

GÜVENLİ DÜŞÜK KADININ ÜREME HAKKIDIR

Başkent Üniversitesi, Kadın – Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, Türkiye
nihalbilgili@gmail.com

Özet

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre dünyada her yıl 46 milyon kadın düşüğe başvurmakta, 19 milyonu güvenli olmayan koşullarda gerçekleştirilmekte, buna bağlı olarak 68 bin kadın hayatını kaybetmekte, 5,3 milyon kadında ise geçici veya kalıcı sakatlıklar meydana gelmektedir. Türkiye’de 2005 Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasında anne ölümleri içinde düşüğün hala yaklaşık %2’lik bir payının olduğu belirlenmiştir. 2008 Nüfus ve Sağlık Araştırması’nda evli kadınların %22’sinin hayatları boyunca en az bir kez düşüğe başvurdukları saptanmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinin ülke düzeyindeki yaygınlığına karşın isteyerek düşük hizmetlerinin ancak ¼’ü kamu tarafından verilmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde güvenli düşük için gerekli olan eğitilmiş personel, kadro ve donanım eksikliği ve hastanelerin iş yükü fazlalığı kadınların hizmete ulaşmasının önünde bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum, kadının “doğurganlığını düzenlemede karar verme ve hizmet alma hakkı” olarak görülmeli ve yasalar çerçevesinde bu hizmetlerden yararlanmasının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Bu konu uluslararası pek çok belgede ortaya konulmuş olup Türkiye bu belgeleri çekincesiz imzalamıştır. Türkiye’de isteyerek düşük hizmetlerinde var olan hizmet açığının kapatılmasında çözüm, belki de Tıbbi düşük yönteminin ulusal programlarda yer almasının sağlanmasıdır. Bu konuda Türkiye’de yapılan iki araştırma umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. 200 mg mifepriston ve 400 mcg misoprostol kullanılan her iki araştırmada da tıbbi düşük yönteminde başarı ve memnuniyet düzeyi yüksek olup, yöntemin uygulanmasına bağlı hayati bir risk oluşmamıştır. Uluslararası literatür ve Türkiye’de yapılan çalışmalar esas alındığında; gerek isteyerek düşüklerde hizmet açığının azaltılması, gerekse kadının üreme hakları çerçevesinde tıbbi düşük hizmetlerinin güvenli, etkili ve benimsenen bir seçenek olarak ulusal sağlık programlarında yer almasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler:

tıbbi düşük, güvenli düşük, üreme hakları

Abstract

According to the estimates of World Health Organization, every year 46 million women terminate their pregnancies, 19 million of them are unsafe abortions. 68 thousand women die and 5,3 million women suffer from permanent or temporary disabilities as a consequence of unsafe abortion. In Turkey, abortions are responsible for the 2% of maternal deaths, according to the National Maternal Mortality Study 2005. It is indicated in Demographic Health Survey 2008 that 22% of married women had at least one abortion. Although the public health services are widely available through the country, only ¼ of the abortion services are given within the public sector. Especially, the lack of trained personnel and equipment which are necessary for safe abortion, in the primary health services and heavy caseload of the hospitals cause barriers for women to access the safe abortion services. This situation should be considered within the women’s “right to decide freely her own fertility” and “right to access to service”, and the barriers against utilization of services should be eliminated within the legal system. This subject was introduced in many international documents and Turkey signed all those documents without any reservation. The solution to minimize the unmet needs in abortion services in Turkey might be to provide medical abortion method within the national health programs. Two studies carried out on medical abortion in Turkey have encouraging results. In both studies where 200 mg mifepristone ve 400 mcg misoprostol used, success and women’s satisfaction rates were very high and no life threatening complication due to the use of the method occurred. Based on the international literature and the studies conducted in Turkey, either to decrease unmet need in voluntary abortion services, or to recognize the reproductive rights of women it

will be appropriate to provide medical abortion services within the national programs as a safe, effective and accepted option.

Key Words:

medical abortion, safe abortion, reproductive rights

Giriş

İlk kez 1967 yılında anne ölümleri ve güvenli olmayan düşükler, Dünya Sağlık Örgütü'nce ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre, dünyada her yıl, 210 milyon gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık 1/3'ü istenmeden oluşmaktadır. İsteyerek düşük doğurganlığı kontrol etmenin en eski, belki de hala en yaygın yoludur. Dünyada meydana gelen gebeliklerin 46 milyonu isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Ancak dünyanın pek çok bölgesinde isteyerek düşük hala yasadışıdır veya yasayla ciddi bir biçimde sınırlandırılmıştır. Bu durum güvenli olmayan düşüklerin artmasına yol açmakta, düşüklerin 19 milyonu ise güvenli olmayan koşullarda gerçekleşmektedir. Güvenli olmayan düşüklerle ilgili olarak dünyada her sekiz dakikada bir kadın ölmektedir (WHO, 2004). Güvenli olmayan düşükler dünyadaki anne ölümlerinin %13'üne (Şekil 1), gebelik ve doğuma bağlı toplam hastalık ve sakatlığın ise %20'sine neden olmaktadır (WHO, 2007). Başka bir deyişle güvenli olmayan düşükler, her yıl 68 bin kadının ölümüne ve 5,3 milyon kadının hastalık ve sakatlığına neden olmaktadır (Warriner, 2006).

