bu durumun aileler için yarattığı trajedinin yanında sağlık bütçesine ve genel olarak ülke ekonomileri üzerindeki olumsuz etkisi açıktır.

Ölen 70,000 kadının yarısından fazlası (43,000 kadar) yasaların oldukça kısıtlı olduğu Afrika'lı kadınlardır. Gana'lı bir lider 2005 yılında Maputo'da yer alan Afrika Birliği toplantısında "Koloni olduğumuz günlerde ülkelerimize o zamanki kendi tutucu isteyerek düşük yasalarını ithal eden ülkeler bugün kendi ülkelerinde çoktan liberal düşük yasalarını yürürlüğe koymuş ve kadınlarının bu yüzden ölmelerini engellemişken biz hala onların bize getirdiği bu yasalara dört elle sarılıyoruz" diyerek Afrikalı liderleri kadınlara daha iyi hizmete davet etmişti (Gana'dan Dr. Akosa'nın 25 Kasım 2005'de Maputo Afrika Birliği Toplantısında yaptığı konuşma). Kadınlara güvenli koşullarda düşük hizmeti verilmesine olanak sağlayan yasa sahibi Afrika ülkesi sayısı giderek artmış ve bugün 29'a ulaşmıştır.

Genellikle düşük yasalarının liberalleşmesini izleyen yıllarda düşüklere bağlı ölümlerde de büyük oranda azalmalar gözlenmektedir. Örneğin, ABD'de 1972-1976 yılları arasındaki düşüklere bağlı ölümler %73 oranında azalmıştır. Morbidite'de de benzer durum izlenmiştir. Örneğin, Güney Afrika'da 1996 yılında isteyerek düşük yasasının liberalleşmesinden önce ve sonra hastanelere kabul edilen düşüklere bağlı morbidite vakaları içinde ağır durumda olanların oranı yüzde 16.5'den yüzde 9.7'ye düşmüştür. Yasa değişikliği yaparak kadınlara sağlık kurumlarında güvenli düşük hizmetlerine ulaşımı

sağlamayan ülkelerde dahi ağır maternal morbidite oranları giderek azalmaktadır ve bunda en önemli rolün misoprostolle ilgili bilgi ve kullanımın artmasında olduğu görülmektedir ¹⁰.

Romanya ve Güney Afrika'da düşüklerle ilgili ölümlerle düşük yasaları arasındaki ilişki sözü edilmeye değer tarihi bir bilgidir. Romanya'nın bu konudaki deneyimi ilginçtir. 1957 yılında isteğe bağlı düşük yasası yürürlüğe konulduktan sonra 1960 yılındaki isteğe bağlı düşük nedeniyle ölümlerin 100,000 doğumda 20 olduğu belirlenmiştir. 1966 yılında Çavuşesku'nun düşükleri sınırlayan yasa değişikliğinden sonra maternal mortalite 1989 yılında yedi kat artarak 100,000'de 148'e ulaşmıştır. Düşüklere bağlı ölümler bu oranın yüzde 87'sini oluşturmaktaydı. Çavuşesku'nun devrilmesinden sonra ilk değiştirilen yasalardan birisi düşük yasası oldu. Düşük yasasının liberalleştirilmesini izleyen ilk yılda kadınların güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilmelerine bağlı olarak mortalitede yüzde 68 azalma gözlenmiştir. 2002 yılına gelindiğinde Romanya'da güvensiz düşüklerle ilgili olarak gerçekleşen ölüm oranı 100,000'de 9'a inmiştir. Güney Afrika'da da 1997 yılında isteğe bağlı düşük yasası yürürlüğe konmuştur. Bu yasanın çıkmasından sonra düşüklerle ilgili ölümler 1994'den 1998-2001 yılları arasında yüzde 91 oranında azalmıştır. Güney Afrika'da düşük yasasının çıkması kadınlara yalnızca sağlıklı ve güvenli düşük hizmetlerine ulaşma olanağı sağlamakla kalmamış aynı zamanda kontraseptif yöntemlere ulaşımını da kolaylaştırmıştır ¹⁰.

Maternal ölüm düzeyleri isteyerek düşük yasalarının liberal olduğu ve kadınların kontraseptif hizmetlere ve araçlara kolaylıkla ulaşabildikleri

yerlerde düşük düzeydedir. Bu kurala uymayan, bir elin parmaklarını geçmeyecek kadar, az sayıda ülke bulunmaktadır. Bu ülkeler Sili, El Salvador, Dominik Cumhuriyeti, Malta ve İrlanda'dır.

Güvensiz düşüklerin maliyeti

Gerçek güvensiz düşük sayıları ve bunların ekonomiye olan mali yükünün hesaplanması çok zordur. İsteyerek düşüklerin yasalarca kısıtlandığı ya da sağlık personelinin yasaları bilmediği/yanlış yorumladığı durumlarda sağlık kurumlarına başvuran düşük vakaları çoğunlukla doğru olarak kaydedilmemektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda da doğru bilgiye kolay ulaşılamamakta, çeşitli yöntemlerle tahminlerde bulunmaktadır. Özet olarak güvensiz düşük istatistikleri gerçek sayıların çok altında kalmaktadır. Buna karşın yapılan maliyet hesapları, sorunun ülkeler için ne büyük mali yüke neden olduğunu göstermektedir. Sahra altında kalan iki Afrika ülkesinde ülke düzeyinde yürütülen maliyet çalışması sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

1997 yılında Güney Afrika Cumhuriyetinde devlet hastanelerine gelip tedavi gören isteğe bağlı güvensiz düşük komplikasyonlarının devlete maliyeti 1.4 milyon Amerikan Doları olarak hesaplanmıştır. Nijerya'da güvensiz düşük tedavisi için devlet bütcesinden harcanan miktar 2002 yılı için 11.7 ABD Doları, 2005 yılında ise 19 milyon ABD Doları olarak hesaplanmıştır¹⁰.

Guttmacher Enstitüsünün tahminlerine göre 2006 yılında güvensiz düşüklerin yol açtığı komplikasyonların tedavi maliyeti global olarak 341 milyon ABD Dolarıdır. Vaka başına tedavi maliyetleri Afrika'da 114 Dolar, Güney Amerika'da ise 130 Dolar olarak hesaplanmıştır¹¹.

Bu hesaplamalar doğrudan maliyet hesabı olup, doğrudan olmayan maliyetleri içermemektedir. Örneğin, güvensiz düşükler sonucu global olarak yılda 220,000'i aşkın çocuğun annesiz kalmasının maliyeti bu hesaplara dahil değildir¹².

Sonuç olarak

Güvensiz düşüklerin gerek doğrudan, gerekse dolaylı maliyetlerinin çok büyük olduğu bir gerçek ve bu düşükleri azaltmanın yolları çok iyi bilinmesine karşın; ülkeler hala politikacıların dar görüşleri yüzünden bu sorunu kökünden çözümleyememektedirler. Kısıtlayıcı yasalar düşük sayılarını azaltıcı değil güvensiz düşük sayılarını artırıcı etkiye sahiptir ve dünya bütününde ülke deneyimleri bunu göstermektedir. İnsan hakları yanı sıra, kadın ve üreme haklarına saygı duyan ve bu hakların çiğnenmemesi için çalışan herkes kadınların her zaman isteyerek düşük gereksinimleri olacağına bilincinde olarak, güvenli düşük hizmetine ulaşabilmelerini koşulsuz sağlama yolunda çaba harcamalıdır.

Kaynaklar

1. 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
2. WHO (1992), The Prevention and Management of Unsafe Abortion-Report of a Technical Group. World Health Organization, Geneva
3. United Nations World Abortion Policies 2011, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, NY, March 2011
4. Center for Reproductive Rights, Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform: Briefing Paper. October 2011
5. Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. Bridging the Gap: Integrating Family Planning With Abortion Services in Turkey. *Int Fam Plan Perspec*, 2001; Vol. 27, No. 2
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Westoff CF, ORC Macro. Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries, DHS Analytical Studies No. 8. February 2005
8. Marston C, Cleland J. Relationship between contraception and abortion: a review of the evidence. *Int Fam Plan Perspec*, 2003; Vol. 29 No. 1
9. Adler A.J, Filippi V, Thomas S.L, Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: a systematic review. *Trop Med Int Health*. 17 (82), 177–190, 2012.
10. Grimes DA, Benson J, Singh S, Romero M, Ganatra B, Okonofua FE, Shah I, Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Sexual and Reproductive Health* 4. *Lancet* 2006 (Online yayın November 1, 2006)
11. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, Sedgh G. Abortion Worldwide: A Decade of Uneven Progress. Guttmacher Institute, 2009
12. Vlassoff M, Singh S, Darroch JE, Carbone E, Bernstein S. Assessing costs and benefits of sexual and reproductive health interventions. Occasional report No. 11. New York: The Alan Guttmacher Institute, 2004.

Safe abortion services: a reproductive health imperative

Iqbal H. Shah

Abstract

Objective: This paper considers the reproductive health rationale for safe abortion by reviewing the evidence on the levels and trends in the incidence of abortion worldwide and by region, explores the linkages of contraceptive prevalence, switching and discontinuation, unmet need for family planning and abortion, as well as examines the consequences when safe abortion is legally restricted. **Methods:** A search of published material was conducted on PubMed database and of key journals in reproductive health and public health. In addition, the database maintained by the World Health Organization on unsafe abortion incidence and mortality due to unsafe abortion and the database on contraceptive prevalence and unmet need for family planning maintained by the United Population Division were used. The relevant information was extracted, collated and analyzed by themes covered in this paper. **Results:** Each year an estimated 43.8 million abortions take place worldwide, 21.6 million of these under unsafe conditions or by unskilled providers. Approximately, 47,000 maternal deaths each year globally are due to complications of unsafe abortion. Nearly, all unsafe abortions (98%) and deaths due to unsafe abortion (all, except 90 deaths) take place in developing countries and in countries where legal access to safe abortion is restricted. While safe abortion rates have declined, unsafe abortion rates continue to be high and largely unchanged since 2000. **Conclusion:** Deaths due to unsafe abortion are entirely preventable by improving access to modern methods of contraception and to safe abortion services. There is a strong public health, reproductive health and human rights rationale for making safe abortion services accessible to all women.

Key words: Induced abortion, global and regional levels, contraceptive prevalence, unmet need, legal grounds.

Güvenli düşük hizmetleri: Bir üreme sağlığı zorunluluğu

Özet

Amaç: Bu yazı üreme sağlığı bağlamında güvenli düşük konusunu inceliyor. Yazıda dünyada ve bölge bazında düşük oranları ve eğilimi konusundaki veriler inceleniyor, kontraseptif yaygınlığı, yöntem değiştirme ve bırakma, aile planlamasında karşılanmamış ihtiyaç ile düşük arasındaki ilişki araştırılıyor; güvenli düşük yasal olarak sınırlandırıldığında ortaya çıkan sonuçlar gözden geçiriliyor. **Yöntem:** Bilgiler PubMed veritabanında ve temel üreme sağlığı ve halk sağlığı dergilerinde basılan kaynakların incelenmesi ile oluşturulmuştur.

Corresponding Author: Iqbal H. Shah, Ph.D, Senior Adviser, Research, Monitoring and Evaluation Unit, The Susan Thompson Buffett Foundation, Geneva, Switzerland, E-mail: ishah@stbfoundation.org

Bunun yanında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenen güvensiz düşük sıklığı ve bundan kaynaklanan mortaliteyi izleyen veritabanı ve United Population Division tarafından düzenlenen kontraseptif yaygınlığı ve aile planlamasında karşılanmamış ihtiyacın izlendiği veritabanı da kullanılmıştır. Elde edilen bilgiler bu yazının planına göre gruplanarak yeniden biraraya getirilmiş ve analiz edilmiştir. **Bulgular:** Her yıl dünyada 43.8 milyon düşük olduğu tahmin edilmektedir. Bunların 21.6 milyonu güvensiz koşullarda ya da bu konuda becerisi olmayanlar tarafından gerçekleştiriliyor. Dünyada her yıl yaklaşık olarak 47,000 anne ölümü güvensiz düşüğün yol açtığı komplikasyonlardan kaynaklanıyor. Neredeyse bütün (%98) güvensiz düşükler ve onlardan kaynaklanan ölümler gelişmekte olan ve güvenli düşüğün yasal olarak sınırlandırıldığı ülkelerde meydana geliyor. Güvenli düşük oranları azalırken güvensiz düşük oranı yüksek olmaya devam etmekte, bu durum 2000 yılından beri de pek değişmemektedir. **Sonuç:** Güvensiz düşükten kaynaklanan ölümler genelde önlenebilir. Bunun için çağdaş gebelikten korunma yöntemlerine ve güvenli düşük seçeneğine ulaşımı kolaylaştırmak gerekir. Güvenli düşük hizmetlerini bütün kadınların erişebileceği şekilde sağlamak için halk sağlığı, üreme sağlığı ve insan hakları ile ilgili çok güçlü gerekçeler vardır.

Anahtar Kelimeler: İsteyerek düşük, küresel ve bölgesel düzeyler, kontraseptif prevalansı, karşılanmamış gereksinim, yasal çerçeve

Introduction

When faced with an unwanted pregnancy, women all over the world obtain abortion, irrespective of the legal grounds under which safe abortion is permitted in the country. Induced abortion has indeed been documented throughout recorded history¹. Methods used to induce an abortion in earlier times were dangerous and exerted a heavy toll on women's lives and wellbeing. Medical advances, especially the availability of safe and effective technologies and skills to perform induced abortion make abortion as one of the safest medical interventions. Yet, an estimated 22 million abortions continue to be performed unsafely each year, resulting in deaths of an estimated 47,000 women². The provision of safe abortion, in spite of its clear and direct public and reproductive health implications, remains controversial.

With the objective to examine the reproductive rights and health rationale for safe abortion, this paper reviews the evidence on the levels and trends in the incidence of overall induced abortion and in safe and unsafe abortion. It considers the linkages of abortion, modern contraceptive prevalence, contraceptive use dynamics, accidental pregnancies, and unmet need for family planning. The paper also documents the current situation with regard to the legal

grounds under which safe abortion is permitted and presents the maternal health consequences of legal restrictions.

Induced abortion: worldwide and regional levels and trends

Of the estimated 208 million pregnancies that occurred worldwide in 2008, 21% (43.8 million) ended in induced abortions³. Induced abortion exists in all regions of the world, though the relative distribution of safe and unsafe abortion differs (Table 1). Nearly half of all induced abortions are unsafe (21.6 million) and almost all of them (98%) occur in developing countries. Unsafe abortion is defined by the World Health Organization (WHO) as a procedure for terminating an unintended pregnancy carried out either by persons lacking the necessary skills or in an environment that does not conform to minimal medical standards, or both.

The highest regional induced abortion rate in 2008 was estimated at 32 per 1,000 women aged 15-44 years for Latin America and the Caribbean, followed by the rate of 29 for Africa. Abortions are mostly unsafe in these two regions. It is noteworthy that in regions where abortion is legally available on request or on broad socio-economic grounds, for example in the region composed of

developed countries, Europe and Northern America, the overall abortion rates are lower in regions where it is restricted (Table 1). The developed-developing region divide in rates of safe and unsafe abortion is striking and directly relates to the legal restrictions on access to safe abortion (Figure 1). Within Asia, abortion is safe and largely available in the populous region of East Asia that includes China.

The worldwide induced abortion rates have declined from 35 in 1995 to 28 per 1,000 women aged 15-44 years in 2008. The decline in abortion rates has been more pronounced in developed countries, where abortion is generally safe, from 39 in 1995 to 24 in 2008, as compared to developing countries, where abortion is mostly unsafe, from 34 in 1995 to 29 in 2008. While safe abortion rates continue to decline (Figure 2), unsafe abortion rates have remained constant since 2000 (Figure 3), suggesting little progress in improving access to safe abortion.

When access to safe abortion is legally restricted: health consequences of unsafe abortion

When access to safe abortion is legally restricted or services are not easily accessible, women turn to unsafe methods or unskilled providers for terminating an unplanned pregnancy. Unsafe abortion-related deaths and disability are difficult to measure because of underreporting. Given that these deaths or complications occur following a clandestine or illegal procedure, stigma and fear of punishment deter reliable reporting of the incident. It is especially difficult to get reliable data on deaths from unsafe second-trimester abortions⁴.

Complications of unsafe abortion include haemorrhage, sepsis, peritonitis, and trauma to the cervix, vagina, uterus, and abdominal organs⁵. About 20 to 30 per cent of unsafe abortions cause reproductive tract infections and about 20 to 40 per cent of these results in upper genital-tract infection⁶. One in four women with unsafe abortion is likely to develop temporary or life-long disability requiring medical care⁷. A recent systematic review estimates the incidence of severe acute maternal morbidity attributed to unsafe abortion at 237 per 100,000 live births and a median ratio of severe complications at 596⁸.

In 2008, an estimated 47,000 women died due to complications of unsafe abortion, about 62% of them in Africa (Table 2). The risk of death due to unsafe abortion varies among developing regions⁹. Unsafe abortion mortality ratios (number of maternal deaths due to unsafe abortion per 100,000 live births) varies from a high of 80 in East Africa to a low of 8 in Central America and 3 in Eastern Europe (Figure 4). Among the developing regions, African region had the highest ratio of 80 and the Latin America and the Caribbean the lowest ratio of 10 per 100,000 live births. The case-fatality rate for unsafe abortion is 460 per 100,000 unsafe abortion procedures in Africa and 520 in sub-Saharan Africa, compared to 30 in Latin America and the Caribbean and 160 in Asia⁹ (Figure 5). When performed by skilled providers using correct medical techniques and drugs and under hygienic conditions, induced abortion is a very safe medical procedure. In the USA, for example, the case-fatality rate is 0.7 per 100,000 legal abortions¹⁰.

Table 1. Estimated annual number and rates (per 1000 women aged 15-44 years) of safe and unsafe induced abortion, 2008

Region and Subregion (a)	Number of induced abortions (millions)			Abortion rate (per 1000 women aged 15-44)		
	Induced abortion	Safe abortion	Unsafe abortion	Induced abortion	Safe abortion	Unsafe abortion
World	43.8	22.2	21.6	28	14	14
Developed countries (b)	6.0	5.7	0.4	24	22	1
Developing countries (b)	37.8	16.6	21.2	29	13	16
<i>Developing excl. Eastern Asia</i>	27.6	6.3	21.2	29	7	23
Africa	6.4	0.2	6.2	29	1	28
Eastern Africa	2.5	0.1	2.4	38	2	36
Middle Africa	0.9	^	0.9	36	^	36
Northern Africa	0.9	^	0.9	18	^	18
Southern Africa	0.2	0.1	0.1	15	7	9
Western Africa	1.8	^	1.8	28	^	28
Asia^(c)	27.3	16.5	10.8	28	17	11
<i>Asia excl. Eastern Asia</i>	17.1	6.3	10.8	29	11	18
Eastern Asia	10.2	10.2	°	28	28	°
South-central Asia	10.5	3.7	6.8	26	9	17
South-eastern Asia	5.1	2.0	3.1	36	14	22
Western Asia	1.4	0.6	0.8	26	11	16
Europe	4.2	3.8	0.4	27	25	2
Eastern Europe	2.8	2.5	0.4	43	38	5
Northern Europe	0.3	0.3	°	17	17	°
Southern Europe	0.6	0.6	°	18	18	°
Western Europe	0.4	0.4	°	12	12	°
Latin America	4.4	0.2	4.2	32	2	31
Caribbean	0.4	0.2	0.2	39	21	18
Central America	1.1	^	1.1	29	^	29
South America	3.0	^	3.0	32	^	32
Northern America	1.4	1.4	°	19	19	°
Oceania^(c)	0.1	0.1	^	17	14	2

Figures may not exactly add up to totals because of rounding.

° No estimates are shown for regions where the incidence is negligible,

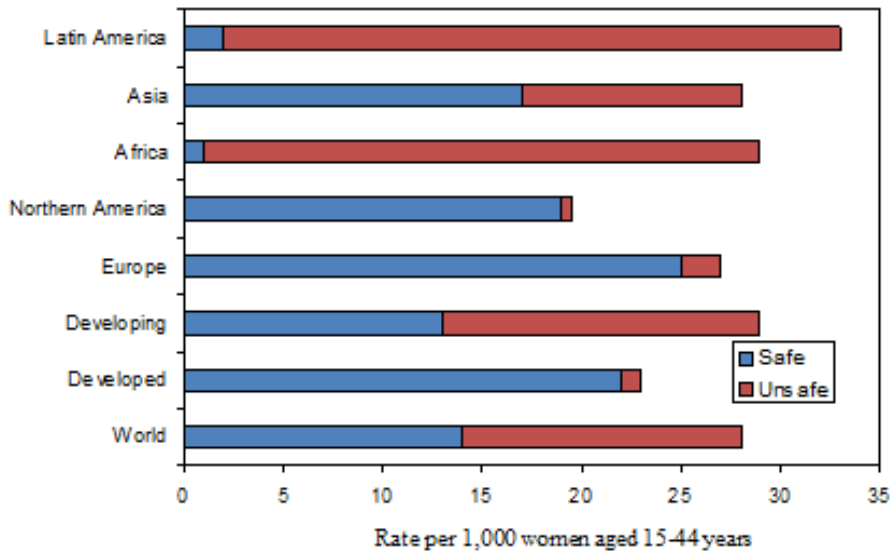
^ Numbers less than 0.1 million or rate less than 0.5.

(a) The classification of geographical regions and sub-regions follows the system used by the UN Population Division.

(b) Developed regions include Europe, North America, Japan, Australia and New Zealand; all others are classified as developing.

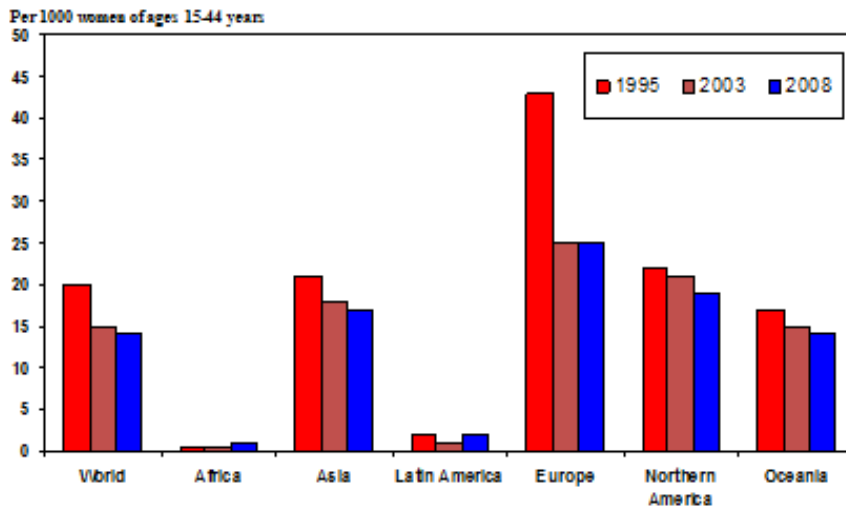
(c) WHO unsafe abortion estimates of these regions only include developing countries, excluding Japan, Australia and New Zealand from the regions; those unsafe abortion rates therefore differ.

Figure 1: Estimated safe and unsafe abortion rates per 1,000 women ages 15-44 years, 2008



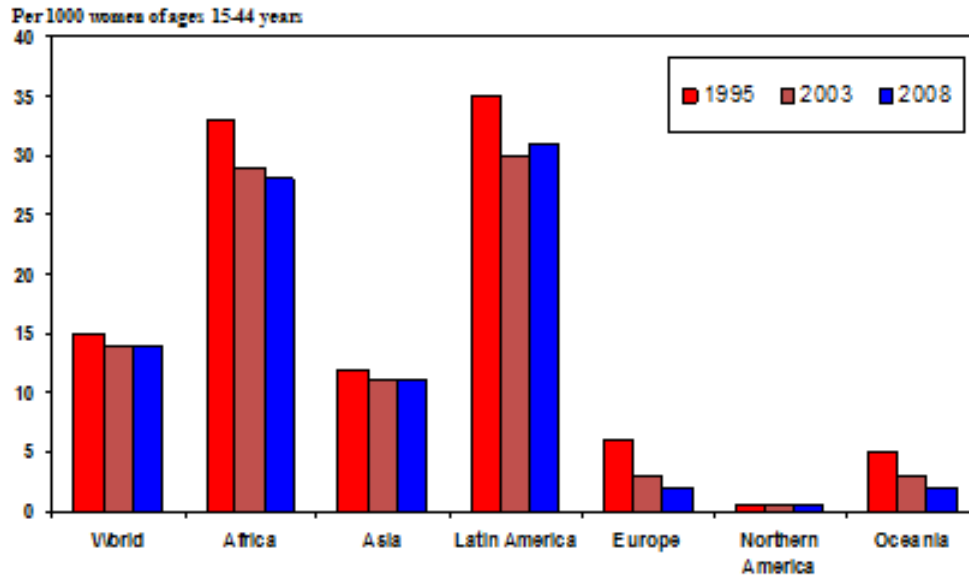
Source: [2]

Figure 2: Safe abortion rates, per 1,000 women ages 15-44 years, from 1995 to 2008



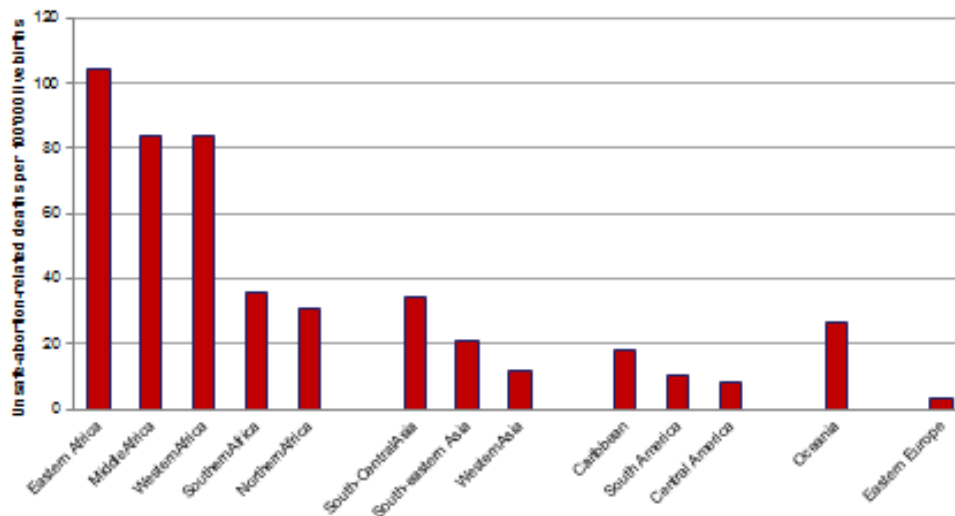
Source: [3]

Figure 3: Unsafe abortion rates, per 1,000 women ages 15-44 years, from 1995 to 2008



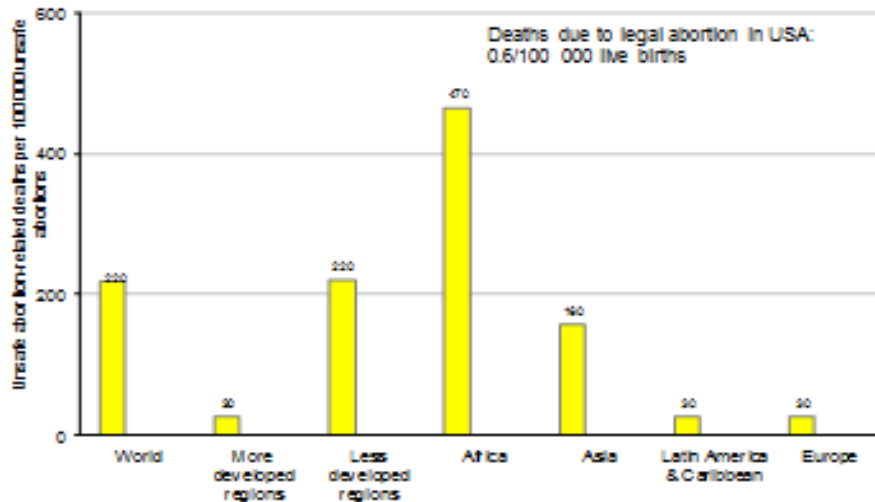
Source: [3]

Figure 4: Unsafe abortion mortality ratio per 100,000 live births, by region, 2008



Source: [9]

Figure 5: Unsafe abortion-related maternal deaths per 100,000 unsafe abortions, by region, 2008



Note: Japan, Australia, and New Zealand have been excluded from the regional estimates, but are included in the total for developed countries.

Source: [9]

Table 2: Estimated number of maternal deaths due to unsafe abortion and unsafe abortion mortality ratio per 100,000 live births, 2008

Region	Number of deaths due to unsafe abortion (rounded)	Unsafe abortion mortality ratio per 100,000 live births
World	47,000	30
Developed regions*	90	0.7
Developing regions	46,910	40
Africa	29,000	80
Asia*	17,000	20
Latin America & the Caribbean	1,100	10
Oceania*	100	30
Europe	90	1

Figures may not exactly add up to totals due to rounding.

*Japan, Australia and New Zealand have been excluded from the regional estimates, but are included in the total for developed countries.

Public health, reproductive rights and reproductive health

The public health impact of unsafe abortion has been recognized for a long time. As early as 1967, the World Health Assembly identified unsafe abortion as a serious public health problem in many countries¹¹. WHO's Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets, adopted by the World Health Assembly in 2004, noted: "As a preventable cause of maternal mortality and morbidity, unsafe abortion must be dealt with as part of the Millennium Development Goal on improving maternal health and other international development goals and targets"¹².

The number of declarations and resolutions signed by countries over the last two decades indicates a growing consensus that unsafe abortion is an important cause of maternal death that can and should be prevented through the promotion of family planning, sexual education, and the provision of safe abortion services to the full extent of the law. The consensus also exists that post-abortion care should be provided in all cases and that expanding access to family planning is critical to the prevention of unplanned pregnancy and unsafe abortion. Thus, the public health rationale for preventing unsafe abortion is clear and unambiguous.

The concept of reproductive rights was defined and accepted at the 1994 International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo, Egypt. Eliminating unsafe abortion is one of the key components of the WHO's Reproductive Health Strategy. The WHO Strategy is grounded in international agreed resolutions and global consensus declarations on human rights, including the right of all persons to the highest attainable standard of health; the basic right of all couples and individuals to

decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so; the right of women to have control over, and decide freely and responsibly on, matters related to their sexuality, including sexual and reproductive health - free of coercion, discrimination and violence; the right of men and women to choose a spouse and to enter into marriage only with their free and full consent; the right of access to relevant health information; and the right of every person to enjoy the benefits of scientific progress and its applications¹².

Legal grounds under which abortion is permitted play a key role in realizing the rights to access services. While nearly all countries legally permit abortion to save a woman's life, the number of countries becomes fewer when the grounds on which abortion is permitted are liberal (Table 3). The developed-developing regional divide is noteworthy (Figure 6) for the liberal ground of economic or social reasons (80% and 19%, respectively) and when abortion is permitted on request (69% compared to 16%, respectively). Legal restrictions on abortion do not eliminate abortions, but cause them to be clandestine and unsafe.

The maternal mortality ratio (MMR) per 100,000 live births due to unsafe abortion is generally higher in countries with major restrictions and lower in countries where abortion is available on request or under broad conditions^{13,14}. The accumulated evidence shows that the removal of restrictions on abortion results in reduction of maternal mortality due to unsafe abortion and, thus, a reduction in the overall level of maternal mortality^{15,16}. The decline in maternal mortality in Nepal and South Africa has been attributed to reductions in the number of unsafe abortions following the liberalization of the abortion law and the expansion of safe abortion services.

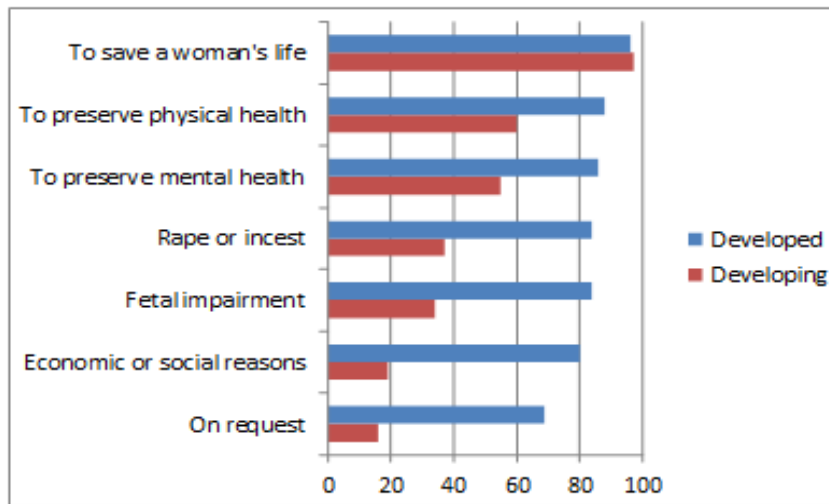
Table 3: Grounds on which abortion is permitted (per cent of countries) by region and sub-region, 2009

Country or area	To save the woman's life	To preserve physical health	To preserve mental health	Rape or incest	Fetal impairment	Economic or social reasons	On request	Number of countries
All countries	97	67	63	49	47	34	29	195
Developed countries	96	88	86	84	84	80	69	49
Developing countries	97	60	55	37	34	19	16	146
Africa	100	60	55	32	32	8	6	53
Eastern Africa	100	71	65	18	24	6	0	17
Middle Africa	100	33	22	11	11	0	0	9
Northern Africa	100	50	50	33	17	17	17	6
Southern Africa	100	80	80	60	80	20	20	5
Western Africa	100	63	56	50	44	6	6	16
Asia ^a	100	63	61	50	54	39	37	46
Eastern Asia	100	100	100	100	100	75	75	4
South-central Asia	100	64	64	57	50	50	43	14
South-eastern Asia	100	55	45	36	36	27	27	11
Western Asia	100	59	59	41	59	29	29	17
Latin America and the Caribbean	88	58	52	36	21	18	9	33
Caribbean Central America	92	69	69	38	23	23	8	13
South America	75	50	38	25	25	25	13	8
Oceania	92	50	42	42	17	8	8	12
Oceania	100	50	50	14	7	0	0	14

^a Japan, Australia and New Zealand have been excluded from the regional count, but are included in the total for developed countries

(Source: United Nations, World abortion policies, 2011).

Figure 6: Grounds on which abortion is legally permitted in developed and developing regions, 2009 (percentage of countries)



Source: United Nations, *World Abortion Policies 2011* Wallchart, New York: United Nations

Table 4: Estimated number of women using a contraceptive method and those experiencing an unintended pregnancy during the first year of contraceptive use, by type of contraceptive method, global data, 2009

Contraceptive method (1)	Estimated failure rate (typical use) ^a % (2)	Number of users ^b (thousands) (3)	Number of women with accidental pregnancy (typical use) ³ (thousands) (4)
Female sterilization	0.5	222,805	1,114
Male sterilization	0.15	28,293	42
Injectables	0.3	41,260	124
IUD	0.8	168,577	1,349
Pill	5.0	103,740	5,187
Male condom	14	89,594	12,543
Vaginal barrier	20	2,358	472
Periodic abstinence	25	34,187	8,547
Withdrawal	19	36,545	6,943
Total	4.7	727,359	36,321

^aTrussell²³ estimates are based on USA data. Estimated failure rates in *typical use* cover method- and user-failure in using a contraceptive method in typical condition.

^b Based on the estimated number of women aged 15-49 years, married or in union in 2009 and the percentage using specific contraceptive method¹⁸.

Legal restrictions also cause inequities when well-off women can access skilled providers such as doctors and poor women had to resort to traditional unskilled providers. For example, 60% of rural poor compared to 18% of urban non-poor women in Guatemala had the abortion done by a traditional providers¹⁷. While only 4% of the rural poor got the abortion performed by a physician, 55% of urban non-poor were able to do so in Guatemala. Far fewer rural women had abortions performed by doctors than urban women: 8% compared to 32% in Guatemala; 9% compared to 26% in Mexico; 22% compared to 41% in Pakistan; and 16% compared to 42% in Uganda among rural and urban women, respectively¹⁷.

Contraceptive use dynamics, accidental pregnancies and unmet need for contraception

Contraception is the primary means to prevent unintended pregnancy among sexually active women and, consequently, induced abortion. Contraceptive prevalence of any method was 63 per cent globally in 2009 among women of reproductive age (15-49 years) who were married or in a cohabiting union¹⁸. The use of a modern method was about seven percentage points lower, at 56 per cent. Contraceptive prevalence rose globally and in all regions, though it remains low in Africa, at 28 per cent for all methods and 22 per cent for modern methods. The prevalence is even lower in sub-Saharan Africa where the use of any contraceptive method was 22 per cent while the use of modern methods was 16 per cent in 2009. In contrast, contraceptive prevalence of any method was over 66 per cent in Europe, North America, Asia, and in Latin America and the Caribbean.

The use of modern contraception resulted in the lowering of the incidence and prevalence of unintended pregnancy and induced abortion even where abortion is available on request. The decline in abortion prevalence with the increase in the level of contraceptive prevalence has been noted for

many countries^{19, 20}. Recent data from 17 countries in Eastern Europe and Central Asia, where induced abortion used to be the main method for regulating fertility, and from the USA show that where the use of modern contraceptive methods is high, the incidence of induced abortion is low²¹. Induced abortion rates are the lowest in Western Europe where modern contraceptive use is high and abortion is generally legally available on request.

In countries with high contraceptive prevalence, the prevention of unintended pregnancies depends heavily on the ability and willingness of men and women to use methods with maximum effectiveness, to use them persistently and to switch promptly to alternative methods as and when the need arises. Overall discontinuation of contraceptive methods in developing countries is high. On average, 38% of couples had stopped use of their method within 12 months of starting in 19 countries²². The discontinuation rates ranged from 40% to 50% for pills, injectables, condoms, periodic abstinence and withdrawal. In contrast, only 13% of intrauterine device (IUD) users discontinued within 12 months. High discontinuation would not be a problem if women switch to another method promptly after discontinuation. However, in seven of the 17 countries, less than half of couples switched within three months of discontinuation because of side effects or other method-related reasons. Therefore, many women become exposed to the risk of unintended pregnancies and abortion because of delays in switching to alternative methods or abandoning the contraceptive use altogether.

Contraception alone, however, cannot entirely eliminate women's need for access to safe abortion services. Contraception plays no role in cases of forced sex that can lead to an unintended pregnancy. Also, no method is 100 per cent effective in preventing pregnancy. Using 2009 data on contraceptive prevalence¹⁸ and the typical failure rates of contraceptive methods²³, it is estimated that

approximately 36 million women may experience an accidental pregnancy annually while using a method (Table 4). In the absence of safe abortion services, some may resort to unskilled providers.

Unmet need for family planning, broadly defined as the number of women who want to avoid or postpone a pregnancy but are not using any method of contraception, continues to persist despite having declined somewhat²⁴. Overall, 11 per cent of women globally and in developing countries report an unmet need for family planning. In sub-Saharan Africa and among the least developed countries, unmet need for family planning is reported by one in four women in the reproductive age group of 15-49 years¹⁸. Women will continue to face unintended pregnancies as long as their family planning needs are not met or the methods they use fail. Therefore, the need for safe abortion will continue to persist even when the contraceptive prevalence is high. The stark reality of an estimated 22 million women undergoing unsafe abortion each year, with 47,000 of them dying from the complications is a powerful reminder for the need of safe abortion. Even a "low-risk" unsafe abortion in legally restricted context exposes women to an undue risk should an emergency develop in the process. In such cases, because of legal restrictions and stigma linked to having an abortion, women are reluctant to seek timely medical care if post-abortion complications occur.

“The right of every person to enjoy the benefits of scientific progress and its applications” - making safe abortion accessible

The public health and human rights rationale for safe abortion is overriding. Preventing unsafe abortion is also key to achieving reproductive health and attaining the Millennium Development Goal (MDG) on Improving Maternal Health. Liberalizing abortion laws is one of many steps required for men and women to exercise their right to enjoy the benefits of scientific progress and its application. The World Health

Organization has recently released evidence-based updated recommendations on *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*²⁵. In addition to clinical recommendations for the provision of safe abortion, the Guidance covers legal, human rights, policy and programmatic issues and provides evidence-based best practices. The accumulated evidence calls for removing health system barriers and unnecessary procedures and delays in accessing safe abortion. The Guidance recommends that safe abortion services should be readily available and affordable to the full extent of the law. It also states that the use of pre-abortion ultrasound screening is not necessary. The Guidance indicates that the trained mid-level health care providers can safely provide early abortion. The randomized clinical trials in South Africa and Viet Nam show that the trained mid-level health care providers can provide MVA as safely as doctors²⁶. Another trial in Nepal shows that the trained nurses and auxiliary nurse midwives can provide medical abortion in the first trimester as safely as doctors²⁷. The evidence thus indicates that appropriately trained mid-level health care providers are able to do both surgical and medical abortions as competently as are doctors in relatively low-resource settings. It is critical to align the national standards and practice to the evidence-based recommendations and best practices.

Conclusions

Whether restricted or not, a woman's chance of having an abortion is about the same. When access to safe abortion is legally restricted, the rates of unsafe abortion are high causing death and disability to women. However, when abortion is legally permitted, abortion rates are low and decline and deaths due to unsafe abortion are nearly non-existent. Contraceptive use reduces unintended pregnancies, but does not eliminate the need for safe abortion because the method can fail or the user may not be able to use the method consistently and correctly. The public health, reproductive health and human rights

rationale call for safe abortion to be accessible to all women. To realize the reproductive rights and to save women's lives,

programmatic, legal and policy reforms are thus needed for the provision of safe abortion.

