İSTEĞE BAĞLI DÜŞÜK: KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANLARININ GÖRÜŞLERİ İLE İLGİLİ BİR ARAŞTIRMA

İSTANBUL TABİP ODASI
Kadın Komisyonu

AYRINTILI BİLGİ www.istabip.org.tr
istabip istanbultabipodasi istanbultabipodası

İsteğe Bağlı Düşük:
Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanlarının
Görüşleri İle İlgili Bir Araştırma

Derleyen:
Dr. F. Deniz Mardin

Sayfa Düzeni ve Kapak Tasarımı:
Alaattin Timur

Kapak Illustrasyonu:
Dr. Pınar Bekdemir

1. Baskı
Kasım 2024, İstanbul

ISBN: XXXXXXXXXX

© İstanbul Tabip Odası
Türkocağı Cd. No: 9

© Hüseyin Gültepe
Ceylan Matbaa
Sertifika No: 75144

Ceylan Matbaa
Maltepe Mah Davutpaşa Cad. Güven İş Merkezi No:83/2 İç Kapı No: 319
Zeytinburnu-İstanbul
Tel: 0 212 613 1079

İÇİNDEKİLER

Önsöz....7
Nergis Erdoğan

Türkiye'de İsteğe Bağlı Düşük ile ilgili Yapılan Çalışmalar....11
Burcu Pehlivan

Neden Yasal, Erişilebilir, Güvenli Olmalı? 19
Irmak Saraç

Güvenli, Kolay ve Yasal-Tıbbi Düşük Uygulansın! 25
Özge Yılmaz

İsteğe Bağlı Düşük Hakkına Erişimin Kısıtlanması ve Ruhsal Etkileri....35
Hasibe Rengin Güvenç

Kürtaj İçin Eş İzni; Etiko-Legal Bir Bakış....39
Hafize Öztürk Türkmen

İsteğe Bağlı Düşük ile ilgili Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Görüşleri ile İlgili Bir Araştırma 47
F. Deniz Mardin, Nilay Etiler

Konu Hakkında Toplum ve Hekim Yazıları....63

TABLOLAR

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin özellikleri 48

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kurumda kürtaj hizmeti sunum durumu 49

Tablo 3: Katılımcıların kürtaj hizmetini 8 haftaya kadar sunma nedenleri 51

Tablo 4 : Kürtaj hizmeti sunmayan hekimlerin bu işlemi yapmama nedenleri 52

Tablo 5: Kürtaj hizmeti sunmayan hekimlerin bu talep ile gelen kişilere önerileri 53

Tablo 6: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj hizmeti sunma durumunun, demografik bilgi ve çalışma yerine göre karşılaştırılması 54

Tablo 7: Araştırmaya katılan hekimlerin ilaçla düşük önermeme nedenleri 55

Tablo 8: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanması konusundaki yanıtları 55

Tablo 9: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanmasının koşulları hakkındaki yanıtlarının çalışma yeri, cinsiyet ve yaş grubuna göre karşılaştırılması 58

Tablo 10: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj hizmeti ve cinsel ilişkide kadın-erkeklerin sorumluluğu ile ilgili önermelere cevapları 59

ŞEKİLLER

Şekil 1. Hekimlerin yaş gruplarına göre çalışma yeri dağılımı 48

Şekil 2: Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kamu ve özel hastanelerde kürtaj hizmeti karşılaştırması 50

Şekil 3: Araştırmaya katılan hekimlerin ilaçla düşük önerme durumu 54

Şekil 4: Araştırmaya katılan hekimlerin asistanlıkları sürecinde kürtaj işlemi yapma durumu 55

Şekil 5: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanmasının koşulları hakkındaki yanıtları 57

Önsöz

■ **Prof. Dr. Nergis Erdoğan**

Değerli Meslektaşlarım,

Yeryüzünde insan topluluklarının başlangıcından bu yana yüzbinlerce yıl boyunca kadın üzerinden kurulan toplumsal anaerkil düzen; neolitik devrim, yerleşik düzene geçiş ve aynı süreçte mülkiyetin ortaya çıkışıyla birlikte değişmiş, kadınlar kendi bedenleri üzerindeki hakimiyetleri dahil toplumdaki eşit konumlarını kaybetmiştir. En uç noktası orta çağda üç yüz yıl boyunca şifacı, ebe gibi kadınlar başta olmak üzere on binlerce kadınının cadılıkla suçlanarak çeşitli işkencelerle öldürülmesi olmuştur. On bin yılı aşkın süre devam eden, kadınların sonuncu sınıf insan olma durumu 18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyılın başlarında değişmeye başlamış, kadınlar toplumsal eşitlik için dünya sahnesine çıkmış, ağır bedeller ödeyerek bugün ciddi kazanımlar elde etmişlerdir. Kadın hareketi halen "herkes için eşit, adil bir dünya" yolunda, dünyayı dönüştürecek en güçlü harekettir.

Ancak kadınlara toplumda biçilen roller günümüzde de eşitsizlik üretmeye, kadın iradesini ve kadının kendi bedeni üzerindeki haklarını yok saymaya devam etmektedir. Kürtaj hakkının engellenmeye çalışılması, kadının insan olarak haklarının ihlali anlamına gelmektedir. Araştırmaların ortaya koyduğu gibi kürtajı yasaklamak, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasını engellememekte ancak güvenli kürtaja ulaşamayan çok sayıda kadının ölümüyle sonlanmaktadır. Ayrıca plansız ve istenmeyen bir gebeliğin anne, çocuk ve toplumsal sağlık açısın-

dan yarattığı sorunlar da çok sayıda araştırmayla ortaya konmuştur. Bu nedenlerle ülkemizde ve dünyada sürmekte olan kürtaj tartışmaları, esas olarak siyasi ve ideolojik baskılarla kadın bedeni üzerinden ve dini de kullanarak otoriter, totaliter sistemleri güçlendirmeyi amaçlamaktadır.

Oysa İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Türkiye'nin de taraf olduğu Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi gibi çok sayıda uluslararası sözleşmeye göre kadının anne olup olmama tercihine saygı duyulmalıdır.

Türkiye'de 1983 yılından itibaren yasal olan kürtaj hakkına rağmen 2012 yılından sonra politikacıların söylemlerine de yansıyan üremeyi teşvik politikası sonucunda tıbbi düşüğü tetikleyen ilaçların kısıtlanması, isteğe bağlı kürtaj yapan kamu hastanelerinin sayısının azalması ile kadınların kürtaj ve gebeliği güvenli sonlandırma koşullarına erişimi zorlaşmıştır. Kamu hastanelerinde kürtajın sınırlanması kadının özel hayatına devletin dolaylı müdahalesi anlamına gelmektedir ve demokrasi açısından kabul edilemez.

Ülkemizde kürtaja ilişkin tutumları araştıran çeşitli bilimsel çalışmalar bulunmakta ve toplumun kürtaja bakışı ve uygulanması ile önemli bilgiler vermektedir. Araştırma sonuçları kamu hastanelerinin çok küçük bir kısmında gerekçe sorgulamaksızın isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi yapıldığını göstermektedir. İşlemin yapılmadığı hastanelerde ise doktor inisiyatifi, uygulamanın yasal olmadığına dair kanı, gerekli ekipman veya anestezi uzmanı olmaması, vicdani ret hakkı, AKP döneminde eş izninin sıkı tutulması, işlemin riskli olması gibi gerekçeler öne sürülmekte olduğu anlaşılmaktadır. Sonuçta, özel hastanelere maddi nedenlerle erişimi olamayan yoksul ve kırılgan gruplardakiler ön planda olmak üzere kadınlar güvensiz şartlarda yapılan istenmeyen gebeliği sonlandırma işlemine maruz kalmaktadır.

İşlemin yapıldığı kurumlarda evli bekar ayrımı yapılması, eşinin nerede olduğu, nasıl hamile kaldığıyla ilgili sorular sorulması, çocuk aldırmanın bir cinayet olduğu söylenerek işlemden vazgeçirmeye çalışılması, dindar ana akım medyanın karşıt yayınları yanı sıra sağlık çalışanlarının ve bazı doktorların kınayıcı tavırları da isteğe bağlı gebelik sonlandırma önünde engeller oluşturmaktadır. Öte yandan konu ile ilgili olumlu görüşü olan doktorların fişlenme korkusuyla

konuşmaktan kaçındıkları anlaşılmaktadır.

İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu tarafından yapılan, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının isteğe bağlı düşük ile ilgili düşüncelerini, bu hizmeti sunup sunmadıklarını ve sunmuyorlarsa nedenini anlamayı amaçlayan çalışma, hekimlerin kürtaja bakışını değerlendirmesi açısından önemli sonuçlara varmaktadır. Çünkü kamu politikaları yanı sıra hekimlerin bu konudaki düşünce ve tutumları da kadın sağlığını etkileyebilmektedir. Karşıt tutumların nedenlerinin anlaşılması ise çözüm yönünde yol göstericidir.

Bu önemli sonuçları ortaya koyan çalışmaları için İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu aktivisti arkadaşlarımıza İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu olarak teşekkürlerimizi iletmeyi borç biliyoruz.

Türkiye'de İsteğe Bağlı Düşük ile İlgili Yapılan Çalışmalar

■ **Burcu Pehlivan**

Türkiye'de, isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi önündeki yasal sınırlama, 1983 yılında resmi gazetede yayımlanan 2827 No'lu Nüfus Planlama Kanunu ile kaldırılmıştır. Bu kanun, gebelik sonlandırma işlemine gebeliğin ilk on haftasının sonuna kadar izin vermektedir. Ancak 2000'lerden itibaren, AKP politikalarının da etkisiyle giderek artan muhafazakarlık, kadınların bu hizmete erişimini kısıtlamıştır. Özellikle 2010 senesinden sonra, bu konu üzerine yapılmış pek çok çalışma, devlet hastanelerinin çoğunda isteğe bağlı gebelik sonlandırma işleminin uygulanmadığını göstermektedir (Dayı 2019; Unal and Cindoglu 2013; O'Neil 2017). Kamu hastanelerinin hemen hemen hiçbirinde sunulmayan bu hizmete erişebilmek için kadınlar, özel kliniklere kayda değer miktarda para ödemek durumunda kalmaktadır.

Gebelik sonlandırma işleminin yasal olmasına rağmen erişilemez bir hizmet haline gelmesi, son dönemde bazı kurumların dikkatini çekmiş ve bu konuda çalışmalar yayımlanmaya başlanmıştır. Örneğin Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2015 yılında yayımladığı raporda, görüşme yaptıkları 156 kamu hastanesinin yalnızca 9 tanesinde yasaların gerektirdiği şekilde isteğe bağlı gebelik sonlandırma yapıldığını tespit etmiştir. Araştırmaya göre en fazla nüfusa sahip İstanbul ilindeki 37 kamu hastanesinin yalnızca 2 tanesi gerekçe sorgulamaksızın isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemini uygulamaktadır. Kalan hastanelerin 18 tanesi bu işlemi bir gerekçe koşulunda uygularken 12 tanesi hiçbir koşulda uygulamamaktadır (Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı , 2015). Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi, 2016'da yayımladığı kürtaj raporunda da benzer sonuçları ortaya

koymuştur. Hastaneleri telefonla arayıp kürtaj hizmeti hakkında bilgi alarak yaptıkları bu çalışmada, Türkiyede'ki kamu hastanelerinin yalnızca %7.8'i isteğe bağlı gebelik sonlandırma hizmeti verirken, % 78'i ancak tıbbi zorunluluk halinde bu işlemi uyguladıklarını belirtmişlerdir (Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi, 2016).

Türk Aile Planlaması Vakfı (TAPV) da AÇSAP (Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması) ve Aile Sağlığı Merkezlerinde yürüttükleri saha araştırmasında doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin sunulan hizmetlere değinmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hizmetlere odaklanan TAPV (2017) raporu, kürtaj ve doğum kontrol hizmetlerinin kurumsal bir sistemden ziyade sağlık çalışanlarının inisiyatifleri doğrultusunda verildiğini, pek çok sağlık çalışanının isteğe bağlı gebelik sonlandırma işleminin yasal süresi hakkında yanlış bilgiye sahip olduğunu göstermiştir (Topgül, C ve ark., 2017).

Kadir Has Üniversitesi Kürtaj Raporu (2020) ise, isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi uygulamayan hastanelerin sundukları gerekçeleri yansıtmaya çalışmıştır. Rapora göre işlemi uygulamayan kamu hastanelerinin genel gerekçesi "doktor inisiyatifi" olarak kaydedilirken, uygulamanın yasal olmadığına dair yanlış kanı da bir diğer yaygın yapılmama nedeni olmuştur. Bazı hastaneler, gerekli ekipman veya anestezi uzmanı olmadığı için hizmet veremediklerini belirtirken, bazıları isteğe bağlı kürtaj hizmetinden ancak evli bireylerin yararlanabileceğini, bekar kadınlar için prosedürlerin daha farklı işleyeceğini vurgulamıştır. Bu çalışmalar, gebelik sonlandırma hizmetini istatistiksel verilerle ortaya koyma amacıyla hastanelere odaklanarak yapılmış çalışmalardır. Kuşkusuz, isteğe bağlı gebelik sonlandırma işleminin, kamu hastanelerinde erişilemez hale gelmesi planlanmamış gebelikle karşı karşıya kalan kadınlar üzerinde ciddi bir belirsizlik ve kaygı yaratmaktadır.

Gebelik sonlandırma konusunda kadın deneyimini temel alan çalışmalar oldukça seyrek olsa da özellikle son iki yıldır çeşitli haber platformları bu konuyu kamuya aktarmaya başlamıştır. Örneğin Medyascope (2020) haftalık olarak yayımladığı yazı dizisinde, 2005-2019 yılları arasında kürtaj olmuş kadınların deneyimlerini sunmuştur. İstatistiksel verilerden farklı olarak kadınların öznel hikayelerine değinen bu haber dizisi, hastane ve sağlık personelinin tutumlarına ve hastalarla kurdukları iletişime değinerek bu durumun kadınların duygudurum-

larına olan etkilerine odaklanmıştır. Toplamda 12 kişiyle yapılan bu mülakatlarda, gebelik sonlandırma müdahalesi geçirmiş kadınlar, pek çok hastanede sağlık çalışanlarının yargılayıcı tutumlarıyla baş etmek durumunda kaldıklarını ve bazı doktorların kınayıcı tavırlarının zaten erişilmesi zor olan kürtaj sürecini daha da zorlaştırdığını belirtmiştir (Özçelik 2020). Örneğin, kürtaja verecek parası olmadığı için kendi yöntemleriyle düşük yapmaya çalışan 21 yaşındaki üniversiteli bir kadına, bir devlet hastanesinde evli olup olmadığı, eşinin nerede olduğu, nasıl hamile kaldığıyla ilgili sorular sorulur. [1] Başka bir kadın ise kürtaj olmak için gittiği özel hastanede işlem sonrasında bir hemşirenin medeni durumunu sorguladığını ve bir daha "böyle şeyler" yapmamasını tembihlediğini anlatır.[2] Bir diğer olguda ise, 2013 senesinde, kürtaj olmak için devlet hastanesine giden bir kadın, sağlık çalışanları tarafından bir odaya alındığını ve personelin kendisini işlemden vazgeçirmeye çalıştığını anlatır. Hastane çalışanları, 37 yaşındaki bu kadına çocuk aldırmanın bir cinayet olduğunu belirtir ve çocuğun aileye bereket getireceğine dair açıklamalarda bulunarak kadını kürtajdan vazgeçirmeye çalışır.

İktidarının muhafazakâr, doğum-teşvik söylemlerinin alevlendiği döneme denk gelen bu kürtaj deneyimleri, hastane çalışanlarının ve pek çok kadın doğum uzmanının, isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemini makul bir gerekçe göstermeksizin insiyatifleri doğrultusunda reddedebildiğini göstermektedir. İşlemi uygulayan bazı hastanelerde ise sağlık çalışanları, kadınların kararlarına sözle müdahale ederek seçimlerinin ahlaki olarak yanlış olduğunu ima etmekte ve onları suçlu hissettirme eğilimine girmektedir. Sonuç olarak, hastaneler, kadınları, yasal hakları olan gebelik sonlandırma hizmetinden mahrum bırakmaktadır.