References

1. Joffe C. Abortion and medicine: a sociopolitical history. *Management of unintended and abnormal pregnancy: comprehensive abortion care*. United Kingdom, Wiley-Blackwell, 2009, 1-9.
2. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Sixth edition. Geneva (Switzerland), World Health Organization, 2011.
3. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Åhman E, Henshaw SK, Bankole A. 2012. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*, 2012, 625-32.
4. Walker D, Campero L, Espinoza H et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:27-38.
5. Grimes D, Benson J, Singh S et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908-1919.
6. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Fifth ed. Geneva (Switzerland), World Health Organization, 2007.
7. Singh S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. *Lancet*, 2006, 368:1887-1892.
8. Adler AJ, Filippi V, Thomas SL and Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health*, doi: 10.1111/j. 3156. 2011. 02896.x, 2011.
9. Åhman E and Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Internal Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011, 115:121-126.
10. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB et al. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics and Gynecology*, 2004, 103:729-737.
11. World Health Organization. Twentieth World Health Assembly resolution 20.14: *Health aspects of family planning*. 1967. Geneva (Switzerland), World Health Organization.
12. World Health Organization. *Reproductive Health Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. 2004. Geneva (Switzerland), World Health Organization.
13. World Health Organization. *World Health Report 2008 - Primary Health Care: now more than ever*. 2008. Geneva (Switzerland) World Health Organization.
14. World Health Organization. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. 2009. Geneva (Switzerland) World Health Organization.

15. David HP. Abortion in Europe, 1920-91 - A Public-Health Perspective. *Studies in Family Planning*, 1992, 23:1-22.
16. Jewkes R, Brown H, Dickson-Tetteh K et al. Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa. *BMJ*, 2002, 324:1252-1253.
17. Singh S, Wulf D, Hussain R, Bankole A, and Sedgh G. *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York (USA): The Guttmacher Institute. 2009.
18. United Nations Department for Economic and Social Affairs. Population Division. *World contraceptive use (Wallchart)*. New York (USA) United Nations, 2011. (ST/ESA/SER.A/301).
19. Bongaarts J, Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:193-202.
20. Marston C, Cleland J. Relationships between contraception and abortion: A review of the evidence. *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29:6-13.
21. Westoff CF. Recent trends in abortion and contraception in 12 countries. *ORC Macro*, 2005, No. 8.
22. Ali MM, Cleland, Shah IH. *Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 Demographic and Health Surveys*. 2012. Geneva (Switzerland), World Health Organization.
23. Trussell J. *Contraceptive efficacy. Contraceptive technology (17th revised edition)*, 1998, New York (USA) Ardent Media Inc, 779-884.
24. United Nations. The Millenium Development Goals report 2011: Statistical annexes. 2011. New York (USA).
25. World Health Organization. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2012. Geneva (Switzerland), World Health Organization.
26. Warriner IK et al. Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *Lancet*, 2006, 368(9551):1965-1972.
27. Warriner IK et al. Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet*, 2011, 377:1155-1161.

Güvenli Düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi

Lale Say

Özet

Güvensiz düşükler her yıl dünyada binlerce kadının yaşamını yitirmesine sebep olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kayıpların başlıca nedeni, kaliteli aile planlaması hizmetleri ve gebelikten korunma yöntemlerine ulaşımın yetersiz olması kadar, birçok ülkede yasalar bazı durumlarda düşük yapmaya izin verse bile, güvenli düşük hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir ve gereksinimi karşılayıcı nitelikte olmayışıdır. Dünya Sağlık Örgütünü, güvensiz düşükler nedeniyle olan yaşam kayıplarının önlenmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumuna destek olma amaçları ile güncel veriler ve bilimsel araştırma sonuçlarına dayanarak oluşturduğu “Güvenli Düşük: sağlık sistemleri için uygulama rehberi”, 2012 yılında ikinci kez yayınlandı. Rehber, son bilgiler ışığında, kanıta dayalı sağlık politikaları oluşturulması ve klinik hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik bir dizi tavsiye ve öneri içermektedir. Klinik hizmet sunumu bölümünde, işlemler ve yöntemler ile ilgili ayrıntılı teknik bilgi ve önerinin yer aldığı rehber, tüm ülkelerde kürtaj ve düşük hizmet planlayıcıları, uygulayıcıları ve hizmet sunucularının kullanımı için hazırlandı. Bu tavsiyelerin uygulanması ve kaliteli hizmete ulaşımın yasaların öngördüğü ölçüde yaygınlaştırılması, güvensiz düşüklerin neden olduğu anne ölümlerinin ve diğer komplikasyonların önüne geçilmesini kolaylaştıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Güvenli düşük, uygulama rehberi

Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems

Abstract

Unsafe abortions lead to deaths of thousands of women each year worldwide. Main reasons for these losses are lack of access to effective family planning and contraceptives, as well as unavailability of safe abortion services even despite them being legal for a variety of indications in almost all countries. The World Health Organization (WHO), to prevent deaths due to unsafe abortion and to support delivery of good quality health care, has issued the second edition of its guidelines: “Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems”.

Sorumlu Yazar: Dr. Lale Say, Üreme Sağlığı Araştırmaları Uzmanı, Dünya Sağlık Örgütü, Üreme Sağlığı ve Araştırmaları Bölümü Koordinatörü, Cenevre, E-posta: sayl@who.int

The guidance includes a range of recommendations based on the latest and up-to-date scientific evidence, to help development and implementation of evidence-based policies and improvement of clinical care for safe abortion by policy-makers, programme managers and providers of abortion care. The section on clinical care covers detailed technical information and recommendations on the methods and procedures. Implementation of the recommendations and ensuring access to good quality services to the full extent of law will help preventing unsafe abortions and related deaths and morbidities.

Key words: Safe abortion, technical and policy guideline

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ülkelerde sağlık sistemlerinin kaliteli, etkin ve kanıta dayalı sağlık hizmeti sunulabilmesine destek olmak amacı ile halk sağlığının çeşitli alanlarında bilimsel hizmet sunumu uygulama rehberleri yayınlayıp, düzenli aralıklarla günceller. Üreme sağlığı alanında geliştirilen aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımları gibi konulardaki rehberler, dünyanın her ülkesinde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine ve halk sağlığının geliştirilmesine katkı sağlar ¹ Bu çerçevede DSÖ, ilk kez 2003 yılında güvensiz düşüklerin önlenmesi ve bu tür olaylardan doğacak komplikasyonların uygun şekilde tedavi edilmesini desteklemek için bir rehber oluşturdu ². “Güvenli Düşük: sağlık sistemleri için uygulama rehberi” geçen süre içinde geliştirilen yeni teknolojilerin ve yayınlanan bilimsel çalışma sonuçlarının ışığında güncellendi ve ikinci baskı olarak 2012 yılında yayınlandı ³.

Bu yazı, DSÖ Güvenli Düşük Rehberinin yeni baskısının geliştirme yöntemi ile içeriği hakkında bilgi vermeyi amaçlamaktadır. Rehberin

geliştirilme yöntem ve sürecine kısa olarak değinildikten sonra, düşük hizmetlerinin iyileştirilmesi için (i) klinik hizmet sunumu, (ii) hizmetin planlanması ve yönetimi ve (iii) sağlık politikaları ve yasaların oluşturulması ve uygulanması alanlarında rehberin belirlediği tavsiyeler özet olarak sunulmuştur.

Güvenli Düşük Rehberi - Nasıl geliştirildi?

Güvenli Düşük Rehberi, DSÖ'nün tüm klinik ve program rehberlerinin hazırlanmasında gerekli olan standart ve süreçler gözetilerek hazırlandı. Bu süreç ve standartlar, öncelikli soru ve klinik problemlerin belirlenmesi; bu sorulara yanıt verecek bilimsel araştırma verilerinin elde edilmesi, araştırma sonuçlarının değerlendirilerek sentezlere ulaşılması, bu doğrultuda öneriler geliştirilmesi ve uluslararası alanda ilgili bir konsensüs oluşturulması, rehberin dağıtılarak etkisinin ölçülmesi ve bir sonraki güncellenmenin planlanması olarak özetlenebilir.

Bu süreçte oluşturulan uluslararası danışma kurulu, sistematik bir yöntem ile hem öncelikli soruları belirlemiş, hem de belirlenen soruların yanıtlarının bulunması için yürütülen bilimsel

araştırmaların sistematik derlemelerinin analizleri ışığında önerileri kararlaştırmıştır. Sistematik süreç, bilimsel verilerin ve önerilerin değerlendirilmesi ve derecelendirilmesi (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation - GRADE) yaklaşımını kullandı⁴. Tüm DSÖ klinik ve uygulama rehberlerinin hazırlanmasında kullanılan bu yaklaşım, konu hakkında var olan tüm bilimsel veri ve kanıtların sistematik olarak değerlendirilmesi, yorumlanması ve DSÖ tavsiye kararlarının oluşturulmasını sağlar. Seçilen öncelikli konulara ait araştırma kanıtları, araştırmanın ve sonuçların kalitesine göre derecelendirilip tablolar halinde ifade edilir. Oluşturulan bu tablolar (GRADE) ışığında Danışma Kurulu üyeleri tartışmalarla tavsiye kararlarını oluştururlar.

Güvenli Düşük Rehberi, tüm ülkelerde kürtaj ve düşük hizmet planlayıcıları, uygulayıcıları ve hizmet sunucularının kullanımı için aşağıda özetlenen on dört ana başlıkta ayrıntılı tavsiye kararları içermektedir.

Güvenli Düşük Rehberi – İçerik

Düşük hizmeti alan kadınlar için klinik hizmet sunumu

Düşük öncesi bakım

- Gebelik haftasının doğru tayini en uygun düşük yöntemini seçmek için çok önemli bir faktördür¹. Bunun için pelvik muayene, batin muayenesi ve gebelik belirtilerinin anlaşılması

genellikle yeterli olur. Laboratuvar veya ultrason tetkikleri de gerekirse kullanılabilir.

- Cerrahi yöntem sırasında antibiyotik kullanılması prosedür sonrası enfeksiyon riskini azaltır. Ancak, antibiyotiğin bulunmaması, düşük prosedürüne devam edilmemesine neden olmamalıdır.
- Düşük için başvuran kadının karar vermesini kolaylaştırmak ve gönüllü onayını almak için uygulanacak işlem hakkında ve uygulama sonrası görülebilecek durumlarla ilgili tam, doğru ve kolay anlaşılabilir bilgi verilmelidir. Düşük sonrası gebelik önleme yöntemleri ile ilgili bilgi de verilen bilgiler arasında olmalıdır.

Düşük yöntemleri

- Gebeliğin birinci üç-ay içinde olan gebelikler için aşağıdaki düşük yöntemleri önerilir:
 - Gebelik süresi 12-14 haftaya kadar olan gebeliklerde manuel veya elektrikli vakum aspirasyonu.
 - Dokuzuncu haftaya kadar olan gebeliklerde tıbbi düşük yöntemi – oral mifepristone ve tek doz misoprostol kullanımı.
 - Dokuz haftayı geçen gebeliklerde tıbbi düşük yöntemi – oral mifepristone ve tekrar eden dozlarda misoprostol kullanımı.
 - Mifepristone bulunmadığı durumlarda, tekrar eden dozlarda misoprostol kullanımı.

¹ Gebelik süresi son adet tarihinin ilk gününden sonra geçen zamandır.

- Dilatasyon ve küretaj (D&C) güncel olmayan bir düşük yöntemidir, yerini vakum aspirasyon veya tıbbi yöntemlere bırakmalıdır.
- Gebelik süresi 12-14 haftadan büyük gebeliklerde aşağıdaki yöntemler önerilmektedir:
 - Vakum aspirasyon ve forceps kullanarak dilatasyon ve boşaltma (D&E).
 - Oral mifepristone ve tekrar eden dozlarda misoprostol.
 - Mifepristone bulunmadığı durumlarda, tekrar eden dozlarda misoprostol.
- Oniki -ondört haftadan büyük gebeliklerde cerrahi yöntem öncesi rahim ağzının gevşetilerek işleme hazırlanması herhangi bir travma veya yaralanmayı engellemek için gereklidir. Daha küçük gebeliklerde de özellikle rahim ağzı yaralanması ya da rahim perforasyonu riskini önlemek amacıyla rahim ağzı (misoprostol vb gibi ilaçlarla) hazırlanmalıdır.
- Hem cerrahi hem de tıbbi düşüklerde ağrının kontrol altına alınması her zaman önerilmeli ve hastanın tercihi durumunda uygun ağrı kesme yöntemleri mutlaka sağlanmalıdır. Çoğu vakada, oral ağrı kesiciler ve/veya sedasyon yeterlidir. Ağrı tedavisine gerek duyulması gebelik haftası büyüdükçe artar.
- Cerrahi yöntem kullanıldığında rahim ağzının mekanik olarak gevşetilerek hazırlanması gerektiğinde lidokain ile yerel anestezi yapılabilir. Rutin düşük işlemlerinde genel anestezi,

analjezi ve yerel anesteziye göre daha çok komplikasyon riski taşıdığı için önerilmez.

- Kan yolu ile geçebilecek enfeksiyonlara karşı standart enfeksiyon kontrol yöntemleri her zaman uygulanmalıdır.

Düşük sonrası bakım ve izleme

- Cerrahi yöntemle düşük sonrası hayati bulgular normale hasta kendisini iyi hissettiğinde sağlık kuruluşundan ayrılabilir.
- Komplike olmayan cerrahi ve mifepristone ile misoprostol kullanılan tıbbi düşük sonrası kontrol/ izlem gerekli değildir. Eğer hasta kontrole gelmeyi tercih ediyorsa, randevu 7-14 günler arasında verilir.
- Cerrahi ve tıbbi düşük yöntemleri uygulanan tüm kadınlar klinikten ayrılmadan önce gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli ve eğer istiyorlarsa, tercih ettikleri yöntem uygulanmalı ya da uygulanacağı bir yere sevk edilmelidirler.
- Kadınlar klinikten ayrılmadan önce kendilerine nasıl bakmaları gerektiğini belirten sözlü ve yazılı bilgi almalıdırlar. Bu bilgiler, ne kadar kanama olabileceği, olası komplikasyonların neler olduğu ve gerekli olan durumlarda nereye ve nasıl başvurulacağını içermelidir. Mümkün olan durumlarda soruların ve kaygıların iletilebileceği bir telefon numarası verilmesi kliniğe geri dönme gereksinimini azaltır.

Güvenli düşük hizmetlerinin planlanması ve yönetimi

Güvenli ve yasal düşük hizmetlerinin planlanması ve yönetiminde bir dizi sağlık sistemi faktörünün göz önüne alınmasını gerektirir. Bu faktörler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- *Ülke yasalarının elverdiği ölçüye uygun düşük hizmetleri sunumu ve hizmete erişimi kolaylaştırmak için ulusal standart ve rehberlerin oluşturulması:* Bu rehberler, düşük hizmetlerinin tipleri, nerelerde ve kimler tarafından verilebileceği, gerekli alet ve ekipman, sevk mekanizması, kadınların bilgilendirilmiş kararlarına saygı, mahremiyet, adolesanların özel gereksinimlerine özen, şiddet ve tecavüz ile, sağlık çalışanlarının vicdani ret durumları gibi unsurları içermelidir.
- *Sağlık hizmet sunucularının beceri ve performanslarının artırılması:* Eğitim, destekleyici denetim, izleme, değerlendirme ve diğer kalite yönetimi süreçlerinin geliştirilip uygulanmasını gerektirir. Eğitim programları yeterlilik üzerine kurulmalı ve sağlık personelinin tutumu ve güvenli düşük hizmeti sunumunun etik yönleri de eğitim içeriğine yer almalıdır. İzleme ve değerlendirme güncel hizmet istatistiklerinin derlenmesi, periyodik özel araştırmalar ve geri bildirimini içermelidir.
- *Finansman:* Sağlık hizmetleri bütçesi; personel, eğitim programı, ekipman, ilaçlar ve diğer malzeme ile, kapital maliyeti içermelidir. Ayrıca bu hizmete gereksinimi olup maddi yetersizliği olan kadınlar için uygun koşullarda hizmet sağlanması olanakları da göz önüne alınmalıdır. Güvenli düşük

hizmetlerinin var olan sağlık hizmetlerine eklenmesinin maliyeti, güvensiz gebelik sonlandırmalarının yol açacağı komplikasyonların giderilmesi ile karşılaştırıldığında ve kadın sağlığına olan kazanımları düşünüldüğünde, çok yüksek bir maliyet olmayacaktır.

- *Sağlık programlarının geliştirilmesine sistematik yaklaşım:* Programlar istenen sonuca –yani kadın sağlığının iyileştirilmesine – yönelik olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Sağlık politikaları ve yasal yönler

- Güvensiz düşük, dünyada anne ölümlerinin en büyük nedenlerinden birini oluşturur⁵. Bunun başlıca nedeni, dünyadaki hemen her ülkede, belirlenen bazı koşullarda yasal olmasına karşın, güvenli düşük hizmetlerinin genellikle kolay erişilebilir olmamasıdır.
- Uluslararası, bölgesel ve ulusal insan hakları kuruluş ve mahkemeleri artan oranda gebelik sonlandırılmasının suç olmaktan çıkarılmasını ve en azından, kadının yaşamını korumak amacı ile ve kadının şikayeti ile belirlenen tecavüz durumlarında düşük hizmetinin sunulmasını tavsiye etmekte. Yasalar, gebelik sonlandırma ve düşükleri kısıtlayıcı olsalar bile, doğru yorumlanıp uygulanmaları çok önemli bir gerekliliktir.
- Yasalarda belirtilmiş ya da belirtilmemiş olan diğer bazı faktörler, yasal olduğu hallerde bile gebelik sonlandırılması hizmetine erişimi kısıtlayabilir. Hizmetin verildiği ve yasal durum bilgisine sahip olunmaması, üçüncü tarafların (bunlar

genellikle eş, anne-baba) rızasının aranması, hizmeti verecek olan sağlık personeli ve kuruluşlarının kısıtlı olması ve mahremiyetin temin edilmemesi bu tür engeller arasında yer alır.

- Yasalara göre gebelik sonlandırması uygun olan her kadının güvenli düşük hizmetlerine ulaşımı için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve bu yönde sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Politikalar, kadınların insan haklarını korumaya ve onların sağlıklarını geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu bağlamda, önemle vurgulanan öneri, kaliteli aile planlaması hizmeti ve gebeliği önleyici yöntemlere ulaşımın, özellikle de yoksul - genç - tecavüze maruz kalmış ve HIV enfeksiyonu taşıma gibi hizmete erişimi daha güç olan kesimleri gözeterek, yaygınlaştırılması ve kolaylaştırılmasıdır.

Sonuç

Güvensiz düşük her yıl dünyada binlerce kadının yaşamını yitirmesine sebep olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu kayıpların nedeni,

kaliteli aile planlaması hizmetleri ve gebelikten korunma yöntemlerine ulaşımın yetersiz olması kadar, birçok ülkede yasalar bazı durumlarda düşük yapmaya izin verse bile, güvenli düşük hizmetlerinin ulaşılabilir ve iyi kalitede olmayışıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün, bu yaşam kayıplarının önlenmesi ve kaliteli sağlık hizmeti sunumuna destek olma amacı ile en son bilimsel araştırma sonuçları ve verilerine dayanarak ikinci baskı olarak yayınladığı "Güvenli Düşük: Sağlık Sistemleri İçin Uygulama Rehberi, 2012", güncel ve kanıt dayalı sağlık politikaları oluşturulması ve klinik hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik bir dizi tavsiye ve öneri içermektedir. Düşük hizmetlerinin bu doğrultuda uygulanması ve kaliteli hizmete ulaşımın yasaların öngördüğü ölçüde yaygınlaştırılması, güvensiz düşüklerin neden olduğu anne ölümlerinin ve diğer komplikasyonların önüne geçilmesini kolaylaştıracaktır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/en/index.html> (accessed 15 August 2012).
2. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. First edition. Geneva: WHO; 2003.
3. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Geneva: WHO; 2012.
4. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011 Apr;64(4):383-94.
5. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA: WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;367:1066-1074.

Review

Pregnancy Termination in Turkey: ‘Nereden Nereye...?’*

Nahid Toubia

Abstract

In her early years as a surgeon, Dr. Toubia came to understand that the many women who came to the Khartoum Teaching Hospital with heavy vaginal bleeding were not suffering from miscarriage, but rather had attempted to terminate their pregnancies themselves. Dr. Toubia became increasingly aware of the difficult circumstances of these married women with multiple children, and practical ways to help them through reproductive health services. When she left Sudan in 1988 for political reasons, she had further clarified her approach to such issues, wondering whether women in the Arab and Muslim countries always suffered from the same fate. As a result of her research, she found out that in Tunisia and Turkey, voluntary termination of pregnancy up to certain weeks was legal. These Muslim countries were basing their legal positions on the Quranic principle that a fetus is first a nutfa (a cluster of cells), then a alagaa (a growth attached to the womb) – a being more like a plant. Accordingly, a fetus does not have a soul, and does not become a human being, until quickening (around 12 weeks of age). Dr. Toubia met a Turkish researcher when she was enrolled in a Master’s Degree at the University of London and decided to conduct research in Turkey. In a project prepared with researchers at the University of Istanbul, she analyzed the effectiveness of abortion services provided in two large public hospitals in Istanbul. Later, she visited Tunisia and provided model trainings to many health professionals and medical students. Dr. Toubia expected that in the intervening twenty years where she did not have much contact with the Turkish medical system, things would have improved in terms of services meeting demand. So it has been a great surprise to her that there have been efforts to change the law to make abortions only up to 4 weeks legal. In her piece, Dr. Toubia evaluates this development from a critical perspective, especially given that Turkey is considered an example of modernization and economic success in the region.

Key Words: Reproductive health services, induced abortions, legal ground, Muslim countries

Türkiye’de Gebelik Sonlandırma: “Nereden Nereye...?”*

Özet

Dr. Toubia, Hartum Eğitim Hastanesi’nde hekimliğinin ilk yıllarında, çoğu evli ve çok çocuklu kadınların kanama nedeniyle acil servise gelip, tamamlanmamış düşük tanısı ile tedavi edildiğini, olayı kendiliğinden düşük olarak bildirseler de, düşüklerin onlar tarafından başlatıldığının anlaşıldığını öğrenmişti. Kadınların yaşamlarındaki zor gerçekler ve pratik çözümler Dr. Toubia’nın üreme sağlığı hizmetlerine olan duyarlılığını giderek artırdı. Sudan’dan politik nedenlerle 1988 yılında ayrıldığında, dünya hakkında daha net bir görüşü vardı. Arap ve Müslüman ülkelerde kadınlar hep aynı kaderi mi paylaşıyordu? Ülkelerin politik ve yasal

* A Turkish expression which is used to point out unexpected changes by surprised.

Corresponding Author: Nahid Toubia, Dr. MBCCH, FRCS International Consultant in Reproductive and Maternal Health - Üreme ve Anne Sağlığı Alanında Uluslar arası Danışman, E-mail: ntoubia@yahoo.com

durumlarını incelerken iki ülkede, Tunus ve Türkiye’de, belli gebelik haftalarında, isteğe bağlı düşüklerin yasal olduğunu belirledi. Müslüman ülkelerde, ilgili yasal durum, kutsal Kuran’da fetusun ilk olarak Nutfa (bir kaç hücrelik nokta), daha sonra Alağaa (rahime bağlanan kitle) olarak tanımlanarak, bitki gibi bir canlı olduğu, ilk hareketlerinin hissedildiği zaman (yaklaşık 12. haftada) ruhunu kazanarak insan olduğu ifadesine dayanıyordu. Londra Üniversitesi’nde Master Programı öğrencisiyken, bir Türk araştırmacı ile karşılaştığında, araştırma yapmak üzere Türkiye’yi seçti. İstanbul Üniversitesi’ndeki çalışma arkadaşları ile birlikte proje hazırlayarak iki büyük kamu hastanesinde sunulan düşük hizmetlerinin etkinliğini değerlendirdi. Sonraları, Tunus’u da ziyaret etti ve pek çok sağlık meslek elemanı ve öğrencisine bu ülke örneklerini aktararak model eğitimler yaptı. Türkiye’nin sağlık sistemi ile ilgisi yirmi yıl öncede kalan Dr.Toubia, bu süre içinde hizmetlerin ihtiyacı karşılması açısından daha da gelişmesini beklerken, günümüzde, düşüklerle ilgili yasanın değiştirilerek, 10 haftalık olan gebelik sonlandırma süresinin 4 haftaya indirilmesi için çalışıldığı haberini şaşkınlıkla karşıladı. Bu yazıda Dr. Toubia, bulunduğu bolgede modernleşme orneği ve ekonomik bir dev olarak algılanan Türkiye’de, yaşanan bu gelişmeyi eleştirel olarak değerlendiriyor.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı hizmetleri, isteyerek düşükler, yasal durum, Müslüman ülkeler

Pregnancy Termination in Turkey

In 1988, I left my country Sudan for political reasons and went to England and enrolled in a Master’s Degree in Health Planning and Financing at the University of London. I had been the Head of the Pediatric Surgery Department at the Khartoum Teaching Hospital for a few years. During my junior years of clinical work in Sudan, I became acutely aware of the plight of women who come to the emergency department bleeding with what is collectively labeled “incomplete abortion”. The woman always reported it as a miscarriage and we never probed too closely to find out whether she had attempted to terminate the pregnancy. But we could tell. It was the fear mixed with sadness that is different from the sense of loss mixed with sadness. As I chatted with some of the women (mostly married with many children) I learned of the difficult circumstances.

So my gradual awareness of the importance of reproductive health services to women came from the practical and harsh realities of women’s lives. At the time, I did not even know the term “reproductive health” as it had not entered the medical parlance and we just called it Obstetrics and Gynecology. So when I left Sudan years later with a more formulated view of the world, I

started wondering if all Arab and Muslim countries had the same negligent attitude towards women’s lives as my country ¹. As a doctor, women’s health was obviously my main area of interest. I started investigating the laws and policies that determine the kind of services women receive in Middle Eastern countries. To my surprise, I found that in Tunisia and Turkey abortion is legal until 12th and 10th week respectively. What surprised me even more was that it was unrestricted and on-demand, meaning the woman just had to ask for it and does not have to be subjected to any approvals or psychological testing as in some European countries. This made Tunisia and Turkey more progressive in their legal approach than the United Kingdom. My discovery injected me with optimism and enthusiasm that helped me throughout my career. I had discovered not only progressive abortion laws, but also I have found that things can be better in this part of the world and that fairness, concern over women’s lives and common sense can prevail.

The reasoning behind making abortion legal in these two predominantly Muslim countries was simple and profound. It came out of the holy Quran itself which describes the fetus first as a Nutfa (a spot of few cells) then Alagaa (a tendril attached to the womb) before the spirit is blown into it indicated by the first kick which happens around 12th week. The abortion legislation

is based on the understanding that before the entering of the spirit it is a living object just like a plant but it is not a human. This understanding allows pious women and men to feel comfortable with the decision to terminate a pregnancy.

With this optimistic view, I was intent on reaching these countries and learning more about the women's health in these countries. The opportunity to meet a Turkish participant in the London School of Hygiene and Tropical Medicine came first and I later developed a research project with my colleagues at the University of Istanbul. I visited Tunisia a few years later and found quality abortion services linked to one of the best family planning systems in the region. So Turkey was my destiny and destination as a young researcher and, as often happens, I fell in love with the country and its people. I have been teaching the model of progressive Turkey and Tunisia to students and health providers all over the world and most importantly, giving hope to thousands of young people in Muslim countries that they can adhere to Islam and live a life of freedom, justice and equality for everyone and especially for women.

But there was a sad twist to that wonderful beginning. As I got to know the Turkish health system and in particular the abortion services, I came to the same realization that my Turkish colleagues already knew; that it was not favorable to women. Yes, abortion was legal and available on demand but women were suffering rather than benefitting from it.

With support from the Population Council in New York, we started a joint research project with the University of Istanbul to investigate the quality of care of reproductive health services and in particular family planning and abortion in Istanbul public hospitals.

The research team, physicians and social scientists, were joined in the belief that access to abortion was a woman's right and that it will always be necessary to give her the option of terminating the pregnancy when it is accidental, unplanned or due to failure of contraception. But at the time, the situation in Turkey was more like that of

Eastern Europe where poor availability and quality of contraception made legal abortion a contraception method that resulted in added physical risks and psychological stress on women who are better off using modern methods that are safe and efficient.

The research questions were centered on women, their health, their well-being and what they wanted. We wanted to document their experiences of unwanted and unplanned pregnancies, why they happened, why the women wanted to terminate, and whether they preferred contraception to abortion. We also documented the abortion experience itself through questionnaires and qualitative data from a sample of women. The research was focused on how the women were treated before, during and after their termination experience, as reported by the women and using the statements and behavior of the physicians providing the abortion^{2,3}.

Here are some of the results we found:

- 1) The majority of women were married with 2-4 children, were recent migrants to the city from rural areas, most had elementary school education (20% had no education, 60% had graduated from elementary school, 19% had more education) and some (18% were working, others were housewives) were industrial workers in the burgeoning manufacturing industry of Istanbul. They were poor, living in crowded environments.
- 2) Nearly all the women in the study (99%) stated that using contraception was a better way to regulate fertility than induced abortion. The majority of the women (72%) declared that they had been using a method at the time of conception. However, three out of every four women who said they had been using contraception identified the method as "my husband protecting himself", meaning withdrawal.) Almost all women preferred to have a contraceptive than have to resort to abortion but most had limited

knowledge and awareness of modern contraceptives. Some had tried the IUD and most were depending on coitus interrupts for prevention, a male dependent method with relatively low effectiveness. Husband's disapprovals of modern method was the reason declared by most of the women not to use any modern methods but women are happy too). So they had to rely on their husbands' willingness and techniques and the result was a roll of the dice. This latter method was culturally preferred and mentioned in the holy Quran.

- 3) Although most of the women in the group had experienced at least one unwanted pregnancy during their married life, half of the women had no previous abortion experience, 26% had only one previous abortion, 3.3% had five or more abortions.
- 4) There were differences in the quality of care between the centers providing abortion services. Most women experienced the termination as stressful, painful and emotionally distressing.
- 5) Various methods were used by centers to terminate pregnancies. The center where termination was undertaken by the D&C technique used metal instruments (with local anesthesia), and this carried a high risk of perforation and infection compared to the manual vacuum aspiration (MVA) technique. The MVA had previously been introduced to Turkey and was used in the other center.
- 6) Some physicians (particularly males) treated women with disregard, blamed them for their unwanted pregnancy, gave them no contraceptive counseling before or after the termination. Many handled them roughly during the operation with very poor attention to their

My engagement with the Turkish health system ended over twenty years ago.

fears, pain or distress. The majority of the physicians had poor knowledge of modern contraceptives, were biased against them and women repeated much of the popular misconceptions of the danger of contraception. For instance, in the center that used the D&C method, no family planning counseling or services were offered. The other center was a family planning integrated center in a government hospital; however, the physicians there heavily favored IUDs.

- 7) There was very limited availability of contraceptives except IUDs. Information and counseling on voluntary surgical contraceptives is almost non-existent, except for a few special projects. It is generally accepted that families are not offered proper counseling, and that the only options provided were birth control pills and condoms. If a woman has not been fitted with an IUD or is not taking birth control pills, the only contraception available to her was withdrawal. This results in many unwanted pregnancies and abortion becomes inevitable.

It became evident that while Turkey had a very progressive abortion law, much was needed to improve its reproductive health services, and in particular a better family planning program was needed to improve the quality and increase the choice of contraceptives, as well as to provide better training to health care providers. This is what the Women and Child Health Research and Training Unit of Istanbul University Istanbul Medical School undertook to achieve. In fact, the quality of the services at the D&C using center had greatly improved following the introduction of the research results. For instance, the family planning and abortion clinics were combined, which offered more effective services.

I hope others will reflect on the situation today and tell us what changes have been made in reproductive health since then.

I want to fast forward to 2012, one year after the start of the series of uprisings and revolutions that have swept the Middle East, popularly known as the "Arab Spring". Most of the repressive regimes of these countries touted distortedly liberal or even socialist fronts while at their core they were autocratic and corrupt police states that benefitted a small family or a tribal elite. The repression of socialist groups left the gap of underground resistance to Islamist groups supported initially by the conservative Wahabi project of Saudi Arabia and fuelled by mass migration to the Gulf States. As these dictatorships are toppled by a wave of aspiring youth equipped with modern communication, the Islamists are the only groups who have organizational experience and presence in the community to win the elections. In the meantime, Turkey has become an economic and political giant in the region under the rule of a moderate Islamic political party and a charismatic leader. Many moderate Muslims, non-Muslims and even liberals are hoping that the rising political Islam will model itself after the modernist democratic and civil rule of Turkey, not the regressive harsh and repressive rule of Saudi Arabia, the Taliban or the Congress Party of Sudan. Turkey is very aware of its social and political lead in the region and is keen on using it to increase its economic advantage.

Then comes the news of a proposal to change the abortion law in Turkey to reduce it from 10 to 4 weeks. First we all know that estimation of pregnancy duration is based on the beginning of the last menstrual period, by 4 weeks, there would not be delay of period, so women are not even aware that they are pregnant. This should be a sign of political ignorance on the subject at best! Besides what is the reasoning (if not the political motivation) behind the proposed change? Why is

termination at 4 weeks more acceptable than termination at 10 or 12 weeks, given the religious reasoning based on which abortion was made legal in Turkey that I mentioned above? Does that mean that what Turkey was doing under the eyes and ears of its religious leaders for many years was "haram"? Why should this new interpretation be more valid than the old one? Some conservatives in Turkey may think that they will gain more favour with the Islamic groups in the Middle East if they shift to the right. But the future will be determined by the youth, both women and men, who will cast their eyes away from Turkey if it becomes a replica of the conservative political Islam they are already shunning in their own countries.

And what about Turkish women themselves? Will they be forced to backstreet abortions? Most likely the rich and middle classes will find the services at the right cost inside or outside Turkey. As in everywhere else, it is the poor women who will be left with no choices and end up losing their health or even their lives. Is that what the modern Islamic model of Turkey wants to promote as its image? Al Nahda Islamic party governing Tunisia has promised to protect women's rights, Egypt is struggling under the pressure from the Salafists but the new President of the more moderate Islamic Freedom and Justice party has also promised to keep civil liberties and women's gains unchanged. They are both responding to public demands which are in favour of more civil liberties and women's rights. Is Turkey moving in the opposite direction? We surely hope not.

Making legal abortion safe and affordable is a must for a modern state that cares about its citizenship; and just as we stood firm against poor family planning services that makes abortion a contraceptive method we stand equally firmly in support of Turkish women against removing abortion as an essential safeguard for women reproductive health.

References

1. Women of the Arab World. The coming challenge Papers of the Arab Women's Solidarity association Conferences, N. Toubia, N.El Saadawi, Pelgrave Macmillan, 1989.
2. Bulut A, Toubia N, Nalbant H, Kayatürk F. Hastanelerde verilen gebelik sonlandırma hizmetlerinin işlerliği ve etkinliği, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. 1994; 8: 27-31.
3. Bulut A, Toubia N. Abortion services in two of public sector hospitals in İstanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?. *In: Abortion in the Developing World*, eds: Mundigo A.I., Indriso C. London, England, Zed Books, 1999; 259-78.

Türkiye’de isteyerek düşükler

Sabahat Tezcan^a, Banu Akadlı Ergöçmen^b

Özet

Türkiye’de isteyerek düşük yapmanın yasallaştırılma süreci ve düşük ölçütleri zaman içinde değişim göstermiştir. Kadınların istenmeyen gebeliklerini çeşitli yöntemlerle, sağlıklarına ve yaşamlarına zarar vererek sonlandırmalarından, isteyerek düşüklerin sağlık kurumlarında, sağlık kurallarına dikkat edilerek yasal temelde gerçekleştirildiği dönemlere, 40 yılı aşan bir sürede gelinmiştir. Önemli bir kadın sağlığı ve aynı zamanda sosyal problem olan isteyerek yapılan düşükler Türkiye’de zaman içinde azalan bir eğilim göstermiş ve 1968’den 2008’e yüzde 41 oranında azalarak, 100 gebelikte 17’den 10’a inmiştir. İsteyerek yapılan düşüklerin öncesinde kullanılan gebeliği önleyici yöntemin çoğunlukla geri çekme yöntemi olması (yüzde 39) ve düşükten sonra da yüzde 22 oranında kullanılmaya devam edilmesi dikkat çekicidir. İsteyerek yapılan düşüklerin azalmasında gebeliği önleyici etkili yöntemleri daha fazla kullanmanın ve istemsiz plansız gebeliklerin azalmasının önemli rol oynamıştır.

Anahtar Kelimeler: Nüfus politikaları, nüfus ve sağlık araştırmaları, anne ölümleri

Induced abortions in Turkey

Abstract

This study points to the induced abortions in Turkey by presenting the legalization process and the changing trends of the indicators in time. It has taken more than 40 years for women to move from the state of ending their unwanted pregnancies mostly putting their health and life in danger through exercising various methods, to the state of safe abortions on legal basis under medical care. Induced abortion which is a serious maternal health problem besides being a social problem has been in a declining trend; it has declined by 41 percentage points from 17 abortions to 10 abortions per 100 pregnancies in the period of 1968-2008. It is also noteworthy that 39 percent of abortions occurred following a period of withdrawal use and following an abortion using withdrawal was 22 percent. Increase in the prevalence of modern contraceptives has a significant role in the decline of unplanned pregnancies and thus in the decline of induced abortions.

Key Words: Population policy, demographic and health survey, maternal mortality

^aProf.Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

^bDoç.Dr., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ekonomik ve Sosyal Demografi Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Sabahat Tezcan, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Müdürü, E-posta: sabahatt@hacettepe.edu.tr

Giriş

Tarihin çok eski dönemlerinden beri, istenmeyen gebelikler çeşitli yöntemlerle sonlandırılmaktadır. Yasal düzenlemeler olmadığında ya da yasal düzenlemeler olsa da tıbbi yöntemlere ulaşılamayan durumlarda, kadınlar gebeliklerini sonlandırmak için sağlıksız ve ilkel usullere başvurmakta ve çoğu kez kendi sağlıklarını da ölüme kadar giden risklere atmaktadırlar. Her zaman önemli bir kadın sağlığı ve aynı zamanda sosyal problem olan isteyerek yapılan düşükler açısından durum Türkiye’de de farklı olmamıştır. Kadınların gebeliklerini çeşitli şekillerde kendilerinin sonlandırma çabalarının olduğu veya gebeliğin güvenli olmayan koşullarda sonlandırıldığı dönemlerden, isteyerek düşüklerin sağlık kurumlarında, sağlık kurallarına dikkat edilerek yasal temelde gerçekleştirildiği dönemlere, 40 yılı aşan bir sürede gelinmiştir. Yarattığı fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarıyla, kadının yaşamını etkileyebilmesi niteliğiyle ve toplumun çeşitli kurumları aracılığıyla kadının benliği üzerinde baskı oluşturup sınırlar koyabilmesi özelliğiyle isteyerek düşükler çok boyutlu bir yapıya sahiptir; bu nedenlerle de çok disiplinli bir yaklaşım gerektirmektedir. Toplumsal düzeyde çeşitli sağlık, sosyal ve demografik etmenler çerçevesinde yer alan isteyerek düşükler, bu yazıda ilgili yasal yapının oluşması ve isteyerek düşüklerin ülke ölçeğindeki yaygınlığı ve belirleyicileri ile incelenmektedir.

Yasal düzenlemelerin gelişimi

İsteyerek düşük, Türkiye’de 1960’lı yıllardan itibaren üzerinde önemle durulan bir konu olmuştur. Yapılan yasalar düzenlemeleri, 1926 ile 2002 yılları arasındaki dönemde ele almak mümkündür. Bu yasal düzenlemeleri de uygulanan nüfus

politikalarından bağımsız olarak incelemek imkânsızdır.

Cumhuriyetin 1923 yılında ilanından sonra, nüfus sorunu ülkenin başta gelen konularından biri olmuş ve 1960’lı yıllara kadar nüfus artışını destekleyici (pronalist) bir politika izlenerek doğurganlığı artırıcı teşvikler uygulanmıştır. Balkan savaşı, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı olmak üzere bir dizi savaştan büyük nüfus kaybetmiş, harap ve yoksul bir ülke olarak çıkan Türkiye’nin her alanda nüfusa ihtiyacı vardı. Ölümlülüğün yüksek düzeyini koruduğu, sıtma tifüs, verem gibi salgın hastalıkların kontrol altına alınamamış olduğu ve hedefi hızla kalkınmak olan ülkede üretim için, emek-yoğun işgücü gerektiren temel ekonomik faaliyet alanı olan tarım ve askeri güç için insan gücü gerekiyordu. Bu koşullar ve dünya konjonktürü göz önünde tutularak ülke çıkarları açısından nüfus artırıcı politikanın benimsenmesi uygun görülmüş ve ailelerin çok çocuk sahibi olması desteklenirken nüfusun hızla artmasını sağlayıcı önlemler alınmıştır. Bu önlemler arasında gebeliği önleyici ilaç ve araçların dış alımı, ülke içinde satışı ve dağıtımı ile gebeliğin isteyerek sonlandırılmasının da yasak olması yer almıştır*. İsteyerek düşük yapmak ve kürtaj yaptırmak 1926 yılında kabul edilen ilk Türk Ceza Kanunu’nda “kişilere karşı suçlar” kapsamına alınmıştır. On yıl sonra, İtalyan ceza kanunundan esinlenerek 1936’da yapılan değişikliklerle, isteyerek düşük/kürtaj yaptıran kadına, eşine ve yapılmasına yardım eden hekime ağır ceza hükümleri getirilmiştir (TC 467,468 maddeleri). Hatta kürtajla ilgili yasaklar, “İrkin tümlüğü ve sağlığı aleyhine

* Bu yasak 1726 tarihli 765 sayılı Türk Ceza Kanunu ve 6.5.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu ile düzenleniyordu.

cürümler” kapsamında ele alınmıştır*. Gebeliği istemli bir şekilde sonlandırmanın ceza yaptırımlarının olması nedeniyle, her ne kadar sıklıkla başvurulmuş bir uygulama olsa da, 1927-1955 arasında düşüklere konusunda hiç veri yoktur. Ancak 1955lerden itibaren hastane veya muayenehanelere başvuran kadınların kayıtları incelendiğinde yasak olmasına rağmen kadınların sıklıkla kürtaj yaptırdıkları ya da kendileri ilkel yöntemlerle gebeliklerini sonlandırmaya çalıştıkları ve isteyerek düşüğe bağlı anne ölümlerinin çok yüksek olduğu görülmüştür. Ülkede 1950’lerden itibaren yaşanan hızlı nüfus artışının, istenen ve gerçekleşen çocuk sayıları arasındaki büyük farkın, gebeliklerin kontrol edilememesi sonucu oluşan sağlık sorunlarının, istenmeyen gebeliklerin ilkel yöntemlerle ve/veya kürtajla sonlandırılmasının kadın sağlığını olumsuz yönde etkilemesi çeşitli raporlarla ve çalışmalarla ortaya konmuştur. Düşüklere üzerinde çalışan kurulun o dönemin Sağlık Bakanlığı’na “Türk Ceza Kanunundaki ağır yaptırımlara karşın çok sayıda gizli düşük yaptırılmakta ve yapılmakta, ancak bunların büyük çoğunluğu yargı merciine ulaşmamaktadır. Sağlıksız koşullarda, korku içinde, gizli yapılan bu düşüklere ya da kadınların bu amaçla her türlü zararlı araçları kullanmaları sonucu birçok kadın sağlığını yitirmekte, çocuk yapma yeteneğini kaybetmekte ya da ölmektedir. Bazı kimselerin konuyu bir kazanç kapısı görerek çocuk düşürmeye yardımcı oldukları...” şeklinde sunduğu rapor dikkat çekicidir¹.