İsteğe bağlı gebelik sonlandırma hizmetinde öne çıkan bir diğer sorun da hekimlerin başvuran kadınların medeni durumunlarına göre ayrımcılık yapmasıdır. Kadınlar arasında evli ve bekar ayrımcılığının yapılması yalnızca yukarıda bahsedilen çalışmalarda sözlü uyarılarla

---

[1]Medyascope 4 mart 2020 "Kürtaj olan kadınlar anlatıyor (4): "Doktor bana 'Seni buraya okumaya yolluyorlar, sen hamile kalıp bize geliyorsun' dedi". Erişim https://medyascope.tv/2020/03/04/kurtaj-olan-kadinlar-anlatiyor-4-doktor-bana-seni-buraya-okumaya-yolluyorlar-sen-hamile-kalip-bize-geliyorsun-dedi/

[2]Medyascope 13 Ağustos 2020 Kürtaj olan kadınlar anlatıyor (10): "Hastanede bana 'bildirmiyoruz' demişlerdi ama kürtaj olduğum e-nabız kayıtlarında çıkıyor"

değil, 2018 yılında İstanbul'da özel bir klinikte yapmış olduğum saha araştırmasında da gözlemlediğim bir meseleydi. Toplamda 5 ay geçirmiş olduğum bu özel klinikte çalışan ebelerden edindiğim bilgiler ışığında, hekimlerin isteğe bağlı gebelik sonlandırma için kliniğe gelen evli ve çocuklu kadınlara indirim sunabildiğini, aynı kolaylığı bekar kadınlara uygulamadığını gözlemledim. Hekimlerin müdahale maliyetini, hastanın maddi durumunun uygun olmaması, eşinden cinsel ya da fiziksel şiddet görmüş olması durumlarında hafifletmek istemesi iyi niyetli gözükse de benzer bir yardımın bekar kadınlara uygulanmaması, bir ayrımcılık örneği oluşturuyordu. Bekar bir kadının kürtaj için maddi durumu yeterli olmasa bile fiyat konusunda kolaylık istemeyi dahi kendine hak görmemesi de bu ayrımcılığın bir parçası oluyordu. Klinikteki hekimlerin neden böyle bir ayrım yaptığını doğumhanede çalışan bir ebeye direk olarak sorduğumda bana, hekimlerin evli ve bekar kadınların cinsel yaşamlarına yaklaşımlarının farklı olduğunu dile getirdi:

> *"Neden öyle ayırıyorlar biliyor musun? Bu zaten bekar, bekarken korunmadan ilişki yaşıyorsa sorumluluğunu alsın ve ödesin diye düşünüyorlar. Aslında evli bir kadın için de aynı durum geçerli olabilir ama öyle düşünüyorlar."* (İstanbul'da özel klinikte çalışan bir ebe, kadın)

Bu doğumhanede gözlemlemiş olduğum bir başka önemli mesele de çalışan hastabakıcı ve ebelerin isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemine karşı tutumlarıydı. Yapmış olduğum görüşmelerde, pek çok sağlık çalışanı, doktorların isteğe bağlı kürtaj yapmamasını ahlaki açıdan doğru bulduklarını, bu işlemin cinayet olduğunu ve doktorları cinayet işlemeye sevk ettirdikleri için kadınları suçlu buduklarını belirttiler. Bir ebe, görüşmemiz esnasında halihazırda çalıştığı klinikteki hekimlerin de bu müdahaleyi, istekli olmayarak yaptıklarını belirtti:

> *"Bence zaten kürtajın vicdani yükü çok fazla, ben olsam ben de yapmam. Küçücük canlıyı öldürüyorsun sonuçta, bunun vicdani yükünü üstlenemem ben doktor olsam. Eğer [kadın] çocuk istemiyorsa korunsun. Kürtaj doğum kontrol yöntemi değil ki. Burada bile doktor çok tercih etmiyor yapmayı. Tabii ki, riskli bir şey çünkü. Yani bir sürü komplikasyonlara sebep olabilir. Kadın ileride çocuk sahibi olmayabilir."* (Ebe, kadın)

Bu araştırma esnasında görüşmüş olduğum sağlık çalışanlarının he-

men hemen hepsi daha önce devlet hastanelerinde çalışmış ve hastanelerin isteğe bağlı kürtaj uygulama süreçleri hakkında deneyim sahibi kişilerdi. Başka bir ebe, önceki çalıştığı kamu hastanesinin işlemi yapmamak için sunduğu gerekçenin kurumun inisiyatifiyle ilgili olduğunu belirtti:

> *"Kurum kararıyla yapmıyorlardı. Ahlaki bulmuyorlardı çünkü. [İsteğe bağlı] müdahaleyi öyle her özel hastane de yapmıyor zaten. Ben daha önce üç hastanede çalıştım. Hepsi İslami kurumlardı ve hiçbiri yapmıyordu kürtajı"* (Kadın, ebe)

Araştırma süreci boyunca farklı zamanlarda diğer çalışanlara gebelik sonlandırmayla ilgili sorular yönelttiğimde, belirgin ve kayda değer cevaplar alamıyordum. Ebe ve hastabakıcılar kürtajla ilgili konularda konuşmaktan hoşlanmıyor; çoğunlukla sessiz kalıyor, uygulamayla ilgili sorduğum soruları cevapsız bırakıyor ya da "Doktor istemezse yapmaz." şeklinde kısa dönüşlerle konuyu kapatıyorlardı. Görüştüğüm sağlık çalışanları hastayı hazırlamada, beklemede, ameliyat sonrası bakımda süreci yakından takip etmelerine rağmen, hekimlerin gebelik sonlandırma konusunda tutumları hakkında pek fikir sahibi değildi.

Kadınların deneyimlerinden edindiğimiz bilgiler ışığında sağlık çalışanlarının kürtaja dair tutumları hakkında fikir sahibi olsak da hastaneleri ve doktorları isteğe bağlı gebelik sonlandırma işleminde teredütte bırakan sebeplere dair edinebildiğimiz bilgiler, konunun hassaslığı ve yetkililerin konuşmaktan çekinmesi sebebiyle oldukça kısıtlı kalmaktadır. Bu konuya, Sedef Erkmen (2020) yayımlamış olduğu "Türkiye'de Kürtaj AKP ve Biyopolitika" isimli kitabında açıklık getirmektedir. AKP iktidarının doğum-teşvik siyasetini son on yıldan günümüze kadar inceleyen bu çalışmanın bir bölümünde Erkmen, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıyla görüşmeler yapmak amacıyla devlet hastanelerini ziyaret ettiğini ancak doktorların fişlenme korkusuyla konuşmaktan kaçındıklarını anlatmaktadır. "Yapılamamış görüşmeler" olarak adlandırdığı bu bölümde, vicdani ret hakkı, AKP döneminde eş izninin sıkı tutulması ve bazı durumlarda işlemin riskli olmasının kürtajın uygulanmama sebepleri arasında olduğunu belirtmektedir (Erkmen 2020, s. 120-1).

Bu çalışmalara ek olarak kürtaj konusu üzerine yazılmış tez çalışmalarında muhafazakâr siyasetin kürtaj karşıtı söylemlerine değinmiştir.

Edagül Türker (2014) AKP'nin kürtaj tartışmalarına odaklandığı tez çalışmasında, bazı dindar ana akım gazetelerin kürtaj, doğum ve annelik konulu haberlerini ve karikatürlerini incelemiştir. Araştırmasının sonucunda, bu gazetelerin, cenini ailenin bir üyesi gibi lanse ettiğini ve her bireyin yaşam hakkı olması gerektiğini savunurak kürtaj karşıtı söylemlerini meşrulaştırdığını görmüştür. Bunun yanında Türker, muhafazakâr söylemin ideolojisini, kadınların genetik olarak aile kurmaya ve anne olmaya yatkın olduğu önermesi üzerine kurduğunu ve bu fikri empoze ettiğini, bunun bir sonucu olarak da bu gazetelerde, doğum kontrolüne dair herhangi bir habere rastlamadığını belirtmiştir (2014, s. 107-8).

Bir başka çalışmada Türkiye'de kürtajın tarihsel ve yasal sürecini incelikle ele alan Erdem (2021), iktidarın kürtaj karşıtı siyasetini artan yaşlı nüfusun emeklilik primi, sağlık sigortası, huzur evi gibi barınma ihtiyaçlarının devlet için masraflı olmasından kaynaklandığını belirtmektedir. Bunun yanında hızla artan genç nüfusun da eğitim, beslenme ve barınma, sağlık hizmetleri gibi konularda en az yaşlı nüfus kadar masraflı olacağının altını çizmektedir (Erdem 2021, s. 162).

Kürtaj karşıtı söylemler, toplumda kürtajı konuşulmaz bir konu haline getirirken kürtajın yasal olmadığı yönünde soru işaretleri yaratmaktadır. Siyasi figürlerin kürtajı "cinayet", "ahlaksızlık" gibi yaftalarla adlandırmasının kadınlar üzerinde suçluluk duygusu yarattığı ve bu nedenle kürtaj hizmetine erişimi daha da zorlaştırdığı çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (Telli, Cesuroğlu ve Tanık, 2019). Bunun yanında kürtaj karşıtı söylemler doğurgan, anneliği arzulayan, makbul bir kadın imajı yaratarak kadın bedenini nüfus politikalarının gerçekleşmesinde bir araç olarak sergilemekte ve kürtaj hakkını savunan her kadını da adeta mimleyerek dışlamaktadır (Unal and Cindoğlu 2013). Bu konuyu tarihsel çerçeveden ele almış bazı çalışmalar da bugünkü kürtaj söylemlerinin geç Osmanlı döneminde kadın bedenini ve doğurganlığını kontrol altına almaya çalışan siyasetin devamı niteliğinde görmektedirler (Akşit 2010; Demirci and Somel 2008). Tarihsel arka plan bize gösteriyor ki Türkiye'de kadınlara üreme ve kürtaj hakları feminist hareketin taleplerinin sonucu olmaktan ziyade, nüfus politikalarındaki değişimler doğrultusunda kadınlara sunulmuştur (Akşit 2010). Bu sebeple AKP'nin doğum-teşvik söylemleri ve çok-çocuklu-aile siyasetinin kürtaj prosedürünü marjinal hale getirmesi ve erişilmez kılması şaşırtıcı değildir.

Bunlara ek olarak sağlık sistemindeki neoliberal dönüşümün kürtajı nasıl kısıtladığını anlatan bir başka çalışma da Ayşe Dayı (2019) tarafından yayımlanmıştır. Araştırmasında AKP iktidarının sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında Türkiyede sağlık sisteminin halk/kamu sağlığı mantığından özel sektör mantığına dönüşmesine dikkat çekmektedir. Buna göre AÇSAP'ların ASM'lere dönüşümü sonrası doğum kontrol ve kürtaj prosedürlerinden sorumlu olan hekimler, ebe ve hemşireler, kamu çalışanı statülerini kaybederek kontrata bağlı çalışanlar hale gelmiştir. Yeni sistemde hekimlerin iş güvenceleri sundukları sağlık hizmetinin getirdiği performans puanına tabii tutulmuştur. "Yarı-özelleşmiş" denilen bu sağlık sisteminde, cinsel sağlık veya doğum kontrolüne dair (Kürtaj, RİA uygulaması, vb.) hizmetlerin hekimlere herhangi bir performans getirisi yoktur. Neoliberal dönüşüm, hekimleri müşteri memnuniyeti sağlamaya çalışan birer sözleşmeli çalışan haline getirmiş, kürtaj ve doğum kontrol gibi hizmetleri de özelleştirerek ihtiyaç olmaktan çıkarıp adeta kişinin kendi tercihe bağlı bir "lüks" olduğuna inandırmıştır. Böyle bir yapı içinde de kürtaj hizmetini sunmak hekimlerin kişisel tercihlerine bırakılmıştır. (Dayı 2019, s. 62)

Toplumda kürtajın bu gibi durumlarla erişilmez olması ve tabu haline gelmesi kendi saha araştırmamda da gözlemlediğim ve beni, araştırma sorularımı yöneltirken zorlayan bir durum oldu. Çalıştığım özel klinikte kürtaj olduktan sonra telefon numaralarını aldığım birkaç kadın, kimliklerinin anonim kalacağına dair güvence vermiş olmama rağmen konu hakkında konuşmaktan kaçınmış, aramalarıma ve mesajlarıma dönüş yapmamışlardı. Bu durum, yaşanılan tecrübenin yalnızca kamusal alanda değil bireyler arasında da paylaşılmasının endişe yarattığını ve kadınların bu deneyimleri paylaşmaktan kaçındığını gösteriyor.

Türkiye'deki devlet hastanelerinin büyük bir çoğunluğunda isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi üzerine yapılmış istatistiksel araştırmalar, bize işlemin yapılmadığını göstermiştir. Ancak neden ve nasıl uygulanmadığına odaklanan nitel araştırmalar oldukça kısıtlıdır. Kuşkusuz bu konunun, son 10 yılda siyasi söylemlerle kamu meselesi haline getirilmesi ve sağlık çalışanlarının konuşmak istememesi, bu çalışmaların yürütülmesini daha da zorlaştırmaktadır. Hekimleri isteğe bağlı gebelik sonlandırmaktan alıkoyan nedenlerin araştırılması, hastaneleri bu hizmeti ne şekilde ücretsiz ve erişilebilir sunabilecekleri konusunda teşvik etmek için atılabilecek ilk adım olacaktır.

Kaynaklar

Akşit, E. E., (2010). "Geç Osmanlı ve Cumhuriyet dönemlerinde nüfus kontrolu ve yaklaşımları." Toplum ve Bilim, 118: 179-197.

Cindoglu D. ve Unal, D. (2017). "Gender and sexuality in the authoritarian discursive strategies of 'New Turkey'." European Journal of Women's Studies, 24 (1): 39–54

Dayı, A., (2019)."Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law." Health and Human Rights, 21(2), 57–68.

Demirci, T., ve Somel, S. A. (2008). "Women's Bodies, Demography, and Public Health: Abortion Policy and Perspectives in the Ottoman Empire of the Nineteenth Century". Journal of the History of Sexuality, 17(3): 377 - 420.

Erdem, B., (2021). "Biyopolitika İzdüşümünde Kürtaj Hakkı ve Türkiye'deki Yansımaları", Yüksek Lisans Tezi Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Erkmen, S., (2020). Türkiye'de Kürtaj: AKP ve Biyopolitika. İstanbul: İletişim.

Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi (2016). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Tübrkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Erişim: https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf .

Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi (2020). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Tübrkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri. Erişim: https://gender.khas.edu.tr/tr/yasal-ancak-ulasilabilir-degil-turkiyedeki-kamu-hastanelerinde-kurtaj-hizmetleri

Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı (2015). Kamu Hastaneleri Kürtaj Uygulamaları Araştırma Raporu. Erişim: https://www.morcati.org.tr/attachments/article/371/kamu-hastaneleri-kurtaj-uygulamalari-arastirma-raporu.pdf

O'Neil, M. L., (2017). «Abortion services at hospitals in Istanbul.» The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 22(2): 88-93.

Özçelik, M., (4 Mart 2020). Kürtaj olan kadınlar anlatıyor (4): "Doktor bana 'Seni buraya okumaya yolluyorlar, sen hamile kalıp bize geliyorsun' dedi".

Telli, P., Cesuroğlu T. ve Aksu Tanık F. , (2019). "How Do Pronatalist Policies Impact Women's Access to Safe Abortion Services in Turkey?" International Journal of Health Services, 49 (4): 799–816.

Topgül, C., Adalı T., Çavlin A. ve Dayan C. (2017). "Sisteme Değil İsteğe Bağlı Hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu", İstanbul - Ankara: Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı (TAPV), UNFPA Türkiye Ofisi. Erişim: https://bizimaramizda.org/sisteme-degil-istege-bagli-hizmet-saglik-calisanlari-gozunden-istanbulda-kurtaj-ve-aile-planlamasi-hizmetlerinin-durumu/

Türker, E., (2014). "Kadın Bedenini Denetleyen Söylemler ve AK Parti Döneminde Kürtaj Tartışmaları 2002-2012" İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Neden Yasal, Erişilebilir, Güvenli Olmalı?

■ **Irmak Saraç**

Planlanmamış gebelik, istenmeyen gebelikleri olduğu kadar zamanlaması doğru olmayan gebelikleri de kapsar. Bu kavram, karşılanmamış kontraseptif (gebeliği önleyici yöntem) ihtiyacının anlaşılması için de önemlidir; çünkü çoğu planlanmamış gebelik kontraseptif yöntemin hiç ya da doğru/düzenli kullanılmaması nedeniyle oluşur (Unintended pregnancies, 2019). Bu nedenle, dünya genelinde, gebeliği önleyici yöntemlere erişimin artmasıyla birlikte istenmeyen gebelik oranları da azalmıştır. Dünyada, 2015-2019 arasında yıllık yaklaşık 121 milyon istenmeyen gebelikten bahsedilebilir ki bu 15-49 yaş arasındaki kadınlar için yıllık istenmeyen gebelik hızının 1000 kadında 64 olduğunu gösterir. Bu oran 1990-1994 yılları için 1000 kadında 79'dur (Bearak J, 2020(8)). Planlanmamış gebelikler tüm dünyada sağlık sistemine yük olduğu kadar kadınlar ve aileleri için de maddi ve manevi güçlük yaratmaktadır. Aynı zamanda ergenlik dönemi gebeliklerinin hem gebelik ve doğum hem de sonrasında doğan bebeklerle ilgili sorunlara sebep olduğu bilinmektedir (Global Perspectives on Unplanned Pregnancy, 2015). Bu gebeliklerin sonlandırılmasının ardındaki en önemli iki sebep evlilik ve birliktelik durumudur. Bunları sosyal, ekonomik, ilişki ve sağlıkla ilgili faktörler izler. Dünyada isteğe bağlı düşüklerin en sık görüldüğü yaş grubu 20-24'tür. Bu dönemin, kadınların en üretken olduğu dönem olmasının yanında, bu yaş grubundaki çoğu kadının bekar, ya da evliliklerinin başında ve cinsel aktif olduğunu, gerek ekonomik gerek eğitim ile ilgili sebeplerle planlanmamış bir gebeliği doğuma taşımayı düşünmeyeceğini unutmamak gerekir (Singh S, 2017). Planlanmamış gebelikler güvenli

bir şekilde sonlandırılmak istendiğinde bu konuda eğitimli bir kişi tarafından Dünya Sağlık Örgütü'nün güvenli kabul ettiği yöntemlerden biri kullanılmalıdır. Sonlandırma, ilaçla (misoprostol ve/veya mifepriston) ya da cerrahi olarak (vakum aspirasyon) gerçekleştirilebilir (Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2012). Bugün ülkemizde yaygın olarak kullanılan yol cerrahi olarak gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Planlanmamış gebelikler ve beraberinde isteğe bağlı gebelik sonlandırma ya da isteğe bağlı düşük, yaşanılan ülkenin gelir seviyesi ve bu konudaki yasal düzenlemelerden bağımsız olarak tüm dünyada ortak olarak paylaşılan bir deneyim olmaya devam ediyor. Dünyada 2015-2019 yılları arasında yıllık yaklaşık 121 milyon planlanmamış gebeliğin 73 milyonu, yani %61'i isteğe bağlı düşükle sonuçlanıyor. Bu oranın, yıllar içinde fazla değişmediği göze çarpıyor. İsteğe bağlı gebelik sonlandırmaya, bu konudaki yasaların en kısıtlı ülkelerde bile ihtiyaç duyulduğunu unutmamak gerekiyor. İsteğe bağlı düşük oranları, yasaların kısıtlı olduğu ülkelerle, tamamen yasal olan ülkelerde benzer oranlarda görülüyor (15-49 yaş arası her 1000 kadın için 40)(Bearak J, 2020(8)).

Bu durumda, isteğe bağlı gebelik sonlandırılmasının yasal olması kadınların bu hizmete güvenli şartlarda erişimini kolaylaştırıyor. Tüm isteğe bağlı düşüklerin tahminen %55'i güvenli koşullarda (önerilen bir yöntemle, eğitimli biri tarafından), %14'ü ise en az güvenli koşullarda (her iki kriterin de olmadığı) gerçekleşmekte. Yasaların kısıtlılığı arttıkça güvensiz koşullarda yapılan isteğe bağlı düşük oranları artmakta (en kısıtlı ülkelerde %31, tamamen yasal olan ülkelerde %1) (Singh S, 2017). Şunu da akılda bulundurmak gerekli ki isteğe bağlı düşüğün her koşulda yasal olduğu durumlarda da ücretsiz hizmetlerin kısıtlılığı ya da hizmet sunucuların bu müdahaleyi kişisel sebeplerle yapmamayı tercih etmesi (bugün İtalya'da gebelik sonlandırma yasal olmasına rağmen yüksek vicdani red oranları nedeniyle ulaşılabilir değil) güvenli koşullara ulaşımı zorlaştırabilir. Aynı zamanda, bu konuda damgalanma korkusu da kadınların gizliliği, güvenliğe tercih etmelerine yol açabilir.

Güvenli düşük hizmetlerine erişimin kısıtlığı olduğu durumlarda ehil olmayan kişilerin uygun olmayan şartlarda gerçekleştirdikleri müdahalelerin dışında kadınların kendi kendilerine kullandıkları bazı yön-

temler de bulunuyor. Bazı bitkilerin tüketilmesi (adaçayı, sarı kantaron, siyah ya da mavi yılan otu) ya da kibrit çöpü, sabun, çivi, tavuk teleği, şiş, tığ, süpürge çöpü, aspirin gibi maddelerin vajinaya yerleştirilmesiyle gebelik sonlandırılmaya çalışılıyor. Bu yöntemlerle düşüğün gerçekleşmeyecek olması bir yana kadında ciddi yaralanmalara, enfeksiyonlara ve sonunda kalıcı sakatlıklara ve hatta ölüme yol açabilecek ciddi sağlık sorunlarına neden olabiliyor. Gelişmekte olan ülkelerde her yıl güvensiz şartlarda gerçekleşen düşüklere bağlı 7 milyon kadın hastaneye yatırılarak tedavi ediliyor.

Tüm dünyada her yıl anne ölümlerinin %4.7-13.2'sinin sebebi de güvensiz şartlarda yapılan düşükler (WHO, 2020). Ülkemizde de erken Cumhuriyet döneminde benimsenen nüfusu arttırmaya yönelik politikalar nedeniyle nüfus artış hızı 1940-45 döneminde % 10.6'dan, 1955-60 döneminde %28.53'e yükselmiştir; bununla beraber yasak olmasına rağmen istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında görülen artışa ve bunun sağlıksız koşullarda yapılmasına bağlı anne ölümlerinde de artış izlenmiştir. Bu dönemde yapılan çalışmalar anne ölümlerinin neredeyse yarısının sağlıksız düşüklere bağlı olduğunu göstermektedir (Sedef, 2020). Benzer şekilde Romanya'da, 1966 yılında uygulamaya konan 770 sayılı kararname sonrası isteğe bağlı düşük sadece 45 yaş üzerinde ve en az beş çocuğa sahip kadınlar ve annenin belirli hastalıklara sahip olması durumunda izin veriliyordu. Buna bağlı ilk yıllarda doğum hızı iki katına çıkmış olsa da zamanla bu hız düşüşe geçerek sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere bağlı olarak anne ölüm hızı artarak Avrupa'daki en üst seviyeye ulaşmıştır. Beraberinde 1 yaş altı bebek ölüm hızı da yükselmiştir. Bu dönemde doğan bebeklerin büyük çoğunluğu, doğumda ya da hemen sonrasında aileleri tarafından terk edilmiştir. Bakımevi ya da yetiştirme yurtlarında yetersiz beslenmeye, bakım eksikliğine, duygusal yoksunluğa ve fiziksel ve cinsel istismara maruz kalmışlardır. Bu dönemde doğan bebeklere "İstenmeyen çocuklar nesli" ya da "Çavuşesku bebekleri" denir (Manuela, 2001) (Hord Charlotte, 1991). Bu kısıtlamaların nerede olursa olsun her zaman yoksul kadınları daha çok etkilediğini de unutmamak gerekir. Her ne kadar, 1990'dan beri kanama, enfeksiyon, yüksek tansiyon gibi anne ölümlerinin en önemli nedenlerinin azaltılmasıyla ilgili ciddi gelişmeler sağlanmış olsa da bunu güvenli koşullarda yapılmayan isteğe bağlı gebelik sonlandırmalarının yol açtığı anne ölümleri için söylemek çok zor (doctorswithoutborders.org, 2019).

Sağlıkla ilgili neden olduğu ciddi sonuçların yanında bu işin ekonomik boyutu da büyük. Güvensiz şartlarda gerçekleşen düşüklere bağlı komplikasyonların tedavisinin yaklaşık maaliyeti yıllık 533 milyon dolar (www.who.int, 2020). Bu kadınların, ölüm ya da sakatlıklarının çocuklarının sağlığına olan olumsuz etkilerini ve hayatta kalan kadınların daha sonra yaşayabilecekleri ayrımcılığı da göz ardı etmemek gerekiyor (Singh, 2010). Neyse ki, yasaların en kısıtlı olduğu ülkelerde bile, bugün, kadınlar, ilaçla düşük için kullanılan ilaçlardan misoprostole ulaşabiliyor ve bu sayede düşüğe bağlı sorunları daha az yaşıyor (Singh S, 2017).

İsteğe bağlı düşükle ilişkili stigma, kadınların sağlığı ve iyi halde olmalarını olumsuz yönde etkilemeye devam ediyor. Bu stigma var oldukça, kadınlar aileleri ya da arkadaşları tarafından tanınma ya da yakalanma korkusuyla resmî kurumlarda eğitimli kişilerce yapılan müdahaleden kaçınacaklardır. Stigma, aynı zamanda bu konudaki verilerin de güvenirliğini düşürmektedir; çünkü yargılanma korkusu ile kadınlar isteğe bağlı düşüklerini bildirmemekte ya da kendiliğinden düşük olarak tanımlamaktadırlar (Singh S, 2017). Ülkemizde de beş yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın 2018 verilerine bakıldığında, 2008 yılında %11 olan kendiliğinden düşük oranının 2018'de %13'e yükseldiği, isteyerek düşüklerin ise tam tersi 2008'de %10'dan, 2018'de %6'a gerilediği görülebilir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019). Damgalanma korkusu yalnızca kadınları değil, sağlık çalışanlarını da etkiler; nitekim Sedef Erkmen çalışmasını yaparken bu konu ile ilgili konuşmak için kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulmakta zorlandığından bahsetmektedir (Sedef, 2020).

Güvensiz şartlarda yapılan isteğe bağlı düşükler, yasal durumundan bağımsız olarak tüm dünyada özellikle yoksul ve kırılgan gruplardaki kadınları etkilemektedir. Yasal kısıtlamalar olmasına rağmen Misoprostole ulaşımın kolaylaştığı bazı ülkelerde, güvensiz şartlarda yapılan isteğe bağlı düşük komplikasyonlarında azalma görülmesine rağmen halen pek çok kadının bu nedenle öldüğünü ya da kalıcı sakatlıkları olduğunu unutmamalıyız. İsteğe bağlı gebelik sonlandırmanın sadece yasal olmasının güvensiz şartlarda yapılmasının önüne geçmeyeceği göz önünde bulundurularak, ancak hizmet sunumunun ücretsiz ve erişilebilir olmasının sağlanması kadın sağlığını olumlu yönde etkileyecektir.

Kaynaklar

Bearak J, P. A. (2020(8)). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health, e1152–61.

doctorswithoutborders.org. (2019, 7 Mart). Retrieved from https://www.doctorswithoutborders.org/what-we-do/news-stories/story/unsafe-abortion-forgotten-emergency

WHO (2020, 25 Eylül). Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion

Global Perspectives on Unplanned Pregnancy. (2015, 28 Eylül). Retrieved from www.un.org: https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/WorldContraceptionDay.pdf

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara

Unintended pregnancies. (2019, 12 Eylül). Retrieved from www.cdc.gov: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/index.htm

Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. (2012). Retrieved from www. who. int: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/;jsessionid=0ACB08501F1D2AD63AC-0DADC45E00C70?sequence=1

Singh S, R. L. (2017). Abortion Worldwide 2017. Guttmacher Institute.

Sedef, E. (2020). Türkiye'de Kürtaj, AKP ve Biyopolitika. İstanbul: İletişim Yayınları .

Manuela, L. (2001). The 1966 Law Concerning Prohibition of Abortion in Romania and its Consequences. The Fate of the generation. Retrieved from The Max Planck Institute for Demographic Research: https://www.demogr.mpg.de/papers/workshops/010623_paper25.pdf

Hord Charlotte, D. H. (1991). Reproductive Health in Romania: Reversing the Ceausescu Legacy. Stud. in Family Planning 22(4), 231-240.

Singh, S. (2010). Global Consequences of Unsafe Abortion. Women's Health 6(6), 849-860.

Güvenli, Kolay ve Yasal-Tıbbi Düşük Uygulansın!

■ **Özge Yılmaz**

İlaçlarla isteğe bağlı düşük ilk olarak 1979'da, ABD'de, PGF2 alfa analoğu olan Carboplast ile uygulandı, daha sonra bu yöntem başka ülkelerde de farklı ilaç ve protokol kullanımı ile yaygınlaştı.

İsteğe bağlı tıbbi düşük, bir antiprogesteron olan Mifepriston (RU-486) ve prostaglandin E1 analoğu olan Misoprostol'ün birlikte kullanımı veya sadece Misoprostol kullanımı ile gerçekleşir. Her iki ilaç da DSÖ'nün "toplum sağlığı için öncelikli" olarak sınıfladığı temel ilaçlar kategorisinde yer alır. DSÖ, ilaçlarla düşüğün, isteğe bağlı gebelik sonlandırmasında, kadınlara bir seçenek olarak sunulmasını önerir. Türkiye'de 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile bu yasaya dayanarak çıkartılan Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ve Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği ile 10 haftayı geçmeyen gebeliğin sonlandırılması yasal hale geldi. Bu kanunun 5. Maddesi'nde, "Annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir" ifadesi yer alır. Rahim tahliyesi, gebeliğin sonlandırılması demektir ve işlemi cerrahi yöntemle sınırlamamaktadır. Türkiye'de Mifepriston bulunmamaktadır; Misoprostol de 2012'de Sağlık Bakanlığı tarafından toplatılmış; kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının bu ilacı reçete etmesi yasaklanmış ve bu şekilde yasal mevzuatta tıbbi düşüğün uygulanması ile ilgili herhangi bir engel olmamasına rağmen pratikte bu işlemin uygulanabilirliği ortadan kaldırılmıştır.

Mifepriston gebeliğin devamını sağlayan progesteron hormonunu

bloke eder; Misoprostol ise hem servikal dilatasyona hem de uterin kontraksiyonlara neden olarak kanama ile gebelik materyalinin atılmasını sağlar.

9. haftaya kadar olan gebelik sonlandırma işlemlerinde, Mifepriston 200 mg oral tek bir tablet şeklinde alınır. 24–48 saat sonra 4 adet Misoprostol vajinal, sublingual ya da bukkal (yanak ve dişetleri arasındaki bölgeye, sağ ve sola ikişer adet) yolla kullanılır. 7 haftaya kadar olan gebeliklerde Misoprostol oral olarak da alınabilir ancak 7 haftadan sonra oral alım önerilmemektedir. Oral alımlarda 2 adet Misoprostol kullanılır.

9–12 hafta arasındaki gebeliklerde 200mg Mifepriston dozundan 36-48 saat sonra 4 adet Misoprostol vajinal olarak kullanılır. Maksimum 4 ardışık doz, her 3 saatte bir, 2 adet şeklinde vajinal ya da sublingual olarak verilir.

Ülkemizdeki gibi Mifepriston'un kullanılmasının mümkün olmadığı durumlarda, 4 adet Misoprostol vajinal ya da sublingual olarak kullanılır. Aynı doz en fazla 3 kere olacak şekilde 3–12 saatte bir tekrarlanabilir.

Tıbbi düşüklerde ağrı kontrolü için analjezik önerilir; antibiyotik profilaksisine gerek yoktur (WHO, 2012).

Misoprostol alımını takip eden 1–2 saat içerisinde kanama ve kramplar başlar. Sıklıkla birkaç gün içerisinde düşük gerçekleşir. Halsizlik, bulantı, kusma, yüksek ateş, ishal, baş ağrısı, yüzde kızarma, terleme gibi yan etkiler görülebilir. Misoprostol alındıktan sonra 24 saat geçmesine rağmen kanama olmazsa ya da 4 günden daha kısa süren kanama olursa, 1 haftanın sonunda gebeliğe ait şikâyet ve belirtiler kaybolmazsa, 3 hafta sonra idrarda gebelik testi halen pozitif veya şüpheli ise ve 4 haftanın sonunda adet kanaması başlamazsa kişiye bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilir. Gebeliğin devam etmesi, rahim içerisinde gebelik materyaline ait parça kalması, infeksiyonlar, düzensiz ve yoğun kanama, atlanmış dış gebelik varlığı karşılaşılabilecek nadir komplikasyonlar arasında yer alır. 38 derece üzerinde ateş, şiddetli karın ağrısı, yoğun kanama, kötü kokulu vajinal akıntı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, ciddi alerjik reaksiyonlar, konfüzyon, konvülziyon, bilinç kaybı gibi durumlarda ise bir sağlık merkezine acil başvuru önerilir (BPAS).

10. gebelik haftasına kadar uygulanabilen bu yöntemin gebelik haf-

tasıyla bağlantılı olarak başarı oranı %93-99 arasındadır. Serviks yaralanması ve uterin perforasyon gibi riskler bulunmamaktadır. İsteğe bağlı düşüğün temel ve ertelenemez bir sağlık hizmeti olduğunu vurgulayan American College of Obstetricians and Gynecologists de bu yöntemin uygulanmasını önermektedir (ACOG, 2020).

İlaçlarla yapılan isteğe bağlı düşükte, cerrahi ve anestezi gerekmez; kadının ev ortamında, menstrüel kanama benzeri bir kanama ile düşük gerçekleşir. Bekleme sürecinin olması, başarısızlık olduğunda vakum aspirasyon ile kürtaj gerekliliği, birden fazla klinik ziyareti yöntemin dezavantajları olarak kabul edilir ancak başarısızlık oranının düşüklüğü, yöntemin klinik yükü ve malzeme ihtiyacını azaltması, basit ve ucuz olması, karşılanamayan isteğe bağlı gebelik sonlandırma talebini azaltmak için etkili bir yol oluşturmaktadır.

Ülkemizde iki çalışma ile ilaçlarla isteğe bağlı düşük uygulaması gerçekleşmiştir. Birinci çalışma, Population Council desteğiyle, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı koordinatörlüğünde, 1999-2002 yılları arasında, Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, İzmir Konak Doğumevi ve Gülveren Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi'nde yapılmıştır. Çalışmada, Türkiye'de ilaçlarla yapılan isteğe bağlı düşüğün kabul edilebilirliği, cerrahi yöntemle karşılaştırılması, kadınların memnuniyet oranları, düşük doz mifepriston kullanımı ve başvuranların misoprostolü almada yer tercihleri çalışılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında ilaçlarla düşük, uygulanması kolay, emniyetli, kabul edilebilirliği ve başarı oranı yüksek bulunmuştur. Kadınların misoprostolü evde almayı tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Pinter ve ark., 2005).

İkincisi ilaçlarla isteğe bağlı düşük araştırması, Hacettepe Üniversitesi- DSÖ Üreme Sağlığı İşbirliği Merkezi (Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı) ve Gynuity Health Projects işbirliği ile 2004-2005 yılları arasında, Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Hacettepe Üniversitesi Merkez Sağlık Merkezi, Ankara Etlik Doğumevi ve Dr Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. İsteğe bağlı düşüklerdeki hizmet açığı ve 1. çalışmanın olumlu sonuçları, 2. çalışma için ivmelendirici olmuştur. Bu çalışmada Misoprostol'ün alınma şekli (oral ya da sublingual), alınma yeri (evde ya da klinikte) ile yan etki ve komplikasyonları çalışılmıştır. Çalışmanın sonunda, ilaçlarla isteğe bağlı düşüğün başarı oranı

%95 bulunmuş, oral alım ve evde kullanımın daha fazla tercih edildiği görülmüştür. Çalışmada varılan temel sonuç ise ilaçlarla isteğe bağlı düşüğün mevcut sağlık hizmetleri kapsamında uygun şekilde ve ulaşılabilir olmasının, ülkedeki isteğe bağlı gebelik sonlandırmalarıyla ilgili karşılanamayan hizmet gereksinimini azaltacağı ve kadınlara atravmatik bir yöntem seçeneği sunacağı şeklindedir (Akın ve ark., 2005)

Kadına kendi bedeni üzerinde kontrol ve söz hakkı sağlayan bu yöntemin kadınları güçlendirdiği, hekim- hasta arasındaki hiyerarşik yapılanmayı ve paternal tıp dinamiklerini sarstığı söylenebilir. Karar verme mekanizmasının aktif bir parçası olmak, ilaçları kullanıp süreci takip etmek, deneyim paylaşımında bulunmak, diğer kadınların da bu konforlu yöntemden faydalanabilmesi için internet üzerinden çeşitli dayanışma ağlarında çalışmak kadınları güçlendirmektedir. 1986 yılında, çok katı isteğe bağlı gebelik sonlandırma kanunları olan Brezilya'da, Misoprostol reçetesiz satılmaya başlandığında, kısa süre içerisinde kadınlar tarafından kullanılmaya başlandı. Merdivenaltı cerrahi gebelik sonlandırmasına alternatif bir yöntem olduğu görüldü. Kadınlar deneyimlerini birbirleriyle paylaştı. Bu süreç, uzun vadede jinekologların da isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemine bakış açısını değiştirdi (Arilha ve Barbosa, 1993).