Uygulanan pronatalist politika sonucu hızlı nüfus artışı ülkenin ekonomik gelişmesi için önemli bir engel olarak görülmeye başlanmıştır. İlk kez 1963 yılında Sağlık Bakanlığı Hifz-ı

Sıhha Okulu tarafından gerçekleştirilen ilk Türkiye Nüfus Yapısı ve Sağlık Araştırması’nda istenen ideal çocuk sayısının 3 olmasına rağmen, gerçekleşen sayının 6.5 yani iki katı yüksek olduğu belirlenmiştir. Devlet Planlama Teşkilatı’nın 1960 yılında kurulmasından sonra, DPT ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın fikir birliğine varmasıyla yeni bir nüfus politikası oluşturularak Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na yansıtılmıştır². Ülkenin büyük kalabalık ama eğitimsiz, sağlıksız, işsiz kısacası niteliksiz nüfustan çok nitelikli nüfusa ihtiyacı olduğu uzmanlar tarafından tartışılarak antinatalist nüfus politikası benimsenmiş ve bu doğrultuda hazırlanan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” (557 s.k) 10 Nisan 1965’te kabul edilmiştir. Buna göre, gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı, bu konuda eğitim, satış ve ithali ile anne ve bebeğin sağlığı ile ilgili zorunlu hallerde rahmin tahliyesine izin verilmiştir.

İsteyerek düşüklere 1965’e kadar hiçbir koşulda yasal izin verilmezken 1965’den sonra sadece sağlık nedenleriyle izin verilse dahi doğurgan çağdaki kadınların istemedikleri gebeliklerini sonlandırmada sıklıkla başvurdukları bir yöntem olmuştur ve isteyerek düşük yapan/kürtaj olan kadın yüzdesi oldukça yüksektir. Bu düşüklere de neredeyse tamamı sosyal ve ekonomik nedenlerle yapılmaktaydı. Bir diğer gerçek de ne düşük yapan bir kadının ne eşinin ne de bir doktorun yasal ceza almamış olmasıdır. Bu durum düşük yapmanın toplumda da sosyal olarak kabul gören bir uygulama olduğunu göstermektedir.

1980’lerden itibaren bu gerçekler tekrar tartışmaya açıldı, Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan farklı disiplinlerden gelen uzmanlar kurulu, konuyu bilimsel gerçekler ışığında, aylarca ayrıntılı biçimde tartışarak,

* 11.6.1936 tarih ve 3038 sayılı kanun

Nüfus Planlaması Kanunu’nda değişiklik yapılmasını tavsiye etti. Bu konuda emeği geçen çok sayıda bilim insanı ve yönetici vardır. 1983 yılında değiştirilen “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” (2827 s.k) ile gebeliğin onuncu haftasına kadar kadının ve kocanın rızası ile isteğe bağlı olarak sonlandırılabilceği yasallaştırılmıştır. Bu yasa ile iki ayrı konuda daha yenilik getirilmiştir, bunlar eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin rahim içi araç uygulaması ve kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyona eşlerin onayı ile izin verilmesidir. Bunlar da gebeliği önleyici etkili yöntemlerin yaygın kullanımı ile doğurganlıklarını sınırlamak isteyen evli çiftler için önemli gelişmelerdir ve aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilirliğini ve karşılanmamış gereksinimleri azaltmaya önemli katkıları olmuştur. 2002 yılında Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu’nda yapılan değişikliklerle kürtaj yaptırabilmek için kadının eşinin rızasını almamış olması da suç olmaktan çıkarılmıştır.

Türkiye’nin imzaladığı uluslararası sözleşmelerden Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planında “çocuk doğurma ve kendi seçtikleri aile planlaması yöntemlerinin yanısıra yine kendi seçtikleri ve yasalara aykırı olmayan diğer doğurganlığı düzenleme yöntemleri konusunda sorumlu gönüllü kararlar alınmasını sağlamak ve desteklemek, bu kararların alınması için gereken bilgi, eğitim ve araçları sağlamak ve istenmeyen gebelikleri önlemek” amaçları benimsenmiştir. Kahire Eylem Planında vurgulandığı gibi bireylerin doğurganlık tercihlerine müdahale etmeden istenmeyen gebelikleri önlemek yoluyla düşükleri azaltmak Türkiye’de de ana hedeflerdendir.

İsteyerek düşüklerin yaygınlığı

Düşükler konusunda 1950’li yılların ortalarına kadar herhangi bir araştırma bilgisi yoktur. Bu konuda ilk araştırma 1953-54 yıllarında Dr. Zekai Burak tarafından Ankara Doğumevine başvuran 5000 kadının kayıtlarının incelenmesidir*. Bu çalışmada, bu kadınların geçmişteki gebeliklerinin yüzde 30’unun düşükle sonlandığı (kendiliğinden ve isteyerek düşükler), düşük yapan kadınlarda ana ölüm hızının, doğum yapan kadınlara göre 4 kat daha fazla olduğu ve düşük yapan kadınlardan sağ kalanların %27’sinin daha sonra infertil olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların bulguları daha sonra 1965’de nüfus planlaması kanununun kabulünde önemli rol oynamıştır. Bu konuda ikinci çalışma Dr. Ahmet Şükrü Esenal tarafından yapılmıştır ³. Dr. Esenal 1953-57 yılları arasında muayenehanesine başvuran 1948 kadının %39’unun en az bir, %13’ünün birden fazla kürtaj olduklarını ve kürtaj yüzdesinin çocuk sayısı ile arttığını saptamıştır. Kürtaj yaptırma nedenleri olarak da en fazla sosyal ve ekonomik nedenler ile gebelikler arasındaki sürenin kısa olması bildirilmiştir. Bu çalışma ile kürtajın sıklıkla başvuru ve toplum olarak da kabul edilen bir uygulama olduğu belirlenmiştir.

Daha sonraki yıllarda Erenus ⁴, 1966-67 yılları arasında Ana Sağlığı Kliniğine başvuran 1395 kadının %29’unun geçmişte en az bir kez isteyerek düşük yaptığını saptamıştır. Bu konuda İstanbul’da 1971 yılında Baysal ve User ⁵ tarafından Zeynep Kamil Hastanesinde yapılan bir çalışmada da kadınların yaygın biçimde düşük yaptıkları, bunların %69’u

* Dr. Zekai Tahir Burak tarafından 16 Ocak 1960 tarihinde Ankara’da SSBH Hız-1 Sıhha Okulu’nda düzenlenen “Türkiye’de Doğum Kontrolüne Müsaade Edilmesinin Fayda ve Mahzurları nelerdir?” konulu panelde sunulmuştur.

hekime, %21’i eczacıya, %6’sının da ara ebesine başvurdukları belirlenmiştir. Bölgesel araştırmalarda da hastane çalışmalarına benzer biçimde düşüğün kadınların sıklıkla başvurduğu bir uygulama olduğu belirlenmiştir.

İsteyerek düşük konusuna özel ilk ulusal çalışma 1975 yılında Tezcan tarafından gerçekleştirilmiştir ⁶. Bu çalışmada doğurganlık çağındaki kadınların %14’ünün geçmişte en az bir kez isteyerek düşük yaptıkları ve düşük yapma yüzdesinin kentlerde yaşayan, eğitim düzeyi yüksek olan, çocuk sayısı 3 ve daha fazla olan kadınlar arasında diğerlerine göre daha fazla olan kadınlar arasında diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Düşüklerin %73’ü kürtaj yöntemiyle yapılmış, %18’inde eczanelerden ağızdan alınan veya enjeksiyonla yapılan ilaçlarla gebelik sonlandırılmıştır. Düşüklerin %64’ü muayenehanelerde özel doktor, %14’ü hastanede doktor tarafından gerçekleştirilmiştir, %19’unda düşüğü kadın kendisi gerçekleştirmiş veya diplomasız ara ebelerinden yardım almıştır. Bu gebeliklerin %90’ının sonlandırılmasında kadın kocasının onayını almıştır, %10’unda ise koca kabul etmediği halde kadın gizlice gebeliğini sonlandırmıştır. Bu çalışmada kadınlara bazı durumlarda gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılmasını uygun bulup bulmadıkları da sorulmuştur. Tecavüz sonucu gebe kalmışsa %74’ü, evlilik dışı ilişki sonucu gebelik olmuşsa, gebeliğin anne sağlığına zararlı olduğu durumlarda kadınların %71’i, bebeğin sakat doğma olasılığı varsa %68’i, gebelikler arasında süre kısa ise % 60’ı, ekonomik güçlük varsa %56’sı, çocuk sayısı çok ise %56’sı, özel bir neden olmadan da

%26’sı gebeliğin düşükle sonlandırılmasını onayladıklarını belirtmişlerdir.

Düşükler konusunda ulusal düzeyde bilgi veren en önemli kaynak Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından 1968 yılından beri her 5 yılda yapılan nüfus ve sağlık araştırmalarıdır ⁷⁻¹³. Bu araştırmalarda doğurgan çağıdaki kadınlara düşüklerle ilgili sorular da sorulmuş ve değerlendirilmiştir. Tablo 1’de araştırma yıllarına göre elde edilen isteyerek düşük göstergeleri sunulmuştur. Bunların her birisinin anlamı farklıdır. Yaşam boyu isteyerek düşük yapan kadınlar 1968’de %10 iken, 2008’de %22 dir, ancak 100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayısı 1968’de %17 iken, 1988 ve 1993 yılları dışında sürekli azalmaktadır ve 2008 yılı için 10 olarak tahmin edilmiştir. Bu yıllar önemlidir çünkü 1983 yılında Nüfus Planlaması Kanunu’nda yapılan değişiklikle sağlık dışındaki sosyal ve ekonomik nedenlerle 10. haftaya kadar gebeliklerin sonlandırılmasına ve devlet hastanelerinde ücretsiz olarak yapılmalarına izin verilmiştir.

Bu değişikliği izleyen ilk 10 yılda (1983-1993) bir artış meydana gelmişse de sonra tekrar azalmıştır. Bu dönemden sonra kadınların etkili kontraseptif yöntem kullanmalarında sürekli artış vardır. Örneğin; 1983 yılında doğurgan çağıdaki kadınların %27.2’si etkili yöntem kullanırken 1993’de bu oran %34.5’e, 2003 yılında %42.5’e, 2008 yılında ise %44.0’a yükselmiştir. Aile planlamasında karşılanmamış gereksinim azaldıkça istenmeyen gebeliklerde azalmasına bağlı olarak isteyerek düşük yapma ihtiyacının da azaldığı açıktır

Tablo 1. Türkiye Nüfus Araştırmaları’nda İsteyerek Düşükle ilgili Bulgular, 1968-2008

Araştırma Yılı	En az bir kez düşük yapan kadın yüzdesi	100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayısı	100 canlı doğuma karşı yapılan isteyerek 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	-

*Kendiliğinden ve isteyerek düşüklükler bir arada değerlendirilmiştir

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında (TNSA) isteyerek düşüklüklerin özellikleri konusunda çeşitli sorular da sorulmuştur. Düşük nedenleri olarak 2003 TNSA’da kadınların %41’i başka çocuk istememesi, %31’i ekonomik ve ailevi sorunları, %17’si yeni doğum yaptığı, %12’si de sağlık sorunu olması nedeniyle gebeliğini sonlandırdığını belirtmiştir. Düşükten önce kullanılan yöntem %39’unda geri çekmedir. Düşükten bir ay sonra gebelikten etkili yöntemlerle korunma artmış, geri çekme yöntemi azalmışsa da kullanımın %22 oranında sürdürüldüğü belirlenmiştir. 2008 de (2003-2007 dönemi) isteyerek düşüklüklerin %26’sı devlet hastanelerinde, %70’i muayenehanelerde, %1’i ise üniversite hastanelerinde yapılmıştır. Düşüklüklerin %48’inde kadın ve eşi, %24’ünde kadın kendisi, %22’sinde doktor karar vermişti. Düşüklüklerin %67’si gebeliğin ilk ayı, %22’si ikinci ayı sadece %11’i üç ve daha sonraki aylarda yapılmıştır ki bu da büyük ölçüde yasal süreye uyulduğunu göstermektedir.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre incelendiğinde, kentlerde ve Batı Anadolu’da yaşayan, 35 yaşın üzerinde olan, lise ve/veya

üniversite eğitimi olan, 3 ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınların düşük ölçütleri, kırsal alanlarda yaşayan, Doğu Anadolu’da yaşayan, eğitimsiz ve/veya ilkokulu bitirmemiş, 2 ve daha az çocuğu olan kadınlara göre çok daha yüksektir. Zaman içindeki eğilime bakıldığında, bu özelliklerin tüm alt gruplarında 1993 yılından beri 100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayılarında sürekli azalma görülmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak düşük yapan kadınların yüzdesi ile 100 gebeliğe karşı yapılan düşük sayıları 1990lı yılların sonlarından itibaren, özellikle de 2003’den bu yana sürekli azalmaktadır; aynı dönemde doğurgan çağdaki kadınların gebeliği önleyici etkili yöntemleri daha fazla kullanmakta oldukları ve istemsiz plansız gebeliklerin azalmakta olduğu söylenebilir. Bir başka ifadeyle, karşılanmamış gereksinimlerin azalmasıyla isteyerek düşüğe başvuran kadınların oranında da düşüş olmaktadır.

Düşüklüklerin hemen tamamı sağlıklı koşullarda (devlet hastanesi, muayenehane, hastane), yasal süre içinde yapılmaktadır ve düşük nedeniyle

anne ölümü sayısı fevkalade azdır. 2005 yılında HÜNEE tarafından gerçekleştirilen ulusal anne ölümleri çalışmasında bir yılda saptanan anne ölümlerinden sadece biri düşüğe bağlı ölüm olarak tespit edilmiştir; oysa istemli düşüğün/kürtajın yasaklandığı durumlarda, Romanya’da olduğu gibi bu işlemin gizli, sağlıksız koşullarda yapılması ya da kadının kendisinin ilkel yöntemlerle gebeliğini sonlandırmaya

çalışması düşüğe bağlı anne ölümlerinin sayısını çok artırmaktadır. İstemli düşük hızlarının giderek azaldığı dikkate alınırsa bu konuya çeşitli yasaklamaların uygulanmasının nüfusu artırıcı etkisinin ihmal edilebilir düzeyde olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla istemli düşük/kürtaj bir aile planlaması yöntemi olamayacağı gibi düşüğün yasaklanmasının da nüfusu artırıcı etkisi beklenildiği gibi olmayacaktır.

Kaynaklar

1. Üner R. Fişek N. Türkiye’de Doğum Kontrolunun Uygulanması Üzerinde İncelemeler. SSYB Yayınları No 264, 1961
2. Peker M. Nüfus Politikaları. Türkiye’de Planlı Dönemde Nüfus ve Aile Planlaması Çalışmaları içinde. Sosyal Planlama Başkanlığı Araştırma Dairesi, Yayın no: DPT 1931 SPB 379; 1983:41-57
3. Esenal AŞ Ana Sağlığı Bakımından Gündümlü Gebelik, Doğum Kontrolü ve Koruyucu Hekimlik. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 15(4):419-429
4. Erenus N. Düşükler. Gürsoy Basımevi, 1967
5. Baysal IC, User AN. Türkiye’de Kriminal Düşükler ve Aile Planlaması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 1971;3(1):24-32
6. Tezcan S. Carpenter-Yaman CE. and Fişek NH. Abortion in Turkey. Hacettepe University Institute of Community Medicine, 1980
7. Hacettepe Institute of Population Studies, 1978 Turkish Fertility Survey. First Report, Volume 1: Methodology and Findings. Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
8. Hacettepe Üniversitesi. Türkiye Nüfus Yapısı ve Nüfus Sorunları, 1973
9. Hacettepe University Institute of Population Studies. 1988 Turkish Population and Health Survey. 1989
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.1999
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. 2004
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. 2006
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. 2009

Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış

Ayşe Akın

Özet

Cumhuriyet döneminde Türkiye, önce pronatalist daha sonra anti natalist nüfus politikası izlemiştir. Pronatalist politikanın değişmesinde en büyük etken toplumun talebinin yanı sıra yasadışı olarak sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin anne ölümlerine yol açması olmuştur. Türkiye, aile planlamasında pek çok ülkeye örnek olabilecek başarılı uygulamalar gerçekleştirmiştir. Elde edilen başarılarla, Sağlık Bakanlığının öncülüğü, bilim insanları, STK’lar ve diğer sektörlerin işbirliği ve bilimsel araştırma sonuçlarının savunuculuk amacı ile zamanında ve yerinde kullanılması etkili olmuştur. Özellikle 2827 sayılı yasanın uygulanması ile anne ölümleri içinde çok yüksek olan isteyerek düşüklerin payı % 2 lere düşmüştür. Günümüze dek Türkiye’de aile planlaması hizmetleri bireylerin sağlık haklarının bir parçası olarak verilmiş olup, bu yaklaşımın sürdürülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Antinatalist politikalar, pronatalist politikalar, üreme sağlığı hizmetleri

Future perspectives on induced abortion and reproductive health services in light of the changing population and health policies in Turkey

Abstract

During the history of the Republic of Turkey, first pronatalist and then antinatalist population policies have been followed. Beside the public demand the major factor in changing population policy in Turkey was the high frequency of unsafe abortions causing maternal mortalities. Turkey has been very successful in implementing family planning activities which can stand as a good example for many countries. The factors which have been effective in the success were leading role of the Ministry of Health and collaboration between the relevant sectors including NGOs and scientists also timely utilization of the research results for advocacy purposes. In particular number 2827 law was very effective to decrease the share of induced abortion in maternal mortalities to 2% which used to be too high. Up to now FP services are provided as a part of health rights of the individuals which that approach should be maintained.

Key Words: Antinatalist policy, pronatalist policy, reproductive health services

Sorumlu Yazar: Prof.Dr. Ayşe Akın, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM),Ankara, E-posta: ayse.akin@gmail.com

Giriş

Hızlı nüfus artışı, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeni ile ülkeler için çok önemli bir konudur ve "sağlığı" *dolaylı* olarak olumsuz etkilemesinin yanı sıra "*aşırı doğurganlık*" nedeni ile de "sağlığı" *doğrudan* olumsuz etkileyen bir durumdur.

Sağlık yönüyle de son derece önemli olan nüfus olgusu, ülkelerin izlediği nüfus politikalarından, bireylerin fertilitite davranışlarından, aile planlaması hizmetlerinin yasal durumundan, yasal olduğunda bile hizmetlerin varlığı, ulaşılabilirliği ve kabul edilebilirliğinden etkilenmektedir. Yapılan hesaplamalar gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenirse anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30-40 oranında azalma meydana geleceğini göstermektedir. Diğer bir ifade ile eğer gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmetleri başarılı olarak verilebilirse, aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin azalmasına bağlı yaklaşık %30-40 oranında anne ve bebek ölümleri önenebilecektir ¹⁻⁵.

Dünyada Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece % 1'i gelişmiş ülkelerde, geri kalan %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son yirmi yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, aynı iyileşme anne sağlığında ne yazık ki gözlenememiştir. Anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetleri dünyada 300 milyon çift için halen ulaşılamayan hizmetlerdir ^{4,5}.

Anne sağlığı bebek ve çocuk sağlığını da çok yakından etkilemektedir. Dünya Doğurganlık Araştırması bulguları, kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını %60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur. Yirmi yaşından küçük

annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, yüzde 24 daha fazladır ⁶.

Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, Dünyada, önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün son hesaplamalarına göre, çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, istenmeyen gebeliklerin sonucu olarak bir yılda dünyada yaklaşık 42 milyon gebeliğin isteyerek düşükle sonlandığı tahmin edilmektedir. Bu sayının 20 milyonu sağlıksız koşullarda yapılan düşükler olup, bunlara bağlı binlerce anne ölümü ve sakatlık meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranı gelişmiş ülkelerin 100-200 misli daha yüksektir. Yine mevcut istatistik bilgilere göre anne ölümlerinin % 13'ü sağlıksız düşükler nedeni ile meydana gelmektedir. Bu bilgi her 10 anne ölümünden en az birinin bu nedene bağlı olduğunu göstermektedir. Dünya nüfusunun yüzde 25'i oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu, kaçınılmaz olarak, artırmaktadır ^{5,6,7}.

Uluslararası çabalar, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümleri azaltmaya, özellikle de çocuk ölümlerini azaltmaya odaklanmıştır. 1960'lı yıllarda ise, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başlamıştır. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; çok sayıda hükümetin ve uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla, Bükreş'te(1974), Mexico City'de(1984) ve Kahire'de(1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur ⁸.

“Üreme Sağlığı-ÜS” ilk kez 1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference on Population and Development-ICPD), tanımlanmış olan bir kavram olup tüm dünyada kabul görmüştür. Devletlerin ve hükümetlerin kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil tüm sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğin sağlanması için bütün önlemleri alması gerektiği evrensel ilkesi de bu konferansta kabul edilmiştir. ICPD’nin ÜS hizmetlerindeki *yeni* yaklaşımında ki bu neredeyse yirmi yıl önceyi işaret ediyor; Hizmetlerin tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyerek, birey ve toplumun gereksinmelerine uygun, kontraseptif seçenekler sunarak, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayarak, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı ve üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları önleyici nitelikte olması vurgulanmıştır.

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan bir diğeri de “üreme haklarıdır. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayırıcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri, özellikle adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Günümüzde üreme sağlığı hizmetlerinin, cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde, hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, “herkes için” bu haklar temelinde olması önerilmektedir ^{6,8}.

Geçmişten Günümüze Türkiye’nin İzlediği Nüfus Politikaları

Osmanlı imparatorluğu döneminde askeri insan gücüne duyulan ihtiyaç ve geleneksel olarak büyük aile normunun benimsenmesi gibi faktörlerle nüfus sorunu, üzerinde durulan bir konu olmamıştır ^{9,10}.

Türkiye Cumhuriyeti’nin tarihinde ise 1923’den 1965’e kadar pronatalist, 1965 yılından sonra ise antinatalist olmak üzere iki tür nüfus politikası izlenmiştir. Türkiye’nin nüfusu 1927-2000 yılları arasında sürekli artış göstermiştir. Nüfus yapısındaki değişiklikler izlenen nüfus politikalarına göre şekillenmiştir.

Türkiye’de her konu da olduğu gibi “nüfusla” ilgili olarak da bir ilk adım, M.Kemal Atatürk’ün imzası ile 1926 yılında atılmış ve “Merkezi İstatistik Dairesi” adı ile bu günkü TÜİK kurulmuş ve hemen 1927 yılında genç Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk genel nüfus sayımı gerçekleştirilmiştir. Toplam nüfusun 13 648 270 kişi olarak tespit edildiği 1927 nüfus sayımından sonra ikinci nüfus sayımı 1935 yılında yapılmış ve bu tarihten sonra her beş yılda bir olmak üzere 1990 yılına kadar nüfus sayımları düzenli olarak sonu sıfır ve beş ile biten yıllarda yapıla gelmiştir. 1990 yılından sonra ise nüfus sayımının sonu sıfır ile biten yıllarda uygulanması kanun ile belirlenmiş ve bu kapsamda 22 Ekim 2000 tarihinde ülkemizde gerçekleştirilen 14. nüfus sayımında nüfus 67 803 927 kişi olarak tespit edilmiştir ¹¹.

Pronatalist Nüfus Politikasının İzlendiği Dönem

Türkiye’de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve üzerinde duran Atatürk’tür. Atatürk 1920 yılında yaptığı bir konuşmada, “Milletimizin sıhhatinin muhafaza ve takviyesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, bu suretle efradı milletin dinç, çalışkan ve kabiliyetli bir halde yetiştirilmesi lazımdır” sözleriyle nüfus artışı gereğine dikkat çekmiştir. Atatürk bundan sonra da nüfusu artırma isteğini birçok kez dile getirmiş, böylece 1924’de Büyük Millet Meclisi’nin açılış konuşmasında belirttiği gibi nüfusu artırma yaklaşımı yani “pronatalist nüfus politikası” devlet politikası haline gelmiştir ¹².

Türkiye’nin nüfus politikası 1920’lerin başlarında nüfusu hızla artırmak üzere oluşturulmuştur. Bu politika gereği kontraseptiflerin ithalatı yasaklanmış, isteyerek düşükler yasadışı olarak kabul edilmiş, kontraseptif yöntemlere ilişkin reklamlar ve halk eğitimi engellenmiş ve

büyük aileler için parasal teşvikler sağlanmıştır (altı çocuk ve fazlasına sahip annelere ikramiye ve madalya verilmesi çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması, gibi) ^{2,12,13}.

Pronatalist nüfus politikasının izlendiği bu dönemde Türkiye nüfusunda belirgin demografik değişiklikler meydana gelmiştir. Nüfusun hızla arttığı ve doğurganlık hızının dikkat çekici bir düzeye ulaştığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ek olarak yasa dışı düşüklerde ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiştir. Bütün bunlar toplumun, özellikle de kadın sağlığını belirgin olarak olumsuz etkilemiştir.

Esasen Türkiye’de nüfus sorunu, aşırı doğurganlığın, çocuk düşürmelerinin artması ve anne ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. 1927-1945 arasında binde 18 olan nüfus artış hızı 1950’de binde 22 olmuştur.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızı yapılan teşvik ve uygulanan politikalarla ilk sayım yılı olan 1927 yılında 6,6’ya daha sonra 1930-1935 aralığında Türkiye tarihinin en yüksek noktasına, ortalama 7,1 çocuğa çıkmıştır. 1950-1955 tarihine kadar ise iniş-çıkışlı değişimler görülmüş 1950-1955 dönemi için toplam doğurganlık hızı 6,54 olarak tahmin edilmiştir. Bütün bu süreçte, ne yazık ki, ülkeyi yönetenler konunun olumsuz olan sağlık boyutunu görememişlerdir (Tablo 1). Ancak 1958 yılında Ankara Doğumevi Başhekimi olan Dr. Zekai Tahir Burak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına yukarıda belirtilen olumsuzlukları yazılı bir rapor halinde bildirerek Türkiye’de gebeliği önleyici araç gereç ve ilaçların satış ve kullanımının serbest bırakılmasını önermiştir ¹²⁻¹⁴.

Tablo 1. Türkiye’de Yıllara göre Kaba Doğum,Kaba Ölüm ve Toplam Doğurganlık Hızları

YILLAR	Kaba Doğum Hızı (Binde)	Kaba Ölüm Hızı (Binde)	Toplam Doğurganlık Hızı (Bir kadına düşen çocuk)
1960-1965	42.9	16.4	6.19
1965-1970	39.0	13.5	5.31
1970-1975	34.5	11.6	4.66
1975-1980	32.2	10.0	4.33
1980-1985	30.8	9.0	4.05
1989*	29.0	7.0	3.39
1990	29.7	7.9	3.4
1993**	23.0	7.0	2.7
1998***	23.4	7.0	2.6
2003	22.2	6.0	2.5
2008	19.0	6.0	2.16

Kaynak: DPT, T.KOCAMAN’ın çalışmaları, *DİE1989 Türkiye Nüfus Araştırması

** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Bu öneri üzerine Bakanlık, konuyu incelemek üzere bir bilim kurulu kurmuştur. Bu kurul da Dr. Burak’ın önerilerini desteklemiştir. Ancak bu önemli adım bürokratik mekanizmanın çarkına takılıp kalmıştır.

Pronatalist nüfus politikası döneminde gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılması, her zaman hassas bir konu olmuştur. Düşükleri önlemeye, hatta yasaklamaya çalışan bir dizi yasa çıkarılmıştır. Ne var ki, çeşitli çalışmaların da gösterdiği gibi, yasa dışı olmasına karşın

isteyerek düşük uygulamaları yaygın olarak devam etmiştir. O dönemde yaklaşık her beş gebelikten biri düşükle sonuçlanmaktaydı. Türkiye’de pronatalist nüfus politikasının izlendiği dönemde isteyerek düşükler anne ölüm nedenlerinin başında geliyordu.

Antinatalist Nüfus Politikasının İzlendiği Dönem ^{2,5}:

Pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi kolay olmamıştır. Oldukça uzun bir zaman almış ve ancak çeşitli sektörlerin, kişilerin ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) çabaları ve işbirliği ile mümkün olmuştur.

Türkiye’de bilimsel kanıtları ortaya çıkarmak için araştırmalar yapmak ve bu kanıtları politikacıları ve diğer karar vericileri, gerekli politik ve yasal değişiklikleri gerçekleştirmeleri için ikna etmek amacıyla kullanma geleneği oldukça eskidir. Mevcut pronatalist politikayı değiştirmek için karar vericileri etkilerken yapılan tam da budur. Bu süreçte medya, bilim toplumu, kanaat önderleri, Sağlık Bakanlığı (SB), Kadın Hastalıkları ve Doğum Dernekleri ve halk sağlığı uzmanları çok yakın işbirliği yapmışlardır. Örneğin, Dr. Zekai Tahir Burak, provoke düşüğe bağlı olarak ölümcül durumda hastanesine başvuran çok sayıda kadın olduğunu ve bunların çoğunun kaybedildiğini fark etmiş ve istenmeyen gebeliklerin ve güvenli olmayan düşüklerin kadın sağlığı için olumsuz sonuçlarını hastaneye başvuran vakaların bulgularını derleyerek göstermiştir. Bu bulgular Türkiye’deki nüfus politikasını değiştirmek için yapılan savunuculuk çalışmalarında kullanılmıştır. Dr. Z.T. Burak yukarıda da değinildiği gibi SB’na araştırma sonuçlarını bildirerek, maternal mortalitenin güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak arttığını, bu nedenle bu ölümleri önlemek için gerekli önlemlerin alınması ve kontrasepsiyonun yasallaştırılması gerektiğini belirtmiştir. Bunun üzerine Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından düşük sorununu incelemek, yasadışı düşüklerin neden olduğu tıbbi sorunları belirlemek ve gerekli önlemleri tartışmak üzere bir Komite oluşturulmuştur. Bu Komite raporunda, Türk Ceza Kanununun çok katı

hükümlerine rağmen, düşüklerin yaygın olarak uygulandığını, bu vakaların çoğuna yasal bir işlem uygulanmadığını ve düşüklerin çoğunun yetersiz tıbbi koşullarda uygulandığını ve ciddi tıbbi sonuçlara ve ölüme yol açtığını belirtmiştir. Komite istenmeyen gebelikleri önlemek için kontrasepsiyonun yasallaşması gerektiğini ve kadınların diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi kontraseptif yöntemlerden yararlanmalarını sağlamak üzere, yasanın değiştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Benzer şekilde 1959 yılında Orta Anadolu’nun 137 köyünde Prof. Dr. Nusret Fişek’in yönetiminde bir araştırma yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları kırsal alanda bebek ölüm hızı bir canlı doğumda 165, ana ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda 280 civarında olduğunu göstermiştir. Dahası, anne ölümlerinin yüzde 53’ünün düşüklere bağlı olduğu tahmin edilmiştir. Bu çalışma toplumda düşük ve maternal mortalite arasındaki ilişkiyi belirleyerek SSYB Komitesinin düşükler hakkındaki görüşünü güçlendirmesi açısından özellikle önemliydi. Prof. Dr. Fişek’in 1960’dan sonra SB müsteşarı olması ve altı yıl bu görevi sürdürmesi de konu ile ilgili ek çalışmaların yapılmasında etkili olmuştur ¹².

Bu süre içinde, Türkiye’de halk sağlığının pek çok alanında öncü olan ve yeni antinatalist yasanın hazırlanmasındaki liderliği son derece değerli olan Prof. Dr. N. Fişek, konunun ulusal ve uluslar arası platformlarda savunuculuğunu yapmış, Dr. Z. T. Burak, Prof.Dr. Hüsnü Kışınışçi, Prof.Dr. Naşit Erez, Dr. Necdet Erenus gibi etkili kanaat önderleri ve ülkedeki STK’lar ile yakın iletişimde bulunmuş, böylece Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak yasal değişikliklerin gerçekleşmesi için gösterilen çabalara öncülük etmiş, daha sonra da 1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Kanunu’nun taslağını kaleme almıştır.

Türkiye’de 27 Mayıs 1960’da yapılan askeri devrimden sonra ulusal kalkınma ile ilgili her alanda planlama kurumsallaşmış, düzenleyici ve yasal değişiklikleri de içeren bir dizi reform gerçekleştirilmiştir. Nüfus planlaması, bu doğrultuda, hükümetin ciddi hedeflerinden biri haline gelmiştir.

Türkiye’de nüfus politikasının değiştirilmesinin önemli nedenlerinden biri her yıl çok sayıda isteyerek düşüğün meydana gelmesi olmuştur. Kesin rakamın belirlenememesine rağmen bu yıllarda yasadışı olarak gerçekleşen isteyerek düşüklerin yarım milyona yaklaştığı ve kadınların kendi müdahalesi ile yapılan düşüklerin komplikasyonlarına bağlı yılda binlerce ölümün meydana geldiği tahmin edilmiştir ^{3,12}.

1960 lı yılların başında yeni nüfus planlaması yasası için yapılan hazırlıklarda, SB çalışanları ile Türkiye’nin gerçekleri hakkında duyarlık sahibi olan STK’lar ve uzmanlar arasında yakın işbirliği sağlanmıştır. Türkiye Aile Planlaması Derneği ve Ankara Jinekoloji Derneği çok aktif ve etkili bir şekilde konunun savunuculuğunu yapmış, bu süreçte çok sayıda konferans ve ulusal aile planlaması toplantısı düzenlenmiştir. Böylece pronatalist nüfus politikasını değiştirme konusu ülke içinde giderek daha fazla destek bulmaya başlamıştır. Yine de bu duyarlı konuda tıp çevreleri ve karar vericilerin ikna edilebilmesi için daha fazla kanıt gereksinim duyulmaktaydı.

1963 yılının başlarında Türkiye hükümeti, Birleşmiş Milletler (BM)- Nüfus Konseyi’nden bir saha araştırması yapılması için destek talep etmiştir. BM-Nüfus Konseyi 1963 yılında, tüm ülkeyi temsil eden bir örnekleme, Aile Planlamasında Bilgi, Tutum ve Davranış (BTD) Araştırması düzenlemiş, yaklaşık 300 köy ve kentte 5000’in üzerinde kişi ile görüşülmüştür. Bu, araştırma, doğurganlık konularında yapılan ülke düzeyindeki ilk araştırma olup önemli bilgiler sağlamış, daha sonraki aile planlaması programları için de yol gösterici olmuştur ^{1.9,12-14}.

1963’deki ulusal BTD araştırması ve diğer çalışmalar ülkedeki aşırı doğurganlığın boyutunu ve olumsuz sonuçlarını, aynı zamanda Türkiye’deki ailelerinin, aile planlaması (AP) konusundaki olumlu tutumunu da ortaya koymuştur.

1964 yılında, antinatalist nüfus politikası TBMM’de kabul edilmeden önce, Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de “aile

planlaması” teşkilatını kurmuş ve başına deneyimli bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olan Dr. Turgut Metiner’i getirmiş ve bu dönemde konu ile ilgili sağlık personelinin çeşitli düzeylerde eğitilmesini sağlamıştır.

Bütün bu hazırlık aşamalarından sonra hazırlanan 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası Meclis ve Senato’dan geçerek, 10 Nisan 1965’de Cumhurbaşkanı tarafından imzalanmıştır ¹⁵.

Yasa ile belirlenen çerçevede ulusal Aile Planlaması programı oluşturulmuştur. Yasada nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemler kullanılmasının serbest olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda sadece tıbbi nedenlerle düşük yapabilmek ve kalıcı olarak cerrahi yöntemle gebelikten korunmak için izin verilen sınırlı durumlarla yasanın ihlal edildiği durumlarda uygulanacak cezalar da yasa kapsamına alınmıştır.

Kırk yıl boyunca ülkede uygulanmış olan güçlü bir pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur.

Bu sürecin başarısında birkaç anahtar faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri şunlardır;

- Demografik ve sağlık konuları ile ilişkili olarak sorunun bilimsel yaklaşımla doğru değerlendirilmesi ve doğru tanı konulması (Dr. Z. T. Burak ve Dr. Fişek’in araştırmaları ile Birleşmiş Milletler Nüfus Konseyi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülen 1963 Bilgi Tutum Davranış Araştırması)

- Liderlik, araştırma sonuçlarını ve diğer kanıtları kullanarak çeşitli sektörler ve disiplinler tarafından yürütülen güçlü savunuculuk çalışmaları

- Toplum katılımı ve desteği

- Popülist yaklaşımlardan uzak bir hükümetin olması.

- Sağlık Bakanlığı’nda ileri görüşlü yöneticilerin olması

İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının kabul edilmesinden sonra ülkede gerçekleşen durumlar aşağıda özetlenmiştir;

Aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, genel olarak bu yöntemlerin kullanılma sıklığı, modern AP yöntemlerinin kullanımı artmış, bununla beraber geleneksel AP yöntemleri de daha yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir. Yasa, kısıtlamalara rağmen, isteyerek düşük yapmayı ve buna bağlı olumsuz durumları önleyememiş, yasadışı isteyerek düşüklüklerin sıklığı da artmıştır ^{12,13}.

1963’de doğurganlıkla ilgili konularda yapılan ilk ülke çapındaki araştırmadan sonra, her beş yılda bir benzer ulusal araştırmaların yapılması tekrarlanmıştır. Böylece Türkiye’de nüfus ve üreme sağlığı konularındaki eğilimler iyi izlenebilmiştir. 1980’lerin başlarında yılda 300 bin isteyerek düşük gerçekleştiği, bunun yaklaşık 50 bininin sağlıksız yöntemlerle olduğu tahmin edilmiştir. Bu dönemde isteyerek düşüklüklerin çoğu özel kliniklerde, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından ve yüksek ücretlerle gerçekleştirilmiştir. Güvenli olmayan düşüklükler ise Türkiye’de bu olanaklara sahip olmayan kadınlar için bir sağlık sorunu olmaya devam etmiştir.

İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının artık toplumun ihtiyacını tam olarak karşılayamadığı ve değiştirilmesi düşünülerek yasanın yenilenmesi için girişimler başlatılmıştır. Bu aşamada aşağıda ayrıntıları belirtilen stratejiler izlenmiştir;

- Yasadışı olarak gerçekleştirilen isteyerek düşüklüklerin yan etki ve olumsuz sonuçları çeşitli yerel ve ulusal epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin, ülke çapında beş yıl aralıklarla yapılmasına devam edilen “Nüfus ve Sağlık Araştırmaları”. İsteyerek düşük ve kadın sağlığı konularında yürütülen çeşitli yerel, topluma dayalı araştırmalar, yasadışı düşüklüklerin sağlık sistemi üzerindeki maliyeti konusunda Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ) Üreme Sağlığı Araştırma Birimi (WHO/HRP) ile DSÖ İşbirliği Merkezi olan Hacettepe Halk Sağlığı AD tarafından yapılan çok merkezli çalışma vb. ¹⁶.

- Diğer taraftan, WHO/HRP ve Hacettepe Halk Sağlığı AD tarafından yürütülen Dr.Akın’ın temel yürütücü olduğu hizmet araştırmaları ile “Hekim ve hekim dışı sağlık personeli için” AP eğitim yöntemleri ve araçları geliştirilmiş; Bu personelin hizmet sunumunda yaygın olarak kullanılması amacı ile gerçekleştirilen, aşamalı bir dizi hizmet araştırması ile eğitilmiş Ebe ve Hemşirelerin, RİA uygulamasını pratisyen hekimler kadar başarılı bir şekilde uygulayabildikleri gösterilmiştir ^{14,17}.

- Aynı şekilde, “Elle Vakum Aspirasyonu – MVA (Menstrual Regülasyon-MR)” yöntemiyle gebeliğin sonlandırılması konusunda pratisyen hekimlerin eğitilebildikleri ve bu yöntemi başarılı bir şekilde uygulayabildikleri de yine Dr. Akın’ın temel araştırmacı olduğu bir çalışma ile 35 pratisyen hekim eğitilerek eğitimden sonra bir yıl süre ile izlenerek belirlenmiştir ¹⁴.

Yukarıda özetlendiği gibi ilk NP yasası isteyerek düşüklere bağlı anne ölümlerini önlemekte yeterli olamamış, AP’ da karşılanamayan gereksinim yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk NP yasasının var olan gereksinimleri karşılamak için daha geçerli olacak yönde değiştirilmesi ciddi olarak ele alınmıştır. Bu süre içinde yine Türkiye’de antinatalist nüfus politikasına öncülük eden Prof. Dr. Nusret Fişek ekibiyle birlikte ilgili etkinlikleri yönlendirmiştir (12-14). Ancak, mevcut NP yasasının değiştirilmesi süreci de, 1960’larda ilk NP yasasında olduğu gibi Sağlık Bakanlığı önderliğinde gelişmiştir.

Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) sunulan 2827 sayılı yasa 24 Mayıs 1983’de mecliste görüşülerek yapılan bazı tartışmalar sonunda kabul edilmiştir ¹⁸.

Bu yasa ile

- On haftaya kadar olan gebelik suresinde isteyerek düşüklükler

yasallaşmış, Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiş,

- Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan pratisyen hekimler gebelik sonlandırılması için yetkilendirilmiş,
- Kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyonun (tüp ligasyonu ve vazektomi) isteğe bağlı olarak yapılması yasallaşmıştır.

Kolayca fark edileceği gibi, yeni yasadaki sözü edilen tüm maddeler yıllardır ülkede yürütülen ve sonuçları son derece zamanlı olarak savunuculuk amacıyla kullanılan çalışmaların veya sağlık hizmet araştırmalarının konularıydı ve bütün bu bilgiler yasada yer alan değişikliklerin gerçekleşmesinde çok önemli kanıtlar olmuştur.

1983 yılında kabul edilmiş olan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasasının Türkiye’de kadın-anne sağlığı ve AP uygulamaları üzerine olan etkileri aşağıda sıralanmıştır^{12,14}

- Düşüğün yasallaşması, ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesini sağlamış, güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri yok denilecek kadar azalmıştır.
- İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmıştır.
- İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgali ortadan kalkmıştır.
- İsteyerek düşüklerin bireylere olan maliyeti azalmıştır.
- Yasadan hemen sonra isteyerek düşük prevalansı artmış, 1990’lardan sonra bu artış azalmaya

başlamıştır. Azalma eğilimi devam etmektedir (Tablo 2, Şekil 1)

- Yeni yasadan sonra RİA kullanma prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır.
- İlk kez, etkili kontraseptif yöntem prevalansı geleneksel yöntemlerin prevalansını geçmiştir (Tablo 2)

Diğer taraftan bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranında olan düşüşlerde de izlenen nüfus politikasının önemli etkisi olmuştur^{6,19-21}.

Türkiye’de Kalkınma Planlarında Nüfus Planlaması ile ilgili stratejiler:

- 1960’lı yıllar Türkiye’nin planlı kalkınma dönemine geçtiği yıllardır. Bu tarihte doğurganlık düşüşü de başlamıştır. Türkiye pro-natalist nüfus politikasını bırakıp, kararlılıkla anti-natalist nüfus politikasını ortaya koymuştur¹¹:

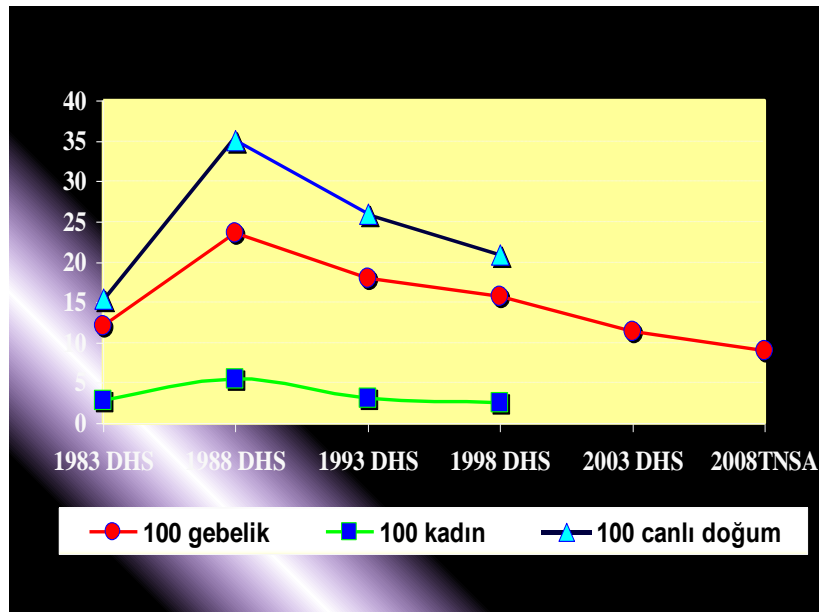
Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1963-1967) yeni bir nüfus politikasından söz edilerek; hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği, nüfus planlamasına dayalı bir nüfus politikasının gerekli olduğu, mevcut nüfusun ekonomik döngüyü ve diğer ülke dinamiklerini sağlayıcı bir yapıda olduğu, artık nüfusun niteliğini artırmak için daha farklı çabalar içerisine girilmesi gerektiğine işaret edilmektedir.

Yeni nüfus politikasıyla anti-kontraseptif yasalar (*doğum kontrolünü engelleyen yasalar*) değiştirilmiş; sağlık personeli - başta kendileri olmak üzere- nüfus planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda isteyenleri eğitmişlerdir. .

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1963-2008)

Yöntem	1963	1983	1988	1993	1998	2003	2008
Herhangi bir Yöntem	22,0	61,5		62,6	63,9	71,0	73,0
RİA	0,0	8,9		18,8	19,8	20,2	16,9
KOK	1,0	9,0		4,9	4,4	4,7	5,3
Kondom	4,3	4,9		6,6	8,2	10,8	14,3
Tüp Ligasyonu	0,0	0,1		2,9	4,2	5,8	8,3
Geri Çekme	10,4	31,1		26,2	24,4	26,4	26,0
Diğer	12,0	8,6		3,2	2,8	4,1	1,1
Modern Yöntemler	5,3	27,2		34,5	37,7	42,5	46,0
Geleneksel Yöntemler	22,4	34,2		28,1	25,5	28,5	27,0
İsteyerek Düşükler (100 Gebelikte)	7,6	19,0		18,0	14,5	11,3	10,0

Kaynak: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları



Sekil1. Türkiye’de yıllara göre isteyerek düşük hızları 1983 - 2008

Kontraseptifler (doğum kontrol araçları) isteyenlere ücretsiz dağıtılmıştır. **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı** döneminde ise (1967-1972) en önemli değişiklik nüfus planlaması kavramının yerini aile planlaması kavramının almış olmasıdır. Bir yandan aile planlaması çalışmaları başlarken diğer yandan hükümetlerin doğurganlık planlamasına ilgisi azalmaya başlamıştır.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde (1973-1977) aile planlaması ile sağlık hizmetlerinin ayrılmayacağı fikri ön plana çıkmıştır. Bunun sonucunda, ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetleri birleştirilmiştir. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı düşmesine rağmen sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ve ilgili kuruluşlar arasında işbirliği sonucu ölümlerde kaydedilen düşüşler nüfus artış hızının

artmasına neden olmuştur. Bu politikanın uzantısı olarak, toplumsal, ekonomik ve demografik etkenler arasında etkileşim ve nüfus politikasının, toplumsal ve ekonomik politikaların bir bileşeni olduğu belirgin olarak ortaya konmuştur. Yüksek bebek ölüm hızının ve yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin birer nüfus sorunu olduğu belirtilmiş, aile planlamasının, ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gereği vurgulanmıştır.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı’nın yürürlükte olduğu yıllar **(1979-1983)** Türkiye’nin ekonomik ve toplumsal açıdan zor yıllarıdır. Negatif iktisadi büyüme hızlarıyla karşılaşıldığı ve ülkenin karmaşa içinde olduğu bu plan döneminde, belirtilen doğrultudaki politika uygulamalarının başarılı olduğu söylenemez. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda** nüfus ve ilgili sorunlar ikinci plana atılmış, Planda sadece nüfus niteliğinin yükseltilmesi, temel ilke olarak öne çıkarılmıştır. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1985-1989)** ekonomik kalkınma ön plandadır.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1990-1994), nüfus konusu yine tartışılmaya başlanmış; yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve toplumsal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, toplam doğurganlık hızının yanı sıra, nüfus artış hızının da azaltılmasına yönelik çabalar başlamıştır. Gerçekten 1990 yılından itibaren nüfus artış hızı da sürekli bir düşme eğilimi içinde olmuştur. 1985-1990 aralığında yıllık nüfus artış hızı önceki döneme göre ‰ 24,88’den ‰ 21,71’e düşmüştür.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1996-2000), hala yüksek bulunan nüfus artış hızının, bireylerin ekonomik pastadan daha fazla pay alabilmesini, ekonominin gelişme ve değişme sürecini engellediği; sürdürülebilir kalkınma çabalarını güçleştirdiği; konut sağlık, altyapı ve eğitime olan gereksinimi arttırdığı belirtilmektedir. Bunun yanında aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda etkinliğin artırılması gereksiniminin önemini koruduğu vurgulanmaktadır. Artık Türkiye, kalkınma hedefleriyle uyumlu

olacak biçimde- sürdürülebilir kalkınma kavramına uygun nüfus politikalarını uygulamaya koymuştur.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Türkiye’de net yenilenme hızının ne zaman 1,0’a düşeceği tartışmalarının başladığı dönemin planıdır. Yapılan projeksiyonlar nüfusun 2050 yılında yaklaşık 100 milyonu bulacağını ve yaklaşık dikdörtgen biçiminde bir nüfus piramidine ulaşmanın olası olduğunu göstermektedir. Bu nedenle **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda**;

- Dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefiyle uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak yönünde nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücüne ilişkin niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlarda bölgeler ve yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların giderilmesinin temel ilke olduğu,

- Nüfus dinamikleriyle, doğal kaynaklar, ekonomik etkinlikler, teknolojik gelişme, toplumsal ve kültürel yapı arasındaki dengenin her düzeydeki planlama ve politika geliştirme süreçlerinde dikkate alınacağı,

- Nüfusa ilişkin veri kayıt sisteminin, tüm sektörlerce kullanılabilir tarzda ülke geneline yaygınlaştırılarak geliştirileceği, ilgili kuruluşlar arasında eşgüdümün, işbirliğinin ve bilgi akışının sağlanmasına yönelik yapılanmanın plan dönemi içinde sonuçlandırılacağı, nüfus yapısındaki gelişmeleri izlemeye yönelik araştırma etkinliklerinin destekleneceği,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilerek, kaliteli bir biçimde, kadın-erkek ayırımı yapılmadan sunulmasının sağlanacağı,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde hedef kitle ve öncelikli hizmet alanları belirlemede ve hizmet sunumunda, - yerleşim yerleri ve bölgeler bakımından - demografik göstere farklarının ve nüfusla ilgili eğilimlerin dikkate alınacağı,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hedef kitle açısından ulaşılabilirliği, devamlılığı ve

yaygınlığının artırılacağı hususları yer almıştır.

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007-2013 dönemini kapsamakta, değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Bu dönemde küreselleşme her alanda etkili hale gelmiş, bireyler kurumlar ve uluslar için fırsatlar ve riskler artmıştır. “İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB’ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye” vizyonu ile yola çıkan *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı*’nda nüfus bağımsız bir başlık altında ele alınmamıştır. Nüfusun niteliğini artırıcı hedef ve planlamalardan söz edilmek yerine kalkınma ile ilgili ve planda yer alan konularda Türkiye’nin mevcut nüfusunun nasıl etkili olacağına irdelenmesi ve beklentilerin ortaya konması genel eğilim olarak görülmüştür. Plan döneminde akılda kalan Başbakanın “en az üç çocuk”, Sağlık bakanının ise “üreme sağlığına evet- aile planlamasına hayır” gibi söylemleridir. Bu doğrultuda nüfus ile ilgili olarak;

▪ Türkiye’nin genç nüfusu ve dinamik ekonomisi ile AB’ye katılımının, yıllık büyüme beklentisi %2 olan AB ekonomisine canlılık kazandıracığı ve sinerji yaratacağı beklentisi,

▪ Plan döneminde ülke genelinde hızlı nüfus artışının neden olduğu olumsuzluklar azalmasına rağmen, istihdamın artırılması ve işsizliğin azaltılması ile eğitime ilişkin sorunların çözülemediği, eğitimle istihdam arasındaki ilişkinin yeterince kurulamadığı,

▪ Sekizinci Plan döneminde Türkiye’de yaratılan istihdamın, çalışma çağı nüfusunun ve işgücünün gerisinde kaldığı,

▪ Türkiye’nin demografik yapısının, doğurganlık düzeyindeki ve yaş yapısındaki gelişmelerle, gelişmiş ülkelerin yapısına benzemeye başladığı, bu durumun eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal güvenlik alanlarındaki politikaların gözden geçirilmesine ihtiyaç doğurduğu,

▪ Sağlık hizmetlerine ulaşan nüfusla ilgili göstergelerde iyileşmeler sağlandığı ancak, bölgesel ve iller arası farklılıkların çok yüksek olduğu,

▪ Yaşlı nüfusta gözlenen artış ve aile yapısının değişime uğraması gibi nedenlerin, yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin önemini arttırdığı,

▪ Mevcut fiziki ve sosyal alt yapı ile kentlerin sunduğu istihdam imkânlarının, yoğun göç hareketlerinin yarattığı nüfus baskısını karşılamakta yetersiz kaldığı,

▪ 2005 yılından itibaren 0-14 yaş grubu nüfusunun oransal ve rakamsal olarak düşmeye devam edeceği, çalışma çağı ve yaşlı nüfusun oranının ve sayısının sürekli olarak artacağı gibi husular vurgulanmıştır.

2000’li yıllardan sonra Türkiye’de aile planlaması hizmetleri ile ilgili yaklaşımlar;

Türkiye, bu yazı kapsamında da açıklandığı gibi, Cumhuriyet döneminin başlangıcından beri aile planlaması hizmetlerine, ülkenin demografik yapısının bir gereği, toplumun gereksinimi ve “hakki” bakış açısı ile gerekli politikaları oluşturmuş, oluşturulan politikaları son derece uygun stratejilerle uygulamalara yansıtmış, bu konuda politik kararlılığını sürdürebilmiştir. Bütün bu tutarlı politikaların sonuçları kadın anne ve çocuk sağlığına morbidite ve mortalitelerin düşmesi şeklinde olumlu olarak yansımıştır ^{6,11,12,22}.

2000 li yıllara dek Türkiye’nin bu politikasında ve hizmet yaklaşımlarında ciddi bir sorun olmamış ve benzer yaklaşımlar sürdürülmüştür. Aile Planlaması hizmetleri, özellikle 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” çerçevesinde temel sağlık hizmetlerinin entegre bir bölümü olarak, ev ziyaretleri ile 15-49 yaş kadınların izlenmesi, gebelerin aynı şekilde izlemelerinde AP eğitiminin de yapılması, gereksinimi olan kadınlara Sağlık Ocaklarında ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile

Planlaması Merkezlerinde (AÇSAP), hastanelerin AP Kliniklerinde hizmet sunulması şeklinde verilmiştir. Bu hizmetlerde toplumun sağlık eğitimi ve AP yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde kilit personel, sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan pratisyen hekim, ebe ve hemşireler olmuştur. Bütün bu çabaların sonucunda

Türkiye’de AP ile ilgili olumlu yönler sıralanacak olursa;

- Halk, aile planlamasına motivedir ve bu hizmetleri almak istemektedir. İlk Nüfus Planlaması Yasası’ndan bu yana geçen 40 yılda toplumun konu ile ilgili bilgilendirilmesi, motivasyonu ve uygulamalarında önemli mesafeler alınmıştır.

- Nüfusun Aile planlamasına erişimi konusunda yasal bir engel bulunmamaktadır.

- Eğitim ve uygulama hizmetlerinin yaygın olarak sunulması için standartlar geliştirilmiş, belli kurallar konulmuş ve bütün bunlar yazılı hale getirilmiştir.

- Toplumun sosyal yapısındaki değişiklikler, Aile Planlaması uygulamalarını olumlu yönde etkileyecek şekilde gelişmektedir.

- Bebek ve Çocuk ölüm hızlarındaki azalma, ilk evlenme yaşında az da olsa ileriye kayma, kadının statüsündeki bir miktar yükselme, toplumda doğurganlığı düzenleme davranışının gelişimi açısından olumlu yönlerdir.

- Nüfus, doğurganlık, sağlık konularının bilimsel yönünü inceleyecek, araştırarak insan gücü ve teknik kapasite mevcuttur.

- İsteyerek düşük hizmetlerinin 1983 yılından bu yana yasal olarak ulaşılır olması, daha atravmatik yöntemlerin kullanılması sonucu, anne ölümleri içindeki düşüğe bağlı ölümlerin payı % 2 lere düşmüştür. Bu izlenen doğru politika/strateji sonucu ulaşılan “gerçek bir başarıdır”.

**Doğurganlığın Düzenlenmesi
Hizmetlerinde Geleceğe Bakış**

Türkiye’de yakın tarihe dek nüfus planlaması / aile planlaması politikalarında yasal anlamda bir değişikliğe gidilmemesine rağmen; günümüzde aile planlaması ve kadınların geleneksel rolleri ile ilgili konularda geri gidiş olabilme potansiyeline sahip kimi uygulamalar içinde olduğumuz düşünülebilir.

Bu düşüncelerden ilki, sağlık hizmet sistemi ile ilgilidir; 2000’li yıllardan sonra Türkiye’de, her alanda ciddi bir küreselleşme akımının başladığına şahit olunmaktadır. Bu doğrultuda neo liberal düşünce akımlarıyla da desteklenen, ulus devlet yerine küresel güçlerin daha egemen olduğu, çok uluslu şirketlerin kuşkusuz kar amacıyla daha fazla alanda boy gösterdiği, hatta hakim olduğu uygulamalar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu tür uygulamaların “bir insan hakkı olan sağlık alanında yaygınlaşması, insan sağlığının da bir meta gibi görülmesi; aynı yaklaşımla sağlık hizmetlerinin ilaç ve ileri teknoloji tüketimine yönlendirilerek hizmetlerin bireye olan maliyetini artırıcı bir ortamda sunulması, her şeyden önce “Sağlık Hakkı” anlayışı ile ele alınması gereken “sağlıklı olma” kavramının tabiatına aykırıdır. Daha önce de değinildiği gibi, Türkiye’de aile planlaması hizmetleri, ilk yasanın çıktığı yıllardan beri “Temel Sağlık Hizmetleri” bütününe entegre bir bölümü olarak ekip hizmeti anlayışı ile topluma sunulmaktaydı. Sağlık Ocakları sisteminde hekim, ebe, hemşire, diğer sağlık elemanları ile toplumda sağlık eğitimi, ev ziyaretleri ile sunulan kadın-anne ve çocuklar için koruyucu ve erken tanı hizmetlerinin uzun süreli olumlu toplum etkileri yukarıda konu edilmiştir. Kırk yıl içinde elde edilen bu başarı övünülecek bir durumdur.

24 Kasım 2004 tarihinde, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" adı altında kabul edilerek uygulamaya konulan önemli değişiklik, ilk kez 2005 yılında Düzce ilinde başlatılmıştır²³. Sağlıktaki bu hizmet biçiminde ilk basamakta sağlık hizmeti bir ekip tarafından değil, nerede ise “tek hekim” tarafından sunulmaktadır. Sözü edilen sistemde sağlık hizmeti koruyucu, geliştirici etkinliklerle değil, “hastalıkla” başlatılmaktadır. Var olan uygulamada, ancak bir şikayeti olan Aile

Hekimine başvuracaktır. Sağlık ocakları sisteminde olduğu gibi “ev ziyaretleri yapılması” yönetmeliklerde yer alsa da, pratik olarak bu sistemin yapısı ile karşılanabilecek bir durum değildir. Büyük şehirlerde hekim başına düşen nüfusun yoğunluğu, Türkiye coğrafyası düşünüldüğünde de doğal koşullar, bu uygulamaya izin vermeyecektir. Sağlıkta devletin rolünü küçülten, hizmetlerde bireye olan maliyeti artıran, sağlıkta özellikle kadın, anne, çocuk, engelliler, yaşlılar ve yoksullarla ilgili sağlık düzeyi farklılıklarını daha da derinleştireceği kaçınılmaz olan “aile hekimliği sisteminin” Türkiye’de bilimsel bir değerlendirilmesi yapılmaksızın, yapıldı ise de bulguları paylaşılmadan, 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye’nin 81 iline yaygınlaştırılmış olması ilgili hizmetler yönünden endişe vericidir. Bu uygulama ile sağlık da “alınır satılır bir meta olarak” görülmektedir. Oysa Sağlık, bireylerin doğuştan sahip oldukları bir insan hakkıdır ve Devletin bireylerin bu hakkını koruma, çağdaş yaklaşımlarla gereğini yapma, görevi vardır- olmalıdır.

Türkiye’de yöresel bir özellik taşıma özelliği olmayan aile hekimliği sisteminin kadın sağlığı ile ilgili eşitsizlikleri derinleştireceğine dair görüşü bir örnek doğrultusunda açıklamak mümkün; 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması” verilerine göre; Türkiye’de Anne Ölüm oranı gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında en az on misli daha yüksek olup 100 bin canlı doğumda 28.5 dir. Bu araştırmaya göre Türkiye’de yaşam boyu gebelik ve doğuma bağlı ölüm riski 1536 kadında birdir. Oysa bu risk kentsel alanlarda 2391 kadında 1 iken, kırsal alanlarda 869 kadında 1 olarak bu risk bir kat daha fazla yükselmektedir. Aynı araştırmada, İstanbul’da yaşayan bir kadının gebelik ve doğuma bağlı ölüm riski 4876 kadında 1 iken bu risk Kuzeydoğu Anadolu’da on kat artarak 439 kadında 1e yükselmektedir ²¹. Bu veriler, Türkiye’de yalnızca tedavi yaklaşımı ile değil , koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve ağırlık veren, sağlık hizmetlerinin çeşitli disiplinlerden oluşan bir ekiple “Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı” ile sunulması gerektiğine işaret etmektedir ⁶.

Aile Hekimliği Sisteminde en fazla zarar görecektir hizmetler, doğurganlığın düzenlenmesi / AP hizmetleridir. Bilindiği gibi aile planlaması sağlam kişiye verilen koruyucu hizmetlerdir ve gerek danışmanlık verilmesi gerekse uygulamalar özel bir bilgi ve beceri gerektirmekte, bazı uygulamalar da ise eğitimden sonra sertifikalandırılmış olma zorunluluğu vardır. 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye geneline yaygınlaştırılan bu sistemde aile hekimi görevini yürütecek hekimlerin AP uygulama sertifikasına sahip olma durumu bilinmemektedir. Bu durumda sertifikası olmayan hekimlere AP hizmeti için başvuran ve örneğin rahim içi araç uygulamak isteyen bir kadın bu hizmeti alamayacak, muhtemelen özel hekime başvurmak gibi kendisine daha pahalıya mal olacak ya da uygulama yapılan bir hastaneye başvurmak gibi zaman ve özel beceri isteyen çareler aramak zorunda kalacaktır. Sistemin başlangıcında aile planlaması hizmetlerini, Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) bu eksiğini gidermek amacı ile “Toplum Sağlığı Merkezlerinin-TSM” vereceği belirtilmiştir. Ancak aile hekimlerinin kendisine kayıtlı bireyler AP hizmeti istediğinde onları sevk etmeleri beklenen TSM’lerle ilgili henüz böyle bir düzenleme yapılmadığı gibi, yapılsa da bu tür uygulamalar sağlık hizmetinde bütüncül yaklaşıma uygun bir durum da olmayacaktır. Ayrıca Aile Hekimliği sisteminde başka yere sevk, performans değerlendirmesi açısından da sorunlu bir alandır.

Aile Planlaması hizmetleri ile ilgili diğer beklenen olumsuzluk, geçmişte sağlık ocaklarına Sağlık Bakanlığı tarafından hibe ya da bütçe yolu ile temin edilen oral kontraseptifler, rahim içi araçlar ve kondomlar başvuranlara ücretsiz olarak dağıtılmaktaydı. Aile hekimliği sisteminde ise ücretsiz dağıtımın biçimi henüz açık olmadığı gibi, sosyal güvenlik kurumu (SGK) da bir tedavi etkisi olmayan kontraseptif giderlerini ödememektedir. Bunun anlamı, bireyler ve ailelerin bu önemli koruyucu hizmeti ceplerinden ödeyerek elde etmek durumunda kalacak olmasıdır. Bu da hizmete ulaşmayı engelleyen başka bir faktördür. Diğer taraftan, hastanelerin aile planlaması kliniklerinde uygulanan gebelik sonlandırmaları ve diğer AP bağlantılı

uygulamalar da SGK ödemeleri kapsamının dışında olup hizmete ulaşmada önemli bir engel teşkil etmektedir.

Konu ile ilgili üzerinde durulması gereken diğer bir husus; Türkiye’de, 2000 li yıllardan sonra, esasen başlangıcı 1980 lere dek uzanan “kadınları, birey olarak değil kız evlat, eş, anne v.b. görülmesi, diğer bir ifade ile kadının ikincil konumda görülmesi” gibi geleneksel rollerine iten söylem ve eylemlerin giderek arttığının gözlenmesidir. Bu yıllardan sonra kadının örtünmesinin rol modellerle teşvik edilmesi, toplumsal cinsiyet bağlamında kadın erkek eşitliği konusunda sürdürülen çabalarla çelişen söylem ve eylemlerin giderek artması gibi eğilimler Türkiye gibi hakların kullanımında henüz gerçek anlamda kadın erkek eşitliğinin sağlanamadığı bir ülkede kadınların aleyhine olacak girişimlerdir ve bunların etkilerinden korunmak için özel çaba gösterilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de aile planlaması uygulamaları ile ilgili olarak daha da endişe veren bir durum, üst düzey karar vericilerin, “Üreme Sağlığına önem vereceğiz ama hükümet olarak aile planlamasını benimsemiyoruz”; ya da “her kadın en az 3 çocuk doğurmalıdır” gibi yanlı söylemlerdir. Oysa Türkiye’nin de katılarak sonuç belgesini imzalamış olduğu “Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında-ICPD, Üreme_Sağlığı, sadece üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm sözü edilenlerle ilgili fizik, mental ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır”. Yani üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bunu ne zaman ve nasıl kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. Bu son koşul kadın ve erkeklerin kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi ve klinik hizmetlere ulaşabilmelerini, gerektiğinde isteyerek düşük hizmetlerine ulaşabilme hakkını içermektedir.

Üreme sağlığı alanında gereksinimleri karşılamaya söz veren bir

ülkede, aile planlaması / doğurganlığın düzenlenmesi uygulamaları da bütünün bir parçası olarak içerilmelidir. Çünkü bütün bu uygulamalar insanların doğuştan sahip oldukları insan haklarından biri olan, “sağlık hakkı” kapsamındadır. Diğer bir husus ise kaç çocuğa sahip olunacağı kararı, bireylerin, ailelerin verecekleri bir karardır. Kadının toplum içindeki yeri, yaşam tercihleri, sağlık durumu ve ailenin ekonomik gücü doğan her çocuk için verilecek kararı etkiler. Yeterli ilgi, zaman, eğitim, beslenme ve diğer olanakların sağlanıp sağlanamayacağı önceden düşünülmesi gereken durumlar olmalıdır. Doğurganlıkla ilgili sayı vermek, sağlık konusunda diploması olan “hekimlerin ya da ebe-hemşirelerin” bile haddi olmamalıdır. Sağlık yetkilileri sadece, hizmet verdikleri topluma bu konularda rehberlik etmek/ yardımcı olmak durumundadırlar. Günümüzde 1920’ lerde olduğu gibi demografik yapı nedeni ile nüfusu artırma çabalarına da henüz bir gereksinim yoktur ve bu tür uygulamalardan medet umulmasının bilimsel olarak yanlış olduğu deneyimlerle belirlenmiştir. Türkiye’de nüfus artış hızının azalmasına karşın, kaydedilen net yenilenme hızı hala nüfusun artmasına sebep olacak düzeydedir. Net yenilenme hızının 1,0 olmasından sonra da önceki yıllarda kaydedilen toplam doğurganlık hızının ivmesi ile nüfus bir müddet daha artmaya devam edecek ve daha sonra durağanlaşacaktır. Yani Türkiye nüfusu, doğurganlık teşvik edilmeden de gelecek en az 20 yıl artmaya devam edecektir ^{5,11,19,22}.

Mayıs 2012’de üst düzey politikacıların “kürtaj cinayettir” sözleri ile başlatılan tartışmalar sadece yanlış değil aynı zamanda Türkiye’nin bu güne dek izlediği ve başka pek çok ülkeye de “iyi örnek” olabilecek uygulamalarına başarılarına da gölge düşürecek talihsiz bir yaklaşım olmuştur. Çünkü Türkiye’de 2827 sayılı yasa ile düşük yasallaştırıldıktan sonra düşüğe bağlı anne ölümleri son derece azalmış, yıllar içinde düşük hızları da giderek azalmış 100 gebelikte 23 lerden 10’a düşmüştür. Bu sonuç, AP hizmetlerinin ailelerin gereksinimlerini karşılayacak

şekilde verilmesi ile sağlanmıştır (Tablo2, Şekil1).

Türkiye’de isteyerek düşüklerde gebeliklerin yarısından fazlası özel muayenehanelerde sonlanmaktadır. Özel hastaneler ikinci olarak hizmet alınan yerdir. Türkiye’de yasal olmasına, ailelerin talep etmelerine rağmen düşük hizmeti günümüzde bile “kamu sağlık hizmeti sisteminden” yeterince sağlanamamaktadır. Bu durum sosyal ve ekonomik olarak birbirinden benzemeyen bölgeler arasında, hizmete ulaşma açısından, ciddi erişim farklılıkları yaratmaktadır. Bu bilgiler, Türkiye’de isteyerek düşük hizmeti almada ciddi bir “karşılanmayan gereksinim” olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda bunun nedeni, kamu sağlık kuruluşlarında hekimlerin, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının iş yükünün çok fazla olması dolayısı ile bu talebe yeterli yanıt verememeleri olarak belirtilmektedir.

Bu bağlamda pratisyen hekimlerin kamu kuruluşlarında, MR yöntemi ile isteyerek düşük hizmeti sunmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Bu uygulama, kimilerinin ifade ettiği gibi kaldırılmak yerine, yaygınlaştırılmak için tartışılmalıdır. Hizmette karşılanamayan gereksinimleri gidermek için ayrıca, halen çoğu gelişmiş ülkeler olmak üzere 50’den fazla ülkede yasal olarak uygulanan “tıbbi düşük, medikal abortus” hizmetleri Türkiye’de de verilmelidir. Bu uygulama, hekimlerin ilgili cerrahi müdahaleye ayıracakları zamanı azaltacak, ayrıca tıbbi düşük yöntemi cerrahi yöntemin taşıdığı riskleri taşımadığından kadınlara ve ailelere sunulabilecek daha güvenli, atravmatik bir seçenek olacaktır. Bu konuda Türkiye’de 1999 yılından beri Sağlık Bakanlığı Araştırma ve Etik Kurullarının onayı ile “mifeprison ve misoprotol kombinasyonu” kullanılarak, Dr.Akın’ın yönetiminde medikal abortus yöntemi sunulmuş, 209, 207 ve 500 vakalık üç seride faz III klinik araştırma yürütülmüştür. Yapılan bilimsel araştırma sonuçları tıbbi düşük yönteminin başarılı, kadınlar tarafından tercih edilen, kullanım memnuniyeti yüksek ve güvenli olduğunu göstermiştir. Her üç klinik araştırmada da yaşamı tehdit eden hiç bir

komplikasyon meydana gelmemiştir. Bulgular ülke gerçekleri doğrultusunda değerlendirilmiş, medikal abortus hizmetlerinin de ulusal üreme sağlığı hizmetleri içinde yer almasının uygun olacağı görüşünün gelişmesine ışık tutmuştur²⁴.

Bu konudaki son çalışma, “halen sağlık hizmeti sunan personelin ve tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri, algıları ve uygulamalarına ilişkin” Başkent ve Hacettepe Üniversitelerinin, Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde, Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde yürütülen bir araştırmadır. Bu araştırma sonuçlarının paylaşılması amacı ile Türkiye’de “isteyerek düşüklerin yasal yönünün tartışma konusu yapıldığı dönemde, yani “ 6 Haziran 2012 tarihinde”, Ankara’da araştırma bulgularının sunulduğu bir toplantı düzenlenmiştir. Çok sayıda uzmanın katıldığı bu toplantı sonunda görüş birliği içinde “Güvenli olmayan düşüğün önlenmesi” konusunda bir bildirge hazırlanmıştır. Türkiye’de düşüklerin yasaklanması gerektiği söylemlerine de bir yanıt teşkil etmesi nedeni ile bu bildirgede yer alan görüşler aşağıda özetlenmiştir²⁴;

◆ Toplantıda sunulan bilimsel kanıtlar, dünya ve Türkiye istatistikleri, “güvenli koşullarda yapılmayan düşüğün” kadın sağlığı yönünden son derece tehlikeli ve de anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden olduğunu ortaya koymuştur.

◆ Doğurganlığa karar verme hakkının, uluslararası belgelerde de vurgulandığı gibi “bireylerin, ailelerin özellikle de kadınların özgürce kullanacakları bir insan hakkı olduğu, bu karara kimsenin müdahale etmemesi gerektiği” vurgulanmıştır.

◆ Türkiye’nin geçmişte izlediği üreme sağlığı politikaları pek çok ülkeye örnek olacak özellikte olup, kadın anne ve çocuk sağlığına olan olumlu etki ve katkısı yıllar içinde yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konulmuştur.

◆ Türkiye’de sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin anne ölümlerine neden olmasının önüne geçmek amacı ile düşükler, 10 haftaya dek

◆ yasallaştırılmıştır. Bu yasa ile getirilen diğer önlemlerle, etkili gebeliği önleyici yöntem kullanımı da hızla artmıştır. Ayrıca bu yasanın uygulanması, isteyerek düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payının % 2 lere kadar düşmesini sağlamıştır.

◆ İsteyerek düşüklerin yasa ile yasaklanması düşük yapmayı azaltmamakta aksine sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri arttırarak anne ölümlerinin artmasına yol açmaktadır. Bunun yaşandığı pek çok ülke örneği bulunmaktadır.

◆ İsteğe bağlı düşüğe olan ihtiyacı azaltmanın en etkili yolu, danışmanlık dahil aile planlaması hizmetlerinin tümünün herkesçe erişilebilir şekilde genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır

◆ Türkiye’de yapılmış olan klinik araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, cerrahi düşük yönteminin risklerini taşımayan, gebeliğin erken dönemde sonlandırılmasında çoğu Avrupa Ülkeleri olmak üzere halen dünyada pek çok ülkede uygulanmakta olan “tıbbi düşük - cerrahi müdahale olmaksızın ilaçla yapılan düşük yönteminin” de Türkiye’de, kadınlara standart üreme sağlığı hizmetleri içinde bir seçenek olarak sunulması uygun olacaktır.

◆ Tıbbi düşük yönteminde kullanılan mifepriston ve misoprostol’ün Türkiye’de de tıbbi düşük yönteminde kullanılması için ruhsatlandırılma işleminin tamamlanması hizmeti yaygınlaşmasında önemli bir adım olacaktır.

Sonuç

Türkiye’de 1965 yılından sonra uygulanan nüfus politikaları daima liberal, birey haklarına saygılı, gönüllülüğü esas alan nitelikte olmuştur. Bazı ülkelerde olduğu gibi hiçbir zaman devlet, ailelerin çocuk sayısı ile ilgili ne fikir yürütmüştür ne de baskı yapmıştır. Bu politikanın sonucudur ki günümüzde 6. çocuğunun doğumunu isteyene de, hiç çocuk istemeyene de, hangi nedenle olursa olsun en çok iki çocuk sahibi olmayı kendine yeterli bulan aileye de devlet / hükümetler baskı anlamına gelebilecek bir beyanatta bulunmamış sadece, devlet olmanın gereğini

yaparak, anayasal görevini yerine getirmiş ve toplum, doğurganlığı ile ilgili ne arzu ediyorsa, bunu bilinçli seçim yaparak gerçekleştirebilmesi için hizmet vermiştir. Üst düzey karar vericilerin Türkiye’de Aile Planlaması bağlamında dikkatle üzerinde durmaları gereken önemli hususlar vardır. Son nüfus araştırması bulgularına göre, Türkiye’de bir yılda 1.6 milyon gebelik, 1.2 milyon canlı doğum ve 18 bin ölü doğum olmaktadır. Bunların yanı sıra canlı doğan bebeklerden 22 bini bir yaşına ulaşmadan ölmektedir. Bu ölenlerin 17 bini yaşamının ilk bir ayı içinde kaybedilmektedir. Yani Türkiye’de sadece ölü doğumlar ve ilk bir ay içindeki bebek ölümleri önlenilse ki bu önlemlerde AP hizmetlerinin yeri büyüktür, bir yıl içinde olan 35 bin gebelik boşa gitmeyecek, yasayan bebeklerle sonuçlanacaktı. Ayrıca, Türkiye’de yüzlerce gebenin doğum öncesi bakım almadığı, her gebenin sağlıklı doğum hizmetine ulaşmadığı ne yazık ki bilinen ülke gerçekleri arasındadır. Kadın-anne ve çocuk sağlığında geçmişte yapılan çalışmalarla elde edilen iyileşmelere eklenmesi gerekenler bu gerçeklere göre, hizmetler yukarıda belirtilenler doğrultusunda yönlendirilerek yerine getirilebilir. Ancak, Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı ile bütünsel bir anlayış içinde kurgulanan bir sağlık sistemi bu iyileşmeyi sağlayabilir.

Bütün bunlar yapılırken kadın sağlığında en fazla özen gösterilmesi gereken konu, kadının erkekler gibi eşit hakları olan bir birey olduğu, kendi kararlarını kendisinin verebileceği gerçeğinden hareketle onun hizmetlere ulaşmasının önündeki her türlü engeli ortadan kaldırmak ve onun bütün insan haklarını eşit olarak kullanmasını sağlamak olmalıdır ⁶.

Türkiye’de “Aile Planlaması konusu” politik amaçla kullanılmamalıdır. Aksi takdirde, bu tür yaklaşımlar bu günün ve yarının kadın, anne, çocuk, aile ve toplumun sağlığına zarar verecektir. Özetle, Türkiye’de doğurganlığın düzenlenmesi / aile planlaması konusunda atılmış olumlu adımlar, isteğe bağlı gebelik sonlandırma dahil, sahip olunan haklar bağlamında daha da güçlendirilerek sürdürülmelidir

Kaynaklar

1. Fişek N.H.” Halk Sağlığına Giriş”; Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara,1983
2. “Türkiye’de Nüfus Konuları - Politika Öncelikleri”, Ed. Toros, A., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
3. “Fişek,N. Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu”. Dirican Rahmi; Prof.Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış Yazıları- II, Ana – Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması kitabı içinde , Türk Tabipleri Birliği Yayını 1998, Ankara)
4. Akın,A., “Aile Planlaması”; Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güncellenmiş 2. Baskı, Ed. Ayhan Durukan Günalp ve Ark.Güneş Tıp Kitapları s:109-139, 2008 Ankara.
5. Akın A., Bahar Özvarış Ş. “Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006, s. 188-314.
6. Akın, A. ve Ark. “Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler”, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
7. Kışnişçi H. Akın A. “Türkiye’de Düşüklerle ilgili Epidemiyolojik Bir Araştırma”: Türkiye’de Nüfusun Yapısı ve Nüfus Sorunları”- 1973 Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, D-25, 1978 Ayyıldız Matbaası, Ankara, pp.113-132.
8. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994
9. Fişek H.N.; “Türkiye’de Nüfus Sorunlarının Ele Alınış Tarzı ve Planlar”: Sağlık Dergisi, cilt: 38, sayı:3-4, 1964
10. Fişek H.N.; “Türkiye’de Aile Planlaması Program Stratejisi”: Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması” Derleyen Dirican R. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara 1998,
11. Hoşgör,Ş.,Tansel,A.; 2050 ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim:Eğitim,İşgücü,Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar (2000-2050) TÜSİAD ve UNFPA yayını 2010,İstanbul
12. Akın, A, “Emergence of the Family Planning Program in Turkey”, The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A. The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102.
13. Özbay, Ferhunde and Frederic C. Shorter. “Turkey: Changes in Birth control practices, 1963 to 1968”, Stud Fam Plann 1970; No.51 (March), 1-7.
14. Akın,A., “From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning SeVICES in Turkey” Cah.Socio.Demo.Med., 50(4): 445-462 (September-December 2010)pp:445-461.
15. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No.557,Resmi Gazete, 10 Nisan 1965
16. “The evaluation of the cost and the impact of illegal abortions on health services”, 1977. A multicentered collaborative study with WHO Geneva, (Health Service Research) and Hacettepe University, Dept. of Public Health, Ankara
17. Akın, A. et al., “Training Auxiliary Nurse-Midwives to Provide IUD Services in Turkey and the Phillipines”, Stud Fam Plann, 1980; Vol., 11, No. 6, 178-187,
18. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 27 Mayıs 1983 Tarihinde 18059 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanmıştır. Ankara 1983.
19. Genel Nüfus Sayımı- Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri”, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayın No.2759, Ankara 2003.
20. Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık

- DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, HÜ. Hastanesi Basımevi 2009 Ankara.
21. “Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005”, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
22. Akın, A. Sevcen, F., “Türkiye’de Kadın Sağlığı Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu”, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Bilimleri, Jinekoloji Obstetrik, Vol:2, No:13 pp.1-14, 2006.
23. www.saglik.gov.tr (erişim Nisan 2011)
24. “Sağlık hizmeti sunanlarının güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri ve algıları” Araştırma Raporu, Ed.Akın A. Ankara 2012

Bir bütünün parçaları: Gebelikten korunma ve isteyerek düşük

Nuriye Ortaylı^a, Levent Çağatay^b

Özet

Son aylarda kürtaj yasası olarak tartışılan yasa aslında 1983 yılında yürürlüğe girmiş olan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”dur. Bu yasa ve ilgili yönetmelik ve tüzük gebelik sonlandırmasını, ya da yaygın olarak bilinen adıyla “kürtajı” belirli koşullarda yasal hale getirmiş ayrıca aile planlaması hizmetlerinin kadın hastalıkları ve doğum uzmanları dışındaki sağlık çalışanları tarafından da sunulmasını sağlamıştır. Bu sayede kürtajın sağlıklı koşullarda yapılması ve bu yola başvuran kadınların aile planlaması hizmetleriyle tanışması ve bu hizmetlerden yaygın olarak yararlanmaya başlaması sağlanmıştır. Bu yazı, yasanın uygulamaya konmasını izleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın öncülüğünde yürütülmüş gebelikten korunma ve isteyerek düşük çalışmalarını bir bütün olarak ele almış ve bunların sonuçlarını özetlemektedir. Yasayı izleyen on yıl içinde modern kontraseptif kullanımındaki özellikle kırsal kesim ve Doğu bölgesindeki hızlı artış yasanın izin verdiği uygulamaların başarısı olarak yorumlanabilir. Ayrıca yasallaşmasını izleyen yıllarda, özellikle doksanlı yıllarda “kürtaj” sayıları gittikçe azalmış; isteyerek düşük hızı 1987’teki 100 gebelikte 24’ten 2008’de 100 gebelikte 10’a kadar düşmüştür. Bununla birlikte aile planlaması hizmetlerinin kalitesinde süregiden sorunlar ve hizmetlere ulaşmada da bölgeler, yaş grupları ve gelir grupları arasında da farklılıklar vardır. Yakın zamanda uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ve kullanımı üzerindeki etkilerinin ivedilikle araştırılması gerekmektedir. Ülke nüfus artışının azalması ve durması yönündeki kaygılar genellikle kötü sağlık sonuçlarına yol açan yasakçı politikalarla değil sosyal destek politikalarıyla karşılanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm programı, üreme sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, nüfus artış hızı

Contraception and induced abortion: Two indispensable pieces of a whole

Abstract

The law that is currently being discussed under the name of “abortion law” is in fact the “Population Planning Law” that was enacted in 1983. Along with decrees and bylaws, this law not only legalized voluntary termination pregnancy (named as “curettage” in lay media) ; but also introduced task-shifting. The law permitted general physicians, nurses and midwives to insert intrauterine devices, general physicians to perform vasectomies, and abortions using Manual Vacuum Aspiration, after being trained and certified.