İstanbul'da, bir özel hastanede yaklaşık 30 kadına uygulanan ilaçlarla isteğe bağlı gebelik sonlandırma işleminden elde etmiş olduğumuz bazı sonuçlar şöyle: İsteğe bağlı gebelik sonlandırılması işlemininin kriminalize edildiği ülkemizde, birçok kadın böyle bir yöntemin varlığından haberdar değil. Haberdar olsa bile yöntemin yasal olup olmadığıyla ilgili net bilgiye sahip değil ya da işlem sonrasında bir sorun yaşarsa hakkını arayamayacağı ile ilgili endişeleri var. Yöntemle ilgili kadınlar arası bilgi ve deneyim paylaşımı olamaması da ilaçlarla gebelik sonlandırma seçeneği sunulduğunda şüphe ve hatta kimi zaman şaşkınlığa yol açıyor. Düşük gerçekleştikten sonra yapılan görüşmede birçok kadın, çevrelerindeki kadın arkadaşlarının da merak ve endişeyle bu süreci takip ettiğini belirtiyor. Kadınlar, internette ilaçlarla isteğe bağlı düşükle ilgili basit bir araştırma yaptıklarında, Türkçe sitelerde karşılaştıkları korkutucu bilgilerin kaygılarını artırdığını ve İngilizce sitelerde daha fazla bilgi ve özellikle de deneyim paylaşımının kaygılarını azalttığını ifade ediyor. Bu süreç, yabancı dilde araştırma yapma şansı olmayan kadınlar için endişe verici olabilir.

Evde olmak, kadınların güvenli ve konforlu hissetmelerini, partner-

lerin de sürece daha fazla dahil olarak kadınlara daha fazla destek olmalarını sağlıyor. Kadınlar, bu deneyimi sıklıkla "biraz daha ağrılı ve yoğun bir adet kanaması" şeklinde tarif ediyor. Girişimsel bir yöntem uygulanmadığı ve anestezi almak zorunda kalmadıkları için memnunlar. Ülkemiz koşullarında ücretsiz gebelik sonlandırma hizmeti alamayan kadınlar için ekonomik anlamda da önemli bir avantaj, özellikle de yoksul kadınlar için.

İlaçlarla isteğe bağlı gebelik sonlandırma konusunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yorumları sıklıkla olumsuz.Yöntemi ilk defa duyan ve farklı kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından fikir almak isteyen kadınlara yapılan açıklamalar benzer ve maalesef bilimsel değil: İşlemin çok ciddi komplikasyonları var, çok ağrılı, çok kanamalı, rahimde parça kalırsa enfeksiyon ve rahmi kaybetme riski var gibi… Bu bilimsel olmayan yönlendirmelerde, kadın hastalıkları ve doğum asistanlık eğitiminde tıbbi düşüğün yer almaması oldukça önemli bir etken.

Gebelik sonlandırma işlemi sonrasında kadınlar, bu yöntemden çok memnun kaldıklarını, bedenleri üzerinde kontrolleri olduğunu hissettiklerini, süreci ruhsal olarak da çok rahat geçirdiklerini ve yöntemi başka kadınlara tavsiye edeceklerini ifade ediyor.

Dünyada isteğe bağlı düşük ile güncel haberler:

İsteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi, ülkelerdeki yasalar ve uygulanma durumuna göre 5 gruba ayrılarak incelenir (Global Abortion Policies Database; Center for Reproductive Rights):

1) Tamamen yasak (Prohibited altogether): Bu grupta yer alan ülkelerde, kadının hayatı veya sağlığı risk altında olduğunda bile kürtaj uygulanmaz. (21 ülke, üreme çağındaki kadınların %6'i, 111 milyon kadın)

2) Kadının hayatını kurtarmak için (To save a woman's life):Yalnızca kadının yaşamsal riski olduğunda kürtaja izin verilir. (44 ülke, üreme çağındaki kadınların %20'si, 416 milyon kadın)

3) Sağlığı korumak için (To preserve health): Bu ülkelerin kanunları, tedavi gerektirecek bir gerekçe olduğunda kürtaja izin verir. (Üreme çağındaki kadınların %12'ü, 226 milyon kadın)

4) Geniş sosyal ya da ekonomik gerekçeler (Broad social or economic grounds): Bu kategoride yer alan ülkeler, gebelik ve çocuk sahibi ol-

manın, kadının sosyal ve ekonomik durumuna etkisini göz önüne alır ve gebeliğin isteğe bağlı sonlandırılmasına geniş koşullar koyarak izin verir. (Üreme çağındaki kadınların %23'ü, 12 ülke, 457 milyon kadın)

5) İsteğe bağlı (On request): Bu gruptaki ülkelerde gestasyonel haftaya bağlı olarak koşulsuz gebelik sonlandırılması mümkündür. En sık gestasyonel sınır 12. haftadır. (Üreme çağındaki kadınların %34'ü, 77 ülke, 662 milyon kadın)

Gebeliği sonlandırma istemi, gebe kalma istemi kadar eskidir. İsteğe bağlı düşük yasal değilse, planlanmamış bir gebeliği sonlandırmak için kadınlar, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını riske atmak pahasına güvensiz koşullara yönlenir. Bu nedenle gebelik sonlandırma işleminin güvenli olması ve işleme ait oluşabilecek komplikasyonların en aza indirilebilmesi için uygun şartların sağlanması çok önemlidir. Devletler, dinler ve hatta bilim insanları, isteğe bağlı gebelik sonlandırılmasına erişimi engellemeye çalışsa da kadınlar, kendi bedenleri üzerindeki öznel haklarından vazgeçmemiş, ürememe hakları için mücadele etmiştir.

Arjantinli kadınların uzun yıllardır verdiği isteğe bağlı gebelik sonlandırmaya erişim mücadelesi sonuç buldu ve Aralık 2020'de isteğe bağlı düşüğü yasallaştıran tasarı kabul edildi. Yeşil Dalga Hareketi, Latin Amerika'da dalga dalga yayılmaya devam ediyor. Şubat 2022'de, katı kürtaj yasaları ile bilinen Ekvador, tecavüz vakalarında kürtajı suç olmaktan çıkardı. Kolombiya'da da kürtajın önündeki yasal engel kalktı. Kadınlar, 24. haftaya kadar isteğe bağlı gebelik sonlandırma hakkına sahip oldular. Meksika'da kürtaj, Eylül 2023'te, federal düzeyde suç olma kapsamından çıkarıldı. Yüksek mahkeme, kürtaja yönelik yasakların kadın haklarını ihlal ettiğine karar verdi. İrlandalı kadınlar, 1 Ocak 2019'da uğraşlarının sonucunu aldı, isteğe bağlı düşük yasallaştı. Ocak 2021'de, Güney Kore'de feministler, sağlık çalışanları, engelli hakları savunucuları, avukatlar, genç aktivistler ve dini grupların oluşturduğu bir koalisyonun yıllar süren çabasının sonucunda isteğe bağlı gebelik sonlandırılması üzerindeki yasal engeller kalktı. Tayland'da da, Anayasa Mahkemesi'nin, kürtaj yasağının anayasaya aykırı olduğunu açıklamasını takiben Şubat 2021'de kürtaj legal hale geldi.

Dünyada, üreme çağındaki 753 milyon kadın, kürtajla ilgili kısıtlayıcı yasalar altında yaşıyor. Filipinler'de isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemine 6 yıla yakın bir hapis cezası veriliyor. Polonya'da, Anayasa Mahkemesi, Ekim 2020'de, fetal anomaliler nedeniyle yapılan isteğe

bağlı düşüğü de yasakladı. Yıllık yasal isteğe bağlı düşük sayısı 2000 civarında olan ve bunların çoğu da fetal malformasyonlar nedeniyle yapılan Polonya'da, isteğe bağlı gebelik sonlandırmak sadece tecavüz, ensest ve kadının yaşamsal riski olduğunda mümkün (Thomson Reuters Foundation News).

Mart 2021'de tanıtılan, Eylül 2021'de yürürlüğe giren ve "Kalp Atışı Yasası" olarak anılan Teksas Eyalet Yasası, fetusun kalp atışlarının duyulmasından itibaren kürtajı yasaklıyor. Bu kural hamileliğin altıncı haftasından itibaren kürtajın fiilen yasaklanması anlamına geliyor. Oysa birçok kadın bu aşamada hamile olduğunun farkında bile olmayabiliyor. Ekim 2021'de federal bir yargıç, bu yasal düzenleme hakkında yürütmeyi durdurma kararı verdi ancak temyiz mahkemesi bu kararı bozdu. Haziran 2022'de, ABD Yüksek Mahkemesi'nin, ülke genelinde kürtaj hakkını anayasal olarak garanti altına alan 1973 tarihli Roe v. Wade kararını iptal etmesi, kürtaj karşıtlarını cesaretlendirmiş olsa gerek ki kürtaj yasaklarını savunan bir grup, tıbbi düşük uygulamasında yıllardır güvenli bir şekilde kullanılan Mifepriston'un FDA onayını iptal ettirmek için bir dava açtı. Dava halen devam ediyor.

ABD'deki antidemokratik gelişmeler, 1975'ten beri 14. gebelik haftasına kadar kürtajın yasal olduğu Fransa'da, konuya ilişkin geniş çaplı tartışmalar başlattı. Şubat 2024'te, Fransa'da, kürtaj hakkının anayasal güvence altına alınmasıyla ilgili tasarı kabul edildi ve Fransa, kürtaj hakkını anayasa ile koruyan ilk ülke oldu.

İsteğe bağlı düşük yasaklarının olduğu birçok ülkede kadınlar, internet üzerinden dayanışma ağları kurarak tıbbi düşük için gerekli ilaçlara erişimi sağlayabilmek için örgütlendi. Bu oluşumların ilki olan Women on Waves (WOW), 1999'da kadın hastalıkları ve doğum uzmanı Rebecca Gomberts tarafından güvensiz koşullarda yapılan isteğe bağlı düşükleri önlemek ve kadınları fiziksel ve ruhsal anlamda güçlendirmek amacıyla kuruldu. İsteğe bağlı düşüğün yasak olduğu ülkelerdeki kadınlara, uluslararası sularda lokal kanunların geçerli olmaması prensibi üzerinden, mobil bir klinik içeren özel olarak yapılmış bir gemi ile hizmet ulaştıran WOW, dronlarla ve internet üzerinden düşük hapları göndererek, kontrasepsiyon ile ilgili eğitim ve destek vererek, üreme sağlığı ile ilgili çalıştaylar düzenleyerek çeşitli faaliyetlerde bulundu ve istenmeyen gebeliklerin ve güvensiz koşullarda gerçekleşen isteğe bağlı düşüklerin olumsuz sonuçlarına dikkat çekti. WOW gemisi, 2008'de İspanya'ya, 2012'de Morocco'ya, 2017'de Guatemala

ve Meksika'ya gitti. Polonya ve Kuzey İrlanda'da dronlar, yine Kuzey İrlanda'da 2018'de özel tasarım robotlar, gebelik sonlandırıcı ilaçları dağıttılar.

Araştırmalar ve kanıtlar; kadınların bu ilaçları ne şekilde kullanmaları ve hangi durumlarda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirildikleri durumlarda, ilaçlarla isteğe bağlı düşüğün oldukça güvenli olduğunu gösteriyor. Bir kadın, yeterli kaynak, destek ve tıbbi bakıma sahip olduğunda üreme ve cinsel sağlığını kendisi rahatlıkla yönetiyor. Bu kadar rahat ve düşük maliyetli bir yöntem varken ve böylesine kolay uygulanabiliyorken kadınların bu seçenekten mahrum bırakılmaları çok büyük bir haksızlık. Üstelik bu yöntem, karşılanamayan sağlık hizmet yüküne kolay ve güvenli bir alternatif oluşturuyor. İlaçlarla isteğe bağlı düşüğün Türkiye'de yapılmasını ya da yaygınlaşmasını engellemek, isteğe bağlı gebelik sonlandırılmasını kısıtlamaktan başka bir şey değil. Bu kısıtlama da açık bir sağlık hakkı ihlali...

Kaynaklar

Akın A., Doğan G., Dilbaz B., Gökkurt K., Coşkun S., Beyhun A., Erdost E. ve Temel T. E., (2005). Türkiye İçin Yeni Bir Seçenek: Tıbbi Düşükler, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, Ankara

Arilha, M., ve Barbosa, R. M. (1993). Cytotec İn Brazil: "At Least It Doesn't Kill." Reproductive Health Matters, 1(2), 41–52.

Britich Pregnancy Advisroy Service (BPAS), Https://Www.Bpas.Org/Abortion-Care/Abortion-Treatments/The-Abortion-Pill/

Center For Reproductive Rights, Https://Reproductiverights.Org/Maps/Worlds-Abortion-Laws/

Global Abortion Policies Database, Https://Abortion-Policies.Srhr.Org/

Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S., ve Webb, A. (2005). Accessibility And Availability Of Abortion İn Six European Countries. The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal Of The European Society Of Contraception, 10(1), 51–58.

The American College Of Obstetricians And Gynecologists (ACOG), Abortion Policy, Reaffirmed, November 2020

Thomson Reuters Foundation News, Https://News.Trust.Org/İtem/20201230133353-Lmsat

WHO- Safe Abortion, (2012). Technical And Policy Guidance For Health Systems, 2nd Edition.

İsteğe Bağlı Düşük Hakkına Erişimin Kısıtlanması ve Ruhsal Etkileri

■ **Hasibe Rengin Güvenç**

İsteğe bağlı düşük hakkına erişimle ilgili kısıtlamalar, kadınları güvensiz ve sağlıksız koşullarda gebelik sonlandırmaya yönlendirmektedir. Bütün bunların sonucunda kadınlar enfeksiyon riskine açık hale gelmekte ve ne yazık ki yaşamlarını kaybedebilmektedir. Tüm bu sağlık risklerine rağmen dünyanın birçok yerinde isteğe bağlı düşük hakkına farklı argümanlarla karşı çıkılmaktadır. Dünya Cinsel Sağlık Birliği (World Association of Sexual Health WAS) Cinsel Haklar Bildirgesi'nin özgür ve sağduyulu üreme seçim yapma hakkı maddesi; çocuk sahibi olma veya olmamayı seçme hakkını, çocuk sayısını ve ne kadar aralıklı olacağına karar verme hakkını ve bu hakların düzenlenmesiyle ilgili tüm tedavilere tam erişim hakkını içermektedir. İstenmeyen gebeliklerin güvenli koşullarda sonlandırılması ve bu nedenle gelişen anne ölümlerinin engellenmesi, BM'nin Binyıl Amaçları (Millennium Goals) içerisindedir.

İstenmeyen gebeliklerin düşürülme hakkkına karşıt olarak birçok argüman geliştirilmiştir. Bunlar arasında en fazla öne çıkarılan ise bu işlemin ruhsal rahatsızlıklara neden olmasıdır. Neden olduğu iddia edilen ruhsal rahatsızlıklar arasında depresyon ve anksiyete bozukluğundan psikoaktif madde kullanımına kadar çok farklı hastalıklar bulunmaktadır (Coleman, 2011). Gebelik sonlandırılması ve bunun psikiyatrik sonuçları bilimsel olarak uzun süredir tartışılan bir konudur (Adler ve ark., 1992). İsteğe bağlı düşüğün psikiyatrik sorunlara yol açtığını bildiren çalışmaların en büyük kısıtlılığı gebeliği sonlan-

dırma öncesinde kadınların ruhsal bozukluk oranlarının araştırılmamış olması, kadın ruh ve beden sağlığını etkileyen diğer durumların incelenmemiş olması, istenmeyen ya da planlanmamış gebelikler gibi bir ayrım yapılmadan ruhsal etkilerin araştırılmış olmasıdır. (Heikinheimo ve ark., 2017). Bu durum yapılan çalışmalara metodolojik açıdan güvenilirliği düşürmektedir. Metodolojik açıdan güvenilir araştırmalarda ise kadınların bu süreçte geçici üzüntü ve keder de dahil olmak üzere çok çeşitli duygular yaşayabildikleri ancak bu durumun ruhsal bozukluklara neden olduğuna dair hiçbir kanıt olmadığını belirtmektedir (Dagg, 1991). Diğer taraftan istenmeyen gebeliklerin sürdürülmesi ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Gebelik depresyonunun önde gelen nedenlerinden biri istenmeyen gebeliklerdir (Abbasi et al., 2013). Gebelik depresyonu olan annelerin bebeklerinde erken doğum, doğum ağırlığının düşük olması, beslenme güçlüğü gibi sorunların yanı sıra uzun dönemde ciddi ruhsal, zihinsel ve davranış bozukluklar görülebilmektedir (Becker ve ark., 2016).

Gebeliğin istenmeyen ya da planlanmamış olması durumlarında gebeliğin sonlandırılması veya sonlandırılamamasının yaratacağı ruhsal etkiler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gebelik istenen fakat planlanmamış olduğunda, gebeliğin sonlandırılmaması o sırada ekonomik olarak hazır olmama, çocuğun büyütülmesi için yeterli zamanın ayrılamaması, bakım verecek kişinin iş ve çevre şartlarının yaratacağı sorunlar, bireyi olumsuz yönde etkilemektedir. İstenmeyen gebeliklerde ise cinsel ilişkide kadının rızasının olmaması, istenmeyen bir partnerden gebe kalma, toplumsal konumun gebeliğe devam etmeye izin vermemesi, gelecek planlarında bir çocuk yetiştirmenin olmadığı durumlar yaşanılan gebeliğin ve sonlandırılmasının yaratacağı etkileri değiştirebilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar bu etkileri çok yönlü bir şekilde inceleyememiştir.

İstenmeyen gebelik, kürtaj ve ruh sağlığı arasındaki ilişki farklı araştırmaların konusu olmakta ve bu alandaki araştırmalar halen devam etmektedir. Bu tartışmalı alanı netleştirmek için APA ve Charles yaptıkları araştırmada bu ilişkiyi ele alan çalışmaları analiz etmişlerdir (Charles ve ark., 2008; Major ve ark., 2009). Bu incelemelerin sonuçlarına göre; istenmeyen bir gebeliği sonlandırmak ve sürdürmek kıyaslandığında, ruhsal rahatsızlık riskinde bir farklılık saptanmamıştır.