^a MD, Ob/Gyn, MPH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Halk Sağlığı Uzmanı

^b Aile Hekimliği Uzmanı, İşletme Uzmanı

Sorumlu yazar: Op.Dr. Nuriye Ortaylı, E-posta: nortayli@gmail.com

This has enabled the provision of abortion services under safe conditions and allowed women undergoing abortion to get introduced to and start using family planning services. This article summarizes the efforts led by the Ministry of Health and their results in the years following the enactment of this law. Most of these efforts have been internationally published and shown as model for other developing countries. As a result of these policies, modern contraceptive use has showed a substantial increase all over the country, but especially in rural areas and eastern region. In addition abortion rate has decreased from 24 per 100 pregnancies in 1987 to 10 per 100 pregnancies in 2008. Nevertheless, there are ongoing quality of care issues in Family Planning services, and inequities in access to contraception between different regions of the country, age groups, and wealth quintiles continue. The effects of the recently-initiated “Health Transformation Program” on the offer and use of reproductive health services still needs to be explored. Concerns about the slowing down or stall of population increase should be addressed through appropriate social support policies rather than prohibitionist ones that lead to poor health consequences.

Key Words: Health Transition Program, Reproductive Health Services, Family Planning Services, Population Growth rate

Giriş

İçinde bulunduğumuz yılın Mayıs ve Haziran ayları hükümet yetkililerinin başlattığı “kürtaj” tartışmalarıyla geçti. Tartışmalar nasıl sonuçlanacak, ne gibi yasa ve politika değişikliklerine yol açacak henüz bilmiyoruz, ama her şeyin bir iyi noktası vardır felsefesiyle yaklaşırsak, Başbakanın sözleri üreme sağlığı ile ilgili çok önemli bir konunun, üstelik isteyerek düşük/gebelik sonlandırma (kürtaj) gibi genellikle tabu olan bir olgunun, kamuoyunun bugüne kadar benzerini görmediğimiz genişlikte kesimleri tarafından açıkça tartışılmasına yol açtı. İsteyerek düşük; halk sağlığı, üreme ve kişilik hakları, toplumsal cinsiyet rolleri, etik, nüfusbilim vb birçok alan gözönünde bulundurulmadan tartışılmayacak bir konu. Doğası gereği, cinsellik, cinsiyet rolleri, gebelik, gebelikten korunma ve doğum ile doğrudan ilintili. Biz bu yazıda, kamuoyunun “kürtaj yasası” adı altında tanıdığı “2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun”¹ kabul edildiği 1983 yılından başlayarak, son otuz yıl içinde, gebelikten korunma

ile isteyerek düşük arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemeye çalıştık.

2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 27 Mayıs 1983 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girdi. Yasanın uygulanması bugüne kadar geçerliliği süren 507 sayılı ve 10 Eylül 1983 tarihli “Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları hakkında Yönetmelik”, 509 sayılı ve 9 Ekim 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği², 510 Sayılı ve 18 Aralık 1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzük ile düzenlendi³. 2827 sayılı yasa kamuoyunda son zamanlarda esas olarak “kürtaj yasası” olarak tartışılrsa da amacı ve içeriği gebeliğin yasal olarak sonlandırılmasının çok ötesinde, “fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımladığı “nüfus planlaması”ydı. Bu tanımlama nüfus planlamasından daha çok, yasanın çıkmasından yaklaşık on yıl sonra, uluslararası alanda kabul edilen “aile planlaması” tanımına uygundur⁴.

2827 sayılı yasa ve 509 sayılı yönetmelik bir paket olarak şu ana konularda tanımlamalar ve değişiklikler içermektedir:

- Nüfus Planlaması,” fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanmış ve devlet bu amaca ulaşılması için gerekli hizmetleri sağlamak ve tedbirleri almakla sorumlu tutulmuştur (Madde 2).
- Bu amacın sağlanmasının yalnızca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının (SSYB) çabalarıyla gerçekleşmeyeceği görülmüş ve hem sektörler arası, hem de kamu kuruluşlarıyla sivil toplum örgütlerinin işbirliği önerilmiştir (SSYB koordinatörlüğünde Milli Savunma, Milli Eğitim, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumları, Meslek Odaları ve Gönüllü Kuruluşlar) (Madde 3).
- Erkek ve kadınlarda gönüllü sterilizasyonun tanımı yapılmış ve hangi koşullarda yapılacağı düzenlenmiştir.
- Gebeliğin onuncu haftasına kadar isteğe bağlı, daha ileri haftalarda da anne ve doğacak çocuğun sağlığını korumak amacıyla gebelik sonlandırma hakkı tanınmıştır.
- Hizmetlerin yaygınlaştırılabilmesi amacıyla, daha önce yalnızca uzman hekimlerin gerçekleştirebildiği bazı işlemlerin, özel eğitimden geçmiş, başarılı olmuş ve sertifikalandırılmış pratisyen hekimler, ebeler, ebe-hemşireler tarafından yapılabilmesi için gerekli tanımlar yapılmış ve uygulamaya yönelik tedbirler alınmıştır. Bu bağlamda eğitilmiş pratisyen hekimler kamu kuruluşlarında ve Kadın Doğum Uzmanları denetiminde gebelik sonlandırma, Üroloji uzmanı denetiminde erkeklerde sterilizasyon, görev yerlerinde

(kamu sektörü dışında da) Rahimiçi araç uygulama ve takibi yapabilir. Benzer şekilde eğitilmiş ve sertifikalandırılmış ebeler ve ebe-hemşirelerin, yalnızca kamu kurumlarında Rahimiçi Araç uygulaması ve izlemi yapabilmeleri kabul edilmiştir.

- Erkek ve kadınlar için sterilizasyon ve diğer kontraseptif yöntemlerin ve gebelik sonlandırma hizmetlerinin hangi düzeydeki sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilebileceği tanımlanmıştır.

Bu özellikleriyle 2827 sayılı yasa, nüfus planlamasını bireylerin hak ve isteklerini esas alan bir zemine oturtmuştur. Öngördüğü sektörler arası işbirliği, sivil toplum kuruluşlarının katılımı, gebelikten korunma hizmetlerinin sunumunda sağlık personelinin görev ve yetkilerinin yeniden paylaşımı (task-sharing) gibi özellikleriyle, 1980’lerde Türkiye’yi birçok geliştirmekte olan ülkenin ilerisinde bir yasal düzenlemeye kavuşturmuştur. Bu yasal düzenlemeyle, hızla şehirleşmekte, modernleşmekte ve bunlara bağlı olarak aile yaşamı konusundaki sosyal norm ve değerleri de hızla değişmekte olan topluma, gereksinim duyduğu hizmetleri aynı hızla sunmakta sıkıntı çeken sağlık sektörünün etkinliğinin artırılması amaçlanmıştır. Böylece gereksinimlerle, hizmetler arasındaki açıktan kaynaklanan, istenmeyen doğumlar, yasa dışı ve güvensiz koşullarda yapılan gebelik sonlandırmalara bağlı anne ölümleri de önlenebilecektir.

Yöntem

Bu yazıda 2827 yasanın uygulamaya girmesinden sonraki yıllarda, gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımında gözlenen değişimi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus

Etüdlere Enstitüsünün (HÜNEE) her beş yılda bir yaptığı Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (NSA) dayanarak inceledik. Ayrıca gebelik sonlandırma hizmetlerini gebelikten korunma (daha sonraki yıllardaki adıyla aile planlaması) hizmetleri için bir giriş noktası olarak kullanma girişimlerinin sonuçlarını, sayıları maalesef çok fazla olmayan yayınlara bakarak değerlendirdik. HÜNEE'nin beş yıl aralıklarla Türkiye çapında bir örneklem kullanarak, hane bazında yaptığı NSA'larından 1983 yılında yapılanı, 2827 sayılı yasanın kabulünden hemen önceki dönemde 15-49 yaş grubunda, en az bir kez evlenmiş kadınların, doğurganlık, gebelikten korunma ve benzeri konulardaki bilgi, tutum ve davranışları hakkında önemli bilgiler vermektedir⁵. Gebelikten korunma yöntemleri hakkındaki bilgi, gebelikten korunma yöntemi kullanmış olmak, halen bir yöntem kullanıyor olmak bilgi ve davranış ölçütü olarak kullanılabilir. O yıllarda henüz 'karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı'ⁱⁱ kavramı ve ölçütü geliştirilmemiş olduğu için, ideal çocuk sayısıⁱⁱⁱ, son gebeliğin istenmiş ya da istenmemiş olması, son bir yıl içinde isteyerek gebelik sonlandırmış olmak hakkında yapılan analizler, "karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı" yerine değerlendirilmiştir.

Yasayı izleyen yaklaşık otuz yıllık uygulama süresince gebelikten korunma yöntem bilgisi, kullanımı ve doğurganlık

tutumları ile ilgili bilgiler ise 1988, 1993, 1998, 2003 ve 2008 yılları NSA'larından alınmıştır⁶⁻¹⁰.

Bulgular

Yasanın hemen öncesinde gebelikten korunma bilgi, tutum ve davranışları: Gebelikten korunma isteği ile gebelikten korunma yöntemi kullanımı arasında büyük farklılık

NSA 1983'e göre 15-49 yaş grubunda en az bir kere evlenmiş kadınların %94'ü en az bir gebelikten korunma yöntemi biliyordu, %51'i en az bir kez modern bir kontraseptif, %20'si de en az bir kez geleneksel yöntem kullanmışlardı⁵. Örneklemin yaklaşık üçte biri (%29) o zamana kadar hiç gebelikten korunmayı denememişti. Araştırma sırasında kadınların %78.5'u artık gebe kalmak istemediğini açıklamasına rağmen, yalnızca %61.5'u bir yöntemle korunuyordu ve onların da ancak yarısından azı (gebelik riski altındaki tüm kadınların %27'si) modern bir yöntemle korunuyordu. En sık kullanılan hap ve Rahim İçi Aracın (RİA) kullanılma oranları, her ikisi için de, %9, kondom için %5 ve kadınlarda tüp ligasyonu için %1 idi. Gebelikten kaçınma arzusu ile gebelikten korunma yöntemi kullanma arasındaki açığın istenmeyen gebeliklerle sonuçlanması kaçınılmazdı, ve kadınların yaklaşık yarısı son gebeliklerinin istenmeyen bir gebelik olduğunu bildirmişlerdir (kentlerdeki kadınların %43'ü, kırsal bölgedekilerin %47'si). İleri yaş gruplarında ve eğitim düzeyi düşükçe istenmeyen gebelik oranları artmaktaydı. Henüz yasallaşmamış olmasına rağmen araştırmadan önceki bir yıl içinde (1 Eylül 1982- 31 Ağustos, 1983) her yüz gebelikten 12.1'i isteyerek düşükle sonlandırılmıştı (her yüz kadın için 4.6 isteyerek düşük). İdeal çocuk sayısı (ortalama 2.7) ile Toplam

ⁱⁱ Başka bir çocuk sahibi olmadan önce en az iki yıl beklemek isteyen ya da artık başka çocuk sahibi olmak istemeyen ve buna rağmen gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan, doğum yapabilme yetisine sahip halen evli kadınların "karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı" olduğu kabul edilir.

ⁱⁱⁱ İdeal çocuk sayısı, görüşülen kadınlara, aile kurma sürecinin en başına dönebilselerdi kaç çocuk sahibi olmak istedikleri sorusu yöneltilerek saptanmıştır.

Doğurganlık Oranı (4.1) arasındaki açık bir çocuktan daha fazlaydı⁵.

Yasadan sonraki ilk on yılda gebelikten korunma tutum ve davranışları: Kontraseptif yöntem bilgisi ve modern kontraseptif kullanımında hızlı artış

Yasadan sonraki on yılda kontraseptif yöntemlerin bilinme oranları artmaya devam etmiş ve 1993 yılında %99'a ulaşmıştır⁷. Kontraseptif kullanma oranları 1988'de %63'e ulaşmış⁶ ve 1993'de de aynı oranda kalmıştır⁷. Modern kontraseptiflerin kullanımı ise on yıl içinde hızlı ve istikrarlı bir yükseliş göstermiştir (1988'de %31, 1993'de %34.5). Özellikle, 2827 sayılı yasanın, pratisyen hekimler, ebe-hemşire ve ebelerce de uygulanmasına izin verdiği RİA'ların kullanımı bu on yılın içinde yüzde yüzden fazla artış göstermiştir (1983'de %9, 1988'de %14, 1993'de %19). Benzer bir şekilde, tüp ligasyonu kullanımı da %1'den %3'e yükselmiştir. Aynı yıllar içinde hap kullanımı (1983'de %9, 1988'de %6, 1993'de %5) ve geri çekme yöntemi kullanımı (1983'de %20, 1988 ve 1993'de %26) biraz gerilemiştir (Grafik 1). RİA kullanımı bütün bölgelerde artış göstermiş olmakla birlikte özellikle de doğu bölgesinde, beş yılın içinde üç katına çıkmıştır (1983'de doğu bölgesinde kadınların %5'i RİA kullanırken, 1988'de %15'i ve 1993'de %17'si RİA kullanmaktadır). 1983-88 arasındaki beş yıl içerisinde Batı ve Güney bölgelerinde de RİA kullanımı iki kat artış göstermiştir (1983'de sırasıyla %9 ve %8; 1988'de her ikisinde de %19; 1993'de sırasıyla %19 ve %21). Kırsal kesimde yaşayan kadınlar arasında RİA kullananların oranları da artış göstermiştir (1983'de %7, 1988'de %12.4 ve). Kırsal kesimde ve doğuda yaşayan kadınların çoğu RİA uygulamalarını kamu kuruluşlarında

yaptırmışlardır (kırsal kesimde %67, doğuda %63'ü)⁶.

Aynı dönemde ideal çocuk sayısı da düşmeye devam etmiş ve 1988 araştırmasında bu sayı ortalama 2,14 olarak hesaplanmıştır. Gebelikten korunma yöntemi kullanma oranlarındaki artışa rağmen istenmeyen gebelikler, ve gebelik sonlandırmanın yasallaşmasına rağmen de istenmeyen doğumlar bir sorun olmaya devam etmektedir (Son doğumu istenmeyen bir gebelik sonucu olanların oranı %27, yanlış zamanlanmış bir gebelik olduğunu söyleyenler %10)⁶.

Yasadan sonraki ikinci on yıl: "Aile Planlaması" hizmetlerinin kalitesini arttırma ve gebelik sonlandırma işlemini, gebelikten korunma hizmetlerinin sunumu için bir giriş noktası olarak kullanma çabaları

Sağlık Bakanlığı, 1990'ların başlarından itibaren gebelikten korunma hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmak, ve karşılanmayan gereksinimi azaltmak için; yöntem çeşitliliğini arttırmak (enjekte edilen yöntemler-Depo Medroksiprogesteron Asetat- ve implantlar -Norplant), yöntem sunumu için danışmanlık hizmetini yaygınlaştırmak ve ilgili sağlık personelinin bu yeni hizmet anlayışına uyumu amacıyla hizmetiçi eğitimi yaygınlaştırmak için çaba sarfetti. Aynı yıllarda gebelik sonlandırma (GS) hizmetlerini gebelikten korunma hizmetlerinin sunumu için bir giriş noktası olarak kullanmak fikri ve uygulamaları yaygınlaştı.

İsteyerek düşük yapan kadınların ezici çoğunluğu yakın gelecekte bir gebelik istemeyen kadınlardır, ve düşüklerden hemen sonra (iki ila üç hafta içinde) yeniden gebe kalabilirler. Bu yüzden GS sırasında ya da hemen sonrasında gebelikten korunma

danışmanlığı ve hizmeti almayan kadınların tekrar istenmeyen bir gebelikte karşılaşması ve yeniden GS gereksinimi duyması çok büyük olasılıktır¹⁰. Bunun yanı sıra GS hizmetleri bu kadınları, sağlık sistemi, ve özellikle de üreme sağlığı hizmetleri ile temasa getirir, dolayısıyla bu kadınlara iki hizmeti (GS ve gebelikten korunma) bir arada ve iki ayrı hizmetin ayrı ayrı toplamından daha düşük maliyetle sunma olanağı sunar. Bu konuda değişik girişim modellerini sınavan birçok uluslararası araştırma yapılmıştır¹². GS hizmetleri sonrasında gebelikten korunma yöntemi kullanımını arttırmak konusunda en başarılı olan model, bu yöntemler konusunda bilgi verme/danışmanlık hizmetinin ve yöntem sunumunun GS işleminin yapıldığı klinikte, GS işleminin yapıldığı klinikte çalışan personel¹², ve tercihen de kontraseptif danışmanlık ve hizmet sunumu konusuna zaman ayıran, bu konuda bilgi ve beceri sahibi, ve motive yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, Aile Planlaması danışmanı)¹³ tarafından gerçekleştirildiği modeldir.

Gebelik Sonlandırma işleminin kontraseptif kullanımıyla ilgisini, ilk olarak, 1993 yılında yapılan NSA incelemiş ve isteyerek düşükle sonuçlanan gebeliklerin yaklaşık %15'inin bir modern yöntem kullanılırken (%4 hap, %5 RİA, %3 diyafram/köpük/jel, %5'i kondom) yöntem başarısızlığına bağlı meydana geldiğini bulmuştur. Bu gebeliklerin %45'i geri çekme yöntemi kullanımı sırasında oluşmuştur. Kadınların üçte biri ise gebe kaldıkları sırada bir yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. GS'dan bir ay sonra kadınların %39'unun hala bir yöntem kullanmadığı, %27'sinin geri çekme, üçte birinin ise çeşitli modern yöntemler kullandığı bildirilmiştir. (%9 hap, %11 RİA, %2

diyafram/köpük/jel, %9 kondom, %0.5 tüp ligasyonu).

Bu veriler (ve onların öncesindeki gözlemler) GS hizmetlerini kontraseptif danışmanlık ve sunumu hizmetleri ile birleştirmenin önemine işaret etmiş, ve 1990'lı yıllarda, Türkiye'de üreme sağlığı alanında çalışan bir grup araştırmacının ve uluslar arası kuruluşun, bu tezin geçerliliğini sınamak ve uygulamada ortaya çıkabilecek sorunları/fırsatları değerlendirmek için bir dizi yönelem araştırması ve pilot program geliştirmesine yol açmıştır.

Ayşen Bulut ve Nahid Toubia'nın Population Council ve Dünya Sağlık Örgütü Desteğiyle 1990-1991 yıllarında İstanbul'daki iki büyük kamu hastanesinin GS kliniklerinde yürüttüğü çalışma, hem GS hizmetlerindeki kalite sorunlarına dikkat çekmiş, hem de GS hizmeti sırasında RİA uygulamak gibi tek bir seçeneğin bile, GS'dan sonraki dönemde kontraseptif kullanımını arttırdığını ve hizmeti kullanan kadınlarca, hizmet kalitesi algısını arttıran olumlu bir unsur olarak değerlendirildiğini göstermiştir¹⁴ İstanbul Üniversitesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'nde, 1994 Nisan'ında hizmete girdiği tarihten itibaren, GS için başvuran bütün kadınlar, eğitilmiş hemşirelerden danışmanlık hizmeti almış ve seçimlerine göre RİA, hap, implant, enjeksiyon, kondom, diyafram yöntemleri GS viziti sırasında, TL ve vazektomi ise GS'yı izleyen ilk haftalar içinde sunulmuştur. Bu klinikteki bir örnekleme göre kadınların %80'i klinikten bir modern kontraseptifle (%50 RİA, %20 hap, %5 kondom, %4 implant) ayrılmış, %6'sı geri çekme yöntemi kullanmayı, %13'ü de hiçbir yöntem kullanmamayı seçmiştir. Bu kadınların %77'si altı ay sonra da

modern yöntem kullanmaktaydı. Ayrıca 6 ay içinde tekrar gebe kalma oranları yukarıda bahsedilen Bulut, Toubia araştırmasının yaklaşık yarısı kadardı. (%11'e karşılık %6.4) ¹⁵.

Sağlık Bakanlığı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Population Council ve AVSC International'ın 1994 yılında birlikte yürüttüğü "Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması'nda GS hizmeti sunulan birçok kamu kuruluşunda GS hizmetleri ile Aile Planlaması hizmetleri arasında bağ kurulmadığı, GS hizmeti veren sağlık görevlilerinin çoğunun, kontraseptif yöntemlere başlamak için en az birkaç hafta beklenmesi gerektiği şeklinde yanlış bilgiye sahip olduğu ve dolayısıyla GS hizmeti alan kadınların çoğunun kliniklerden, hiçbir kontraseptif yöntem almadan ayrıldığı saptanmıştır¹⁶. GS hizmetlerinin kadınları, sağlık sistemi, özellikle de aile planlaması hizmetleri ile temasa getirmesi, Sağlık Bakanlığı'nın bu iki hizmeti (GS ve gebelikten korunma) birarada ve daha düşük maliyetle sunmaya odaklanmasına yol açmıştır.

Sağlık Bakanlığı "düşük sonrası aile planlaması programı"nı 1991 yılının sonlarında Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başlattı. Program öncesinde isteyerek düşük yapan kadınlar hastanede ayrı bir birimde sunulan aile planlaması hizmetlerinden sadece talep ederlerse yararlanıyorlardı. Bu şekilde, bir aile planlaması yöntemi (çoğu kondom olmak üzere) olarak hastaneden ayrılan kadınların oranı 1991'de %65'i geçmiyordu. Hastanede GS ve aile planlaması hizmetlerinin fiziki olarak aynı ortamda sunulmaya başlanması, sağlık personelinin düşük sonrasında rahimiçi araç uygulamasına karşı direncinin kırılması için bilimsel bir araştırma yapılması, düşük yapan

kadınlara aile planlaması danışmanlığının rutin olarak verilmeye başlanması ve hastanede sunulan aile planlaması yöntem çeşitliliğinin artırılması ile GS hizmetinden sonra kontraseptif yöntem olarak hastaneden ayrılan kadınların oranı hızlı bir şekilde yükseldi. Hemen bir yıl sonra 1992'de bu oran %97'ye ulaştı. Buna paralel olarak 1991'den 1998'e kadar hastanede gerçekleştirilen yıllık GS sayısı 4100'den 1709'a düştü¹⁷.

Program, ikinci aşamada, 1992 – 1998 yılları arasında on kamu hastanesinde daha uygulandı. Bu hastanelerin altısında, düşük sonrası modern kontraseptif yöntem başlama oranları %90'lara ulaştı. Diğer üçünde, çok yüksek olmasa da, belirgin bir artış gözlemlendi. Bir hastane bu programı sürdüremedi.

1998 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Türkiye'de her dört gebelik sonlandırmasından birinin gerçekleştiği İstanbul iline odaklanarak, özel sektörde düşük sonrası aile planlaması programını başlattı. On iki özel ve iki kamu hastanesindeki GS modern kontraseptif kullanma oranları bu program öncesinde %37 iken, birinci ayın sonunda %44'e, dokuzuncu ayın sonunda ise %72'ye çıktı. Bu programda sağlık çalışanlarının eğitiminin yanısıra, GS hizmetleri ile kontraseptif hizmetlerinin idari ve fiziki olarak birleştirilmesi sağlanmıştır. Ayrıca hizmeti kullanan kadınlar için yazılı bilgi kaynakları geliştirilerek dağıtılmıştır. Programın uygulaması özel sektörde; klinik başına hizmet sunulan kadın sayısının daha az olması, özel sektördeki hekim ve sağlık personelinin eğitimde vakit "kaybetmek" istememesi, kar motivasyonlu işletmelerde GS ile kontraseptif hizmetleri birlikte vermenin finansal açıdan kazanca değil kayıba yol açacağı algısı ve o dönemde

özel kuruluşlarda kayıt tutma sisteminin zayıflığı gibi nedenlerle daha zor olmuştur¹⁷.

2003 yılına gelindiğinde Türkiye’de kontraseptif yöntem bilme oranı yüzde yüze yaklaşmış (%99.7), ortalama bilinen yöntem sayısı 8.5 olmuştur⁹. 15-49 yaş arası evli kadınların %71’i herhangi bir yöntemle korunmakta, %43’ü modern kontraseptif kullanmaktadır (%20’si RİA, %11’i kondom, %6’sı tüp ligasyonu, ve %5’i hap). Modern yöntem uygulamalarında kamu kurumlarının payı artmıştır (RİA uygulamalarının %71’i, tüp ligasyonlarının %82’si kamu kurumlarında yapılmıştır. Hapların ve kondomların üçte biri de kamu kurumlarından alınmıştır). Geri çekme yöntemi %26 ile en sık kullanılan yöntem olmaya devam etmektedir. Toplam doğurganlık hızı 2.2’dir (1983’de 4.05) ve ideal çocuk sayısına (ortalama 2.5) yaklaşmıştır⁹.

Gebeliklerin sonlandırılması, 1983 yasasından sonraki beş yıl içinde artış gösterdiyse de, daha sonraları istikrarlı bir şekilde azalmaktadır (Tablo 1). 2001 yılında yayınlanan ve 1993 ve 1998 NSA’larının verilerinin ileri analizine dayanan bir çalışma, GSlardaki düşüşün üç faktöre bağlı olduğunu göstermiştir; birinci olarak geleneksel yöntem (neredeyse tamamı geri çekme) kullanıcılarının, yöntem başarısızlığına bağlı gebeliklerinin daha düşük bir oranını sonlandırmaları, ikinci olarak geleneksel yöntem kullanımındaki başarısızlık oranlarının düşmesi, ve daha az bir oranda da geleneksel yöntemden modern kontraseptif kullanımına kayma. Araştırmacılar, bulgularını Türkiye’de GS’larındaki düşüşü, kontraseptif kullanımındaki artıştan çok kontraseptiflerin daha düzgün kullanılmasına bağlamışlardır¹⁸. Gebelik sonlandırma hizmetleri ile

kontraseptif sunumunu birleştirme konusunda, yukarıda anlatılan araştırmalara ve pilot programlara rağmen, ülke çapındaki veriler bu doğrultuda bir değişiklik olmadığını düşündürmektedir. NSA’larında, gebelik sonlandırdıktan sonra modern yöntem kullanımı, ilgili araştırmalar ve pilot programlarda gözlenen düzeylerin yarısından daha azdır (RİA %16, Hap %10, Kondom %9, kadın ve erkek sterilizasyonu toplamı %2)⁹.

Son on yıl ve sağlık sisteminde değişiklikler

Son on yılın ilk yarısındaki durumu inceleyen 2008 NSA’da¹⁰ 15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınların neredeyse tamamının en az bir kontraseptif yöntem bildiği ve bilinen yöntem sayısının ortalama 7.7 olduğu görülmüştür. Kontraseptif kullanım oranları %73’ü, modern kontraseptif kullanım oranı %46’yı bulmuştur. Modern yöntem kullanımındaki artış daha önceki beş yıllara göre daha azdır. En çok kullanılan yöntem %26 ile hala geri çekme yöntemidir. Modern yöntemler arasında RİA’nın baskınlığı azalırken (%17), tüp ligasyonu (%8) ve kondom (%14) kullanımında önemli artış olmuştur. İmplant ve enjekte edilen kontraseptif kullanım oranları ihmal edilebilir derecede düşüktür (0 ve %0.9). Yöntem kullanımı oranları açısından bölgeler (Doğu Anadolu aleyhine), eğitim düzeyleri (düşük eğitim grupları aleyhine), yaş grupları (15-19 yaş grubu aleyhine), yerleşim yeri (kır aleyhine), hanehalkı refah düzeyleri (düşük refah düzeyindeki kadınlar aleyhine) arasındaki farklılıklar sürmektedir. Modern yöntemlerin büyük çoğunluğu kamu sağlık kuruluşlarından temin edilmiştir ve kamunun payı 2003 NSA’da rapor edilen oranlardan daha da yüksektir (RİA’ların %78’i, tüp ligasyonlarının %80’i,

kondomların %39'u ve hapların %37'si kamu sağlık kuruluşlarından sağlanmıştır).

İsteyerek düşükle sonlanan gebeliklerin olduğu ayda kadınların %34'ü hiç bir yöntem kullanmadığını, %39'u geri çekme yöntemi kullandığını, %5'i hap, %5'i RİA, %11'i kondom olmak üzere toplam %27'si modern yöntemler kullandığını bildirmişlerdir. İsteyerek düşükten sonraki bir ay içindeki yöntem kullanımı da 1998 ve 2003 NSA'larında bildirilen sonuçlara benzerdir.

Tablo 1. 1983-2008 yılları arasında, araştırmanın yapıldığı andan önceki bir yıl içerisinde her yüz gebelik ve 15-49 yaşında en az bir kez evlenmiş kadın başına isteyerek düşük oranları

NSA yılı	100 gebelikte	100 kadın için
1983	12.1	2.8
1988	23.6	4.5
1993	17.9	3.3
1998(*)	14.5	2.5
2003(*)	11.3	-(**)
2008(*)	10.0	-(**)

(*) Araştırmadan önceki toplam beş yıl için yayımlanmıştır.

(**) 2003 ve 2008 NSA raporlarında 100 kadın başına isteyerek düşük hızı yayımlanmamıştır.

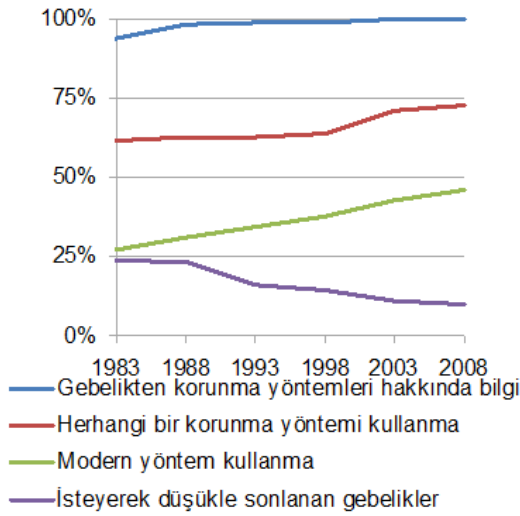
2008 NSA'nda da , GS'yı takip eden bir ay içinde kadınların %32'si hiç bir yöntem kullanmamakta, %22'si Geri Çekme yöntemi, % 12'si RİA, %14'ü hap, %15'i kondom kullanmaktadır¹⁰.

2008 yılında yapılan NSA, modern yöntem kullanan kadınların aldığı danışmanlık hizmetlerini değerlendirmek için bilgi toplamıştır.

Gebelikten korunma hizmetlerindeki kalitenin önemli bileşenlerinden biri olan danışmanlık, gebelikten korunmak istemiyle kliniklere başvuran kadınlara bütün yöntemler hakkında bilgi verilmesi, kendilerine en uygun yöntemi seçmeleri için yol gösterilmesi ve seçtikleri yöntemi nasıl kullanacakları ve olası yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi gibi öğeleri içerir. 2008 yılında halen bir yöntem kullanmakta olan kadınların %57'si kullandıkları yöntemi alırken diğer yöntemler hakkında bilgi verilmediğini, %50'si kullanacakları yöntemin yan etkileri hakkında bilgi verilmediğini, %56'sı ise yan etkiler ortaya çıkarsa ne yapmaları gerektiği hakkında bilgi almadıklarını söylemişlerdir¹⁰ (Grafik 1).

İkibin sekiz yılı NSA'sı ideal çocuk sayısı ortalamasını 2.5 olarak bulmuştur ve toplam doğurganlık hızıyla (2.2) arasındaki açık oldukça azalmıştır. Karşılammış aile planlaması ihtiyacı da azalarak %6 oranında bulunmuştur¹⁰.

Son on yıl değerlendirilirken 2005 yılından itibaren uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" dikkate alınmalıdır¹⁹. Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Uygulaması, Sağlık Çalışanlarının ücretlenmesinde performans dayalı sistem gibi bileşenleri olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın üreme sağlığı, özellikle de aile planlaması hizmetlerinin nitelik, yaygınlık ve ulaşılabilirliği üzerinde önemli (olumlu ya da olumsuz yönde) sonuçları olabilir. Bu programın diğer koruyucu hizmetler yanında aile planlaması ve GS hizmetlerine olan etkisinin izlenip değerlendirildiğine, bu konuda araştırma(lar) planlandığına ilişkin bir bilimiz yoktur.



Grafik 1. 1983 - 2003 Yılları arasında gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi, yöntem kullanımı ve isteyerek düşükler (NSA'daki verilere dayanarak)

Tartışma

Bireylerin istek ve tutumlarıyla hükümet politikalarının örtüştüğü yıllar

Son kırk yılda Türkiye'de toplum, önemli sosyal değişime uğradı. Bu değişimin göstergelerinden ve önemli sonuçlarından bir tanesi, istenen çocuk sayısında ve onu izleyerek toplam doğurganlık hızındaki hızlı düşüştür.

Toplumun ve onu oluşturan bireylerin, politika yapıcılarından daha önce değişmeye başladığı bu yıllarda, ilk önce bireylerin aile büyüklüğü konusundaki istek ve tutumları değişmiş, onu izleyerek, yasalar, politikalar ve hizmetler gelişmiştir. Yine de bu dönemin esas özelliği toplumun/bireylerin istek ve beklentileriyle yasa ve politikaların önemli ölçüde paralellik göstermeleridir. Bu sayededir ki, Türkiye özellikle 1980'lerden sonra istenmeyen gebeliklere bağlı anne ölümlerinin önemli ölçüde önünü alabilmiş, istenen aile büyüklüğü ile gerçekleşen aile büyüklüğü arasındaki farkı çok azaltmış, gebelikten korunma

bilgi ve hizmetlerine ulaşmada, özellikle dezavantajlı bölgelere (Doğu Anadolu) ve kırsal kesimdeki kadınlara ulaşma konusunda bir sıçrama yapabilmıştır. Bunda 2827 sayılı yasanın uygulanmasıyla gebelikten korunma hizmetlerinin uzman hekimler dışında, özel eğitimden geçmiş pratisyen hekimler, ebeler ve ebe-hemşireler tarafından sunulmasının, böylece daha geniş kesimlere ulaşılmasının rol oynamış olduğu düşünülebilir.

Sonraki yıllarda yöntem çeşitliliğini arttırmak, danışmanlık hizmetlerini gebelikten korunma hizmetlerinin bir parçası haline getirmek, ve GS hizmetlerini gebelikten korunma hizmetleri için bir giriş noktası olarak kullanmak yönünde önemli çabalar gösterilmiş olsa da, bu pilot programların büyük sağlık kuruluşları ve birkaç büyük şehirde yürütülüp bunlarla sınırlı kalması, NSA'ları ile ölçülebilecek büyüklükte, ülke çapında değişikliklerin sağlanamamasına yol açmıştır. Hizmetlerin, bireylerin isteklerine yetismeye çalıştığı bu dönemde, aradaki açığı, toplumun kendisi kapatmaya çalışmıştır. Örneğin, yöntem çeşitliliğinin sınırlı kaldığı (RİA, hap, kondom ve son on yılda tüp ligasyonu) şartlarda, geri çekme yöntemi hizmete ulaşamayanların, ya da ülkede sunulan yöntemlerden hiç birini kendine uygun bulmayan, ya da erkeğin gebelikten korunma konusunda daha çok sorumluluk alması gerektiğini düşünen çiftlerin tercih ettiği bir yöntem olmuştur²⁰. Sağlık Bakanlığının, etkili olmadığı düşünüldüğü için, uzun yıllar boyunca, kullanımını azaltmaya çalıştığı geri çekme yöntemi, son otuz yıl boyunca en çok kullanılan yöntem olmaya devam etmiştir. İki binli yıllara yaklaşırken yapılan bir analiz, isteyerek düşüklerin azalmasıdaki en önemli etmenlerden birisinin geri çekme

yönteminin başarısızlık oranlarındaki azalma (ya da gebelikten korunma motivasyonu yüksek kullanıcıların geri çekmeyi daha başarılı, daha düzenli ve daha doğru kullanması) olduğunu göstermiştir¹⁸.

Son otuz yılda kaydedilen gelişmeler, kuşkusuz önemlidir, ama varılması gereken noktaya ulaşıldığı söylenemez. Gebelikten korunma hizmetlerine ulaşmada bölgeler, eğitim grupları, farklı refah düzeyi grupları, ama özellikle de 15-19 yaş grubundaki gençlerle diğer yaş grupları arasındaki eşitsizlikler devam etmektedir. Evli olmayan gençlerin “karşılammış aile planlaması ihtiyacı” hesaplamalarının dışında bırakıldığı düşünülürse, bu eşitsizliğin gerçekte daha da keskin olması büyük olasılıktır.

Bu sorunlar devam ederken uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” genelde koruyucu hizmetler, özellikle de üreme sağlığı hizmetleri üzerindeki etkisinin izlenmemiş ve/ya da bu değerlendirmelerin kamuoyuyla paylaşılmamış olması, yukarıda sözü edilen sorunların ve yeni uygulamanın ortaya çıkarabileceği yeni sorunların çözümü için plan yapmayı ve politika geliştirmeyi güçleştirmektedir.

Bireylerin istek ve tutumlarıyla hükümet politikalarının paralel olmama olasılığı?

İkibinli yılların Türkiye’sinde küçük aile norm haline gelmiş, istenen doğurganlık hızı 1.6’ya düşmüştür (NSA 2008). Gerçekleşen doğurganlık hızı hala 2.16’dır ve bu verilere dayanarak yapılan nüfus projeksiyonları, halen çok genç bir nüfusa sahip olan Türkiye’nin nüfusunun 2050’ye kadar artmaya devam ederek yüz milyona ulaşacağını göstermektedir²¹. Yine de mevcut hükümetin çeşitli açıklamaları, bu artış

hızını yeterli bulmadığını, ya da bizim bilmediğimiz başka kaynak ve projeksiyonlara dayanarak nüfusun azalacağına ilişkin kaygıları olduğunu düşündürmektedir. Bilimsel verilere dayanarak, ülkenin uzmanları, akademisi ve sivil kuruluşların katkılarıyla bir nüfus politikası oluşturmak hükümetlerin hem hakkı hem görevidir. Nüfus projeksiyonları ve nüfus artış hızı ile sosyal ve ekonomik kalkınma ve toplumsal refah arasındaki ilişkileri tartışmak ise bu yazının sınırları dışındadır. Bizim dikkat çekmek istediğimiz nokta kısa yoldan ve “kolayca”(!) nüfus hedeflerine ulaşmak istenirken yol açılacak üreme hakkı ihlalleri ve hizmet aksamalarının, kadınların, çocukların ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyecek olmasıdır. Hem Türkiye’nin 1980 öncesi deneyimleri, hem yakın çevremizdeki Romanya’nın 1960-90’lardaki deneyimi²² yasaklar ve hizmet kısıtlamalarının anne ölümlerini, kurumlara terkedilen ve buralarda ölen çocuk sayısını arttırmakla kalmayıp, nüfus artışını sağlamak açısından da hiç bir işe yaramadığını göstermektedir. Bütün bu deneyimler sonucunda 1994’de Kahire’de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 179 ülkenin imzaladığı Eylem Programında, “çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısına ve sıklığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermeye, bu konuda gerekli bilgi ve araçlara ulaşmaya, bilinçli seçimler yapmaya ve bilinen güvenli ve etkili bütün yöntemlerin kendilerine sunulmasına” hakları olduğunu kabul etmiş ve hükümetleri bu hizmetleri bütün vatandaşlarına ulaştırmakla yükümlü kılmıştır⁴. Hükümetlerin nüfus politikalarını, bireylerin üreme haklarını zedelemeyecek bir zemine oturtmaları gerekir. Çocuk sahibi olmak istedikleri halde sosyoekonomik engeller yüzünden

gebelikten kaçınan çiftleri, özellikle de kadınları, gebelik, doğum ve çocuk bakımı sırasında destekleyecek sosyal politikalar, üreme haklarını kısıtlamak, yasaklar getirmek, ya da üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğini azaltmaktan daha etkili olacaktır.

Gebelik sonlandırma ("Kürtaj") için yeni yasal düzenlemeler bütüncül hizmet sunumunu nasıl etkiler?

Sağlık Bakanlığı İsteyerek Düşüklerle ilgili yasal bir düzenleme içindedir. Bu yazının hazırlandığı güne kadar kamuoyuyla paylaşılan herhangi bir taslak olmadı. Ancak basında çıkan haberlere göre, GS hizmetlerinin "kalitesinin yükseltilmesi" için bu hizmetlerin yalnızca kadın doğum uzmanları tarafından ve yalnızca hastanelerde sunulması planlanmaktadır. Yukarıda tartıştığımız gibi GS hizmetlerinin, kontraseptif hizmetlerinin sunumu ile entegrasyonu ve ulaşılabilirliği hala bir sorun olmaya devam ederken, bu tür "kalite yükseltme" önerileri, kaliteyi yükseltmekten çok, engel oluşturma potansiyelini taşımaktadır. Birincisi gerek GS hizmetlerinin, gerekse gebelikten korunma yöntemleri sunumunun, uzman hekimler dışındaki sağlık personeli tarafından da, aynı derecede, hatta daha başarılı olarak sunulduğunu gösteren sayısız uluslararası çalışma vardır¹³⁻¹⁴. İkincisi ve daha önemlisi bu hizmetler Türkiye'de otuz yılı aşkın bir süredir uzman hekimler dışındaki sağlık çalışanları tarafından güvenli bir şekilde ve başarıyla sunulmuştur, aksi yönde hiç bir kanıt yoktur. Üçüncüsü GS hizmetlerini yalnızca uzmanların, yalnızca hastanelerde verdiği durumlarda, uzmanların vakitlerini Aile Planlaması danışmanlığı ve yöntem sunumu dışında kullanmak gereği, AP hizmetleri konusuna duydukları ilginin

ve motivasyonlarının düşük olması vb nedenlerle, GS ile gebelikten korunma yöntem sunumunun entegrasyonu başarılı olamayabilir.

Sonuç

Konu ile ilgili bilgilerimiz, araştırma bulguları ve bunlara dayanarak yapılan tartışmalarla, aşağıdaki öneriler yapılması gerekenleri özetlemektedir:

- Bir an önce Üreme Sağlığı hizmetlerinin son durumunu ve sağlıkta dönüşümden nasıl etkilendiğini gösteren bir araştırma başlatılmalıdır. Özellikle bölgeler, yaş grupları ve farklı gelir grupları arasında gebelikten korunma hizmetine ulaşmadaki eşitsizliklerin, yeni uygulamalardan nasıl etkilendiğine dikkat gösterilmelidir.
- Veriler, Aile Planlaması hizmetlerinde kalite sorununun sürdüğünü göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlar, yöntem çeşitliliğini arttırmak, gebelik yöntemlerinin sunumunu nitelikli danışmanlık hizmetleri ile güçlendirmek ve dezavantajlı grupların (özellikle alt gelir grupları ve 15-19 yaş grubundaki gençlerin) hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmak için gerekli uygulamaları bir an önce başlatmalıdır. Gebelik Sonlandırma hizmetlerinin, isteğe dayalı gebelikten korunma hizmetleri ile birleştirilmesi ülke çapında gerçekleştirilmelidir
- Zora dayalı yasaklı politikalar yerine, kamuoyunun ve ilgili tarafların katılacağı fikir alışverişleriyle geliştirilecek sosyal destek politikalarına başvurulmalıdır.

- Gebelikten korunma hizmetleri ne kadar gelişirse gelişsin, sayısı azalsa bile yine de istenmeyen gebelikler, dolayısıyla isteyerek düşük gereksinimi olacaktır. Tüp ligasyonu ve vazektomi dahil bütün yöntemlerin başarısızlık riski, yani kullanımları sırasında gebelik oluşma olasılığı vardır. Onun dışında yöntemi kullananların yapabileceği

kullanım hataları, hizmetlerin ulaşılabilirliğindeki eksiklikler, ve kadınların/çiftlerin sosyal, psikolojik, cinsel hayatlarındaki değişiklikler nedeniyle her zaman istenmeyen gebeliklerle karşılaşabileceği unutulmamalıdır. Gebelik Sonlandırma hakkının korunması hem bireysel haklar açısından hem de toplum sağlığı açısından vazgeçilmezdir.

Kaynaklar

1. 827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/613.html> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
2. 509 sayılı ve 9 Ekim 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği. <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/acsap/mevzuat/509sayilyonetmelik.pdf> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
3. 510 sayılı ve 18 Aralık 1983 tarihli, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/mev/mev_tuz/rahim_tahliyesi.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
4. ICPD Programme of Action, paragraph 7.12. <http://www.unfpa.org/public/home/site/emap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme#ch7b> , 20 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Westinghouse Health Systems. 1983 Turkish Population and Health Survey. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/1983_TPHS.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Centers for Disease Control. 1988 Turkish Population and Health Survey. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/1988_TPHS.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Macro International Inc. Demographic and Health Survey, 1993. <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR57-DHS-Final-Reports.cfm> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Macro International Inc., Sağlık Bakanlığı, UNFPA. <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR108-DHS-Final-Reports.cfm> Demographic and Health Survey, 1998.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.

11. Huntington D. 2000. Meeting Women's Health Care Needs After Abortion. Program Briefs 1. Washington, DC: Population Council, FRONTIERS
12. Nahla Abdel-Tawab. Challenges and Opportunities in Providing Postabortion Family Planning Services. Presented at IUSSP 2009, September 30, 2009. iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionid=91644 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
13. McDougall J, Fetters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud in Fam Plann*, 2009;40(2):123-132
14. Bulut A, Toubia N. Abortion services in two of public sector hospitals in Istanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?. In: *Abortion in the Developing World*, eds: Mundigo A.I., Indriso C. London, England , Zed Books, 1999: 259-78.
15. Ortayli N, Bulut A, Nalbant H. The effectiveness of preabortion contraception counseling. *Int J Gyn Obs* 2001; 74: 281-285.
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler2011/upsem/turkiyeSDP.pdf> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
16. Ministry of Health , Gazi University Medical Faculty, Population Council and AVSC International. Turkey Situation Analysis of Selected Reproductive Health Care Services: Condensed English Report, Ankara, Turkey, 1995.
17. Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. Bridging the gap: Integrating Family Planning with Abortion Services in Turkey. *Int Fam Plann Perspectives*. 2000; 27(2):90-95.
18. Senlet P, Curtis SL, Mathis J, Raggars H. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. *Studies in Fam Plann* 2001; 32(1):41-52.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008.
20. Ortayli N., Bulut A., Cokar M., Ozugurlu M. Why withdrawal? Why not withdrawal? Men's perspectives. *Reprod Health Matters*. 2005; 13(25): 164-173.
21. TÜSİAD, UNFPA. Türkiye'nin Fırsat Penceresi -Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. Aralık 2011. <http://www.tusiad.org/rsc/shared/file/firsat.pdf> , 22 Ağustos 2012 tarihinde indirildi. Bianet. Kürtaj Yasası Dersleri. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanes F. makalesinden Türkçeye tercüme. 6 Haziran 2012. <http://bianet.org/bianet/bianet/138889-romanyadan-kurtaj-yasagi-dersleri> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.

Kürtaj Gerçeği - Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği görüşü İsmail Dölen

Özet:

Gebelikten korunmanın ve anne yaşamını tehdit eden durumlar hariç, gebelik sonlandırmanın yasak olduğu 1965 yılına kadar ülkemizde binlerce kadın septik abortus nedeniyle ölmekteydi. Buna en çok kadın-doğum hekimleri şahit olmaktadır. Bu nedenle düşük yasasının çıkmasında kadın doğum hekimleri önemli bir rol oynamıştır. Ülkemizde son aylarda süregelen “kürtaj” tartışmaları, genelde konu hakkında bilinçlenmeye katkı sağlayabilirse de, kimi zaman kamuoyunun yanlış ve eksik bilgileneşine de sebep olmaktadır. TJOD konunun taraflarından birisi olarak, görüşlerini iletmeyi zorunlu görmüştür. TJOD hekimlerin meslek gereği gebelik sonlandırdığını, ancak bunun cenin haklarına saygısızlık olarak değil; kadın haklarının, cenin haklarından daha değerli olduğu anlayışı ile yorumlanması gerektiğini savunmaktadır. Ceninin yaşam değeri çok kıymetli olmakla beraber, anne-cenin çatışmasında konu annenin bireysel ve etik sorunu olmaktadır. Cenin, etik, hukuk ve inanç görüşlerine göre “potansiyel birey”dir. Birey olan kadındır. Bu sorun toplumu, cenin yönüyle değil, annenin sağlığı ve toplumsal değeri üzerinden ilgilendirmeli ve buna göre çözüm aranmalıdır. Kadını değersizleştirecek, mahremiyetine zarar verecek söylem ve uygulamalardan kaçınılmalıdır. İstenmeyen gebelik ve sonlandırılması pek çok disiplini ilgilendiren, etik, hukuki ve inanç yönleri olan bir konudur. Ülkemizin imzaladığı pek çok sözleşmede kadın hakları ve üreme hakkı yasal güvence altındadır. Bu hak Devletin güvencesindedir ve Devlet, eğer kadın istemeden gebe kaldı ise, üreme hakları çerçevesinde güvenli bir şekilde, mevcut gebeliğin sonlandırılması hizmetini sağlamakla görevlidir. Yasaların verdiği görev ve yetki ile, annenin isteği veya diğer tıbbi gerekçeler ile rahim boşaltma işlemi tıbbi/cerrahi yöntemler ile yapılmaktadır. Kadın-doğum hekimi gebelik sonlandırma ile ilgili olarak, öncelikle anne yaşamı ve kadın ve hasta hakları temelinde hizmet sunmaktadır. İstemediği gebeliği güvenli şekilde sonlandırılma imkanı verilmezse kadının septik yöntemlere başvurarak gebeliği sonlandırmaya çalışacağı dünyada kanıtlanmış, bilinen bir gerçektir. Üreme çağındaki kadınların ölümü, sakatlıklar, parçalanmış aileler, öksüz kalan çocuklar bu gerçeğin üzücü sonuçlarıdır. Ayrıca önlenilebileceği halde tedavisi çok zor olan septik abortus olguları, kadın doğum kliniklerinin iş yükünü artıran, genellikle sonuçsuz kalan çok yüksek ekonomik maliyetli tıbbi işlemler gerektirirler.

Anahtar Kelimeler: Cenin hakları, kadın hakları, üreme hakları, etik ve yasal boyut

Sorumlu Yazar: Doç.Dr. İsmail Dölen, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Perinatolog
TJOD Yönetim Kurulu Üyesi ve Etik ve Hukuk Kurulu Başkanı, E-posta:
ismaildolen@gmail.com

Abortions: the realities- Opinion of Turkish Society of Obstetrics and Gynaecology

Abstract

Before 1965 abortions were banned in Turkey and thousands of women were losing their lives each year due to septic abortions; there was no encouragement for family planning and methods were not widely available. Mostly, it was the obstetricians who were the witnesses of this situation. Therefore, they had played an important role in enacting the Abortion Law in Turkey. Recent ongoing discussions on abortion in this country, made it necessary for the Turkish Society of Obstetrics and Gynaecology (TSOG) to declare its opinion on abortion, emphasizing that such an open discussion might help raise awareness within the community but recognizing that it might also lead to wrong or incomplete information seen by the public.

TSOG has declared that obstetricians terminate a pregnancy in accordance with their professional practices. However this should not be considered as disrespect for the rights of the fetus, but it should be interpreted as a view of women's rights as more valuable than the rights of the fetus. Although the rights of the fetus have a high value, in the conflict between the rights of the fetus and the woman it has been recognized as an ethical and individual problem for the mother. From the ethical and legal perspectives and the perspective of the major religions, the fetus is considered as a "potential" individual, whereas the woman is an actual individual. Therefore the issue should be considered as a matter of the health of women and the value of the individual woman, basing solutions on this approach. Expressions and practices which trivialize the woman and harm the privacy of woman should be avoided. Termination of unwanted pregnancies is a multi dimensional issue with ethical, legal and religious issues beside an important health matter. Women's rights and reproductive rights are conventionally protected in our country. This right is protected by the State and it is the State's responsibility to provide women with safe abortion services where a pregnancy is unwanted on the basis of the woman's reproductive rights. With authorization given by the law, pregnancies are being terminated by medical/surgical procedures and based on the mother's request or for medical reasons. If women were not provided abortion services, they would apply unsafe methods in order to terminate the unwanted pregnancy. This is a well known fact proved by the experiences in many countries. Deaths of women of reproductive age, disabilities, broken families and orphaned children are all sad consequences of this fact. Not only are septic abortions avoidable and their outcomes difficult to treat, but they generate a need for expensive medical interventions that increase work load of O&G services with generally unsuccessful results.

Key Words: Fetus rights, woman rights, reproductive rights, ethical and legal perspective

Genel Bakış

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, esas olarak yaşam ve insan başlıkları altında incelenen bir

konudur ^{1,2}. Hangi bakış açısı ile olursa olsun, gebeliklerin sonlandırılması konu olduğunda değerler, bu konunun ana başlığını oluşturmaktadır. Dolayısıyla

felsefe ve tıbbi etik konu üzerinde yıllardır tartışılmaktadır ^{1,2}. Etik tartışmalar, kadının özerkliği bağlamında belli sonuçlara ulaşmış, bu sonuçlar ulusal ve uluslar arası sözleşme ve yasalar ile hukukta yerini almıştır ^{1,2}. Etik olarak insan yaşamının sonlandırılması kabul edilemez. Ancak cenin'in insan (birey) olmadığı hukuki bir gerçektir. Ceninin yaşam değeri olmakla beraber eğer kadının amacı gebeliği sonlandırmak ise ve bu işlem nedeniyle cenin yaşamını kaybediyorsa ortaya çıkan sonuçta yasalarımıza göre sorun yoktur, etik olarak da doğru kabul edebilen görüşler vardır ¹⁻⁴. Burada asıl hedef cenin değil, gebeliktir. Kadın, bir birey olarak istemeden/planlamadan gebe kaldıysa veya gebeliğin başında gebeliğin devamına rıza göstermiyorsa gebeliğinin güvenli olarak sonlandırılmasını talep edebilmeli ve bu hizmeti alabilmelidir ⁴⁻⁷.

Etik açıdan tartışmalar süregelse de 1983 yılında 2827 sayılı yasa ile istenmeyen gebeliklerin neden olduğu anne ölümleri sorunu büyük ölçüde çözülmüş, kadının özerkliği manasında da önemli gelişme sağlanarak, 10 haftanın altındaki gebelikler, kamu ve özel sağlık kurumlarında güvenli olarak sonlandırılmaya başlanmıştır ⁸.

Kadın-doğum hekimi olarak gebelik ve gebelik ile ilgili tüm sorunlar ve sonuçları ilgi alanımızdır. Her beş gebelikten biri spontan düşükle sonuçlanabilmektedir. Bu düşükle bir kısmı anne ve/veya cenine ait sorunlar nedeniyle cenin anne karnında yaşamını yitirdiği için olmaktadır. Gebeliğin erken döneminde spontan olarak görülen tamamlanmış ve tamamlanmamış düşükle de bu grupta kabul edebiliriz. Tıbbi ve/veya cerrahi müdahale ile rahimin boşaltılması ile bu sorun çözümlenir. İkinci grupta gebeliğin devamı annenin sağlığı açısından çok risklidir ve/veya mümkün değildir.

Gebeliğin herhangi bir döneminde ilgili branştan hekimin de imzaladığı bir rapor ile gebelik sonlandırılır. Üçüncü grup, yaşamla bağdaşmayan sorunları olan ceninlerin varlığında yapılan gebelik sonlandırmalarıdır ⁹. Tespit edildiğinde ailenin rızası ve gebelik haftası dikkate alınarak uygun tıbbi/cerrahi müdahale ile gebelik sonlandırılır. Bu üç grupta yapılan gebelik sonlandırmalarının tartışılan etik ve hukuki yönü yoktur ^{1-7,10}.

Bizler için en tartışmalı konu yaşamla bağdaşan sorunları olan cenin tespit edildiğinde ne yapılacağıdır ^{9,11,12}. Hekim olarak kuskusuz "sadece tam sağlıklı ceninler doğsun" gibi bir düşüncemiz yoktur. Doğanın verdiği sorunlu vücut ile yaşam hakkı olan cenini sonlandırmak hekim olarak tek başımıza karar vereceğimiz bir konu değildir ³. Kaldı ki, annenin özerkliği burada yine önemlidir. Ülkemizdeki Rahim Tahliye Tüzüğü 2 sayılı listeye göre bazı sakatlık/hastalıklarda gebeliği sonlandırmak eşin de rızası ile mümkündür. Tüzükte bu durumlar : "On haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını ya da hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar" başlığı ile sıralanmıştır. Bu cümledeki " çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar" fetüsteki anomali ve hastalıklar olarak kabul edilip gebelik sonlandırmak için yasal zemini oluşturmaktadır ¹³. Yani, yasal sorun yok gibi algılsa da, eşin rızasının kadının konumunu etkileyeceği gerçeği yanı sıra, diğer özellikler açısından da etik tartışmalar devam etmektedir.

Aileler de bu sakat/hasta cenini istememekte ve bir şekilde bu gebelikleri sonlandırmanın yolunu aramaktadır ^{5,11}. İşin doğrusu Devletin/yasaların bir aileyi sakat/hasta bir çocukla yaşamaya mahkum etmeye hakkı olup olmadığı tartışılmalıdır. Son yıllarda bu konu sıklıkla gündeme gelmeye başlamış, kimi zaman engelli dernekleri tarafından bu gebeliklerin sonlandırılmasının bir ayrımcılık olarak görüldüğü ifade edilmektedir. Eğer aile bilinçli olarak bu cenini kabul ediyorsa ve

Devlet bu çocuğun bakım ve yetişmesinde destek veriyorsa sorun yoktur. Devletin engellilere yardımı artmakta ise de, ülkemizde Devletin bu konudaki görev tanımı ve kapasitesinin yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. Aileler sakat/hasta çocukları ile baş başa kalmakta ve büyük sıkıntı ve üzüntü yaşamaktadırlar. Eğer aile rıza göstermediği bir sakat/hasta cenine sahipse bu gebeliğin sonlandırılması için annenin özerkliği de dikkate alınarak yasal düzenleme genişletilmelidir ¹¹.

Son 30 yıldır 10 haftadan küçük gebeliklerin sonlandırılması kadının/eşlerin isteği ve rızası ile kamu ve özel sağlık sektörlerinde mümkün olmaktadır. Halkımız bu işleme "kürtaj" demektedir. Bu konudaki hizmet, bazı yerlerde küçük eksikleri olmasına rağmen yıllardır başarıyla verilmektedir. Bu nedenle bilinen anne ölümü yoktur. İlk 10 haftada güvenli gebelik sonlandırma, term gebelik ve doğuma göre en az 10 kat daha risksizdir ¹¹. Gebelik süresi uzadıkça, gebelik sonlandırma sırasında görülebilecek tıbbi riskler de artmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde 1998-2005 yıllarını kapsayan araştırmada 100.000 canlı doğumda anne ölümü 8.8 iken 100.000 güvenli kürtajda anne ölümü 0.6 dır ¹⁴. Bilinmelidir ki kürtaj, Amerika'da 24. gebelik haftasına kadar yapılmaktadır. Ülkemizde hekimler ve sağlık kuruluşlarıyla ilgili binlerce şikayet varken "kürtaj" yapılan yerler ve burada çalışanlarla ilgili şikayet hemen hemen hiç yoktur. Yasa çıktığından beri Sağlık Bakanlığı (bugün de) hizmetin yeterli ve düzgün verilmesi için çalışmaktadır ¹⁵. 2005 yılında günün siyasi iktidarı ve meclis tarafından kabul edilen yasal değişikliğe göre tecavüz sonucu oluşan gebelikte istemle gebelik sonlandırma sınırı 20 haftaya çıkartılmıştır ¹⁶. 2827 sayılı yasa ile insan hakları ve hasta hakları açısından eksik/tartışmalı noktaları olmakla beraber başarılı bir şekilde uygulanan ve kadın-doğum uzmanlık dalı açısından

anne ölümlerini azaltan "anne istemi" ile gebelik sonlandırılmasının tartışılır hale gelmesi bizleri şaşırtmıştır.

İstenmeyen Gebeliklerle İlgili Bilgiler

Ülkemizde, gebeliğin önlenilmesine dönük çalışmalar, eksiklikleri olmakla beraber, gittikçe başarılı sonuç vermektedir. Korunma yöntemleri en uygun ve en yaygın şekilde kullanılsa bile istenmeyen gebelikler olacaktır ¹⁷. Planlanan gebeliklerde bile, kimi zaman, vazgeçilme durumu ortaya çıkmaktadır. İstenen gebeliklerden vazgeçilme nedenlerinden biri de çocukta tespit edilen anormalliklerdir ¹⁸. Mevcut yasa ve tüzük, 10 haftaya kadar gebeliklerde sorunlara çözüm olabilmekle beraber; 10-22 hafta arasındaki gebelikler için yetersiz kalmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yirmi iki haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasını abortus olarak kabul edilmektedir. Tıbbi olarak hal böyle iken, kadın otonomisine sadece 10 haftaya kadar saygı gösterilmesi ne kadar doğru bir düşüncedir? ¹¹. Gebeliğini farkettiğinde, kesin olarak sürdürmek istemeyenler ilk fırsatta kürtaj olmaktadır. Hemen karar veremeyenlerde ise kürtaj daha ileri haftalara kalabilmektedir. Bu kadınların hemen karar verememe nedenleri ise ekonomik, hizmete ulaşamama sorunu, duygusal ve ailevi nedenlerdir. İsteyerek gebe kalıp sonra gebeliği istemeyen ama doğuranlar veya istemeden gebe kalıp sonra karar değiştirip gebeliğe devam edenlerde ise ailevi, sağlık, iş eğitim, ekonomik problemler daha fazla görülmektedir. Bu grupta cenin sorunları da yüksektir ¹⁹.

Tartışmanın halkın konuyla ilgili bilinçlenmesine katkı sağlayacağını düşünmekle beraber kamuoyuna verilen bilgilerin yanlış ve eksik olması konuya taraf olmamızı gerektirmiştir.

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) Görüşü

İstenmeyen gebelik ve sonlandırılması pek çok disiplini ilgilendiren etik, hukuki ve inanç yönleri olan bir konudur. Gebelik ve doğum bir ülkenin geleceğini ilgilendiren en önemli konulardan biridir. Ancak ülkemizin 3 Aralık 2003 tarihinde resmi gazetede yayınlanan “İnsan hakları ve Biyoetik sözleşmesinin” 2. Maddesine göre (İnsanın Üstünlüğü: İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun saf menfaatlerinin üstünde tutulacaktır) kadınlar toplum menfaatine istemediği gebelikleri doğurmaya zorlanamaz²⁰. Yine ülkemizin imzaladığı pek çok sözleşmede kadın hakları, üreme hakkı yasal güvenceye alınmıştır. Üreme hakkı kısaca kadının istediği zaman istediği sayıda doğum yapmasıdır²¹. Bu hak Devletin güvencesindedir ve Devlet, eğer kadın istemeden gebe kaldı ise güvenli bir şekilde, kadının istediği zaman ve sayıda doğurma hakkı gereği mevcut gebeliğin sonlandırılması hizmetini sağlamakla görevlidir^{21,22}.

TJOD, etik prensipleri gereği kadın ve cenin hakları savunucusudur⁶. Anne-cenin çatışması var ise annenin yanındadır^{5,6}. Mesleğimizin gereği olarak gebelik sonlandırıyoruz. “Kürtaj” yapmamız, cenin haklarına saygımız olmadığını göstermez. Kadın haklarının, cenin haklarından daha değerli olduğu gerçeğini kabul ediyoruz. Yasaların bize verdiği görev ve yetkiye göre yasalar içinde kalarak anne istemi veya diğer tıbbi gerekçeler ile rahim boşaltma işlemini tıbbi/cerrahi yöntemler ile yapıyoruz. Gebelik sonlandırmanın, anne yaşamını tehdit ettiği durumlar hariç, yasak olduğu 1965 yılına kadar binlerce kadının septik abortus nedeniyle ölümüne en çok kadın-doğum hekimleri şahit olmuştur. Anne ölümlerini azaltmak için II. Abdülhamid’i inandırarak 1892 yılında ilk

doğumevinin açılmasını sağlayan Kadın Doğum Uzmanı Ömer Besim Paşa’nın yaklaşımı Türk Hekimlerine örnek olmuştur²³. Septik düşük nedeniyle binlerce anne ölümü gören Dr. Zekai Tahir Burak, 1955-1958 yılları arasında meclis ve hükümet ile istenmeyen gebelikten korunma ve “kürtaj” konularında çok görüşmeler yapmış ama sonuç alamamıştır^A Takiben Dr. Nusret Fişek, Dr. Necdet Erenus başta olmak üzere hekimler ve onları destekleyen hukukçuların çalışmaları ile 1965 yılında 557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiştir²⁴. B-C. Tıbbi gerekçeler ile gebelik sonlandırılmasına ve aile planlaması yöntemlerine izin veren bu yasa anne ölümlerini azaltmaya yetmemiştir. Bu kez Dr. Hüsnü Kişnişçi, Dr. Necdet Erenus, Dr. Ayşe Akın başta olmak üzere bir avuç hekim ve hukukçu önce Danışma Meclisini sonra Milli Güvenlik Konseyini inandırarak 27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı kanunun yasallaşmasına katkı sağlamıştır^{25, D, E}.

Görüldüğü gibi kadın-doğum hekimi gebelik sonlandırmanın etik, inanç başta olmak üzere pek çok disiplini ilgilendiren yönünden ziyade anne yaşamı, kadın ve hasta hakları üzerinde durmaktadır. Eğer kadına istemediği gebeliği güvenli şekilde sonlandırılma imkanı verilmezse septik yöntemlere başvurduğunun en iyi şahidi kadın doğum hekimleridir. Üreme çağında kadınlarımızın ölümü, sakat kalması, parçalanmış aileler, öksüz kalan çocuklar en çok bizleri üzmektedir. Ayrıca önlenebileceği halde tedavisi çok zor olan septik abortus olguları, kadın doğum kliniklerinin iş yükünü anormal artırmakta, genellikle sonuçsuz kalan çok yüksek ekonomik maliyetlere yol açmaktadır. Cenin, etik, hukuk ve inanç görüşlerine göre cenindir ve potansiyel bireydir. Birey olan kadındır. Ne yaparsanız yapın hukuki olarak cenini insan statüsüne yükseltmek mümkün

değildir. Ceninin yaşam değeri çok kıymetli olmakla beraber anne-cenin çatışmasında konu annenin bireysel ve etik sorunudur. Bu bireysel sorun, toplumu, cenin yönüyle değil, annenin sağlığı ve toplumsal değeri üzerinden ilgilendirmeli ve çözüm aranmalıdır. Kadını değersizleştirecek, mahremiyetine zarar verecek söylem ve uygulamalar yapılmamalıdır.

Gebelik başlı başına morbidite ve mortaliteyi artıran bir durumdur. Annenin bunu bilerek gebeliğe rıza vermesi gereklidir. Bunun yazılı olması veya sözlü ifade edilmesi gerekli değildir. Kadın kendi içinden “bu gebeliği istiyorum, risklerini biliyor ve kabul ediyorum” demelidir. Bunun için ise kadın, zihinsel olarak kendine, “aydınlatılmış hasta rızası” (informed consent) verebilecek kadar bilinçli olmalıdır.

İstenmeyen gebelikten korunma, kadın ve erkeğin eğitimi, yöntemlere kolay ve olabilirse bedava ulaşması ile mümkündür. Doğurganlık çağındaki gebelik istemeyen her kadının/eşinin korunması hedeflenmeli, korunma yöntemlerinin başarısızlığı veya başka nedenlerle istenmeyen gebelik oluştuğunda veya gebeliğin erken döneminde gebeliğin devamına rıza vermeyen kadının güvenli ve gizlilik içinde “kürtaj” olmasına imkan sağlanmalıdır. Gebeliklerin kar amacı olmayan kurumlarda sonlandırılması sorunun çözümünde önemlidir.

Tartışmanın, halkımızın üreme sağlığı, üreme hakkı, hasta hakları ve insan hakları bilgilerinin artmasına yardımcı olmasını diliyoruz. Bu nedenle akademik olarak, toplumda eksik ve yanlış bilgiler ile tek yönlü bilgilendirmelerden hastalarımızı korumak için yayınlarımız sürecektir.

Kaynaklar

- 1- Beksaç MS, Çakar M, Öcal ŞA ve Katoğlu T. Embrio ve Fetus; Etik ve Yasal Boyut. sayfa: 119-156. (içinde) Doğum Hekimliği: Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut. Editör: M.Sinan Beksaç, Medikal Network, 2004
- 2- Dölen, Ö. Özdeğirmenci. Abortus ve etik. Kadın Doğum Dergisi. 2005; 3(4): 566-567.
- 3- Şenocak Z. Mevzuat sayfa: 38-47 (içinde) Doğum Hekimliği: Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut. Editör: M.Sinan Beksaç, Medikal Network, 2004
- 4- Dölen İ. Viabilite Altı Gebeliklerin Sonlandırılmalarında Etik Sorunlar. Doğum Hekimliği; Maternal – Fetal Tıp Etik & Yasal Boyut Kongresi, 12-13 Eylül 2003, Ankara
www.ismaildolen.com/sunular/abortuslar.ppt
- 5- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Kadın Doğum Hekimliğinde Etik ve Yasal Sorunlar (Yeni düzenlemeler) Editör: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Güneş Kitabevi, 2006:155-164
- 6- Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular, Figo Etik Komitesi Üreme ve Kadın Sağlığında Etik Görüşler Çalışması, Çeviri Editörü İ.Dölen, TJDOD yayını, Eylül 2008 (çeviri) <http://www.tjod.org/tr/dosyalarimiz/kitaplar/obstetrik-ve-jinekolojide-etik-konular>
- 7- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Gebe Hakları, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji Editör: Çiçek N, Mungan MT, Güneş Tıp Kitabevi, 2006: 215-25
- 8- 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun www.tjod.org/tr/duyurular/67-duyurular/419-2827-sayili-nufus-planlamasi-hakkinda-kanun
- 9- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Fetal Anomaliler: Fetal Haklar (Legal ve Etik).Türkiye Klinikleri, Jinekoloji

- Obstetrik özel sayı 2011; 4 (1-2-3-4): 169-177.
- 10- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Hukuk ve Tıp Arasındaki Sınır (çeviri). Obstetrik ve Jinekolojide Güncel Tanı ve Tedavi, 10. Baskı. sayfa: 1055 Çeviri Editörü: M. Bülent Tıraş, Güneş Tıp Kitabevleri, 2009
 - 11- Dölen İ. İstenmeyen Gebeliklerin Sonlandırılmasında Yasal ve Etik Sorunlar V. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007 Swiss Otel, Ankara <http://www.ppt2txt.com/r/69511b63/>
 - 12- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö. Obstetrik Ultrasonda Etik Düşünceler, Obstetrik ve Jinekolojide Ultrason, Ed. Eberhard Merz, Çeviri Ed. Özden Selçuk, Doğan Tıp Kitapevi. 2009:572 575
 - 13- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Bakanlar Kurulu Karar Tarihi - No: 14/11/1983 - 83/7395 Dayandığı Kanun Tarihi - No: 24/05/1983 - 2827 Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi - No: 18/12/1983 - 18255 <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5130.html>
 - 14- Raymond EG, Grimes DA. The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol .2012;119(2 Pt 1):215-9.
 - 15- Dölen İ, Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Üreme Sağlığı Projesi: Güvenli Annelik Modülü Danışma Kurulu Üyeliği, (2005 -2006) Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Basımevi, 2007
 - 16- Türk Ceza Kanunu (5237 sayılı yasa), 99. Madde, 6. Fıkra <http://www.turkhukuk sitesi.com/mevzuat.php?mid=3930>
 - 17- Kavlak O, Atan SU, Saruhan A, Sevil U. Preventing and terminating unwanted pregnancies in Turkey. J Nurs Scholarship 2006; First Quarter: 6-10.
 - 18- Sonfield A. Preventing unintended pregnancy: The need and the means. The Guttmacher Report on Public Policy December 2003;6 (5).
 - 19- "FamilyPACT" Çalışması. Foster GD, et al. Expanded State-Funded Family Planning Services: Estimating Pregnancies Averted by the Family PACT Program in California, 1997-1998, AJPB 2004; (94) 8.
 - 20- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması ve Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun No. 5013, Kabul Tarihi: 3.12.2003
 - 21- TC Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı. Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (2005-2015). Ankara, 2010.
 - 22- TC Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı. Birleşmiş Milletler Mukim Koordinatörlüğü. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri raporu. Türkiye 2010. http://www.undp.org.tr/publications/Documents/TR%202010%20MDG%20Report_TR.pdf
 - 23- Altıntaş A. Demirkapı Viladethanesi (İstanbul'daki ilk Doğumevi). Tombak 1997; (17): 26-30.
 - 24- 01/04/1965 tarih ve 557 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun www.saglik.gov.tr. Prof. Dr. Nusret H. Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/28.html

25- 2827 sayılı kanunun meclis görüşme tutanağı http://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/MGK_/d01/c009/mgk_01009147.pdf sayfa 11-22

Notlar:

- A. *Op. Dr. Zekai Tahir Burak, Ankara Doğumevinin uzun yıllar Başhekimliğini yapmış ve adı bu doğumevine verilmiştir.*
- B. *Prof. Dr. Nusret H. Fişek, zamanın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Müsteşarı ve Hıfzısıhha Okulu Müdürüdür.*

- C. *Op. Dr. Necdet Ereneus, Ankara Hastanesi Kadın Doğum Klinik Şefi olarak uzun yıllar görev yapmış, Ankara Jinekoloji Derneği Kurucusudur*
- D. *Prof. Dr. Hüsnu Kişnişçi, Hacettepe Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD'de uzun süre Başkanlık yapmıştır.*
- E. *Prof. Dr. Ayşe Akın, Kadın Hastalıkları Doğum ve Halk Sağlığı Uzmanı, Hacettepe Üniversitesinde uzun yıllar sürdürdüğü görevine Başkent Üniversitesi'nde devam etmektedir*

Derleme

Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırılması ve yasal durum

Aytül Çorbacıoğlu Esmer^a, Atıl Yüksel^b

Özet

Günümüzde fetal ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MR), sitogenetik ve moleküler incelemeler gibi çeşitli yöntemlerle çok sayıda fetal hastalığa prenatal tanı koyma olanağı mevcuttur. Letal ya da ciddi mental ve/veya fiziksel ve/veya fonksiyonel morbiditeye neden olan konjenital hastalıklar nedeniyle ailenin isteği doğrultusunda gebelikler sonlandırılabilir. Bu hastalıklar basitçe; konjenital anomaliler, kromozom hastalıkları ve tek gen hastalıklarıdır. Gebeliğin geç sonlandırılması fetüsün viyabil olduğu gestasyonel haftadan sonra yapılan tahliyelere verilen isimdir ve erken gebelik sonlandırmalarından farklı olarak doğum eyleminin indüksiyonuna ek olarak fetosit yapılması (intrakardiak postayum klorür enjeksiyonu ile fetal kalp aktivitesinin durdurulması) gerekli olmaktadır. Prenatal tanı sonrası gebeliklerin sonlandırması, özellikle de geç sonlandırma, etik ve yasal tartışmalara konu olmaktadır. Bu derlemede gebeliğin sonlandırılmasına neden olan fetal hastalıklar, geç sonlandırmanın önlenabilir ve kaçınılmaz nedenleri, çoğul gebeliklere özgü sonlandırma prosedürleri ve fetüsün postmortem incelenmesinin önemi irdelenmektedir. Ayrıca ülkemiz ve dünyadaki yasal uygulamalar özetlenmekte, yurdumuzda bu konuyla ilgili tüzüğün eksiklikleri tartışılmakta ve nitelikli hizmet için öneriler getirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prenatal tanı, konjenital anomaliler, yasal durum

Termination of pregnancy following prenatal diagnosis and legal status

Abstract

Today, it is possible to prenatally diagnose many fetal disorders using various methods such as fetal ultrasonography, magnetic resonance imaging (MRI), cytogenetic and molecular analyses. In case of family's request, pregnancies can be terminated due to congenital diseases which are lethal or which cause severe mental and/or physical and/or functional morbidity. These diseases are mainly; congenital anomalies, chromosomal diseases and single gene disorders. Late termination of pregnancy refers to the termination process performed after the gestational age at which fetus becomes viable, and unlike early termination, feticide (the cessation of fetal heart activity via intracardiac potassium chloride injection) is needed in addition to the induction of labor.

^a Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

^b Prof.Dr, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı

Sorumlu yazar: Aytül Çorbacıoğlu, E-posta: aytulcorbacioglu@gmail.com

Termination of pregnancy due to prenatal diagnosis, especially the late termination, has been a topic of ethical and legal concern. In this review, fetal diseases that result in termination of pregnancy, the preventable and inevitable causes of late termination, the termination procedures peculiar to multiple pregnancies and the importance of postmortem fetal examination are addressed. Furthermore, the legal applications in Turkey and in the world are summarized, the defects of the statute in our country are discussed and recommendations for qualified service are made.

Key Words: Prenatal diagnosis, legal status, congenital anomalies

Giriş

Ülkemizde 1980'li yıllara kadar fetüsün antenatal dönemde değerlendirilmesi mümkün değilken, günümüzde fetal ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme (MR), sitogenetik ve moleküler incelemeler gibi çeşitli yöntemlerle çok sayıda fetal hastalığa prenatal tanı koyulabilmektedir. Onbirinci gebelik haftasından başlayarak koryon villus biyopsisi (KVB), amniyosentez ve kordosentez gibi invaziv testlerle genetik hastalıkların araştırılması ve anomalinin tipine göre değişmekle birlikte birinci trimesterden itibaren yapısal malformasyonların ultrasonografi ile tanınması mümkündür. Bu durum fetüsün bir hasta olarak ele alınmasına ve sınırlı sayıda hastalıkta prenatal dönemde tedavi uygulanmasına olanak sağlamıştır. Örneğin supraventriküler taşikardi, Rh immünizasyonu, fetal guatr, üretral obstrüksiyon, plevral effüzyon, diyafragma hernisi, açık spina bifida gibi pek çok hastalığın intrauterin dönemde tanısının koyulup, değişen başarı oranlarıyla tedavisinin uygulanabilmesi mümkündür. Tedavi şansı olmayan hastalıklarda ise prenatal tanı, gebelerin doğum için yenidoğana yeterli bakımı sağlayabilecek tersiyer merkezlere refere edilmelerini sağlar ve zaman kaybetmeden gerekli tedaviye başlama imkanını sunar. Kimi olgularda ise doğum şekli ve zamanlaması açısından optimum zamanlamanın yapılmasını sağlar. Ayrıca üzerinde çalışılan fetüs hakkında doğru bilgilerin toplanması sonraki gebeliklerde sunulacak yaklaşımın belirlenmesine de katkıda bulunur. Prenatal tanının bir başka hedefi ise tedavisi olmayan ve ciddi mental ve/veya fiziksel ve/veya fonksiyonel sorunlara yol açabilecek

hastalıklar saptandığında gebeliğin sonlandırılması seçeneğinin ailelere sunulmasıdır. Ancak, prenatal tanının sağladığı bu imkan, etik ve yasal tartışmaları da beraberinde getirmektedir.

Klinik uygulamalar

Letal ya da uzun dönemli ciddi mental ve/veya fiziksel ve/veya fonksiyonel morbiditeye neden olan konjenital hastalıklar, gebeliğin sonlandırılmasının fetal endikasyonlarını oluşturur. Bu hastalıklar basitçe; konjenital anomaliler, kromozom hastalıkları ve tek gen hastalıklarıdır. Tüm gebeliklerin %2-4'ünün majör konjenital anomalili bebeklerin doğumu ile sonuçlandığı bilinmektedir¹. Rutin tarama ile bu anomalilerin %55'inin prenatal dönemde saptanabildiği, özelleşmiş merkezlerde ise bu oranın %80-95'lere ulaştığı bildirilmiştir^{2,3}. Tablo 1 gebeliğin sonlandırılabilen fetal nedenleri özetlemektedir. Dokuzyüzaltmışiki olguluk bir seride Türkiye'de fetal endikasyonla yapılan sonlandırmaların büyük çoğunluğunun santral sinir malformasyonları (%51.8), çoklu anomaliler (%10.2) ve kromozom anomalilerinden (%9.4) oluştuğu gösterilmiştir⁴. Aynı çalışmada birinci ve ikinci üçayda uygulanan kromozom anomalisi tarama testlerinin ve prenatal ultrasonla fetal kardiyak anomali taramasının giderek yaygınlaşmasına bağlı olarak, kromozomal ve kardiyovasküler anomaliler nedeniyle yapılan sonlandırmaların 2007-2010 yıllarında 2002-2006 yıllarına kıyasla anlamlı şekilde artış gösterdiği saptanmıştır⁴.

Dommergues ve ark. gebeliğin sonlandırılmasına neden olan fetal

hastalıkları ağırlığına göre dört gruba ayırmıştır⁵:

1. Letal hastalıklar: Perinatal veya süt çocuğu döneminde ölüm riskinin %90'ın üzerinde olduğu anomalilerdir. Anensefali, renal agenezi, tanatoforik cücelik, prenatal dönemde ağır pulmoner hipoplazinin geliştiği diyafragma hernisi, trizomi 13 ve 18, fonksiyonel tek bir ventrikülün olduğu kompleks kalp anomalileri, ikinci üçayda ağır oligohidramniosun eşlik ettiği erken membran rüptürü, gebelik haftası ve tahmini fetal ağırlığa göre yaşam şansının %10'un altında olduğu ağır gelişme gerilikleri bu gruba girmektedir.
2. Ciddi morbiditeye yol açan hastalıklar: Yaşam şansının %10'un üzerinde olduğu ama günlük hayatı önemli derecede etkileyen anomalilerdir. Bazı nadir trizomiler, dengesiz translokasyonlar, miyelomeningosel, ultrasonografik ve biyokimyasal bulgularla postnatal renal yetmezliğin öngörüldüğü obstrüktif üropatiler, ultrason veya manyetik rezonans görüntüleme (MR) ile serebral lezyonun görüldüğü sitomegalovirüs enfeksiyonu, servikal higromanın eşlik ettiği 45X sendromu ve fetal akinezi sendromları bu gruba girmektedir.
3. İzole mental retardasyona neden olan hastalıklar: Majör fiziksel bir bulgunun çoğu kez görülmediği, ancak zekanın etkilendiği hastalıklardır. Down sendromu bu grup hastalıkların bir örneğidir.
4. Fetal prognoz net olmadığı durumlar: Ciddi morbiditeye yol açması muhtemel ama kesin olmayan hastalıklardır. Prognozun olgudan olguya değiştiği hastalıklar (korpus kallosum agenezisi gibi), geç başlangıçlı hastalıklar (Huntington korea gibi), tedavi edilme potansiyeli olan fakat ailede tedavi başarısızlığı öyküsü bulunan durumlar (orak hücreli anemi gibi) ve morbiditenin ağırlığı hakkında profesyonel bir fikir birliğinin olmadığı hastalıklar

(akondroplazi, tek ekstremite defekti gibi) bu gruba girmektedir.