İstenmeyen gebelikleri sonlandırmanın ruhsal etkileri incelenirken

kadının otonomisi ve özgür karar vermesine engel olacak koşulların değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Gebelik için kendini hazır hissetmeyen bir kadının gebeliği sürdürmeye zorlanması kendi hayatı üzerinde ve bedeni üzerindeki kontrol duygusunu yitirmesine neden olmaktadır. Kadınların istenmeyen gebelikleri sonlandırma hakkına erişimini yasaklamak, kadınların kendi bedenlerini kontrol etme hakkını ve otonomisini olumsuz etkileyerek ruh sağlığına tahripkâr etkiler yapacaktır. Karar vermeyle ilgili bir diğer açı ise kadının gebeliği sonlandırmayı partnerinin zoruyla veya çevre baskısıyla gerçekleştirmiş olmasıdır. Kendisinin karar vermediği ya da zorlandığı gebelik sonlandırma işlemi de kadının yaşayacağı olumsuz duyguları artırmaktadır.

2012 senesinden sonra Türkiye'de üremeyi teşvik eden bir politika başladı. Eski Sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu'nun "Kadınlar için tek kariyer annelik" ifadesi ve Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın "Anneliği reddeden, evini çekip çevirmekten vazgeçen bir kadın, özgünlüğünü kaybetme tehlikesiyle karşı karşıyadır, eksiktir, yarımdır" ifadesi kadınların tek görevinin annelik ve doğurmak olduğunu vurgulayan bu politikanın uzantısıdır. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ile ilgili Recep Akdağ 'Tecavüze uğrayan doğursun, gerekirse devlet bakar', Melih Gökçek "Kadın ahlaklı olsun, kürtaj yapmak zorunda kalmasın", Recep Tayyip Erdoğan'ın "Her kürtaj bir Uludere'dir" söylemlerinde bulundu. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılma hakkına erişimde sorunlar yaşanmaya başlandı ve hükümet kanalıyla dile gelen olumsuz söylemlerin maalesef toplum üzerinde de bir yansıması oldu. İstenmeyen bir gebeliği sonlandırma hakkını kullanmak isteyen kadınlara yönelik toplumda olumsuz bir bakış açısı geliştirildi. Yasal hak olarak bu hizmete ücretsiz ulaşılabilecekken devlet hastanelerinde bu hizmete erişimle ilgili ciddi kısıtlamalar oldu. Kadınların zor karar verdiği ve kırılgan hissettiği bu süreçler son yıllarda iyice zorlaştırıldı ve kadınlarda suçluluk duygusu artırılmaya çalışıldı. Bir sağlık hakkına erişimle ilgili devlet yetkilileri tarafından dini referanslarla güçlendirilen yargılayıcı bakış açısı, kadınları suçluluk duygusuna itmektedir. Toplumdaki olumsuz algı nedeniyle kişilerin süreci yakın çevreleri ile paylaşımı ve yaşadığı sıkıntılarla ilgili göreceği sosyal destekte azalma oldu.

Sağlık hakkına ulaşmak isteyen kadınların, başvurduğu devlet kurumlarında maruz kaldıkları tavır ve böyle bir hakkın olmadığına dair

yanlış bilgilendirilmeler sonucunda yaşanılan ruhsal zorluklar arttı. Devlet kurumlarında istenmeyen gebeliği düşürme hakkına erişemeyen kadınlar, özel hastanelere ve muayenehanelere yöneldi. Ekonomik zorluk yaşayan kişiler için devlet hastanesinde ve özel hastanede bu hakka ulaşamamak, kişilerin, kendisini toplum içerisinde eşit bir konumda hissedememesine neden oldu. Bu kişiler, merdiven altı yöntemlere yöneldi ve bu durum sağlık sorunlarında artışa neden oldu.

İstenmeyen ya da plansız gebelikler doğumla ya da kürtajla sonlandırıldığında ortaya çıkan ruhsal hastalıklarda bir değişiklik olmadığı yapılan sistematik derleme çalışmaları ile gösterilmektedir. Ancak plansız ya da istenmeyen gebelik gibi kadının hazırlıksız ve beklenmedik bir sürece girmesine neden olan bütün bu durumların hepsi, ruhsal zorlanmalara neden olabilmektedir. Öncelikle ruh sağlığı ve üreme sağlığını korumak adına, isteğe bağlı düşüğe, ayrıca etkili ve ulaşabilir doğum kontrol yöntemlerine erişimi sağlamak en temel ve acil olarak gerçekeştirilmesi gerekenler arasındadır.

Kaynaklar

Abbasi, S., Chuang, C. H., Dagher, R., Zhu, J., ve Kjerulff, K. (2013). Unintended pregnancy and postpartum depression among first-time mothers. Journal of Women's Health. https://doi.org/10.1089/jwh.2012.3926

Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F., ve Wyatt, G. E. (1992). Psychological Factors in Abortion: A Review. American Psychologist. https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.10.1194

Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A., ve Schmukler, S. (2016). Depression During Pregnancy and Postpartum. In Current Psychiatry Reports. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7

Charles, V. E., Polis, C. B., Sridhara, S. K., ve Blum, R. W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. In Contraception. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.07.005

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. In British Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230

Dagg, P. K. B. (1991). The psychological sequelae of therapeutic abortion - Denied and completed. American Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.578

Heikinheimo, O., Pohjoranta, E., Toffol, E., Suhonen, S., ve Partonen, T. (2017). Induced abortion and mental health. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96(3), 383. https://doi.org/10.1111/aogs.13072

Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., ve West, C. (2009). Abortion and Mental Health: Evaluating the Evidence. American Psychologist. https://doi.org/10.1037/a0017497

Kürtaj İçin Eş İzni; Etiko-Legal Bir Bakış

■ **Hafize Öztürk Türkmen**

İstenmeyen gebeliklerin belirlenen yasal süreler içinde kürtajla sonlandırılmasının ahlaki/moral çerçevesine ve bu uygulamada herhangi bir hak ihlali olup olmadığına ilişkin sorular, temel olarak söz konusu tıbbi uygulamanın yürürlükte olan yasal prosedürlere ve mesleki etik ilkelere uygun olup olmadığı ekseninde değerlendirilebilir. Herhangi bir tıbbi uygulamanın, içinde gerçekleştiği koşullardan bağımsız, salt yasalara ve etik ilkelere uygunluk açısından ele alınamayacağı, koşullardan bağımsız bir değerlendirmenin var olan sorulara yanıt vermekte yetersiz kalacağı için de öncelikle konuyla ilgili dünyadaki ve ülkedeki tarihsel/toplumsal dinamiklerle birlikte tıbbi uygulamanın gerçekleştirildiği öznel ve nesnel koşullara kısaca değinmek uygun olacaktır.

Tarihsel olarak bilinmektedir ki; kadınların cinsellikleri ve doğurganlıkları, gelenek, görenek, aile dinamikleri ile birlikte ve aynı kavramsal çerçeve içinde ele alınmakta, ataerkil /patriyarkal politikalar doğrultusunda oluşturulan yasal düzenlemelerle babanın, evlilik yoluyla eşin ve egemen siyasal iktidarın kontrolüne bırakılmaktadır. Ülkelerin nüfus politikalarının kadınların bedenleri üzerindeki denetim temelinde inşa edilmesi anlamına gelen bu yaklaşım, doğurganlığın kontrolüne ilişkin üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri ile kürtaj düzenlemelerinde somutlaşmaktadır. Polonya ve Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletleri başta olmak üzere, dünyanın çeşitli ülkelerinde son yıllarda yeniden gündeme gelen kürtaj haklarının kısıtlanmasına ilişkin yasa teklifleri kadınların bedenleri ve cinselliklerini doğurgan-

lık üzerinden kontrol etmeye yönelik baskıcı politikaların güçlü bir göstergesidir. Kadınların kendi bedenleri, cinsellikleri ve yaşamları hakkında karar alma haklarını ellerinden almaya yönelik söz konusu baskıcı - muhafazakar politikalar, toplumsal cinsiyet eşitliği karşıtı politika ve söylemlerle desteklenerek uygulamaya geçirilmektedir. Kadınların bedenleri üzerindeki söz ve karar haklarının hukuksal yasaklar ve kısıtlamalarla düzenlenmesi yanısıra; aralarında Türkiye'nin de yer aldığı pek çok ülkede yasalarla güvence altına alınan gebeliğin önlenmesi ve kürtaj haklarına erişim, hukuken olanaklı olmakla birlikte fiili olarak olanaksız, zor ya da koşula bağlı hale getirilmektedir. Sonuç olarak, günümüzde dünyanın 26 ülkesinde kadınların kürtaj olması herhangi bir istisna olmaksızın tümüyle yasaktır. Kürtaj 39 ülkede kadının hayatı risk altındaysa, 56 ülkede ise ciddi risk altındaysa yapılabilmektedir.

Ülkemizde kürtaj yasağı, 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile kaldırılmıştır. Kanun uyarınca, 10. haftası sonuna kadar olan gebelikler isteğe bağlı olarak sonlandırılabilir. Gebeliğin kadının sağlığı için yaşamsal tehdit oluşturduğu ya da doğacak çocuk için ağır maluliyete yol açacağı durumlarda, uzman hekimin gerekçeli raporuyla desteklenmek koşuluyla 10 haftayı aşan gebeliklerin kürtajla sonlandırılması öngörülmektedir. Cinsel saldırı sonucu oluşan gebeliklerde ise kürtaj süresi, hakim kararı olmak koşuluyla 20. haftaya kadar uzatılabilmektedir. Söz konusu Kanun, evli kadınların kürtaj olmasını eşin iznine, 18 yaşından küçük kız çocuklarının kürtaj olmasını veli iznine bağlamakta, akıl maluliyeti olan kadınların kürtajı içinse kendi onamları aranmamakta, vasi onayı ve sulh hakiminin izni gerekmektedir.

Türkiye'de son yıllarda kadınların kürtaj ve gebelikten korunma yöntemlerine erişimi konusunda yapılmış pek çok araştırma ve hazırlanmış izlem raporları bulunmaktadır. Bu bağlamda Kadının İnsan Hakları-Yeni Çözümler Derneği tarafından 2021 yılında gerçekleştirilen *"Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Kürtaj Deneyimleri Araştırma Raporu"* ve Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi (2020) tarafından yayımlanan *"Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil; Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri 2020"* araştırmaları konuyu kapsamlı şekilde ele alan çalışmalardır. Türkiye'de kürtaj, kadınlar için her ne kadar yasal güvence altına alınmış bir hak ise de, uygulamada 2000'li yılların başından itibaren

özellikle isteğe bağlı kürtaja erişimin fiili kısıtlama ve yasaklarla engellendiği görülmektedir. Bu engellemeler empirik gözlemler yanısıra, yapılan geniş kapsamlı bilimsel araştırmalarla da gösterilmiştir. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma Merkezi tarafından 2020 yılında yapılan ve Türkiye'deki 295 kamu hastanesi ile görüşmelere dayalı olarak gerçekleştirilen çalışmada, sadece 10 kamu hastanesinde isteğe bağlı kürtaj yapıldığı, bu 10 hastanenin bulunduğu il sayısının 8 olduğu, söz konusu 8 il dışında kalan ve Türkiye nüfusunun dörtte birinin yaşadığı İstanbul'da ise sadece 1 kamu hastanesinde 8 haftaya kadar olan gebeliklerde isteğe bağlı kürtaj yapıldığı belirtilmektedir. (Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi, 2020).

Mor Çatı tarafından yapılan benzer bir çalışma, *"Sağlık Bakanlığı Kürtaj Yapılan Hastanelerin Listesini Açıklasın"* başlığıyla 26.02.2015 tarihinde kamuoyuyla paylaşıldığında, Sağlık Bakanlığı bir açıklama yapmış; "kürtajın yasak olmadığını, hastaneleri arayıp soru sorarak bilgi alınamayacağını, gebeliğin sonlandırılmasının hasta ile hekim arasında konuşulacak özel bir durum olduğunu" belirterek, kadınların hangi hastanede isteğe bağlı kürtaj yapıldığını öğrenebileceği bir bilgi kaynağının olmadığını açıkça dile getirmişti. Türkiye Aile Planlaması Vakfı (2020) ve Volkan Yılmaz tarafından hazırlanan *"Pandemi Öncesi ve Sonrasında Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İzleme Raporu"*nda da aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının, isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması talebinde bulunan hastalarını nereye yönlendireceklerini bilmediklerinden söz edilmektedir. Kamu hastanelerinde kürtaj olamayan kadınlar, istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için ya kürtaj hizmeti veren özel hastanelere başvurmak ve yasal hakkı olan bir hizmeti fahiş ödemeler yaparak almak ya da sağlığa uygun olmayan merdiven altı koşullarda, yaşamlarını riske atmak pahasına kürtaj yaptırmak zorunda bırakılmaktadır.

Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı'nın saha desteğiyle Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği tarafından 2021 yılında yapılan çalışma, aynı yıl *"Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Kürtaj Deneyimleri Araştırma Raporu"* adıyla yayımlanmıştır. Prof. Dr. Nükhet Sirman koordinatörlüğünde yürütülen niteliksel araştırmada katılımcılar hizmete gereksinimi olanlar, hizmet sunanlar ve hak savunucularından oluşturulmuş; araştırma kapsamında 23 kadın ve 8 hekimle derinlemesine görüşmeler yanısıra uzman savunucularla da 3 odak grup görüşmesi

gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bulgularına göre; kadınlar kendi bedenleri, sağlıkları, doğurganlıkları, sağlık hakları, sağlık hizmetlerine erişim, gebelikten korunma, kürtaj yöntemleri ve ilgili yasal düzenlemelerle hakları konularında çok az bilgiye sahiptir. Kadınlar, ulaşamadıkları üreme sağlığı hizmetleri, gebelikten korunma yöntemleri ve kürtaj konusunda nereye başvuracaklarını bilememekte, devlet ve hukuk sisteminde haklarını önlerine çıkarılan engeller ve bilgi eksikliği nedeniyle arayamamakta, sağlık sistemi içinde talep ettikleri kürtaj ve üreme sağlığı hizmetlerini alamamakta, bekledikleri destek ve onayı bulamamkta, çaresizlik, yalnızlık, mecburiyet ve kararsızlık duyguları sarmalında aile ve eş dost çevresine sığınmakta, annelik, çocuk doğurma, kürtaj ve doğum kontrol yöntemlerine ilişkin toplumsal normlardan ve siyasal söylemlerden fazlasıyla etkilenmekte, kendi bedenleri konusunda karar vermek istemekte ancak toplumsal normların dışına çıkmaktan çekinmekte, istemedikleri halde çocuk sahibi olmaktansa gebelikten korunma yöntemlerine ulaşmalarının kolaylaştırılmasını, kürtajın bir hak olmasını ancak ahlaki bir çözülmeye yol açmamak için bu hakkın sınırlandırılmasını talep etmektedirler (Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği, 2021) .

Türkiye'de yasal olmasına karşın fiili olarak kürtaj hizmetine ulaşılamaması yanısıra, 2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nin kapatılması, kurulan Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri'nde üreme sağlığı hizmetlerinin performans sistemi dışında bırakılması, cinsel sağlık ve gebeliği önleme yöntemleri ile ilgili bilgilendirmelerin azalması, Bakanlık tarafından bu merkezlere gebelikten korunma konusunda etkililiği kanıtlanmış rahim içi araç, kondom vb araç gerecin gönderilmemesi, 35 ülkede etkin kullanılmakta olan Misoprostol etken maddeli ilaçların piyasadan çekilerek kullanım dışı bırakılması gibi uygulamalar cinsel sağlık ve gebelikten korunma hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamından çıkarılmasına yol açmıştır. Sonuç olarak, çocuğu olan ve başka çocuk istemeyen, koruyucu hiçbir yönteme de ulaşamayan kadınların "karşılanamayan aile planlaması ihtiyacı" 2013 yılında %6 iken, 2018'e gelindiğinde bu oran ikiye katlanarak %12'ye çıkmıştır. Benzer olarak 2013-2018 döneminde gebeliği önleyici yöntem kullanmayanların oranı da %27'den %30'a yükselmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2019).

Hizmet sunucu olan hekim ve sağlık çalışanları ile cinsel sağlık, üreme sağlığı ve doğurganlık konusunda hizmete gereksinimi olan kadın hastayı karşı karşıya getiren ya da buluşturan bu iklim, konumuz bağlamında istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasında eş izninin gerekliliği olarak karşımıza çıkmaktadır. İlgili yasal prosedür yukarıda dile getirilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yer almaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi başlıklı 30. Maddesi "İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz. Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir. Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir" şeklindedir. Kadının bedenini, cinselliğini, üreme ve doğurganlığını "aile" kavramına hapseden, evli ise eşin, evli değil ya da ergense ebeveynlerin iznine bağlayan bu ataerkil politikalar kadını görmeyen yasalarla düzenlenmiş olsa da, tarihsel kökenlere sahip zarar vermeme, yarar sağlama, adalet, sır saklama ve hastanın özerkliğine saygı olarak sıralanabilecek meslek etik ilkelerine uygun görünmemektedir. Hekimlerin meslek etik ilkelerine uygun tıbbi uygulama için kimi durumlarda hangi etik ilkelere öncelik verecekleri konusunda ikilemler yaşadıkları bilinen bir gerçektir. Ancak biyoetiğin temel ilkelerinin yer aldığı insan haklarına ilişkin evrensel düzenlemelerin ve ulusal hekim meslek örgütlerinin yasal düzenlemeye dönüşmüş kurallarının (örneğin Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (TTB 2012)) bu ikilemleri aşma konusunda hekimler için yol gösterici ve bağlayıcı olduğu da bilinen bir başka gerçekliktir.

Gebelik ve doğum süreçlerinin kadının beden ve ruh sağlığı açısından taşıdığı yaşamsal risklerle birlikte doğum sonrası besleme ve bakım yükümlülüklerinin kadının sosyal varoluşunu da etkilediği gözönüne alındığında istenmeyen gebeliğin sonlandırılması kararının kadının kararı dışında bir koşula bağlanması, "bir yarar varsa bu öncelikle hastanın yararı olmalıdır" diyen yarar sağlama ve " hastayı başvurduğu andaki durumdan daha kötü hale getirme" diyen zarar vermeme ilkelerine aykırılık oluşturmaktadır. Kişinin kendi bedenine yönelik tıbbi uygulamalar konusunda aydınlatılması ve hiçbir baskı altında kalmaksızın özgür iradesiyle karar vermesi için gerekli koşulların yaratılması özerkliğe saygı ilkesinin bir gereğidir ve günümüz hekimlik pratiğinin

en temel niteliklerinden birisidir. Bu bağlamda istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin kararın eşin iznine bağlanması kadının özerkliğine saygı ilkesinin de ihlali anlamına gelmektedir.

Öte yandan eş onamının gerekliliği konusunda yukarıda dile getirilen ulusal yasal düzenleme olarak Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve Hasta Hakları Yönetmeliği referans alınmış olsa da bu düzenlemelerin uyulması gereken koşulsuz hukuksal dayanaklar olduğundan söz edilemez. Zira Türkiye'de yürürlükte olan ve hukuksal düzenleme olarak başvurulabilecek bir başka uluslararası düzenlemede konuyla ilgili maddeler yer almaktadır. Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi'nin Tavsiye Kararı doğrultusunda, Avrupa Konseyi'nin Biyoetik Yürütme Kurulu tarafından hazırlanan ve 04.04.1997 tarihinde İspanya'nın Oviedo kentinde kabul edilmiş bulunan *"Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi - İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi"* (kısa adıyla Biyotıp Sözleşmesi), Türkiye tarafından, 03.12.2003 tarihli ve 5013 sayılı Kanun'la kabul edilmiş ve Bakanlar Kurulu'nun 16.03.2004 tarihli ve 2004/7024 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Biyotıp Sözleşmesi Anayasa'nın 90. maddesinde ifade edilen temel haklara ilişkin uluslararası anlaşmalardan biridir. Bu nedenle Biyotıp Sözleşmesi ile kanunlar arasında bir çelişki çıkarsa, uyuşmazlık Biyotıp Sözleşmesi'ne üstünlük tanınarak çözümlenecektir. Biyotıp Sözleşmesi'nin "İnsanın önceliği" başlıklı 2. Maddesi ve "Genel kural" başlıklı 5. Maddesi konumuzla ilgilidir ve şöyle ifade edilmektedir;

> *Madde 2 - İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.*
>
> *Madde 5 - Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir.*

İnsanın yararı ve refahı ile özerkliğine vurgu yapan bu maddeler çerçevesinde değerlendirildiğinde istenmeyen bir gebeliğin eş izni alınmaksızın kadının kararı doğrultusunda kürtajla sonlandırılması işleminde hukuka aykırılık bulunmamaktadır. Zira uluslararası sözleşmenin ulusal yasalarla çeliştiği durumlarda uyuşmazlığın sözleşme hükümlerinin üstünlüğü tanınarak çözümleneceğine ilişkin Anayasa'nın

90. Maddesi de eş izni aranmaksızın kürtaj uygulamasının hukuka uygunluğunun yasal dayanağını oluşturmaktadır.

Kürtajda eş iznine ilişkin bu tartışmanın etik açısından değerlendirilmesinde yukarıda dile getirilen yarar sağlama, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkelerinin yaşama geçirilmesi açısından, Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri arasında yer alan *"Yaşamın Başlangıcına İlişkin Bildirge"* bir başvuru metnidir. Metnin "Giriş" bölümünde "…. Tıbbi nedenlerle gebeliğin sonlandırılması gerekliliğinin yanı sıra tıbbi nedenler olmaksızın kadının istemli olarak gebeliğini sonlandırması da mümkün olabilmektedir. Bu konularda kültürel ve dini nedenlerle farklı görüşler, yasal olarak farklı uygulamalar bulunmaktadır. Ancak gebelik, kadın bedeninde gelişen bir süreç olduğundan, bu süreçte temel karar vericinin kadın olması önemlidir" ifadeleri yer almaktadır. "Gebeliğin Sonlandırılması" başlıklı bölümün 1. Maddesi ise tartışılan konuya ilişkin etik soruna yanıt verecek bir içeriğe sahiptir; "Kadınlar istemedikleri bir gebeliği sürdürmeye zorlanamazlar. Gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılması belirli kurallar temelinde yasal olarak kabul edilmiş, hukuksal ve etik açıdan sağlam temelleri bulunan bir haktır. Bu hakkın kullanılmasında eş rızası aranmamalıdır. Her kadının güvenli, isteyerek gebeliği sonlandırma hizmetlerine erişimi, kamusal bir hak olarak güvence altına alınmalıdır. Güvenli isteyerek düşük, bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmamalıdır."

Hekimlik uygulamalarının meslek etik ilkelerine ve hukuksal düzenlemelere uygunluğu açısından aydınlatılmış onam belgeleri kritik önem taşımaktadır. Usulüne uygun bilgilendirmeye dayalı olarak alınan ve hukuksal geçerliliği olan onam belgeleri, hasta haklarının önemli bir bileşeni olarak günümüzde giderek artan ölçüde kabul gören bir etik ilke olan özerkliğe saygının yaşama geçirilmesi kadar, hastanın kendisine uygulanacak tıbbi girişimle ilgili sorumluluğunun da çerçevesini oluşturmaktadır. Gebelikten korunma yöntemlerine ulaşma konusunda sıkıntı yaşayan, istemediği halde gebelik oluşursa kürtaj yaptırmakta güçlükler yaşayacağının farkında olan bir kadının eş izni olmaksızın kürtaj işlemi için başvurması, anlaşılabilir bir kararlılığı gösterdiği ve sorumluluğu aldığı anlamına da gelmektedir.

Kaynaklar

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara

Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği (2021), Kadınların Üreme Sağlığı Hizmetleri ve Kürtaj Deneyimleri Araştırma Raporu, İstanbul. Erişim: https://kadinininsanhaklari.org/wp-content/uploads/2021/12/kurtaj_raporu_web_13.12.pdf

Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi (2020). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Tübrkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri. Erişim: https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/2020-kurtaj-arastirmasi-raporu.pdf

Türk Tabipleri Birliği (TTB), (2012), Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, TTB yayınları, Ankara. Erişim: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfi (TAPV), (2020). Pandemi Öncesi ve Sırasında Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetleri İzleme Raporu. Erişim: https://cisuplatform.org.tr/wp-content/uploads/2020/11/Pandemi-Oncesi-ve-Sirasinda-Turkiyede-CSUS-Hizmetleri-Izleme-Raporu-9.pdf

İsteğe Bağlı Düşük ile ilgili Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Görüşleri ile İlgili Bir Araştırma

■ **F. Deniz Mardin, Nilay Etiler**

Bu araştırma İstanbul Tabip Odası (İTO) Kadın Komisyonu öncülüğünde, İTO desteği ile gerçekleştirilmiştir. Son yıllarda birçok farklı yayında toplumun isteğe bağlı düşük hizmetine erişiminin azaldığı ya da tamamen ortadan kalktığı gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının isteğe bağlı düşük ile ilgili düşüncelerini, bu hizmeti sunup sunmadıklarını ve eğer sunmuyorlarsa nedenini anlamaya çalışmaktır. Hazırlanan anket şimdiye kadar yapılan çalışmalar göz önünde bulundurularak ve komisyon üyelerinin geri bildirimleri ile oluşturulmuştur. Araştırma verileri sunumunda isteğe bağlı düşük "kürtaj" şeklinde belirtilecektir.

Tanımlayıcı bir araştırma olarak tasarlanan bu çalışmada, hem kamu hem özelde çalışan kadın hastalıkları ve doğum (KHD) uzmanı hekimlere ulaşılması hedeflenmiştir. Hazırlanan soru formu, katılımcılara online olarak gönderilerek veri toplanmıştır. Hekimlere erişim komisyon üyelerinin sosyal ağları üzerinden ve İTO resmi iletişimi ile sağlanmıştır. Veri toplamaya Şubat 2020 tarihinde başlanmış ancak Mart 2020 itibari ile Covid-19 pandemisinin ilan edilmesi ve tüm hekimlerin çalışma şartlarının son derece yoğun olması nedeni ile ankete erişim belirlenen süreden daha uzun tutulmuştur. Online anket erişim 15 Şubat- 1 Kasım 2022 tarihleri arasında mümkün olmuştur.

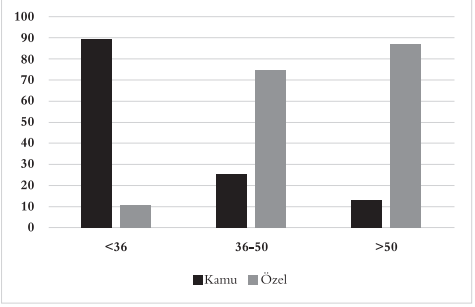
Araştırmaya katılan hekimlerin özellikleri

Online anketi toplam 193 kişi yanıtlamıştır. Yanıt veren hekimlerin demografik özellikleri ve görev yerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri (n:193)

Özellikler	Gruplar	Sayı	Yüzde
Yaş grupları	30 ve altı	18	9,3
	31-35	38	19,7
	36-40	20	10,4
	41-45	33	17,1
	46-50	22	11,4
	51-55	33	17,1
	56-60	17	8,8
	61-65	10	5,2
	65 yaş üstü	2	1,0
Cinsiyet	Erkek	94	48,7
	Kadın	99	51,3
Görev yeri	Devlet Hastanesi/Eğitim Araştırma	67	34,7
	Kamu Üniversite Hastanesi	10	5,2
	Özel Hastane/Özel Klinik/Tıp Merkezi	88	45,6
	Muayenehane	28	14,5
Çalışma yerinde görevi	Asistan	15	7,8
	Uzman	176	91,2
	Öğretim Üyesi	2	1,0

Çalışma yerini kamu–özel olarak sınıflandırdığımızda, kamu ve özelde cinsiyet dağılımının benzer olduğu, çalışmaya katılan hekimler arasında erkeklerin %60,6'sının, kadınların da % 59,6'sının özel kurumda çalıştığı saptanmıştır.



Şekil 1. Hekimlerin yaş gruplarına göre çalışma yeri dağılımı

Bunun yanı sıra yaş dağılımını <36, 36-50, >50 üstü olarak ele aldığımızda, <36 grubun % 89'u kamuda çalışırken, 36-50 yaş arası KHD uzmanlarının yaklaşık %25,3'ü, >50 yaş üzeri olanların ise %12,9'u kamuda çalışmaktadır. Yaş gruplarına göre kamu/özel dağılımında farklılık görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet dağılımı yaş grupları ile karşılaştırıldığında ise 50 yaşına kadar olan hekimlerin çoğu kadın (<36 yaş grubunda %60,7 kadın, 36-50 grubunda %57,3 kadın) iken 50 yaş üstü (%35,5 kadın) hekimlerin çoğu erkektir.

Araştırmaya katılan KHD uzmanlarının %66,8'i (129 kişi) İstanbul olmak üzere, Adana, Aksaray, Amasya, Ankara, Balıkesir, Bursa, Çorum, Denizli, Diyarbakır, Eskişehir, Hakkari, Hatay, İzmir, Kahramanmaraş, Kars, Kastamonu, Kayseri, Kilis, Kocaeli, Konya, Mardin, Mersin, Muğla, Sakarya, Şanlıurfa, Tokat, Yalova olmak üzere toplam 28 farklı şehirdendir.

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kurumda kürtaj hizmeti

Araştırmaya katılanlara çalıştıkları kurumda kürtaj yapılıp yapılmadığı sorulduğunda, %5,7'sinde 8 haftaya kadar, %53,3'ünde 10 haftaya kadar yapıldığı, %40,9'unda yapılmadığı belirtilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kurumda kürtaj hizmeti sunum durumu (n:193)

Çalıştığınız sağlık merkezinde/hastanede isteğe bağlı düşük işlemi yapılıyor mu?	**Sayı**	**Yüzde**
Evet, 10 haftaya kadar yapılıyor.	103	53,3
Evet, 8 haftaya kadar yapılıyor.	11	5,7
Hayır	79	40,9

Katılımcıların çalıştıkları sağlık kuruluşunda kürtaj yapılması durumunu kamu ve özel ayrı ayrı ele aldığımızda, kürtaj hizmetine erişim durumunun kamu ve özel kurumlar arasında büyük farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kamu hastanelerinin %72,7'sinde bu hizmete erişilememektedir. Özel hastanelerde ise erişim %80 civarındadır.

Araştırmaya katılan KHD uzmanlarına kendilerinin kürtaj hizmeti sunup sunmadıklarını sorduğumuzda, katılımcıların %44'ü (n:85) gebeliğin 10. haftasına kadar, %10,4'ü (n:20) 8. haftasına kadar kürtaj hizmeti sunduğunu ve %44'ü (n:85) ise bu hizmeti sunmadığını belirtmiştir. "Diğer" seçeneğini işaretleyen üç kişiden ikisi fetal kalp atımı başlamışsa, bir hekim ise 5 haftadan sonra kürtaj yapmadığını ifade etmiştir. Kürtaj hizmeti sunmadığını belirten hekimlerden üçü açıklamalarda aşağıdaki yorumları paylaşmışlardır;

- *Hastanede bölüm olmadığı için kayıt sıkıntısı nedeni ile yapmıyorum*
- *Kurum yapsaydı yapardım*
- *Yapmamın görevim olduğunu biliyorum ve vicdanen de bir rahatsızlık duymadığım halde yapmaya başlarsam çalıştığım kurumun kısa bir sürede aile planlaması merkezi haline gelmesinden endişeliyim. Endişemin kaynağı yönetimin ya da daha üst mercilerin bu konuda beni fişleyecek olması ve gelecek kaygısı*

Şekil 2: Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları kamu ve özel hastanelerde kürtaj hizmeti karşılaştırması

Araştırmaya katılan hekimlerden kürtaj hizmeti sunanların 1/5'i gebeliğin 8. haftasına kadar işlemi gerçekleştirdiğini belirtmektedir. Sekiz haftaya kadar kürtaj yaptığını belirtenlerin 20 kişi olmasına rağmen, neden 8 haftaya kadar yapıyorsunuz sorusuna 36 kişi cevap vermiştir. Bir önceki soruda "8 haftaya kadar yapıyorum" diyenlerin dışında "hayır, yapmıyorum" cevabı veren bazı kişiler ve "Evet, 10 haftaya kadar yapıyorum" şeklinde cevap veren 3 kişi de bu soruya cevap vermiştir. Birden fazla şıkkın işaretlenebildiği bu soruyu toplam 36 kişi cevaplamış, açıklamalar kısmı da dahil 41 cevap işaretlemiştir. En sık işaretlenen ilk üç neden; 8 haftadan sonra işlemin riskli olduğu (%36,6,), dini inancı nedeni ile yapmak istemediği (%17,1), bu işlemin 8 haftadan sonra yapılamayacağı'dır (%9,8). "8 haftadan sonra işlemi yapmak için hastanede ameliyathane ayarlamam mümkün olmuyor" şıkkını hiç kimse işaretlememiştir.

Tablo 3: Katılımcıların kürtaj hizmetini 8 haftaya kadar sunma nedenleri

"Evet ama 8 haftaya kadar yapıyorum, 8 haftadan sonra yapmıyorum" sorusuna verilen yanıtlar (birden fazla yanıt işaretlenmiştir) (n:41)	**Sayı**	**Yüzde**
8 haftadan sonra bu işlemi uygulamak hasta açısından riskli olduğu için yapmıyorum	15	36,6
Dini inancım sebebi ile 8 haftadan sonra bu işlemi yapmak istemiyorum	7	17,1
İsteğe bağlı olarak 8 haftaya kadar yapılabildiği için, 8 haftadan sonra gebelikte bu işlemi yapmıyorum.	4	9,8
İş yoğunluğum nedeni ile mümkün olmuyor	2	4,9
Hastanede diğer doktorlar bu işlemi 8 hafta üzeri yapmak istemiyor	1	2,4
Meslektaşlarım iş yoğunluğu nedeni ile bu işleme zaman ayıramıyor	1	2,4
8 haftadan sonra işlemi yapmak için hastanede ameliyathane ayarlamam mümkün olmuyor	0	0
Diğer	11	26,8
Toplam	41	100

Diğer cevabı verenlerin yorumları;

- *Teknoloji eskisi gibi degil artık. Gebelik 4 hft ya kadar rahatlıkla vajinal probla ultrason da görulebiliyor. 8 hafta, gebe kadin acisindan tahliye karari vermek için yeterince uzun bir süre ve bundan sonra risklerin bir miktar daha artiyor olmasi, benim 8 hafta sınırı kararımı belirlemistir.*
- *Felsefi nedenle, Korunduğu halde gebe kalmışsa hekimi yapsın.*
- *Eğer hasta erken dönemde gelmiş ise 8 hafta öncesinde sonlandırma yapılması konusunda uyarıyorum ve 8 hf üzerinde terminasyonun riskinin arttığını özellikle anlatıyorum ve 8 hafta öncesi yapmaya çalışıyorum.*
- *8 haftadan sonra yapılan işlemlerin bazılarında sonradan sosyal ve adli problemler çakabiliyor o nedenle uzak duruyorum*
- *Rahatsız hissediyorum*
- *Bu sürenin dışında genellikle sosyal olumsuzluklar yaşanıyor, çünkü geç karar bir yerde kararsızlık gibi oluyor sonrasında istenmeyen nahoşluklar olabiliyor*
- *5 haftadan sonra kalp atışı başlıyor*
- *Kalp ve ekstremize hareketi olan bir fetusun sonlandırılması bir cinayettir! Hekimi bu işlemi yapmaya zorlanması doğru değildir. Hekim vicdani red hakkını kullanabilmelidir.Yaşamı sonlandırmak etik değildir*
- *Fetal kalp atımı pozitif olana yapmiyorum*
- *Yönetimin sıcak bakmaması*
- *Dini inançla hiç alakası yok ama bana göre korunmayı beceremememelerinin cezasını neden kendini savunmaktan aciz bir canlı çeksin ki. Tecavüze bağlıysa hiç düşünmeden alırım ama korunamadıkları içinse acayip öfke hissediyorum ve bence cinayetten farkı yok. Kendini savunamayan bir insanı bir hayvanı öldürmekten bir farkı olduğuna biri beni ikna ederse ben de yaparım.*