Fetal hastalık nedeniyle gebeliğin sonlandırılması hem hekim hem de aile için oldukça zor bir karardır. Bu nedenle obstetrisyen, perinatoloji uzmanı, klinik genetik uzmanı, pediatrik cerrah, neonatolog, pediatrik ürolog, pediatrik nörolog ve pediatrik nörocerrah gibi farklı branş uzmanlarından bazılarının bir araya geldiği kurullarda, saptanan anomalinin ağırlığı ve tedavi edilebilirliği tartışılmalı, gereğinde multi-disipliner yaklaşımla tahliye seçeneği sunma kararı verilmelidir³. Burada önemli olan sonlandırma seçeneğinin aileye bir öneri olarak değil, bir alternatif olarak sunulmasıdır. Hekimler danışmanlık verirken kendi duygu ve düşüncelerini yansıtmadan, detaylı bir şekilde seçeneklerden bahsetmelidir. Anne adayları ve aileler gebeliğin devamı veya sonlandırılması konusundaki kararlarını hiçbir etki altında kalmadan özgür bir şekilde vermelidirler. Gebeliği sonlandırma isteği kişiden kişiye büyük değişiklikler göstermektedir. Örneğin tedavisi olan damak-dudak yarığı gibi malformasyonlarda sonlandırma isteyen aileler olduğu gibi, anensefali gibi tedavisi olmayan ve yaşam şansının hiç olmadığı ağır malformasyonlarda bile gebeliği devam ettirenler de vardır. Gestasyonel yaş, anomalinin ciddiyeti ve yaşamla bağdaşması, santral sinir sistemi tutulumu, kromozom anomalisi varlığı ve eğitim seviyesi ebeveynlerin kararını etkileyen faktörlerdir^{3,6}.

Fetüsün uterus dışında yaşayamayacak kadar immatür olduğu durumlarda, yani 23. gebelik haftasından önce sadece doğum eyleminin indüksiyonu yeterli olurken, daha ileri gebelik haftalarında indüksiyondan önce fetosit (fetal kalp aktivitesinin durdurulması) yapılması gerekli olmaktadır. Fetosit, ultrasonografi eşliğinde fetüsün kalbine potasyum klorür enjekte edilerek yapılır. Doğum eyleminin indüksiyonunda ise gebelik haftasına göre ayarlanan dozlarda önce misoprostol ile serviks olgunlaştırılır, ardından oksitosin ile uterus kontraksiyonları başlatılır. Gebelik ürününün tahliyesinden sonra gerekli

olduğu durumlarda küretaj yapılarak kalan plasental dokular boşaltılarak işleme son verilir.

Fetüsün postmortem incelemesi, danışmanlık açısından en az prenatal değerlendirme kadar büyük bir önem taşımaktadır. Hastalığın daha sonraki gebeliklerde tekrarlama riskinin belirlenmesi ve o dönemde hangi testlerle tanıya gidileceğinin planlanabilmesi için fetüs multi-disipliner bir yaklaşımla incelenmelidir. Prenatal ultrasonografi ile her anomali görülemeyeceği gibi bazı hastalıkların ayırıcı tanısını yapmak da mümkün olmayabilir. Örneğin letal iskelet displazisi tanısı koyulan hastalarda tekrarlama riskinin düşük olduğu tanatoforik displazi ile yüksek olduğu Jeune sendromu arasında ayırıcı tanı kimi kere ancak otopsi ve postmortem radyografiler ile yapılabilmektedir⁷. Boyd ve ark. sonlandırma yapılan 132 gebelikte otopsinin %72 oranında prenatal tanıyı doğruladığını, %27 oranında ise önceden hesaplanan tekrarlama riskini değiştirdiğini bildirmiştir⁷. Otopsi ve görüntüleme yöntemleri haricinde genetik analizler için doku örnekleri toplanmalı ve bu örnekler ileride yapılabilecek genetik araştırmalar için saklanmalıdır. Sonlandırılan gebelikteki bu incelemeler, daha sonraki gebeliklerde prenatal tanıya ışık tutmaktadır. Ancak ülkemizde sonlandırılan gebeliklerin büyük çoğunluğunda ailelerin kabul etmemesi nedeniyle postmortem inceleme yapılamamaktadır. Perinatal patoloji konusunda bilgi ve deneyim birikiminin kısıtlı olması da postmortem değerlendirmeyi zorlaştıran bir başka nedendir. İstanbul'da tersiyer bir merkezde yapılan bir çalışmada 962 olgudan sadece 143 (%14.6)'ünde otopsi yapılabildiği bildirilmiştir⁴. Dini ve kültürel nedenlerin yanı sıra, otopsinin faydasının yeterince anlaşılabilmesi ya da anlatılamaması ve prenatal ultrason ile kesin tanının koyulduğu kanısının bu düşük orandan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle hekimler postmortem incelemenin faydalarını detaylı bir şekilde açıklayarak ailelerin bu incelemenin neden yapıldığını anlamalarını sağlamalıdır.

Gebeliğin geç sonlandırılması genel olarak fetüsün uterus dışında yaşama yeteneği (viyabilite) kazandığı gestasyonel haftadan sonra yapılan tahliyelere verilen isimdir. Yayınlar arasında değişkenlik olmakla beraber çoğunlukla 23. haftadan sonraki sonlandırmalar geç olarak kabul edilmiştir^{4,8-10}. Dommergoes ve ark. geç sonlandırma nedenlerini dört ana başlık altında değerlendirmiştir¹¹:

1. Geç dönemde gelişmesi nedeniyle ikinci üçayda tanısının koyulamadığı hastalıklar (Mikrosefali, intrauterin gelişme geriliği ile prezente olan kromozom hastalıkları, sitomegalovirüs enfeksiyonunun neden olduğu anomaliler gibi)
2. İkinci üçayda tanısının koyulup prognozunun üçüncü üçaydan önce öngörülemediği hastalıklar (Progresif serebral ventrikülomegali gibi).
3. Tanısının ikinci üçayda koyulabilecekken, ultrasonun hiç veya gerekli standartlarda yapılmaması nedeniyle ileri gebelik haftalarında koyulduğu hastalıklar (Kardiyak anomaliler ve nöral tüp defektleri gibi)
4. İkinci üçayda tanı koyulmasına rağmen çeşitli nedenlerle karar sürecinin uzaması.

Romosan ve ark. İsveç popülasyonunda yaptıkları bir çalışmada rutin ultrason taraması ile kromozomun normal olduğu majör konjenital anomalilerin %68'inin, kromozom anomalilerinin ise %46'sının saptanabildiğini göstermişlerdir¹². 22. gestasyonel haftadan önce ise bu oranların sırasıyla %37 ve %33 olduğu bildirilmiştir¹². Gedikbaşı ve ark. da 23. haftadan büyük olan 265 gebeliğin %20'sinin ikinci üçayda tanısının koyulmasının mümkün olmadığını, %5.7'sinin ikinci üçayda prognozunu öngörülemediğini, %65.6'sının ise daha erken gebelik haftalarında tanısının koyulması mümkün olan anomaliler nedeniyle sonlandırıldığını belirtmişlerdir¹⁰. Buna göre ülkemizde geç dönemde yapılan sonlandırma işlemlerinin

büyük çoğunluğunun önlenebilir olduğu ve bunu önlemek için ikinci üçayda rutin ultrason taramasının yaygınlaştırılması ve kalitesinin arttırılması gerektiği görülmektedir.

Son yıllarda tartışılan bir başka konu da geç sonlandırma sırasında fetüsün ağrı duymasıdır. Fetüsün kaçınıcı haftadan itibaren ağrı duymaya başladığı henüz tam olarak belirlenmiş değildir. Fetüsün ağrılı uyarana karşı verdiği nöral ve davranışsal reaksiyon 24. haftadan önce başlasa da, ağrının algılanması için fonksiyonel talamokortikal bağlantının oluşması gereklidir¹³. Talamokortikal lifler 23-30. gebelik haftalarında oluşmaya başlar (14). Bu nedenle çalışmaların birçoğu ağrı algısının üçüncü trimesterden önce başlamadığı konusunda hemfikirdir^{15,16}. Ancak, intrauterin invaziv işlemlerde fetal analjezi uygulanmasını öneren uzmanlar da vardır¹⁷. Bununla beraber fetüsün ağrı duyması, sonlandırmaya karşı olan kişilerin öne sürdüğü nedenler arasında yer almaktadır. Hatta Amerika Birleşik Devletleri'nin Nebraska eyaletinde 2010 yılında fetüsün ağrı duyma olasılığı nedeniyle 20 haftanın üzerindeki gebeliklerde sonlandırma işlemi yasaklanmıştır¹⁸. Yukarıdaki bilgilerin ışığında geç terminasyonlarda fetosit öncesi analjezi yapılması yerinde olabilir.

Embriyo redüksiyonu ve selektif fetosit çoğul gebeliklere özgü uygulamalar olup, fetüslerin bir veya daha fazlasının kalp aktivitesinin durdurulması anlamına gelmektedir. Özellikle tüp bebek uygulamalarından sonra meydana gelen üç veya daha fazla sayıda fetüsün olduğu gebelikler erken doğum riski ile karşı karşıyadır. 10-12. gebelik haftalarında yapılan embriyo redüksiyonu ile bu fetüslerden bir veya daha fazlasının büyümesi engellenerek, uterus hacminin artması, dolayısıyla da erken gebelik haftalarında kontraksiyonların başlaması engellenmektedir. Böylece yaşayan bebeklerin neonatal mortalite, morbidite ve serebral palsi oranları azaltılmış olur. Yapılan işlem nedeniyle tüm gebeliğin sonlanması riski üçüzlerde %4,5, dördüzlerde %8, beşüzlerde %11 ve altızlarda %16 civarındadır¹⁹. Ancak

immatür doğum nedeniyle tüm bebeklerin ölme olasılığıyla kıyaslandığında bu risk göze alınabilecek kadar düşük kalmaktadır. Selektif fetosit ise fetüslerden birinde anomali saptandığında yapılan müdahaleye verilen isimdir. Genellikle letal olmayan ancak ciddi morbiditeye yol açan hastalıklar saptandığında (örneğin trizomi 21) veya letal, ancak sağlıklı fetüse zarar vereceği düşünülen anomalilerde (örneğin polihidramniyos nedeniyle erken doğuma yol açan anensefali) uygulanır. Anomali nedeniyle selektif fetosit yapılacak olan gebeliklerde işleme bağlı abortus riski nedeniyle, müdahalenin erken doğum gerçekleşmesi halinde sağlıklı fetüsün yaşayabileceği bir haftaya (örneğin 32. hafta) ertelenmesi de aileye bir seçenek olarak sunulabilir. Embriyo redüksiyonu ve dikoryonik ikiz gebeliklerdeki selektif fetosit intrakardiyak potasyum enjeksiyonu ile yapılırken, monokoryonik ikiz gebeliklerde dolaşımın kısmen ortak olması nedeniyle bipolar kordon ligasyonu ile umbilikal arter ve venanın oklüzyonu uygulanmaktadır.

Ülkemizde ve dünyadaki yasal uygulamalar

2008 yılında yapılmış olan bir araştırmada ülkeler uyguladıkları politikalara göre beş gruba ayrılmıştır²⁰:

1. Gebeliğin sonlandırılmasının tamamen yasak olduğu veya sadece annenin hayatını kurtarmak için yapıldığı ülkeler: Bu gruba giren 68 ülkede tüm dünya nüfusunun %26'sı yaşamaktadır. Endonezya, Kenya, Venezuela, Mısır, Haiti, Filipinler, Şili, El Salvador ve Nikoragua bu ülkelere örnektir.
2. Gebeliğin sonlandırılmasının annenin fiziksel sağlığını korumak için yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 35 ülkede tüm dünya nüfusunun %10'u yaşamaktadır. Pakistan, Peru ve Kamerun bu gruba girmektedir.
3. Gebeliğin sonlandırılmasının annenin fiziksel ve mental sağlığını korumak için yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 23 ülkede tüm dünya nüfusunun %4'ü yaşamaktadır. İsrail, İspanya ve

Botsvana bu ülkelere örnektir. Tecavüz sonucu gerçekleşen gebelikler ile ağır fetal anomali tanısı ve evlilik dışı ilişki neticesinde meydana gelen gebelikler bu ülkelerde yasal olarak sonlandırılabilir.

4. Gebeliğin sonlandırılmasının yukarıdakilere ek olarak sosyoekonomik nedenlerle de yapılabildiği ülkeler: Bu gruba giren 14 ülkede tüm dünya nüfusunun %20'si yaşamaktadır. İngiltere, Hindistan ve Zambiya bu ülkelere örnektir
5. Gebeliğin istek üzerine sonlandırılabilirdiği ülkeler: Bu gruba giren 56 ülkede tüm dünya nüfusunun %40'ı yaşamaktadır. Çin, Fransa, Rusya Federasyonu, Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye bu ülkelere örnektir. Bu ülkelerin bir çoğunda maternal ve fetal nedenlerle yapılan sonlandırmalarda herhangi bir kısıtlama olmazken, isteğe bağlı sonlandırmalarda gebelik süresi (genellikle 12 hafta), eş onayı, reşit olmayan kadınlar için anne-baba onayı gibi bazı sınırlamalar bulunmaktadır.

Ülkemizde 27 Mayıs 1983 tarihli 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun uyarınca gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilebilmektedir ²¹. Rahim tahliyesi için kadının rızasına ek olarak kadının evli olması halinde eşin rızası, reşit olmaması halinde ise velisinin rızası gerekmektedir. Gebelik süresi on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği ya da doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilebilmektedir ²¹. Bu kanun ile Türkiye, prenatal dönemde fetal hastalık saptandığında büyüklüğüne bakılmaksızın gebeliğin sonlandırılabilirdiği ülkelerden biri haline gelmiştir.

18.12.1983 tarihli 'Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'te ise rahim tahliyesi için gereken koşullar belirtilmiştir.

Bu tüzüğe göre on haftayı geçen gebeliklerde rahim tahliyesi resmi yataklı tedavi kurumları ve özel hastanelerde bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılmalıdır. Bu gebeliklerde rahim tahliyesi yapan hekim, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın gerekçeli raporunu en geç bir hafta içinde illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine göndermek zorundadır. Madde 18'de ² sayılı listede on haftanın üzerindeki gebeliklerde rahim tahliyesini gerektiren, kadının hayatını veya hayati organlarından birini tehdit eden ya da çocuk için tehlikeli olan hastalıklar ve durumlar bir liste halinde belirtilmiştir. Bu listenin A, B, C, D, E, F, G, H, İ, J, K, ve L alt başlıkları gebeye ait ciddi jinekolojik, obstetrik ve sistemik hastalıkları sıralamaktadır. Bu listenin M maddesinde 'Enfeksiyon Hastalıkları', N maddesinde 'Konjenital Nedenler' yer almaktadır. 'Enfeksiyon Hastalıkları' teratojen intrauterin enfeksiyonlar (kızamıkçık, toksoplazmozis, sitomegalovirus, herpes virüs grubu hastalıklar), cüzzam, sıtma, frengi, brusella ve diğer ağır kronik enfeksiyonları içermektedir. 'Konjenital Nedenler'de ise Marfan sendromu, mesane ekstrofisi, Down sendromu, sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer hereditör hastalıklar, gonadlara zararlı röntgen ışını ve ilaç, teratojenik ilaçlar ve nörofibromatozis yer almaktadır. 18. Maddede (2) sayılı listenin ana yapısına bakıldığında, (M) alt başlığının fetüsü etkileyebilecek maternal enfeksiyon hastalıkları olarak yorumlanmasının daha doğru olduğunu düşünmekteyiz. Günümüzde ulaştığımız bilgi ve deneyim birikimi ile bu maddenin 'maternal enfeksiyon sonrası enfekte fetüs, etkilenmiş fetüs ya da ciddi risk altında fetüs' olarak yeniden tanımlanması gerektiğini düşünüyoruz. 18. Maddedeki (2) sayılı listenin, (N) alt başlığı ise, muhtemelen, annenin konjenital hastalıklarını sıralamaktadır. Sınırlı sayıda hastalıktan oluşan bu listede, uygulamada yorumlanması gereken durumlar dikkati çekmektedir. Örneğin 1/30.000 sıklıkta görülen mesane ekstrofisi, bu listede muhtemelen mesane ekstrofisi reparasyonu geçirmiş bir kadının gebeliğinin

sonlandırılabilceğini vurgulamak için yer almaktadır. Listedeki Down sendromu da, çok muhtemelen anne adayının Down sendromudur. (N) alt başlığının 4. maddesi, "sakat çocuk doğurma ihtimali yüksek diğer herediter hastalıklar", büyük olasılıkla aile-anne-babadan fetüsa kalıtılabilecek hastalıkları tanımlamaktadır. Herediter olduğu söylenemeyecek pek çok ciddi anomali ve hastalık bu maddenin kapsamı dışında kalmaktadır. Bu yorum, günümüzde fetal nedenlerle yapılan gebelik sonlandırmalarının bir bölümü için tüzüğün yetersiz olduğu düşüncemizin ifadesidir. Tüzüğün bu konumu, oluşturulduğu 1983 yılında prenatal tanı olanaklarının henüz çok kısıtlı olması ile birçok yapısal ve kromozomal anomalinin doğumdan önce farkedilememesi nedenlerine dayanmaktadır. Ancak günümüzde konjenital anomalilerin, kromozom anomalilerinin, hatta submikroskopik kromozom anomalilerinin ve gen hastalıklarının önemli çoğunluğuna prenatal dönemde tanı koyulabilmektedir. Bu nedenle bu tüzük günümüz koşullarına göre tekrar gözden geçirilmelidir. Özetle, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun fetal nedenlerle gebelik sonlandırması açısından liberaldir, ama gerekli hizmetlerin yürütülmesi ve denetlenmesine yönelik olan tüzük yetersizdir. Yeniden oluşturulabilecek bir tüzükte fetal hastalıklar listelenebilir. Bu amaçla sonlandırma alternatifinin sunulabileceği fetal hastalıkların sınırlı bir listesini oluşturduk (Tablo 1). Böyle bir tablo uygulamada standardizasyon, basitlik ve kontrol edilebilirlik avantajını sağlayabilirse de, prenatal tanısı koyulabilen hastalıkların sayısının hızla artıyor olmasının yanı sıra, hastalık isimlerinin ve klasifikasyonların değişiyor olması nedeniyle uygulamada sorunlar yaratabilecektir. Diğer taraftan uzun ve karmaşık listeler oluşturulurken hatalar ve eksikler de yapılabilir. Bunun yerine daha akılcı bir alternatif, "Yaşamla bağdaşmayan hastalıklarla, bir erişkinin desteği olmaksızın yaşamını tek başına sürdüremeyecek boyutta ağır olan ve tedavi edilemeyen mental ve/veya fiziksel ve/veya fonksiyonel maluliyete neden olan hastalıklarda ve bu hastalıklara ait ciddi risklerin varlığında gebeliğin sonlandırılması mümkündür"

şeklinde bir tüzük maddesini uygulamaya sokarak tıbbi kurullara terminasyon alternatifi sunma yetkisini aktarmak olacaktır.

Bunların dışında bazı klinik uygulamaların mevcut tüzüğe uygun olmadığı gözlemlenmektedir. Tüzük on haftanın üzerindeki gebelikler için, endikasyon varlığında gebelik haftasından bağımsız olarak gebeliğin sonlandırılmasına izin vermektedir. Kaldı ki yasa ve tüzüğe göre gebelik haftasının üst sınırı tanımlanmamıştır ve bu durum prenatal tanı uygulamalarında bir klinik gerekliliktir. Ancak günümüzde bazı obstetrisyenler viyabilite sınırının üzerindeki haftalarda sonlandırma işlemini yapmayı reddetmektedir. Sonlandırmanın gerekçesini belgeleyen raporu bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın düzenlemesi yeterli olmasına rağmen, pek çok sağlık kurumunun komisyonlar, heyetler veya sağlık kurulları oluşturmak gibi yöntemlerle sorumluluğu yaymaya çalışmaları yaşanan bir gerçektir. Bu tür uygulamaların çoğunlukla, sonlandırmayı yokuşa sürmeye yönelik hatalı uygulamalar olduğunu düşünmekteyiz. Bu durum ciddi boyutlarda gizli kalmış mağduriyetlere neden olmaktadır. Ayrıca pek çok hekim tüzükte belirtilen 'raporların en geç bir hafta içine sağlık müdürlüğüne gönderilmesi' maddesine karşın, yaptıkları tahliye işlemini bildirmeyi ihmal etmektedir.

Yasaların kısıtlayıcı olduğu ülkelerde toplumlar ciddi problemlerle karşı karşıyadır. Öncelikle fetal anomali endikasyonu ile gebeliğin sonlandırılmaması toplumda engelli çocuk sayısının artmasına neden olur. Bu durum hem ailelere hem de topluma sosyal ve ekonomik açıdan önemli bir yük getirmektedir²². Aynı zamanda güvenli olmayan koşullarda yapılan yasa dışı müdahaleler morbidite ve mortalitenin çok daha yüksek olmasına neden olmaktadır²³. Güvenli olmayan koşullarda yapılan müdahalelerde pelvik enfeksiyon, sepsis ve kanama gibi ciddi morbiditeler beklenen durumlardır ve dünyada, tüm maternal ölüm nedenlerinin %13'ünü oluşturmaktadır²⁴.

Tablo 1: Gebeliğin sonlandırılmasının fetal nedenleri

1. Kromozom anomalileri (Trizomi 21, trizomi 18, trizomi 13, 45 XO vb.)
2. Yapısal anomaliler (nöral tüp defekti, holoprosensefali, mikrosefali, hidrosefali, ağır konotrunkal anomaliler, tek ventrikül, bilateral renal agenezisi, mesane ekstrofisi, cücelik, higroma, bilateral anoftalmi, diyafram hernisi, batin ön duvar defekti vb.)
3. Sitogenetik anomali olmaksızın genetik hastalıklar (Kistik fibrosis, muskuler distrofi, osteokondrodizplazi, orak hücreli anemi, nörofibromatosis, Frajil X sendromu, Tay-Sachs, Huntington hastalığı vb.)
4. Obstetrik komplikasyonlar (ağır fetal büyüme kısıtlılığı, ikinci üçayda erken membran rüptürü vb.)
5. Fetal enfeksiyon (Tokso plazmosis, rubella, sitomegalovirüs vb.)
6. Teratojen maruziyeti (Warfarin, talidomid, izotretoin, kemoterapi vb.)
7. Radyasyon maruziyeti

Sadece anne hayatının tehlikeye sokan durumlarda indüklenmiş abortusun yasal olduğu Guatemala'da, tıbbi tahliye son 10 yılda bildirilen en sık dördüncü anne ölümü nedenidir²⁵. Rahim tahliyesinde, müdahaleyi yapan kişinin yeterli deneyime ve yeteneğe sahip olmaması veya müdahalenin yapıldığı ortamın asgari tıbbi standartların altında olması güvenli olmayan koşulları oluşturur²³. Yasaların sınırlı olduğu durumlarda, yasa dışı olarak gerçekleştirilen, abortuslar genellikle hijyenik olmayan ve bir komplikasyon gelişmesi halinde gerekli acil tıbbi müdahalenin uygulanamayacağı yerlerde yapılmaktadır. Bununla beraber, işlem sonrasında bir komplikasyon meydana geldiğinde, kadınlar durumun anlaşılmasından korkarak geç dönemde hastaneye başvurmaktadırlar²³. Bunun yanı sıra bazı kişilerin yasa dışı olarak veya daha liberal ülkelere giderek gebeliğini sonlandırabilecek güce sahip olması, sosyo-

ekonomik sınıflar arasında eşitsizliğe ve çatışmalara yol açmaktadır²². Bu nedenlerden dolayı tüm dünyada gebeliğin sonlandırılması ile ilgili yasal düzenlemelerde serbestleşme yönünde bir eğilim görülmektedir. 2008 yılı verilerine göre son 22 yılda 36 ülkede yasalar önemli ölçüde esnekleştirilmiştir²⁰. Örneğin İran'da 1997 yılında yasalar sadece talasemi majör saptanan gebeliklerin sonlandırılmasına izin verirken, 2003 yılından beri 20. gestasyonel haftanın altında olmak kaydıyla, diğer majör konjenital anomalilerde de, sonlandırma yasal çerçeve içine alınmıştır^{26,27}. Nepal'de 2002 yılında indüklenmiş abortus yasallaştırılmış, 1998'de %54 olan abortusa bağlı morbidite insidansı 2009'da %28'e gerilemiştir²⁸. Benzer şekilde Etiyopya'da 2005 yılında yasalar esnekleştirilmiş, buna bağlı olarak komplikasyon gelişen abortusların canlı doğumlara oranının azaldığı kaydedilmiştir²⁹.

Fetüsün viyabil olduğu ileri gebelik haftalarında gebeliğin sonlandırılmasının gerekli olduğu durumlar hem yasal hem de etik açıdan önemli bir tartışma konusu olmaktadır. Ülkemizde gebelik haftasıyla ilgili herhangi bir kısıtlama getirilmemiş olmasına rağmen, pek çok kliniğin 23 haftayı fetal viyabilite sınırı olarak tanımlayıp, bunun üzerindeki haftalarda bu tür girişimlerden kaçınması bu tartışmalar doğrultusunda yorumlanabilirse de önemli bir hizmet açığı oluşturmaktadır. Geç dönemde uygulanan sonlandırma işlemlerinde doğum eyleminin indüksiyonundan önce fetosite ihtiyaç duyulması, erken haftalara göre komplikasyon riskinin daha yüksek olması ve mediko-legal endişeler hizmeti zorlaştıran önemli nedenlerdir. Ancak, daha önce de belirtildiği gibi üçüncü üçayda saptanabilen anomalilerde ve prognozun öngörülemediği hastalıklarda gebeliğin sonlandırılmasına erken dönemde karar vermek mümkün olmamaktadır. Ayrıca tanı ile sonlandırma arasında ilgili uzmanlarca danışmanlık verilmesi, karyotip analizinin sonucunu beklenmesi, hekimlerden oluşan konseyin sonlandırmaya izin vermesi ve ailenin nihayi karara varması için belirli bir süreye ihtiyaç duyulmaktadır⁹. Bu nedenle yasal olarak geç dönemde sonlandırmaya izin

verilen yerlerde uygulayıcıların kendiliğinden bir süre sınırı koyması anlaşılabilir bir durum değildir. Yasal olarak geç dönemde sonlandırmaya izin verilmeyen yerlerde ise hizmet sorunlarının yaşanması kaçınılmazdır. Öncelikle, zaman sınırlaması sonlandırma kararının aceleyle ve yeterince düşünülmeden verilmesine neden olarak, aile üzerinde ciddi baskı yaratmaktadır. Ayrıca anomali saptanan gebeliklerin bir kısmı, tanı koyulmasına rağmen sonlandırılmamaktadır. Örneğin 20. gebelik haftasından sonra tahliyenin yasal olmadığı İran'da, prenatal dönemde konjenital anomali tanısı koyulan gebeliklerin sadece üçte biri yasal olarak sonlandırılabilir 27. Bu nedenle sonlandırmayla ilgili yasa ve tüzükler geç sonlandırma işlemine izin verecek şekilde düzenlenmeli, hizmetler de bu doğrultuda nitelikli bir şekilde sunulmalıdır. Fetositin gerekliliği nedeniyle geç sonlandırma işleminin yapıldığı yerin, içinde perinatoloji kliniğinin olduğu tersiyer merkezler olarak belirlenmesi, nitelikli hizmetin bir gereği olarak, düzenlemeler kapsamında yer almalıdır.

Sonuç

Prenatal tanı sonrası gebeliğin sonlandırılması halk sağlığı açısından hassas bir konudur. Gelişen teknolojiler ile artan prenatal tanı olanakları sonucunda giderek daha çok sayıda gebelikte fetal hastalık

tanısı koyulabilmektedir. Gerekli olgularda, ailenin tercihi doğrultusunda bu gebeliklerin sonlandırılması hem aileyi hem de toplumu ekonomik ve sosyal problemlerden korumaktadır. Letal veya ciddi fiziksel, fonksiyonel ve mental yetersizliğe yol açan anomaliler için postpartum dönemde gereksiz emek ve mali kaynak harcanmakta, bu durum ailede yaşanan krizin yanı sıra, toplumsal boyutta da iyileştirilebilir hastalığı olan bebeklerin bakımı için ayrılacak imkanların azalmasına neden olabilmektedir. Bununla beraber güvenli olmayan koşullarda yapılan sonlandırma işlemleri en önemli engellenebilir maternal mortalite nedenlerinden biridir. Ancak, gebelik sonlandırmasının sağlıklı koşullarda yapılabilmesi için yasaların izin veriyor olması yeterli değildir. Kişilerin sonlandırmanın yapıldığı merkezlere ulaşabilirliği, giderlerin sağlık sigortası tarafından karşılanabilirliği ve toplumsal baskılar müdahalenin yapıldığı koşulları etkileyen faktörlerdir. Bu nedenle gebelik sonlandırmasıyla ilgili yasaların kısıtlayıcı olmaması, gebelik sonlandırmasını sağlıklı ve güvenli bir şekilde yapabilen merkezlerin varlığı ve halkın bu merkezlere ulaşabilirliğini sağlayan düzenlemelerin yapılması halk sağlığını koruma açısından son derece önemli tutumlar olarak değerini korumaktadır.

Kaynaklar

1. Dolk H, Vrijheid M. The impact of environmental pollution on congenital anomalies. *Br Med Bull* 2003;68(1):25-45.
2. Boyd PA, Chamberlain P, Hicks NR. 6-year experience of prenatal diagnosis in an unselected population in Oxford, UK. *Lancet* 1998;352:1577-81.
3. Bijma HH, van der Heide A, Wildschut IJH. Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *Reprod Health Matters* 2008;16(31 suppl):82-9.
4. Çorbacıoğlu A, Aslan H, Aydın S, Akbayır Ö, Ersan F, Alpay V, Dağdeviren H, Kısacık S. Trends in fetal indications

for termination of pregnancy between 2002 and 2010 at a tertiary referral centre. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2012;13:85-90.

5. Dommergues M, Mandelbrot L, Mahieu-Caputo D, Boudjema N, Durand-Zaleski I, ICI Group-Club de medecine foetale. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? *Prenat Diagn* 2010;30:531-9.
6. Korenromp MJ, Christiaens GCML, van den Bout J, Mulder EJH, Hunfeld JAM, Bilardo CM et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal

- abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn* 2005;25:253-60.
7. Boyd PA, Tondi F, Hicks NR, Chamberlain PF. Autopsy after termination of pregnancy for fetal anomaly: retrospective cohort study. *BMJ* 2004; 328:137.
 8. Vaknin Z, Ben-Ami I, Reish O, Herman A, Maymon R. Fetal abnormalities leading to termination of singleton pregnancy: the 7-year experience of a single medical center. *Prenat Diagn* 2006;26:938-43.
 9. Garne E, Khoshnood B, Loane M, Boyd PA, Dolk H, the Eurocat Working Group. Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study. *BJOG* 2010;117(6):660-6.
 10. Gedikbaşı A, Gül A, Öztarhan K, Akın MA, Sargın A, Özek S, Kavuncuoğlu S, Ceylan Y. Termination of pregnancy and reasons for delayed decisions. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2010;11:1-7.
 11. Dommergues M, Benachi A, Benifla JL, des Noettes R, Dumez Y. The reasons for termination of pregnancy in the third trimester. *Br J Obstet Gynecol* 1999;106(4):297-301.
 12. Romosan G, Henriksson E, Rylander A, Valentin L. Diagnostic performance of routine ultrasound screening for fetal abnormalities in an unselected Swedish population in 2000-2005. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34:526-33.
 13. Derbyshire SW. Foetal pain? Best practice *Res Clin Obstet Gynaecol* 2010;24(5):647-55.
 14. Lee SJ, Ralston HJ, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *JAMA* 2005;294(8):947-54.
 15. Bellieni CV, Buonocore G. Is fetal pain real evidence? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2012;25(8): 1203-8.
 16. Rokyta R. Fetal pain. *Neuro Endocrinol Lett* 2008;29(6):807-14.
 17. Kosinska-Kaczynska K, Wielgos M. Is fetal able to feel pain? *Ginekol Pol* 2011;82(2):133-6.
 18. Tanne JH. Nebraska prohibits abortion after 20 weeks because of fetal pain. *BMJ* 2010;340:c2091.
 19. Evans MI, May M, Drugan A, Fletcher JC, Johnson MP, Sokol RJ. Selective termination: clinical experience and residual risks. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(6):1568-72.
 20. Boland R, Kaatzive L. Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *Int Fam Plan Perspect* 2008;34(3):110-20.
 21. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. *Resmi Gazete*, 27/5/1983; Sayı: 18059, 2827.
 22. Ballantyne A, Newson A, Luna F, Ashcroft R. Prenatal diagnosis and abortion for congenital abnormalities: Is it ethical to provide one without the other? *Am J Bioeth* 2009;9:48-56.
 23. Sedgh G, Singh S, Shah IH, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *Lancet* 2012; 379:125-32.
 24. Thalia A, Nassar A. Prenatally diagnosed foetal malformations and termination of pregnancy: The case of Lebanon. *Dev World Bioeth* 2011;11(1):40-7.
 25. Kestler E. Obstetrician-gynecologists' knowledge of and attitudes toward medical abortion in Guatemala. *Int J Gynecol Obstet* 2012;116:120-3.
 26. Bazmi S, Behnoush B, Kiani M, Bazmi E. Comparative study of therapeutic abortion permissions in central clinical department of Tehran Legal Medicine Organization before and after approval of law on abortion in Iran. *Iran J Pediatr* 2008; 18(4):315-22.
 27. Samadirad B, Khamnian Z, Hosseini MB, Dastgiri S. Congenital anomalies and termination of pregnancy in Iran. *J*

- Pregnancy. 2012;2012:574513. Epub 2012 Apr 24.
28. Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, Mahesh Puri, Shovana Rai Chitrakar, Pradeep Poudel et al. Nepal maternal mortality and morbidity study 2008/2009: summary of preliminary findings. Kathmandu, Nepal: Family Health Division , Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal, 2009.
29. Gebrehiwot Y, Liabsuetrakul T. Trends of abortion complications in a transition of abortion law revisions in Ethiopia. J Public Health (Oxf) 2009;31:81-7.

Benim Bedenim, benim kararım: isteyerek düşüğün yasaklanmasına karşı sivil tepkinin etik boyutu

Muhtar Çokar

Özet

Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın "kürtaj cinayettir" ifadesini kullandığı demecinin ardından Hükümetin Türkiye'deki düşükle ilgili mevzuatı değiştirme girişimi, kadın örgütleri başta olmak üzere sivil toplum kuruluşlarının tepkisine yol açmış durumda. Örneğine Batı ülkelerinde rastladığımız biçimde, toplumun "kürtaj karşıtlığı" ve "kürtaj taraftarlığı" biçimde bölünmesine neden olan bu süreçte, çok farklı kişi ve kuruluş, demeç ve bildirilerle düşük konusundaki görüşlerini gerekçelendirmeleri gerektiğini hissetmekte ve düşüğün iyi ya da kötü olduğu yönünde etik değerlendirmeler yapmaktadır. Türkiye'de isteyerek düşük konusundaki entelektüel birikimin etik yönden yetersizliğini ileri sürmek mümkün olsa da ileri sürülen görüşlerin etik yönden irdelenmesi, yaşanan sürecin iyi anlaşılmasını sağlayarak, düşük konusundaki etik yaklaşımların gözden geçirilmesine ve anlaşılmasına katkı yapabilir. Bu görüşten hareketle metinde tarafların demeç ve bildirilerindeki etik ifadeler örnek alınarak düşük konusundaki metaetik ve normatif yaklaşımlar özetlenmiştir. Değerlendirme sonucunda düşük konusunda kısıtlayıcı ve yasaklayıcı görüş ileri süren tarafların çoğunun, sadece kendi savlarını doğrulayacak kadar düşük olgusunu incelemiş olduklarını, konuya dar bir çerçeveden baktıklarını; kadın ve meslek örgütlerinin çok daha donanımlı ve etik konusunda bilgili olduğu ileri sürmek mümkündür. Demeç ve bildiriler bir araya getirildiğinde düşük konusu ile ilgili tüm yaklaşımlardan örnekler görülebilmektedir ancak, yaklaşımları dengeli olarak ve birbirlerini destekleyecek biçimde kullananlar yine kadın örgütleri ve meslek kuruluşları olmuştur.

Anahtar Kelimeler: İsteyerek düşük, etik boyut, sivil toplum kuruluşları

My Body, my decision: Ethical aspects of civil reaction against induced abortion ban

Abstract

Following the Prime Minister Recep Tayyip Erdogan's declaration as "abortion is murder", the Government initiated a process for the amendment of law on abortion, which resulted in oppositions from the community based organizations, especially the women organizations. The society has almost been divided as opponents and proponents of abortion, as experienced in the Western World and the counterparts needed to justify their views on abortion and performed ethical assessments through their speeches and declarations.

Sorumlu Yazar: Muhtar Çokar, Phd Dr, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Uzmanı, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Genel Müdürü, E-posta: mcokar@ikgv.org

Although it is possible to put forward the inadequacy of intellectual accumulation on abortion in Turkey, an ethical analysis of arguments from both sides may provide a better understanding of the process and different ethical approaches on abortion. Starting from this point, diverse metaethical and normative approaches on abortion are summarized in this article following the ethical phrases used at different speeches and declarations. It is possible to conclude that the defenders of the limitation or prohibition of abortion are not aware of different facts which effects the choices of people and they insist on relying on values which only support their arguments. The women groups and professional organizations are more equipped and knowledgeable about ethics. When speeches and declarations are put together, it is possible to see that all ethical decision methods are utilized with different organizations but only the women groups and professional organizations have a better understanding of balancing the use of different approaches.

Key Words: Induced abortion, ethical aspects, non-governmental organizations

“Kürtaj Yasağına” sivil tepki

“Benim bedenim benim kararım” kadın örgütleri tarafından kadının özerkliğini vurgulayan ve kadın bedenine yönelik her türlü müdahaleye karşı kullanılan bir slogan. Bununla birlikte, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programı'nın uygulanmasına ilişkin 2012 Uluslararası Parlamenterler Konferansı'nın İstanbul'da düzenlenen kapanış oturumunda yaptığı konuşmada¹, Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın “Sezaryenle doğumlara karşı olan bir başbakanım. Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum” demeci üzerine başlayan sivil tepkinin ortak sloganı olma özelliğini şimdiden kazanmış durumda.

Bu yazının hazırlandığı sırada Başbakanın demecine verilen tepki henüz yatışmamış durumda ve yapılan açıklamalar doğrultusunda, kısıtlayıcı yasa değişikliklerine gidilirse, tepkinin daha uzun süre devam edeceğini ileri sürmek yanlış olmayacak. Bununla birlikte, Hükümetin isteyerek düşük konusundaki kısıtlayıcı yönde mevzuat değişikliği hazırlıkları içinde olmasına Türkiye'de sivil toplumun gösterdiği tepkinin politik açıdan bazı ilginç yönlerinden de bahsetmek mümkün.

Öncelikle Hükümet, tepkiyi başlatan taraf olarak yalnızlığını korumakta. Neredeyse Türkiye'de isteyerek düşüklerin

cinayetle eşdeğer olduğunu Başbakan ve Bakanlar Kurulu üyelerinden başka kimse düşünmüyormuşçasına, sınırlı sayıda medya mensubunun ve resmi görevlinin aynı doğrultudaki yazısı ve görüşü hariç, bu konuda sözcü olarak ön safhadalar. İsteyerek düşüğü cinayet olarak tanımlayan gelenekselci sivil ve özellikle kadın kuruluşları bu konuda ön plana çıkmadılar.

Bu süreçte ön plana çıkmayan diğer bir grup sivil toplum kuruluşu, üreme sağlığı alanında çalışanlardan oluşmakta. Bu kuruluşların uzun bir süredir üreme sağlığı alanında yaşanan politik değişimlere tepki vermede yetersiz kaldıklarını söylemek mümkün ve Hükümetle görüş birliği içinde olmadıkları biliniyor olsa da, düşük konusundaki mevzuat değişikliklerine tepki göstermekten çekindikleri ya da tepki göstermekte istekli olmadıkları ortada. Diğer yönden kadın örgütleri ve işbirliği ağları bu süreçte Hükümetin düşük konusundaki girişimine en örgütlü, acil ve ilkesel düzeyde tepki veren kesim oldu. Feminist kadın örgütleri, kadının özerkliğini ihmal etmeyerek, isteyerek düşüğün bir hak olarak algılanması gerektiği yönünde tepkilerini dile getirdiler. Öncü feminist kadın kuruluşları ve işbirliği ağları yanı sıra, başta Türk Tabipleri Birliği olmak üzere bazı partiler ve uzmanlık dernekleri de tepki veren kuruluşlar arasında yer aldı².

Başbakan ve Hükümet mensupları tarafından yapılan açıklamalar dahil olmak

üzere, yukarıda sayılan kuruluş ve platformlar tarafından öne sürülen görüşlerde ortak bir kaygı mevcut. Her iki taraf da düşük konusundaki görüşlerini gerekçelendirmek gereğini hissetmekte ve etik değerlendirmeler yapmakta. Bu noktada Türkiye’de isteyerek düşük konusundaki entelektüel birikimin etik yönden yetersizliğini ileri sürmek zor olmayacak ve bu durum ileri sürülen görüşlerde de fark ediliyor denebilir. Bununla birlikte ileri sürülen görüşlerin etik yönden irdelenmesi, yaşanan sürecin iyi anlaşılmasını sağlayarak, düşük konusundaki etik yaklaşımların gözden geçirilmesine ve anlaşılmasına katkı yapabilir.

Bu yazıda düşük konusundaki etik yaklaşımların sıralanması ya da belirli bir görüşün savunulmasından çok, yaşanan politik süreçte ileri sürülen görüşlerin etik açıdan değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kaçınılmaz olarak düşük konusundaki farklı görüşlerin ve değerlendirme yöntemlerinin özetlenmesinin gerekli olduğu durumlarda ise büyük ölçüde ileri sürülen görüşlerden alıntılar yapılarak didaktik bir yaklaşımdan kaçınılmıştır.

Yasaklama girişimi ve sivil tepkinin etik boyutu

Birbirlerine karşı olsalar da Başbakanın demeci ve bu demece karşılık sivil tepkinin ortak özelliği kadın bedenine yönelik bir müdahale konusunda değerlendirme yapmaları ve ahlaki önermeler ileri sürüyor olmalarıdır. Başbakan “Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum. Buna kimsenin müsaade etme hakkı olmamalı. Ha anne karnında bir çocuğu öldürürsünüz ha doğduktan sonra öldürürsünüz. Hiçbir farkı yok” ifadesi ile bir değerlendirme yapmakta ve anne karnındaki ceninin statüsünün doğmuş olan bir bebekle aynı olduğunu ileri sürmektedir. Bebeklerin öldürülmesi cinayet olarak kabul edildiğinde, aynı statüde olduğu ileri sürülen ceninlerin yaşamlarının sonlandırılmasının da çocuk cinayeti olarak değerlendirilmesi mümkündür. Başbakan, düşük konusunda bir basamak daha ileri giderek bir çocuk cinayeti olarak değerlendirdiği, “düşüğe izin verme

hakkının” kısıtlanması gerektiğini ileri sürmüştür. Başvuranlar yönünden düşüğe izin verilmemesi ya da yasaklanması ile aynı anlam taşıyabilecek bu önerme, ahlaki bir önermedir. Hükümetin isteyerek düşüğün yasaklanması girişimine gösterilen tepkilere ait metinlerde benzer, ancak karşıt bir değerlendirmenin varlığını saptamak da bu durumda, şaşırtıcı değildir.