"Hayır, yapmıyorum" diyen hekimlere neden yapmadıkları çoktan seçmeli bir soru ile sorulmuştur. Önceki soruda işlemi yapmadığını belirten 85 kişidir ancak 10 haftaya kadar yaptığını belirten 3 kişi ve diğer şıkkını işaretleyen 1 kişi de bu soruyu cevaplamıştır. Toplam 89 kişi birden fazla şıkkın işaretlenebildiği bu soruya 132 cevap vermiştir. Cevapları belirli başlıklar altında ele alırsak en sık verilen cevaplar; %31'i dini nedenlerle, % 18,2'si hastane yönetimi desteklemediği için, %9,1'i riskli bulduğu için, %8,3'ü hastanede çalışan diğer doktorların bu konuda olumsuz görüşü nedeni ile yapmadığını belirtmektedir. Hekimlerin kürtaj hizmetini sunmama nedenleri Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4 : Kürtaj hizmeti sunmayan hekimlerin bu işlemi yapmama nedenleri

"Hayır, yapmıyorum" yanıtı verenlerin bu işlemi uygulamama nedenleri (n:132)	**Sayı**	**Yüzde**
Dini inancım nedeni ile yapmıyorum ama yapılmasına karşı değilim.	28	21,2
Hastane yönetimi isteğe bağlı düşük işleminin yapılmasını istemiyor.	24	18,2
Riskli olması ve komplikasyonları olması nedeni ile yapmak istemiyorum.	12	9,1
Hastanede çalışan diğer doktorların isteğe bağlı düşük uygulamasını yapmak istememesi nedeniyle ortak kararı aldık.	11	8,3
İş yoğunluğu nedeni ile zaman ayıramıyorum.	8	6,1
Hastane yönetimi desteklese yaparım.	8	6,1
Hastanede diğer doktorlar/kadın hastalıkları ve doğum uzmanları bu işlemi yapmayı kabul etse, ben de yaparım.	7	5,3
İşlemin performans sistemindeki düşük puan karşılığı olması nedeni ile yapmıyorum.	3	2,3
Genel sağlık sigortası karşılamadığı için yapmıyorum.	2	1,5
Performans getirisi daha fazla olsa yapardım.	2	1,5
Hasta muayene süreleri daha fazla olsa bu işlemi yapardım.	2	1,5
Genel sağlık sigortası karşılasa yaparım	1	0,8
Diğer	11	8,3
Toplam	132	100

Diğer cevabı verenlerin yorumları;

- *Hastanede kürtaj yapmak bir süre sonra sizin üzerinizde bir baskı oluşturuyor. Size neredeyse bir katil muamelesi yapılabiliyor.*
- *Yapmak hoşuma gitmiyor, kötü hissediyorum*
- *Jinekolog onkoloğum*
- *Hekimlik yaşatmak içindir, öldürmek için değil!*
- *Ünitede bu hizmet yok*
- *İnancım ve alışkanlığım nedeni gerekmedikçe yapmıyorum.*
- *Fetal kalp atımını gördükten sonra gebelik sonlandırılması beni vicdani olarak rahatsız ediyor.*
- *Kendim yapmıyorum, diğer arkadaşlarım yardımcı olacak*
- *Komorbit hastada yaparım*
- *Yapmamayı tercih ediyorum. Adli olaylarla karşılaşma olasılığı yüksek.*
- *Haddimi aştığını düşünüyorum*

"Hayır yapmıyorum" şıkkını seçenlere, bu konuda ne önerdiklerini sorduğumuzda, çoktan seçmeli soruya toplam 88 kişi 105 cevap vermiştir. Önceki soruda işlemi yapmadığını belirten 85 kişiye ek olarak diğer şıkkını seçen 2 kişi ve işlemi yaptığını belirten bir kişi daha bu soruyu cevaplamıştır. En sık seçilen üç öneri sırasıyla; Özel hastaneye yönlendirme (%26,7), doktor ismi belirterek başka bir devlet hastanesine yönlendirme (%23,8) ve herhangi bir devlet hastanesine gitmesini önerme'dir (%21,9). Cevap verenlerden 7'si bu işlemi yaptırmamaları gerektiğini ve 2'si ise ilaçla düşük için yönlendirdiklerini belirtmektedir.

Tablo 5: Kürtaj hizmeti sunmayan hekimlerin bu talep ile gelen kişilere önerileri

"Hayır, yapmıyorum" yanıtı verenlerin bu talep ile gelen kişilere önerileri (n:105)	**Sayı**	**Yüzde**
Bir özel hastaneye gitmesini öneriyorum	28	26,7
Başka bir devlet hastanesine gitmesini öneriyorum ve isim veriyorum	25	23,8
Başka bir devlet hastanesine gitmesini öneriyorum ancak nerede yapıldığını bilmiyorum	23	21,9
Çalıştığınız hastanede başka bir doktora gitmesini öneriyorum.	15	14,3
Bu işlemi yaptırmamasını tavsiye ediyorum.	7	6,7
İlaçla düşük (Cytotec) öneriyorum.	2	1,9
Diğer	5	4,8
Toplam	105	100
Diğer cevabı verenlerin yorumları;		
• *Aile planlaması olan merkeze yönlendiriyorum*		
• *Sadece yapmadığımı söylüyorum*		
• *Takibine gittiği doktora veya aile sağlığı merkezlerine yönlendiriyorum*		
• *Kendi imkanlarıyla işlemi yaptıracağı bir yer bulmasını öneriyorum.*		
• *Kendi isteğine bırakıyorum.*		

Araştırmaya katılan hekimler kürtaj hizmeti sunan[1] ve sunmayan şeklinde iki gruba ayrılıp, cinsiyet, yaş grupları ve çalıştıkları sağlık kurumu çerçevesinde karşılaştırılmıştır. Kürtaj hizmetini sunan kadın ve erkek hekimler arasında kürtaj hizmeti sunma açısından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Yaş grupları açısından bakıldığında ise durum farklıdır. Yaş aralığı gruplaması ve kürtaj hizmeti sunumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Hekimlerin yaş artışı ile kürtaj hizmetini sunmasında artış görülmektedir.

[1] 8 haftaya ve 10 haftaya kadar kürtaj hizmeti sunanlar bu grupta toplanmıştır.

Ayrıca kürtaj hizmeti sunma durumu hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre karşılaştırıldığında da anlamlı bir farklılık mevcuttur. Araştırmaya katılan kamuda çalışan hekimlerin yaklaşık 1/3'ü özelde çalışanların ise 3/4'ü kürtaj hizmetini sunmaktadır.

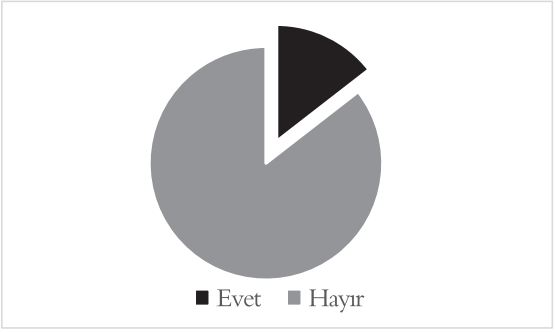
Tablo 6: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj hizmeti sunma durumunun, demografik bilgi ve çalışma yerine göre karşılaştırılması

		Yapıyor		Yapmıyor	
		Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Cinsiyet	Erkek	57	60,6	37	39,4
	Kadın	51	51,5	48	48,5
Yaş Grupları*	35 ve altı	20	35,7	36	64,3
	36-50	43	57,3	32	42,7
	50'nin üzeri	45	72,6	17	27,4
Sağlık Kurumu*	Kamu	23	29,9	54	70,1
	Özel	85	73,3	31	26,7

* *istatistiksel olarak farklı gruplar ($p<0.05$)*

İlaçla düşük

Araştırmaya katılan hekimlere ilaçla düşüğü önerip önermediklerini[1] sorduğumuzda, 193 hekimin % 85,5'i (n:165) önermediğini belirtmişlerdir. Önerenlerin %70'i (n:19) özelde çalışan hekimler olmasına rağmen öneren ve önermeyen hekimleri cinsiyet ve çalıştığı kurumlara göre karşılaştırdığımızda anlamlı bir ilişkli bulunmamıştır. Soruya cevap verenlerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında öneren hekimlerin %48,1'i (n:13) 36-50 yaş aralığındadır ancak yaş grupları arası istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir.



Şekil 3: Araştırmaya katılan hekimlerin ilaçla düşük önerme durumu

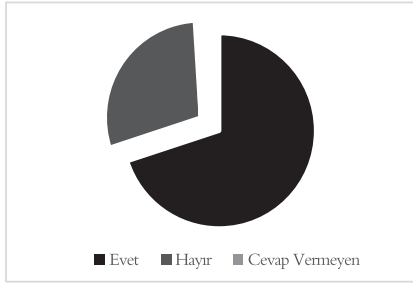
İlaçla düşük önermeyen hekimlere neden önermediklerini sorduğumuzda başlıca nedenin fazla riskli buldukları ortaya çıkmıştır Bunu takiben nedenlerin arasında hastaların ya da kendilerinin ilaca erişim zorluğu ve ilaca bağlı kürtajı onaylamamaları gelmektedir (Tablo 7).

Tablo 7: Araştırmaya katılan hekimlerin ilaçla düşük önermeme nedenleri

Cevabınız "Hayır" ise bu işlemi önermeme nedeniniz aşağıda hangisi/hangileri ile açıklanabilir?	**Sayı**	**Yüzde**
Komplikasyonları fazla/riskli buluyorum.	107	47,8
Hastalar ulaşamıyor	43	19,2
İlaca bağlı kürtajı onaylamıyorum	35	15,6
İlaca ulaşamıyorum	29	12,9
Bu konuda yeterli bilgiye sahip değilim	7	3,1
Pahalı olması	3	1,3
Toplam	224	100

Asistanlıkta kürtaj deneyimi

Araştırmaya katılan hekimlere asistanlıkları sürecinde kürtaj yapıp yapmadıkları sorulduğunda, 135'i (%69,9) yaptığını, 56'sı (%29,0) yapmadığını belirtmiş, 2 (%1,0) kişi cevap vermemiştir.



Şekil 4: Araştırmaya katılan hekimlerin asistanlıkları sürecinde kürtaj işlemi yapma durumu

Kürtaj hizmetinin ücretsiz olması konusunda hekimlerin görüşleri

Anketin ikinci bölümünde araştırmaya katılan hekimlere kürtaj işlemi ve erişimin nasıl olması gerektiği konusunda sorular yöneltildi. Katılımcıların yaklaşık %55'i ücretsiz olması gerektiğini belirtmiştir. "Sadece belirli şartlarda ücretsiz olmalı" diyen kişileri "Evet" cevabı verenler ile beraber olumlu cevap şeklinde ele aldığımızda ve cevapları cinsiyet, kamu-özel ve yaş grupları açısından karşılaştırdığımızda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet açısından karşılaştırdığımızda kadın hekimlerin yaklaşık %91'i ve erkek hekimlerin %82'si, kamuda çalışanların %88.3'ü, özelde çalışanların %85,3'ü, <36 yaş hekimlerin %94,6'sı, 36-50 yaş hekimlerin %81,3'ü, >50 yaş üstü hekimlerin %85,5'i ücretsiz sunulması konusundaolumlu cevap vermiştir.

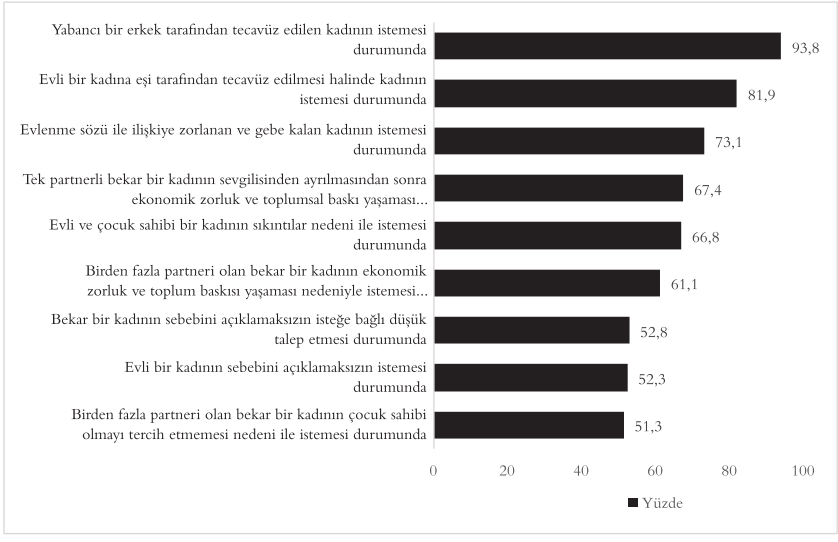
Tablo 8: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanması konusundaki yanıtları (n:193)

Sizce herkes isteğe bağlı düşük hizmetine ücretsiz olarak erişebilmeli mi? (n:193)	**Sayı**	**Yüzde**
Hayır	26	13,5
Sadece belirli şartlarda ücretsiz olmalı	61	31,6
Evet	106	54,9

Bu bölümde ayrıca kürtaj hizmetinin ücretsiz sunulması açısından katılımcılara 9 farklı durum sunulmuş ve bu koşullarda kürtajın ücretsiz sunulup sunulmaması konusundaki görüşleri sorulmuştur. Sunulan 9 durum arasında kürtajın ücretsiz sunulması konusunda en fazla ortaklaşılan durum (%93,8) "yabancı bir erkek tarafından tecavüz edilen kadının istemesi" olmuştur. Bunu "evli bir kadının eşi tarafından tecavüze uğraması" durumu izlemiştir (%81,9). Araştırmaya katılan herkesin cevapları ücretsiz kürtaj hizmeti sunumu için en çok ortaklaşılan koşuldan en azına Şekil 5'te sıralanmaktadır.

Belirtilen koşullara verilen cevaplar, kadın-erkek hekimler, kamu-özel, çalışma yeri ve yaş grupları açısından karşılaştırıldı. Cevapların kamu-özel karşılaştırmasında, kamuda çalışan hekimler özelde çalışan hekimlere göre farklı koşullarda kürtaj hizmetinin ücretsiz sunulması gerektiğini daha fazla savunmaktadır. Üç koşulda ise kamudaki cevaplarda özele göre ücretsiz sunulması konusunda istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür (Tablo 9). Bu koşullar şunlardır;

- Evlenme sözü ile ilişkiye zorlanan ve gebe kalan kadının istemesi durumunda
- Birden fazla partneri olan bekar bir kadının ekonomik zorluk ve toplum baskısı yaşaması nedeniyle istemesi durumunda
- Evli bir kadının sebebini açıklamaksızın istemesi durumunda



Şekil 5: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanmasının koşulları hakkındaki yanıtları

Çalışma yerine göre karşılaştırmada ekonomik nedenlere bağlı koşullarda benzer bir dağılım mevcut iken kadınların sebep belirtmeksizin ya da bekar kadınların talep etmesi durumunda ücretsiz hizmet sunulması konusundaki cevaplarda daha fazla farklılık göze çarpmaktadır.

Bu soruya verilen cevapları kadın-erkek hekimler açısından karşılaştırdığımızda genel olarak kadın hekimlerin ücretsiz hizmet sunulması konusunda daha fazla olumlu cevap vermişlerdir.

Cinsiyete bağlı istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülen ise üç koşul mevcut;

- Evli bir kadının eşi tarafından tecavüz edilmesi durumunda
- Evlenme sözü ile ilişkiye zorlanan ve gebe kalan kadının istemesi durumunda
- Evli ve çocuk sahibi bir kadın ekonomik sıkıntılar nedeni ile istemesi durumunda

Bu koşullarda kadın hekimler erkek hekimlere göre daha fazla olumlu cevap vermiştir ve bu fark istatistiki açıdan anlamlıdır. Bunların dışında "Tek partnerli bekar bir kadının sevgilisinden ayrılmasından sonra ekonomik zorluk ve toplumsal baskı yaşaması nedeniyle istemesi durumunda" tam olarak istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmasa da kadın-erkek hekimler arasında olumlu cevaplarda önemli fark görülmektedir.

Bu önermelere verilen cevapları yaş grupları ile karşılaştırdığımızda ise kürtaj hizmetinin ücretsiz sunulması gerektiği konusunda en fazla olumlu cevap en genç yaş grubunda görülmektedir.

Üç koşulda ise yaşa bağlı olarak cevaplarda istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık görülmüştür;

- Yabancı bir erkek tarafından tecavüz edilen kadının istemesi durumunda*
- Evlenme sözü ile ilişkiye zorlanan ve gebe kalan kadının istemesi durumunda
- Evli bir kadının sebebini açıklamaksızın istemesi durumunda

Son iki önerme kamu-özel dağılımında da öne çıkmaktadır, yani en geç yaş grubunun daha çok kamuda çalıştığı göz önünde bulundurulursa bu önermelere karşı hassasiyetin çalışma yerinden çok, yaş grubu

ile bağlantılı olduğu görülmektedir. Ayrıca "Yabancı bir erkek tarafından tecavüz edilen kadının istemesi durumunda", <36 yaş grubu hekimlerin hepsi ücretsiz kürtaj hizmeti verilmesi gerektiğini belirtmişler ve bu diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde farklıdır.

Tablo 9: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj işleminin ücretsiz uygulanmasının koşulları hakkındaki yanıtlarının çalışma yeri, cinsiyet ve yaş grubuna göre karşılaştırılması (n:193)

Toplam sayı **Yanıtlar**	Kamu n:77 Yüzde	Özel n:116 Yüzde	Kadın n:99 Yüzde	Erkek n:94 Yüzde	<36 yaş n:56 Yüzde	36-50 yaş n:75 Yüzde	>50 yaş n:62 Yüzde
Yabancı bir erkek tarafından tecavüz edilen kadının istemesi durumunda	96,1	92,2	96,0	92,2	100,0	88,0	95,2
Evli bir kadının eşi tarafından tecavüz edilen kadının istemesi durumunda	83,1	81,0	87,9	81,0	91,1	76,0	80,6
Evlenme sözü ile ilişkiye zorlanan ve gebe kalan kadının istemesi durumunda	83,1	66,4	79,8	66,4	89,3	66,7	66,1
Tek partnerli bekar bir kadının sevgilisinden ayrılmasından sonra ekonomik zorluk ve toplumsal baskı yaşaması nedeniyle istemesi durumunda	72,7	63,8	73,7	63,8	75	65,3	62,9
Evli ve çocuk sahibi bir kadın ekonomik sıkıntılar nedeni ile istemesi durumunda	70,1	64,7	73,7	64,7	73,2	64	64,5
Birden fazla partneri olan bekar bir kadının ekonomik zorluk ve toplum baskısı yaşaması nedeniyle istemesi durumunda	71,4	54,3	64,6	54,3	73,2	58,7	53,2
Bekar bir kadının sebebini açıklamaksızın isteğe bağlı düşük talep etmesi durumunda	61,0	47,4	57,6	47,4	64,3	52,0	43,5
Evli bir kadının sebebini açıklamaksızın istemesi durumunda	62,3	45,7	56,6	45,7	66,1	49,3	43,5
Birden fazla partneri olan bekar bir kadının çocuk sahibi olmayı tercih etmemesi nedeni ile istemesi durumunda	59,7	45,7	56,6	45,7	64,3	48,0	43,5

Gri işaretlenenler, diğer gruplardan istatistiksel olarak farklıdır ($p<0.05$)

Son olarak kürtaj ve cinsel ilişkide kadın ve erkeklerin sorumlulukları ile ilgili hekimlerin düşünceleri sorulmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin konu ile ilgili görüşleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Araştırmaya katılan hekimlerin kürtaj hizmeti ve cinsel ilişkide kadın-erkeklerin sorumluluğu ile ilgili önermelere cevapları

Aşağıdaki cümlelere katılım durumunuzu belirtir misiniz? (Katılıyorum (1), Ne Katılıyorum ne katılmıyorum (2), Katılmıyorum (3)	**Sayı**	**Yüzde**
Kadın cinsel ilişki sırasında korunmadıysa sonuçlarına katlanmalıdır		
Katılmıyorum	119	61,7
Katılıyorum	25	13,0
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	49	25,4
Cinsel ilişkide korunmak hem erkeğin hem kadının sorumluluğudur		
Katılmıyorum	14	7,3
Katılıyorum	171	88,6
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	8	4,1
Kadının isteğe bağlı düşük işlemi istemesi kadının bencil bir tutumudur		
Katılmıyorum	144	74,6
Katılıyorum	13	6,7
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	36	18,7
İsteğe bağlı düşük uygulaması için mutlaka eş onayı gereklidir		
Katılmıyorum	92	47,7
Katılıyorum	49	25,4
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	52	26,9
Cinsel ilişkide korunma sorumluluğu kadına aittir		
Katılmıyorum	162	83,9
Katılıyorum	11	5,7
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	20	10,4
İsteğe bağlı düşük tecavüz durumu dışında ücretli yapılmalıdır		
Katılmıyorum	103	53,4
Katılıyorum	48	24,9
Ne katılıyorum ne katılmıyorum	42	21,8

Bu önermelere verilen cevaplar çalışma yeri, cinsiyet ve yaş grupları açısından karşılaştırılmıştır. Kamu-özel karşılaştırmasında iki önermeye verilen cevaplarda istatistiki açıdan farklılık gözlenmiştir;

- "Kadının isteğe bağlı düşük işlemi istemesi kadının bencil bir tutumudur" önermesine özelde çalışanların %81'i katılmazken, kamuda çalışanlar anlamlı bir şekilde daha düşük olarak (%64,9) katılmadığını belirtmiştir (p: .005).

- "İsteğe bağlı düşük uygulaması için mutlaka eş onayı gereklidir" önermesinde ise özelde çalışanların %19,8'i katılırken, kamuda çalışanların %33,8'i katılmaktadır (p: .013).

Önermelerin cinsiyete göre karşılaştırmasında ise kadın ve erkek hekimler arası cevaplarda farklılık görülse de bir önerme dışında istatistiki açıdan anlamlı bir fark mevcut değildir.

- "Cinsel ilişkide korunmak hem erkeğin hem kadının sorumluluğudur" önermesine kadınların %89,9'u katılırken erkeklerin %87,2'si katılmaktadır (p:.005).

Son olarak yaş gruplarına göre karşılaştırmada ise

- "Cinsel ilişkide korunmak hem erkeğin hem kadının sorumluluğudur" önermesine <36 yaş hekimlerin %87,5'i, 36-50 yaş hekimlerin %94,7'si, >50 yaş üstü hekimlerin %82,3'ü katıldığını belirtmiştir (p: .008)
- İsteğe bağlı düşük uygulaması için mutlaka eş onayı gereklidir önermesine <36 yaş grubu hekimlerin %35,7'si katılmadığını belirtirken, 36-50 yaş arası hekimlerin %45,3'ü, >50 yaş üzeri hekimlerin %61,3'ü katılmadığını belirtmiştir. (p: .050)

Sonuç

Bu araştırma kürtaj hizmeti konusunda kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının görüşlerini ve çalıştıkları yerlerde bu hizmeti sunup sunmadıklarını anlamak için yapılmıştır. İstanbul Tabip Odası ve üyelerinin bireysel temasları ve sosyal ağları üzerinden ulaşılan hekimlerin cevapları tüm KHD uzmanlarını temsil etmemekle beraber ancak önemli veriler barındırmaktadır.

Araştırma sonuçlarında en çok öne çıkan veri kürtaj hizmeti sunumunda kamu-özel sağlık kuruluşları arasındaki uçurumdur. İsteğe bağlı düşük yasal düzenleme ile bir hak olarak tanımlanmasına karşın kamuda hizmetin bu kadar az sunulmasının nedeni, kürtaj karşıtı bir politika güdülmesi ile ilişkili gibi görünmektedir. Nitekim, hekimlerin hastane yönetimleri tarafından ffişleneceklerini ya da baskı göreceklerini düşünmesi, hali hazırda bu hizmetin sunumunun sadece hekimlerin bireysel tutumları ile açıklanamayacağını göstermektedir. Diğer yandan kamuda yetersiz sunulan bu hizmet açığının, özel sektör tarafından piyasa koşullarında doldurduğu bir anlamda hizmetin özelleştirildiği söylenebilir. Diğer açıdan özelde bile her hastanede bu hizmete ulaşılamadığı ve her türlü koşulda yapılmasına olumlu bakılmadığı görülmektedir.

Yasal olarak kürtaj, gebeliğin 10. haftasına kadar yapılabildiği halde, kürtaj hizmeti sunan hekimlerin %20'si bu işlemi gebeliğin 8. haftasına kadar yaptığını ve bunun başlıca nedeninin tıbbi riskler olduğunu belirtmektedir. Ayrıca açıklamalar kısmında paylaşılan bazı yorumlarda, artan tıbbi risklere ve farklı nedenlere bağlı olarak adli sorunlar ile karşılaşma riskinin daha arttığı belirtilmektedir.

Bu hizmeti sunmayan 85 kişinin yaklaşık %30'u, dini görüş ve işlemi riskli bulmaları gibi kişisel görüşleri nedeniyle yapmadıklarını belirtmelerinin yanı sıra kalan %70'inin daha çok yönetimsel ve organizasyonel nedenlerle yapmadıklarını ifade etmiştir. Bunlar, hastane yönetiminin istememesi, hastanede çalışan diğer hekimler ile yapmama kararı alınması, diğer hekimler yapmadığı için işlemi yapamaması, iş yoğunluğu gibi nedenlerdir. Bu ve bir önceki soruya verilen cevaplarda paylaşılan iki açıklama "Hekimlik yaşatmak içindir, öldürmek için değil!", "Kalp ve ekstremite hareketi olan bir fetusun sonlandırılması bir cinayettir! Hekimin bu işlemi yapmaya zorlanması doğru değildir. Hekim vicdani red hakkını kullanabilmelidir. Yaşamı sonlandırmak etik değildir." konu hakkında bazı hekimlerin görüşlerini yansıtmakta ancak bu durum, kişilerin sadece kendi tutumlarını değil işlemi yapan hekimlere karşı görüşlerini de açıklamaktadır. Bu durum, bir hekimin "Hastanede kürtaj yapmak bir süre sonra sizin üzerinizde bir baskı oluşturuyor. Size neredeyse bir katil muamelesi yapılabiliyor." ifadesinden de anlaşılmaktadır. Bu işlemin "cinayet" olarak tanımlanması, istenmeyen gebeliklerin anne-çocuk üzerinde yarattığı fiziksel, ruhsal ve sosyal olumsuz etkilerini, yargılandıklarını hisseden ve kürtaja erişemeyen kadınların kendi yöntemleri ile çocuk düşürmeye çalışmalarının anne ve bebek ölümlerinde yarattığı artışı görmezden gelmektir. Hem bilimsel makaleler hem de yüzyıllardır farklı toplumlarda yaşananlar üzerinden biliyoruz ki istenmeyen gebelikler ve buna bağlı nedenlerle gelişen sağlık problemleri anne ölümlerinde çok önemli bir yere sahiptir.

Araştırmaya katılanların arasında kürtaj işleminin yapılma durumunun ilerleyen yaş ile artması hekimlerin yaşından çok çalıştıkları kurum ile açıklanabilir çünkü yaşın ilerlemesi ile özelde çalışan hekim oranında önemli bir artış görülüyor. Kamuda işlemin yapılma oranının düşük olması ve kamu-özel'de çalışan hekimlerin yaş dağılımı, genç hekimlerin işlemi yapmamasından çok kamuda yapılma oranının düşüklüğü ile açıklanabilir. Tabii bu durum ayrıca hekimlerin asistanlık

eğitimlerinden de etkilendiğini gösteriyor çünkü hekimlerin %29'u eğitimleri süresince, uzmanlık eğitim çekirdek müfredatında yer alan gebeliğin sonlandırılması işlemini hiç yapmadıklarını belirtiyor.

İlaçla düşük ise Türkiye'de erişimi hala çok kısıtlı bir hizmettir. Bunun başında ilaçlara, ilaçla düşük ile ilgi bilgiye hem hekimlerin hem de başvuranların erişiminin olmamasıdır. Ayrıca birçok hekimin bu işlemi riskli bulması, uygulanabilceği zamanlarda bile girişimsel bir yöntem olan kürtajın tercih edilmesine neden oluyor. Diğer taraftan hem Dünya Sağlık Örgütü'nün hem de uluslararası farklı örgütlerin verilerinde uygun şartlarda işlemin uygulanması durumunda risklerin çok düşük olduğu belirtiliyor.

Araştırmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının (%55) kürtaj hizmetinin koşulsuz şekilde ücretsiz verilmesi gerektiğini savunması, hekimlerin yarısından fazlasının bu hizmeti bir kamusal hak olarak gördüğünü gösteriyor. Ancak diğer hekimlerin sadece belirli koşullarda hizmetin ücretsiz sunulmasını ya da tamamen ücretli olmasını savunması, kürtaj hizmeti talep eden kişilerin bu işlemi ücretsiz hak eden ve etmeyenler gibi bir ayrıştırmaya götürüyor. Halihazırda yasalarla korunan bir hakkın sadece belirli koşullar çerçevesinde ücretsiz sunulmasını savunmak her bireyin eşit koşullarda bu hizmete erişimini önlemektedir.

Hekimlerin farklı koşullarda kürtaj hizmetinin ücretsiz sunulması konusundaki görüşleri karşılaştırıldığında kamuda çalışanlar, kadınlar ve genç hekimlerin daha çok hak temelli bakışa sahip oldukları görülmektedir. Bu hizmeti kimlerin ücretsiz hak ettiği konusunda görüşlerin en fazla ortaklaştığı koşul ise tecavüzdür ve bunu evli ya da bekar bir kadının ekonomik nedenlerle başvurması izlemektedir. Bu hizmeti, gerekçesini açıklamaksızın talep edenler ya da birden fazla partneri olan kişiler, bu hizmete ücretsiz erişmeyi en az hak eden kişiler olarak görülmektedir.

Hekimlere kürtaj ve cinsel ilişkide kadın ve erkeğin sorumluluğu ile ilgili önermeler hakkında görüşleri sorulduğunda öne çıkan başlıca konulardan biri kadının isteğe bağlı düşük işlemi istemesinin bencil bir tutum olarak görülmesi olmuştur. Kamuda çalışanların yaklaşık %35'i, özelde çalışanların ise %29'u bu önermeye katılıyor. Bu hali hazırda hekimlerin bu talep ile başvuran kişilere karşı önyargılı görüşleri olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan eş onayının mutla-

ka olması gerektiği konusundaki önermeye dair cevapları yaşa göre karşılaştırdığımızda yaş ilerledikçe hekimlerin bu önermeye katılımı azalmaktadır; diğer bir deyişle 35 yaş ve altındaki hekimler daha fazla eş onayı talep ederken 50 yaşının üzerindeki hekimler daha az talep etmektedir. Genç hekimlerin, daha hak temelli bir bakış açısına sahip olmalarının yanında erkek onayını talep eden yasanın uygulanması konusunda daha fazla öncü olmaları dikkat çekicidir.

Herkese koşulsuz şekilde sunulması gereken bu hizmetin hekimlerin kişisel görüşleri, organizasyonel ve yönetimsel engeller dışında hekimlerin, kimlerin bu hizmeti daha fazla hak ettiği konusundaki önyargıları günümüzde hizmete erişimi neredeyse imkânsız hale getirmektedir. Hizmeti sunan ya da sunmak isteyen hekimler ise yönetim tarafından baskı görmekte ya da kendi meslektaşları tarafından bu hizmeti sundukları için olumsuz tutumlarla karşılaşmaktadır. Kürtaj, kadın sağlığı açısından önemli bir sağlık hizmetidir ve gereksinim duyan kadınların koşulsuz olarak bu hizmete erişebilmesi gerekir.

Konu Hakkında
Toplum ve Hekim Yazıları

- Muhafazakârlık Ve Piyasa Kıskacında Kürtaj Hakkı, Abortıon Rıghts In The Crossfire Between Conservatısm And Market Economy, Fatma Özdemir, Toplum ve Hekim, cilt 29, Sayı 4 , Eylül Ekim 2014, ss: 387-398
- Kürtaj Yasaklarının Tarihsel Dayanakları Ve Dinlerin Etkisi, Historical Bases Of Abortion Prohibitions And The Effects of Religions, Lale Tırtıl, Toplum ve Hekim, cilt 33, Sayı 2, Mart-Nisan 2018, ss137-142
- Tarihsel VE Toplumsal Bağlamda Fransa'da Kürtaj, Özlem Özkan ve Kader Mert, Toplum ve Hekim, Cilt 27, Sayı 6, Kasım-Aralık 2012, ss: 403-417
- Güney Afrika Cumhuriyeti'nde Apartheid Rejim'den Günümüze Kürtaj Yasaları: Kürtaj Haklarında Eşitsizlikten Eşitliğe (Mi?), Ummahan Yücel, Cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 389-400
- Birleşik Krallık'ta Kürtaj, Ülkü Zengin İnce, Cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, S: 361-375
- Amerika Birleşik Devletleri'nde Kürtaj Konusunda Yasal Düzenlemeler, Nilay Etiler, Cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 349-360
- Yeni Kürtaj Yasası, Medya Ve Hatırlattıkları, Nurcan Özkaplan, cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 344-348
- Türkiye'deki Sağlık Verileri Doğum Kontrol Yöntemi Ve Kürtaj Konusunda Ne Diyor?, Mahir Ulusoy, cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 337-343
- Ortadoğu Ülkelerinde Üreme Sağlığı, İsteyerek Düşük ve Düşündürdükleri, Ayla Berkiten Ergin ve Hatice Bektaş, cilt 27, sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 376-388
- Türkiye'de Nüfus, Doğum Kontrol Yöntemi Ve İsteyerek Düşüklere Yönelik Politikalar: Nedenleri Ve Sonuçları, Ayşe Akın, Cilt 27, Sayı 5, Eylül-Ekim 2012, s: 323-336
- Ülkelede Göre Kürtaja Yönelik Yasal Düzenlemelere Genel Bir Bakış, Özlem Özkan, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz- Ağustos 2012, s: 304-320
- Türkiye'de Nüfus Planlamasına Yaklaşım, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Ana –Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu, cilt 3, Sayı 17, Mayıs 1979, s: 7-17
- Doğum Kontrolü Konusunda Eğilim Ve Uygulamalar, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Ana –Çocuk Sağlığı Çalışma Grubu, Cilt 3, Sayı 16, Nisan 1979, s: 51-63
- Tarihsel Ve Toplumsal Süreçte Kadın, Funda Karapehlivan Şenel, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz-Ağustos 2012, s: 246-255
- Tarihsel Ve Toplumsal Süreçte Kadın, Ferda Dönmez Atbaşı ve M. Meryem Kurtulmuş, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz-Ağusots 2012, s: 256-273
- Ataerkil Kapitalist Toplumda Kadının Bedeni, Melda Yaman Öztürk, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz-Ağusots 2012, S: 274-281
- İslamcı-Muhafazakarın Zihin Haritasında Bir Gezinti: "Nasıl Bir Kadın(Lık)"?, Sibel Özbudun, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz-Ağusots 2012, s: 282-294
- Ülkelede Göre Kürtaja Yönelik Yasal Düzenlemelere Genel Bir Bakış, Özlem Özkan, Cilt 27, Sayı 4, Temmuz- Ağusots 2012, S: 304-320