Etığe başlangıç için iyi bir kaynak olarak değerlendirilebilecek kitabında Anna Pieper etik uğraşı şöyle tanımlamaktadır: “Felsefenin bir dalı olarak etik, kendisini ahlaki eylemin bilimi olarak anlar. Ahlakilik kavramını temellendirmek üzere insan pratiğini, mevcut ahlakilik koşulları açısından araştırır. Ahlaki olanın esasen ne olduğunu, ahlaki eylemin bir anlamı olup olmadığını, böylesi bir eylemi nasıl temellendirebileceğini ve açıklayabileceğini soran kişi etik yapmaya başlar”³. Bu görüşü destekleyen Robert M. Veatch’in tanımı ile etik, insanların ahlaki sezgileri ve ahlaki seçimleri üzerine sistemli fikir yürütme girişimidir⁴. Bu tanımdan yola çıkarak Başbakanın demecinde ve bu demece tepki olarak açıklanan bildirimlerde yer alan ahlaki önermelerin irdelenmesini, etik bir pratik olarak değerlendirmek mümkündür.

Bu özel etik pratiğin işlevinin ne olacağı sorusu önemlidir ve yanıtı büyük ölçüde bu yazının amacı ile örtüşmektedir. Öncelikle düşük konusunda farklı ahlaki önermeler ileri süren tarafların gerekçelerinin tutarlı olup olmadıklarını anlamak, etik bir değerlendirme ile mümkün olabilir. Etik değerlendirme ile, ahlaki önermede bulunan tarafın konunun olgusal gerçekliğine hakim olup olmadığı, olgusal gerçeklikten kaynaklanan ve seçim yapmasını etkileyecek tüm değerlerin farkında olup olmadığı, bu değerler arasından bir seçim yaptığında ise, seçim gerekçesinin korumak istediği değerlerle bağlantılı olup olmadığı anlaşılabilir.

Demeç ve bildirimlerdeki ahlaki yargıların niteliği

Başbakanın demeci ile başlayan süreçte pek çok etik önerme ileri sürülmüş, çok sayıda kişi ve kuruluş düşük ile ilgili tutum ve yargılarını ifade etmiştir. Ahlaki önermelerin pek çoğunda olduğu gibi bu

ifadelerde de “iyi”, “kötü”, “doğru” ve “yanlış” gibi, üzerinde sonsuza kadar uzlaşma sağlanamayacak sözcükler kullanılmış, ya da bu sözcükler doğrudan kullanılmamış olsa da düşüğün veya düşükle bağlantılı bazı eylem biçimlerinin iyi ya da kötü olduğu ifade edilmiştir. Demeç ve bildirimlerde kullanılan sözcüklerin seçimi, bu sözcüklerin oluşturduğu önermelerin yapısı ve anlamı, değer içeren önermelerin birbirleriyle olan bağlantıları, hangi değer seçiliyor olması ve neden seçiliyor olmasının anlaşılmasına çalışılması etik pratiğin uğraşı alanı içindedir. Bu bağlamda etik sözcüklerin anlamı ve bu anlamların birbirleriyle bağlantılarını inceleyen etik dalına metaetik adı verilir⁵. Söz konusu demeç ve bildirimler, metaetik yönden farklılıklar göstermektedir ve bu farklılıkların çözümlenmesi, hem tarafların düşük konusundaki görüşlerinin tutarlılığının anlaşılması, hem de daha sonraki aşamalarda seçimlerinin neler olabileceğinin tahmin edilmesi açısından önemlidir.

Başbakanın 25 Mayıs 2012 tarihinde İstanbul’da yaptığı konuşmadaki değerlendirmesinde anne karnındaki ceninin statüsünün doğmuş olan çocukların statüsü ile eşit olduğunu ileri sürmekte ve her ikisinin de öldürülmesini cinayet olarak değerlendirmektedir. Bu değerlendirme düşük ile çocuk öldürmenin cinayet olduğu ve buna müsaade edilmemesi gerektiği biçimindeki ahlaki önerme ile tamamlanmaktadır. “Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum” ifadesi ahlaki bir önerme midir ya da diğer bir deyişle “kürtaj yasaklanmalıdır” ifadesi ile aynı anlamda mı kullanılmaktadır sorusu önemlidir. Metaetik çözümlenme bu sorulara yanıt arama girişimidir. Metaetik değerlendirme, aynı zamanda, ahlaki önerilerde bulunan öznenin olgusal gerçekliği ve dünyayı nasıl algıladığı ve yorumladığına dair ipuçları da sağlar.

Düşük söylemi ve etik gerçekçi yaklaşımlar

Metaetik alanında ahlaki gerçekliğin insan aklından bağımsız olarak var olduğunun savunulması ve etik uğraşın bu gerçekliğin keşfedilmesi olarak

tanımlanmasına etik gerçekçilik (ethical realism) adı verilir. Etik gerçekçilik kapsamında değerlendirilen etik doğalcılık (ethical naturalism), ahlaki kavramların ahlaki olmayan “doğal” kavramlardan türetilerek anlaşılabilirliğini ileri sürer⁶. Ahlaki kavramlar doğrudan ahlaki olmayan kavramlara dönüştürülebilir ve bu kavramlarla üretilen yeni önermeler ahlaki anlam taşımazlar. Eğer böyle bir dönüştürme olanaklıysa, tıpkı bir metrenin yüz santimetre olduğunu ifade eder gibi, ahlaki terminolojiye gereksinim duymadan değerlendirmeler yapmak mümkündür⁵. Başbakanın demecindeki “cinayet” ifadesi bu tür bir etik doğalcı dönüştürmenin örneği sayılabilir. Demeçte kürtaj doğrudan cinayete indirgenerek onaylanmayan bir eylem olarak değerlendirilmiştir ancak bu değerlendirme biçiminin nasıl yapıldığına dair bir açıklama yer almamıştır. Etik doğalcı yaklaşımı savunanlar için bir davranışın iyi ya da kötü olarak değerlendirilebilmesinde farklı kaynaklar kullanılabilir. Bazıları için toplumun çoğunluğunun aynı görüşte olması yeterlidir (sosyolojik tanımlama), diğer bir grup için teolojik tanımlama (tanrı emrettiği için) geçerlidir, bir diğer grup için ise en fazla mutluluğu sağladığı (yararlı - utilitarian - tanımlama) için bir eylem iyi ya da sağlayamadığı için kötüdür. Sadece onayladığım için bir eylemin doğru olduğunu savunmak (otobiyografik - autobiographical - tanımlama) da etik doğalcı görüşle uyumludur⁵. Başbakan demecinde kürtajı cinayetle özleştirerek ahlaki doğalcılıkla uyumlu bir değerlendirme yapmıştır ancak bu değerlendirmeyi hangi yöntemle yaptığı açık değildir.

Bireylerden bağımsız bir ahlaki gerçekliğin varlığını savunan diğer bir etik gerçekçi akım sezgicilik (intuitionism). Ahlaki sezgiciliğe göre, iyi ve doğru benzeri ahlaki terimler gerçek olayların, etkinliklerin ve bireylerin nesnel özellikleridir. Bu özellikleri tanımlamak mümkün değildir. Bizler bu özelliklere doğrudan bir içgörü ya da kavrayış yoluyla ulaşırız⁶. Bir şey iyi olduğu için iyidir; iyi olması için kanıt ya da doğrulama gerekmez. İyilik ya da kötülük yetişkinlerde var olan

sezgisel bir ahlak yetisi tarafından saptanabilir. Bu bağlamda Başbakanın “Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum” ifadesini sezgicilik kapsamında değerlendirmek, Başbakanın AKP Genel Merkez Kadın Kolları 3. Olağan Kongresi'nde yaptığı konuşmasındaki “Her kürtaj Uludere'dir” ifadesi için de benzer bir değerlendirmeyi yapmak mümkündür. Buradaki sezinlemenin görme duyusu ile ilgisi yoktur, daha ziyade ahlaki gerçekliğin içe doğmasıdır.

Etik gerçekçi yaklaşımlar (etik doğalcık ve sezgicilik) bilişeldir (cognitivist). Bu durumda etik değerlendirme yapıldığında, değerlendirme yapanlar, öznenen bağımsız varoluşa sahip etik doğruların ortaya çıkarıldığını düşünürler. Diğer yönden insanların etik gerçekliği yarattıklarını ileri süren bilişsel olmayan (non-cognitivist) metaetik görüşler de bulunmaktadır ve kürtaj tartışmasında gündeme gelen bildirimlerin bir bölümü bu doğrultudaki görüşleri yansıtmaktadır.

Düşük söylemi ve bilişsel olmayan yaklaşımlar

Bilişsel olmayan (non-cognitivist) etik çözümleme yaklaşımlarından biri olan duyguculuk (emotivism) savunucularına göre, etik tümcelerin temel fonksiyonu etik bir yargı öne sürmek değildir. Bir kimse “x iyidir” dediğinde, tümce ile bir sav ileri sürülüyormuş gibi bir izlenim oluşmasına karşın ortada bir sav yoktur. “Kar beyazdır” veya “futbol eğlencelidir” önermelerini (doğru ya da yanlış olarak) değerlendirdiğimiz biçimde “yalan söylemek kötüdür” önermesini değerlendiremeyiz. Etik tümceler etik ile ilgili sözcükleri barındırabilir ancak bu etik tümceler herhangi bir sav ileri sürmezler. Etik tümcelerin işlevi, konuşanın duygu ve düşüncelerini aktarmaktır. Duyguculuk savunucuları aynı zamanda etik ifadelerin dinleyen kişinin duygu ve düşüncelerini harekete geçirdiğini de ileri sürerler⁵.

Başbakanın demecine tepki olarak bir araya gelen kadın kuruluşlarınca oluşturulan platformlar tarafından yayınlanan bildirimlerde yer alan sloganlar,

duyguculuk yaklaşımına örnek olacak nitelikte ifadelerdir. “Sen kadınlarla uğraşmayı bırak Erdoğan, Roboski katliamının hesabını ver!”, “Kürtaj haklı, Uludere katliam!” veya “Bedenimiz Bizimdir. Bedenimiz, Cinselliğimiz ve Doğurganlığımız Başbakan ya da Koca ya da Hoca, hiç kimse tarafından denetlenemez” ifadelerinin tepkisel bir duygusalılık içerdiği ileri sürülebilir.

Altmışbinden fazla kişi ve dokuzyüzden fazla kuruluştan imza toplayarak önemli bir savunuculuk hareketi başlatan Kürtaj Yasaklanamaz Girişimi ve Türk Tabipleri Birliği ve Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) bildirimlerindeki ortak özellik, düşüğün yasaklanması durumunda üreme sağlığı alanında önemli sorunların yaşanacağını öngörülmesi ve bu olumsuzlukların yaşanmaması için nelerin yapılmasının doğru olacağını listelenmesidir. Bu doğrultudaki etik yaklaşım ahlaki kuralcılık (ya da ahlaki buyuruculuk - moral prescriptivism) olarak adlandırılmaktadır.

“Ücretsiz, kolay erişilebilen, yüksek standartlardaki doğum kontrol yöntemlerini teşvik etmek yerine kürtajın kısıtlanarak ya da yasaklanarak kadınların sağlık ve yaşama hakkının riske atılmasına karşı çıkıyoruz” Kürtaj Yasaklanamaz Girişimi⁷

“Suç olan kürtaj değil, kadınların hayatlarını riske atacak tehlikelere zorlamaktır. Kürtaja sınırlama getirmek, erkek egemenliğinin, AKP'nin muhafazakar politikaları yoluyla ev içinde kadın emeği üzerindeki baskıları arttıracak, kadınların emeklerine el konmasının yanında, bedenlerine de el konarak kadın düşmanlığını katmerlendireceğini göstermektedir. Kürtaj hakkı erkeğin /devletin kadın bedeni üzerindeki vesayetinin kaldırılması hakkıdır. Doğum kontrol yöntemleri pahalıdır, ucuz yöntemler ise, kadınların sağlık hakkını ve

*yaşama hakkını riske atmaktadır. Bu nedenle, daha yüksek standartlarda doğum kontrol yöntemlerine tüm kadınların ücretsiz ve kolay erişimi sağlanmalıdır” Türk Tabipleri Birliği*⁸

“Kürtajın Yasaklanması Anne Ölümünü Ciddi Biçimde Artıracaktır...”

- *İstenmeyen gebeliklerin tümünü oluşmadan önlemek*
- *Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacını ortadan kaldırmak*
- *Aile planlaması hizmetlerini birinci basamakta kaliteli , sürekli ve her düzeyde yaygın sunmak,*
- *Aile planlaması hizmetleri ve malzemelerinin tümünü genel sağlık sigortası kapsamına almak,*
- *Kadının statüsünü güçlendirmek*
- *Üreme sağlığında erkek katılımını güçlendirmek...*

gerekmektedir.” Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD) Basın Açıklaması⁹

Yukarıdaki bildirimlerde kullanılan önermeler ahlaki kuralcılık yaklaşımı ile uyumludur. Ahlaki kuralcılar etik önermelerin yönergelerden ve tavsiyelerden oluştuğunu kabul ederler. Eğer bir şeyin iyi olduğunu söylüyorsam yapılmasını tavsiye ediyorum demektir. Her etik önermede küçük bir uğraşla “yapmalısın” ifadesini içeren bir önermeye dönüştürülebilir. Örneğin “yalan söylemek kötüdür” önermesi “insanlar yalan söylememeli” olarak yeniden yazılabilir.

Normatif etik yönünden demeç ve bildirimler

Metaetik, etik sözcüklerin büyük ölçüde anlamlarıyla ilgilenir. Felsefe ile

neyin iyi olduğu (hedef alınması gerektiği), hangi eylemlerin doğru olduğu ve neden doğru olduğunu anlamayı amaçlıyorsak bir başka alana giriş yapmamız gerekir ki bu alan normatif etik olarak adlandırılır. Bu inceleme yazısının geri kalan bölümünde düşük tartışmaları kapsamında gündeme gelen demeç ve bildirimlerde ileri sürülen etik önermelerin normatif etik yönünden incelenmesi amaçlanmıştır. Metaetik çözümlene yaptığımızda büyük ölçüde, düşük ile ilgili ahlaki bir görüş ileri süren tarafın, düşük ile ilgili olarak olgusal alanın hangi kısmını önemsediyini, bu olgusal alandan hangi değerleri oluşturduğunu ve bu değerler arasından bir seçim yaptığında yani ahlaki bir karar verdiğinde bu kararı nasıl açıkladığını anlamış oluruz. Tartışma nedeniyle gündeme gelen farklı değerler arasından neden bazılarının seçilip nasıl diğerlerinin saf dışı bırakıldığının anlaşılmasına çalışılması yönündeki entelektüel etkinlik bir metaetik çözümlenmedir. Diğer bir deyişle davranışlarımızla ilgili kararlarımızın gerekçeleri ile ilgili akıl yürütürken metaetik büyük ölçüde nasıl sorusuna yanıtlar ararken, normatif etik neden sorusuna yanıt arar.

Ahlaki gerekçelendirme ve etik kuramlar

Bir eylem (1) Öznesi, (2) Kuralları, (3) Sonuçları ve (4) Etkileri yönünden farklı biçimlerde incelenebilir. Etik teorileri de benzer biçimde, insan davranışının hangi yönünü önemsediklerine bakarak sınıflandırmak mümkündür. Erdem (virtue) kuramı eylemin öznesini (1) önemser ve bir eylemin iyi ya da kötü olması, eylemde bulunan öznenin niteliklerine bağlıdır. Eylem erdemli bir kişinin davranışına karşılık geliyorsa iyi, değilse kötüdür¹⁰.

Deontolojik (deontological) kuramlar eylemin gerçekleştiği sırada göz önünde bulundurulmuş kuralları (2) önemser. Eylemin nasıl sonuçlandığından ziyade eylemin nasıl yapıldığının, hangi kurallara göre yapıldığının önemi vardır. Bu bağlamda eylem kendisi amacını içinde taşımalıdır ve doğru bir eylem bir başka amaca hizmet etmek için yapılmayan, amacı genel bir kural olmaya aday olan eylemdir.

Deontolojik kuramlar bazı eylemlerin mutlak doğru ya da yanlış olduklarını ileri sürmez, sadece içsel özelliklerin (örneğin kuralların) bir eylemi doğru ya da yanlış nitelendirmemize neden olduğunu savunurlar¹⁰.

Erekselci (teleological) kuramlar eylemin çıktılarını (3) (ends, outcomes, results) vurgularken, sonuçsalci (consequentialist) kuramlar eylemin etkilerini (4) (consequences) vurgular. Her iki görüşün ortak yönü eylemin içsel özelliklerini önemsemiyor olmalarıdır. Bu görüşte olanlar için bir eylemin herhangi bir kurala uygun uygulanıp uygulanmadığının bir önemi yoktur. Eylemin sonucu eylemin nasıl yapıldığından önemlidir. Diğer bir deyişle eğer sonuç kabul edilebilir bir nitelikteyse eylemin kabul edilemez bir yöntemle yapılması bir sorun oluşturmaz.

Düşüğü ceninin statüsü aracılığıyla değerlendirmek

Düşük hakkında yürütülen her türlü akıl yürütmenin eninde sonunda vardığı yerin, ceninin statüsü üzerine yürütülen tartışmanın bir tarafında yer almak olduğunu ileri sürmek çok yanlış da olmayacaktır. Bu taraf tutma aynı zamanda düşük konusuna erdem etiği ile yaklaşmanın çerçevesini de belirler. Ceninlerin ahlaki statüsü hakkında toplumda bir görüş birliği olduğundan bahsetmek mümkün değilse de birçok kişi, döllenme anından itibaren ceninin ahlaki statüsünün doğmuş olan bir insan ile eşit olduğunu varsayar. Philip Devine çağlar boyunca bir tür doğum kontrolü olarak kullanılagelmiş infantisit (bebek öldürme) karşıtı kural için iki gerekçe ileri sürmektedir: Birincisi, bebekler insan türünün bir üyesidir (tür ilkesi), ikinci olarak bebekler zamanı gelince düşünecekler, konuşacaklar, sevgi duyacaklar ve bir adalet duygusuna sahip olacaklardır (potansiyellik ilkesi). Her iki ilke ceninler için de doğru olduğu için, döllenme anından itibaren ceninler korunmalıdır ve düşük cinayet olarak kabul edilmelidir¹¹.

Başbakanın 25 Mayıs 2012 tarihinde İstanbul'da yaptığı konuşmadaki "Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum. Buna kimsenin

müsaade etme hakkı olmamalı. Ha anne karnında bir çocuğu öldürürsünüz ha doğduktan sonra öldürürsünüz. Hiçbir farkı yok. Buna karşı çok daha duyarlı olmaya mecburuz. Buna karşı el birliği içinde olmak zorundayız" ifadesi insan davranışını eylemde bulunan özne açısından değerlendiren erdem etiği yaklaşımı ile uyumlu bir etik akıl yürütme biçimidir ve ceninlerin ahlaki statüsünün doğmuş olan çocuklarla aynı olduğunu savunmaktadır. Başbakanın demeci öncelikle düşük tartışmalarında yaygın olarak kullanılan bir tasım (syllabus) içermektedir. Standart tasım:

1. İnsan öldürmek yasaktır,
2. Cenin insandır,
3. Ceninlerin öldürülmesi yasaktır, biçimindedir.

Bir tasımda bilindiği gibi öncüller (1. önerme) sonuçtan (3. önerme) daha iyi belirlenmelidir ve sonucun geçerli olması için her koşulda insanların öldürülmelerinin yasak olması gereklidir. Savaşlarda ya da nefsi müdafaa amacıyla insanlar öldürüldüğünde veya insanların ölümlerinin kolaylaştırıldığı ötanazi uygulamalarında, insan öldürmenin her zaman cinayet olarak nitelendirilmediği bilinmektedir. Diğer yönden tasımın orta koşulları, düşük tartışmalarında en fazla sorun olan konudur. Bu bağlamda ceninlerin yaşamlarının ne zaman değer kazandığı ve statülerinin doğmuş ve yaşamakta olan insanlarla aynı olup olmadığı sorusu, üzerinde en fazla konuşulmuş konulardan biridir. Ceninlerin hangi özelliklerinden dolayı insan türünün bir üyesi sayılmasının gerekliliği tartışmalıdır ve potansiyellik ilkesine karşı çıkanlar bu ilkenin sadece ceninler için değil sperm ve ovum için de geçerli olduğunu ileri sürülebilmektedir. Benzer biçimde, kendi varlığının değerini bilmeyen canlıların yaşamlarının değerinin, kendi varlığının değerlerinin farkında olan canlılardan daha az değerli olduğu savunmak da mümkündür. Bu konudaki belirsizlikler bu derece yoğunken, öncülleri oldukça sorunlu olan, bir tümdengelim manevrasıyla etik tartışmalara bir son nokta koymak mümkün değildir.

Ankara Büyükşehir Belediye Başkanı Melik Gökçek'in Samanyolu Haber'e isteyerek düşük ile ilgili olarak verdiği demeç¹², erdem etiği yaklaşımına bir diğer örnektir. Gökçek demecinde "Zina yapınca çocuğun kabahati ne? Anası olacak kişinin kabahatinden çocuğun suçu ne? Anası çeksün, anası kendisini öldürsün. Eğer biri ölecekse niye çocuğu öldürtüyor, cinayet bu... Acılar olabilir ama acılar bu işi meşru hale getirmez" ifadesini kullanarak isteyerek düşüğe başvuran kadınların iffetsiz kadınlar olabileceğini vurgulamış ve günahsız ceninlerden ziyade kadınların kendilerini öldürmelerinin doğru olacağını belirtmiştir.

Bazı statü önceliğini savunanlar, annenin hayatının tehlikede olduğu durumlarda bile düşüğe izin verilmesinin ahlaken kabul edilemez olduğunu ileri sürer. Örneğin Baruch Brody, ceninin annenin yaşamını sonlandırmak gibi bir niyetinin olmadığını ileri sürerek, nefsi müdafaa koşullarının düşükte geçerli olmadığını savunur¹¹. Bu açıdan bakıldığında ülkemizdeki tartışmaların sadece isteyerek düşük çerçevesinde yürütüldüğünü söylemek mümkündür. Her ne kadar kürtaj terimi düşüğün her türlüünü ima eder biçimde kullanılıyor olsa da, annenin hayatının tehlikede olduğu durumlarda düşüğe başvurmanın hala çoğunluk tarafından (en azından Sağlık Bakanlığı tarafından) kabul edilebilir olduğu ileri sürülebilir. Fetal anomaliler durumunda ise sorun biraz daha fazla karmaşık hale gelmektedir. Başbakan düşükle ilgili bir başka demecinde "Engelidir diye yok edersek bu bir ötanazidir. Nice Down sendromu çocuğu olan anneyi görüyorum, çocuklarını büyük bir sevgiyle büyütüyorlar" ifadesi¹³ ile fetal anomali durumlarında düşüğe izin verme ile ötanaziye özdeşleştirmiştir. Başbakan burada da doğum sonrası yaşamın ahlaki değerlerinin doğum öncesinde de geçerli olması gerekliliğini ileri sürmekte ve ötanazinin tüm biçimlerinin doğru olmadığı kabulünden yola çıkmaktadır. Oysa onam yeterliğine sahip vakalarda, çeşitli nedenlerle yaşam isteği kalmamış ve tıbbi-teknojik desteklerle ölümü ertelendiği için çaresizlik ve acı içinde sadece ölmeyi

isteyen ve bekleyen hastaların bu isteklerinin yerine getirilmesi giderek taraftar toplamaktadır. Dolayısıyla ötanazi ile düşük konusu karşılaştırılırken sınırların iyi çizilmesi gereklidir.

Ceninlerin statülerinin doğmuş olan insanlarla aynı olmadığını ileri süren ikinci bir grubu da erdem etiği çerçevesinde incelemek gerekir. H. Tristram Engelhardt, genetik ve organik olarak ileride bir birey olarak tanımlanabilecek olsalar da ceninlerin, kişi özelliklerini kazanmaları için akıl ve bilinç yönünden gelişime gereksinim duyduklarını öne sürer¹¹. Engelhardt bu ifadesi ile ceninlerin değersiz olduklarını değil, kişilik hakları bakımından daha alt düzeyde olduklarını vurgulamaktadır. TJOD'nin Etik ve Hukuk Kurulu'nun Kürtaj Tartışması ile İlgili Görüşündeki "Etik ve hukuki olarak, cenin annesinden canlı ve tam ayrıldığında "kişi" olarak kabul edilir ve insan haklarına sahip olur. Cenin kişi olmayıp potansiyel (muhtemel) kişi olarak kabul edilmektedir. Cenin, kendisini ifade edemediği için özerkliği yoktur. Ceninin haklarını annesi korur. Yasalarımız, canlı doğmak şartıyla ceninin anne karnındaki döneminde yasal hakları olduğunu kabul eder. Canlı doğup anne karnında iken zarara uğrayan bebeğin geriye dönük hak talep etmesi mümkündür. Ölü doğan bebek "yok" hükmünde olduğu için yasal haklarından söz edilemez... Etik olarak ceninin yaşam değeri ile annesinin yaşam değeri aynı olmasına rağmen cenin "kişi" olmadığı için hukuki olarak yaşam hakkından söz edilemez" ifadesi, söz konusu yaklaşımla uyumludur¹⁴.

Erdem etiği yaklaşımı ile uyumlu olarak ceninlerin statüsü ile ilgili olarak üçüncü bir yol izlemek mümkündür. Bu yol, bir tür orta yoldur. Ceninlerin statüsünün, gebeliğin belirli bir aşamasında doğmuş olan kişilerle eşit olabileceğini savunan düşünürlerden biri olan Judith Jarvis Thomson¹¹, sanki Türkiye'deki isteyerek düşük ile ilgili süre limitinden haberdar olmuş gibi "Ceninlerin doğumdan önce belli aşamada bir insana dönüştüğü üzerinde anlaşabiliriz. Örneğin onuncu haftada ceninin yüzü, elleri, ayakları, parmakları ve iç organları oluşmuş haldedir ve beyin etkinliği saptanabilir" ifadesini kullanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın önce bu süreyi kısaltma niyeti

olduğu tahmin edilirken, Bakanlık süre ile ilgili olarak bir değişiklik olmayacağı ipuçlarını basına açıklamıştır. Ceninlere ruh üflenmesi biçiminde bir kişileştirme ile gebeliğin sadece belirli bir aşamasından sonra düşüğe başvurmayı günah olarak tanımlayan teolojik açıklamalar da bu türden erdem etiği yaklaşımı ile uyumludur.

Kurallara uyum yeterli mi?

TJOD'nin İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu ve tıp alanındaki üreme sağlığı dernekleriyle birlikte yaptıkları basın açıklamasında "Kürtaj, istenmeyen gebeliklerin önlenemediği ve modern aile planlaması yöntemlerinin uygulanmadığı durumlarda, gebenin ve eşinin isteği ile 10. haftanın altında yasal olarak uygulanan bir girişimdir. Yasalarımızın vatandaşlarımıza hak olarak sunduğu 10 hafta altındaki kürtaj uygulamasının "cinayet" olarak tanımlanmış olmasından duyduğumuz rahatsızlığı dile getiririz. Kürtaj cinayet değildir: Bu güne kadar binlerce vatandaşımız, sosyal ve ekonomik açıdan uygun durumda değillerken oluşmaya başlayan gebeliklerine, yasaların onlara verdiği hakka dayanarak ve kendi istekleri ile son verdirmişlerdir" ifadesi yer almaktadır 15. Bu ifade bir davranışın doğru ya da yanlış olduğunun değerlendirilmesinde davranışın hangi kurallara göre yapıldığını önemseyen deontolojik teori ile uyumludur. Diğer yönden Başbakanın "Ben bu ülkenin başbakanı olarak her meseleden sorumluyum" mesajı, kürtaj ve sezaryen gibi konulara hükümetin karışmaması gerektiği yönündeki eleştirilere deontolojik bir yaklaşımla verdiği yanittir.

Sadece yasaların gereğini ve mesleğinin kurallarını yerine getiriyor olması, hekimlerin düşük uygulamalarındaki ahlaki sorunlarına çözüm oluşturmaz. Tek başına kurallara uyumun bir eylemin doğruluğunu ya da yanlışlığının göstergesi olmadığı, deontolojik teorinin kurucuları tarafından da kabul edilmektedir. Kant, Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi kitabında eğer bir eylem görev dolayısıyla yapılıyor ve başka bir amaca hizmet ediyorsa bu eylemin ahlaksal içerikten yoksun olabileceğini belirtir. "Ancak aynı zamanda genel bir yasa

olmasını isteyebileceğin maksime (kural, düstur) göre eylemde bulun" ifadesi ile Kant, davranışlarımızın iyi ya da kötü olarak değerlendirilebilmesi için eylemlerimizin amacının aynı zamanda genel bir kural olarak ileri sürülebilecek kurallar biçiminde olması gerekliliğini öne sürmüştür 16. Diğer bir deyişle görev gereği bir eylemin yapılması, o eylemin iyi olarak değerlendirilmesini gerektirmez. Sağlık Bakanlığı'nın basına yaptığı açıklamalardan, sahip oldukları ahlaki ya da dinsel değerlerden dolayı düşük hizmeti sunmak istemeyen sağlık personeline hizmet sunmayı reddetme olanağı sağlanacağı anlaşılmaktadır. Her ne kadar hekimin özerkliğinin desteklenmesi olarak değerlendirilebilecek bir gelişme olmasına karşın, hizmet sunumunu olumsuz etkileyebileceği göz önüne alındığında Sağlık Bakanlığı'nın bu değişikliği nasıl uygulayacağı merak konusudur.

Düşük konusunda ilkeler nereye kadar geçerli?

Erekselci ve sonuçsalci yaklaşımlar eylem sonrasındaki duruma odaklıdır. Eylemin kimin tarafından ve nasıl yapıldığını daha az önemserler. Erekselci yaklaşım önceden belirlenmiş ilkelerin eylem sonucunda hangi ölçüde gerçekleşmiş olacağı ile ilgilidir. Bu anlamda ilkeci nitelikte bir yaklaşımdır. Her topluluğun, grubun, meslek örgütünün, düşünce sisteminin değer verdiği ve normlar aracılığıyla kurallaştırdığı ilkelerden bahsetmek mümkündür. Örneğin İnsan Hakları Evrensel Bildirisi tüm dünyada kabul görmüş ve hukuk aracılığıyla da içselleştirilmiş ilkeler bütünüdür. İnsan hakları ilkelerini göz önüne alarak karar veren bir kişi erekselci yaklaşımla uyumlu bir karar vermiş olacaktır. Düşük konusunda yaşam ve sağlık hakları başta olmak üzere, insanlık onurunun korunması, özerklik, mahremiyet, işkence ve kötü muameleden muaf olma benzeri pek çok hak gündeme gelebilmekte ve düşük konusundaki eylemlerin gerekçelendirilmesinde bu haklardan bazıları daha ön plana çıkartılabilmektedir.

Düşük konusunda demeç ya da bildiri sunan her kişi ya da kuruluş erekselci

yaklaşımın konuya değinmeden yapamamıştır. Demeç ve bildirimlerde erekselci / ilkeselci bir yaklaşımla insan hakları ilkeleri savunulmuş ve kararların çıktılarının bu haklarla uyumlu olmasının, eylemlerin doğruluğunu belirlediği vurgulanmıştır.

Yaşam hakkı, tartışmadaki her iki tarafı için de öncelikli konumdadır. Düşük hizmetlerini sınırlandırmak ve yasaklamaların kapsamını genişletmek tarafında olanlar ceninlerin yaşam hakkını savunurken, kadın hakları örgütleri ve meslek örgütleri kadının özerkliğine, onuruna ve zarar görmemesine vurgu yapmaktadırlar.

“Uluslararası hukukta tanınmış tüm haklar, kişinin tam ve sağlıklı olarak dünyaya gelmesi ile başlar. Kadınların kendi varlıklarını koruma ve özgürce sürdürme hakkı, potansiyel (henüz oluşmamış) haklara göre daha üstündür...Kürtaj hakkı; kadınların kendi bedenleri ve doğurganlıkları üzerinde söz sahibi olmasının ayrılmaz bir parçasıdır...Kadınlar devlete değil, kendilerine aittir. Kürtaj hakkı kadınların yaşam hakkıdır”. Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu ¹⁷

“Kürtajın yasaklanması veya süre ve koşullarının daha da daraltılması

- *kadınların sağlık ve yaşam haklarının ihlalidir!*
- *kadınların cinsel ve doğurganlık sağlıkları ve hakları ile ilgili yaklaşım olduğunu ileri sürmek mümkündür. Düşüğün yasaklanması ya da sınırlandırılması taraftarlarının, düşük sonucunda ceninlerin yaşamlarının sonlanıyor olmasını, savlarını gerekçelendirmek için kullanacaklarını tahmin etmek çok kolaydır. Hatta düşük uygulamalarının annenin yaşamını tehlikeye sokabilecek olması bile bu doğrultuda bir gerekçe olarak ileri sürülebilmektedir.*

karar verme haklarının ellerinden alınmasıdır!

- *kadınların eşit bireyler olarak görülmediği süregelen muhafazakar zihniyetin bir başka tezahürüdür!*

Kadınların özgür tercihiyle yapılan güvenli kürtaj yaşam hakkıdır; kısıtlanamaz, yasaklanamaz!” Kürtaj Yasaklanamaz Platformu ⁷

“Mesele gündeme geldikten sonra, kimi insanların “bedenim benim, istediğim gibi kullanırım” tarzı yaklaşımlarını bir özgürlük ve insan hakkı gibi göstermesi insanlık adına utanılacak bir durumdur. Zira insanın yaşama hakkına kast eden hiçbir saldırıyı ve insana yapılan hiçbir işkenceyi kabullenemez ve adına özgürlük diyemeyiz. Kürtaj bir canlıya yapılabilecek en iğrenç işkencelerden biridir. ‘Bedenime dokundurtmam’ sloganı ile masumlaştırılmaya çalışılan bu cinayete yönelik insanlık damarımızı devre dışı bırakamayız. Kürtajı masum bir özgürlük hakkı gibi göstermek garabettir”. İnsan Hakları ve Mazlumlar için Dayanışma Derneği (Mazlumder) Malatya Şubesi ¹⁸

Sonuçlar açısından düşük

Eğer tek bir yaklaşımın seçilmesi gerekli olsaydı, sonuçsalcı yaklaşımın düşük konusunda ileri sürülen savları gerekçelendirmek açısından en elverişli

Yine de sonuçsalcı yaklaşım en çok kadın örgütleri ve meslek örgütleri tarafından kullanılmıştır. Sonuçsalcı yaklaşım büyük ölçüde yararı gözetilen bir yaklaşımdır ve en çok yararın gerçekleşiyor olmasını, bir davranışın iyi olması için gerekli koşul olarak görür. Bu örgütler isteyerek düşüğün yasak olduğu dönemlerde Türkiye’de güvenli olmayan düşükler sonucu gerçekleşen ölümlerin sayıca fazlalığı ve mevzuat değişikliğinden

sonra bu ölümlerin azalmasını örnek göstererek, düşüğün yasaklanması durumunda güvenli olmayan düşüğün artacağı öne sürmekte ve sonuçları çok zararlı olacak bu girişimden vazgeçilmesini önermektedirler.

Ücretsiz, kolay erişilebilen, yüksek standartlardaki doğum kontrol yöntemlerini teşvik etmek yerine kürtajın kısıtlanarak ya da yasaklanarak kadınların sağlık ve yaşama hakkının riske atılmasına karşı çıkıyoruz. Kürtaj bir seçim özgürlüğü olduğu kadar aynı zamanda sosyal bir hak olarak da yaşamsaldır. Çünkü kadınlar için özgür, ücretsiz, ulaşılabilir, güvenli, yasal bir kürtaj hakkı aynı zamanda yaşam hakkıdır. Asıl cinayet kadınları hayatlarını riske atacak tehlikelere zorlamaktır. Kürtaj Yasaklanamaz Platformu 7.

Kürtaj değil kürtaj yasağı cinayettir. Sağlıksız koşullarda kürtaj yaptırmak zorunda kaldığı için yani ücretsiz, sağlıklı, güvenli doğum kontrol ve kürtaj hizmeti sağlanmadığı, kürtaj yasaklandığı, doğum kontrolü sadece kadınların üzerine yıkıldığı için yılda seksen bin kadını kaybediyoruz. Kürtaj Haktır Karar Kadınların Platformu19.

Sonuç

Bu yazı sonlandırıldığında Başbakanın demecine verilen tepki henüz yatışmamış durumda olsa da tartışmalara büyük ölçüde yaz tatili nedeniyle ara verilmiş durumda ve tartışmaların üzerinden bir süre geçtiği için konuya daha salim bakılabiliyor demek yanlış olmayacak. Muhtemelen yaz sonrası yeni bir tartışma ortamı başlayacak. Bununla birlikte kadın örgütlerince desteklenen dergiler ya da elinizdeki akademik dergi gibi yayınlarda düşük konusu güncelliğini korumakta.

Sonuç olarak genel bir değerlendirme yapmak gerekirse öncelikle belirtilmesi gereken husus, düşük konusunda kısıtlayıcı ve yasaklayıcı görüş ileri süren tarafların çoğunun, sadece kendi savlarını doğrulayacak kadar düşük

olgusunu incelemiş olmalarıdır. Bu durumun bir sonucu olarak konuya tek taraflı bir bakış egemendir. Bu açıdan kadın ve meslek örgütlerinin çok daha donanımlı ve etik konusunda bilgili olduğu ileri sürülebilir.

Demeç ve bildirimler bir araya getirildiğinde düşük konusu ile ilgili tüm yaklaşımlardan örnekler görmek mümkün olabilmektedir ancak yaklaşımları dengeli olarak ve birbirlerini destekleyecek biçimde kullanan kişi ya da kuruluş sayısı çok azdır. Yine kadın örgütleri ve meslek kuruluşlarının bu konuda yeterliği fark edilmiştir. Düşük karşıtı görüşler ağırlıklı olarak ceninin statüsü ekseninde önermeler ileri sürmüşler ve düşüğü cinayet olarak tanımlamışlardır. Kadın örgütleri bu konuda geleneksel olarak sadece özerkliği ön plana çıkaran tutumlarını ertelemiş görünmektedir ve bu sefer özerklik diğer ilkelerle oldukça dengeli olarak kullanılmıştır. “Benim bedenim benim kararım” slogan olma özelliğini korumuş ancak düşüğün neden yasaklanmaması gerektiği de diğer argümanlar, ilke ve yaklaşımlarla kapsamlı bir biçimde gerekçelendirilmiştir.

Tüm bu süreç kapsamında vurgulanması gereken diğer bir husus, tıp etiğinin düşük tartışmaları nedeniyle gündeme aniden gelme biçimidir. Düşük konusunun etiğin en fazla uğraş verilmiş alanlarından biri olduğu anlaşıldığında tüm tarafların savlarını güçlendirmek için etiğe adeta hücum ettiklerini söylemek doğru olacaktır. Sivil toplum kuruluşları, meslek örgütleri, medya ve muhtemelen politikacılar bu konuda son sözü söyleyebilmek için etik alanından destek arayışı içindeler. Oysa etik doğru davranış için hazır reçeteler sunmaz. Etik, sadece doğru davranış için ahlaki bir yol haritası sunar ve tartışmaların sınırlarını belirler. Etik doğru yanıtlar/çözümler/seçenekler sunmaz ancak birçok yanıt/çözüm/seçenek sunabilir. Ve son olarak etik sonuca ulaştırmaz, seçeneklere ulaştırır. Bu yazıda da düşükle ilgili olarak, etik disiplini alanından Halk Sağlıkçılarının ilgisine sunulmak istenen bu bakış açısidir.

Kaynaklar

- 1- <http://www.radikal.com.tr/Radikal.aspx?aType=RadikalDetayV3&ArticleID=1089120&CategoryID=78> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 2- <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/sezaryen-3202.html> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 3- Pieper A. Etiğe Giriş. İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 1999. s. 22.
- 4- Veatch R. M. Medical Ethics. s. 5.
- 5- Hospers J. An Introduction to Philosophical Analysis. London: Routledge an Kegan Paul, 1981. s. 575-568.
- 6- Encyclopedia of Bioethics. Stephen G. Post, editor in chief. 3rd ed. New York: Macmillan, 2004. 2. Cilt, s. 803-805.
- 7- <http://kurtajyasaklanamaz.com/> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 8- <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/sezaryen-3202.html> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 9- <http://www.tjod.org/tr/duyurular/67-duyurular>,son **erişim tarihi 25 Ekim 2012.**
- 10- Childress J.F. The Normative Principles of Medical Ethics. Medical Ethics, edited by Veatch R.M. London: Jones and Bartlett Publishers, 1997. s. 29.
- 11- Areen J. Limiting Procreation. Medical Ethics, edited by Veatch R.M. London: Jones and Bartlett Publishers, 1997. s.118-119.
- 12- <http://www.haberturk.com/polemik/haber/747352-cocugun-ne-sucu-var-anasi-kendisini-oldursun-> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 13- <http://www.haberturk.com/polemik/haber/748697-bu-bir-otanzidir-> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 14- <http://www.tjod.org/tr/duyurular/67-duyurular>, son erişim tarihi 25 Ekim 2012.
- 15- <http://www.tjodistanbul.com/cesitli-duyurular/sezaryen-ve-kurtaj-konusunda-basin-aciklamasi>, son erişim tarihi 25 Ekim 2012.
- 16- Kant I. Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, 1995. s. 38.
- 17- <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/haber-3194.html> , son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 18- <http://www.showhaber.com/mazlumper-kurtajda-bedenimi-kullandirtmam-slogani-cinayeti-masumlastirmadir-572630h.htm>, son erişim tarihi 16 Ağustos 2012.
- 19- <http://www.kurtajhaktir.com/anasyfa/>, son erişim tarihi 16 Ağustos 2012