Şekil 1. Dünyada Anne Ölüm Nedenleri

Türkiye'de Anne Ölümleri ve Düşükler

2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre Türkiye'de bir yılda meydana gelen 1 780 556 gebeliğin 178 056'sı kendiliğinden düşükle, 201 203'ü isteyerek düşükle sonlanmaktadır. Türkiye'de meydana gelen gebeliklerin yaklaşık %40'ı en az bir risk faktörü içermektedir. 2005 yılında yapılan Türkiye Anne Ölümleri Araştırması'nda anne ölüm hızı yüzbinde 38 olarak bulunmuştur. İstenmeyen gebelikleri önlemek için aile planlaması yöntemi kullanımı zaman içinde artmakla birlikte, 2008 TNSA'ya göre kadınların yalnızca %46'sı etkili bir gebelikten koruyucu yöntem kullanmaktadır. Bu durumda meydana gelen istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması için sıklıkla isteyerek düşüklerle başvurulmaktadır. Yine 2008 TNSA'ya göre Türkiye'de evli kadınların %22'si yaşamı boyunca en az bir kez isteyerek düşüğe başvurmuştur. Düşüğe başvurma yüzdesi kentte kıra göre (%23,3 - %17,9), batıda doğuya göre (%26,1 - %14,1) daha fazladır. İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasında görece sık başvuru bir yöntem olmasına karşın, Türkiye'de anne ölümleri içinde düşüğün payı yalnızca %2'dir. Dünyada düşüğün anne ölümleri içindeki payının %13 olduğu hatırlanacak olursa bu durumun Türkiye açısından bir başarı olarak değerlendirilmesi gerekir. 1923'de Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşu ilan edildiğinde ülkede yaklaşık 12-13 milyon kişi yaşamaktaydı. Gerek uzun süren savaşlar gerekse salgın hastalıkların yol açtığı kayıplar nedeniyle çalışabilen genç nüfus azalmıştı. Bu nedenle Cumhuriyet'in ilk yıllarında pronatalist bir politika izlendi. Nüfus artışını teşvik eden politikaların yanı sıra kontraseptif yöntemlerin öğretilmesi ve uygulanması, bu arada isteyerek düşüklerin uygulanması da yasaklandı. Ancak 1960'lara gelindiğinde hızlı nüfus artışının sakıncaları da kendini göstermeye başladı ve 1965'de ilk nüfus planlaması yasası kabul edildi. Bu yasa ile aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme/ eğitim hizmetleri, geri dönüşlü aile planlaması yöntemleri için klinik hizmet verilmesi, yalnızca tıbbi nedenlerle (anne ve/veya bebeğin sağlığının ve hayatının riske girdiği durumlarda hekim raporuyla belgelenmek kaydıyla) gebeliği sonlandırma ve yine yalnızca tıbbi nedenlerle cerrahi sterilizasyon yöntemleri serbest bırakıldı. Bu yasa aile planlaması hizmetlerinin kullanılmasında yeterli artışı sağlamadığı gibi, isteyerek düşüğün yasaklanması nedeniyle, güvenli olmayan düşüklerdeki artışı ve buna bağlı anne ölümlerini önlemede yetersiz kaldı. 1983 yılında kabul edilen ikinci nüfus planlaması yasası bu konuda devrim niteliğinde değişiklikler getirdi. Rahim içi araç (RİA) ve diğer geri dönüşlü aile planlaması yöntemlerinin uygulanması için eğitim gören sertifikalı ebe, hemşire ve pratisyen hekimlere yetki verilmesi, isteğe bağlı olarak cerrahi sterilizasyon hizmetlerinin ve 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak

sonlandırılması hizmetlerinin serbest bırakılması ve manuel vakum aspirasyon (MVA) yöntemi ile gebeliğin sonlandırılması için sertifikalı pratisyen hekimlere yetki verilmesi, hem aile planlaması hizmetlerinin hem de düşük hizmetlerinin hızla yaygınlaşmasını ve ulaşılabilirliğini artırmış, ayrıca gebelik sonlandırmada güvenilir ve atravmatik bir yöntem olan MVA tanıtılmış ve yaygınlaşmıştır. Buna bağlı olarak modern aile planlaması yöntemi kullanımı 1978'de %18'ken, 2008'de %46'ya ulaşmıştır (Şekil 2). İsteyerek düşük hizmeti başvurularında yasanın kabulünden sonra bir miktar artış olmuşsa da kontraseptif kullanımının artmasına bağlı olarak giderek bir düşüş meydana gelmiş (Şekil 3), öte yandan güvenli düşük hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla düşük komplikasyonları ve buna bağlı ölümler büyük ölçüde azalmıştır. 1959 yılında Fişek ve arkadaşlarının orta ve batı Anadolu köylerinde yaptıkları bir araştırmada anne ölümlerinin yarıya yakınından düşüklerin sorumlu olduğunu saptamıştır (Tezcan vd., 1980: 22). 1969'da Sayın ve arkadaşları hastaneye başvuran 776 düşük vakasının 60 tanesinin septik düşük olduğunu saptamışlardır (Tezcan vd., 1980: 20). Yine 1983'de kabul edilen ikinci nüfus planlaması yasasından önceki dönemde her gün büyük hastanelere 3-5 fatal düşük vakasının başvurduğu bildirilmiştir (Akın, 2007). 2008 yılında yapılan TNSA'da ise anne ölümleri içinde düşüğün payı %2 olarak saptanmıştır. .

Şekil 2

Türkiye'de Aile Planlaması Uygulamaları (1978-2008)

Şekil 3.

Türkiye'de Düşük Hız ve Oranları (1983-2003)

Ancak, Türkiye'de isteyerek düşük hizmetlerinde hala karşılanamayan gereksinim mevcuttur. Kamu kuruluşlarının bu hizmeti vermedeki payı çok düşüktür. Kamu sağlık hizmetlerinin ülke düzeyindeki yaygınlığına karşın isteyerek düşük hizmetlerinin ancak ¼'ü kamu tarafından verilmektedir (TNSA 2003). Kamu kuruluşlarının bu hizmetleri karşılayamama nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- İnsan gücünün az olması
- İş yükünün fazla olması
- Hizmete ulaşmada sorunlar
- Hizmetlerin niteliğindeki sorunlar

Üreme Sağlığı/ Üreme Hakları ve Düşük

Özellikle yaygın birinci basamak sağlık hizmetlerinde güvenli düşük için gerekli olan eğitimli personel, kadro ve donanım eksikliği, kadınların hizmete ulaşmasının önünde bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca büyük ölçüde payı azalsa da isteyerek düşükler hala anne ölüm nedeni olabilmektedir. Sonuç olarak Türkiye'de isteyerek düşüklerin hala bir sorun olduğu söylenebilir. Bu durum, kadının "doğurganlığını düzenlemede karar verme ve hizmet alma hakkı" olarak görülmeli ve yasalar çerçevesinde bu hizmetlerden yararlanmasının önündeki engeller kaldırılmalıdır. Bu konu uluslar arası pek çok belgede ortaya konulmuş olup (1994 Kahire, Nüfus ve Kalkınma Konferansı-ICPD, 1995 Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı vb.) Türkiye bu belgeleri çekincesiz imzalamıştır .1994'de Kahire'de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı kararlarına göre Kapsamlı Üreme Sağlığı Hizmetlerinde; düşük hizmetleri mevcut olmalı, düşük komplikasyonları ele alınmalı, bireyler kendi seçtikleri güvenilir, etkili, ödenebilir ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemlerine ulaşabilmeli, düşük sonrası kontraseptif hizmetler sunulmalı ve düşüğün yasal olduğu ülkelerde güvenli düşük hizmetleri sunulmalıdır (Akın, 1994). 1995'de Pekin'de gerçekleşen 4. Dünya Kadın Konferansı'nda ise doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili şu kararlar alınmıştır (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 1995):

- Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip olma hakkı vardır.
- Bütün çiftlerin ve bireylerin özgürce ve sorumlulukla, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına karar verebilme ve bunu yapabilecek bilgi ve araçlara sahip olma hakkı vardır.

- Düşüğün yasalara aykırı olmadığı koşullarda düşük güvenli şartlarda yapılmalıdır. Türkiye'de de kabul gören IPPF (International Planned Parenthood Federation) tarafından yayınlanan Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesinde konu şu başlıklar altında ele alınmıştır (IPPF, 2003):
- **Yaşama hakkı**– Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır.– Hiç kimsenin yaşamı sağlık hizmetlerine, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ya da bilgi ve danışmanlığa ulaşmama nedeniyle tehlike altında kalmamalıdır.
- **Özgürlük hakkı**– Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir.
- **Mahremiyet hakkı**– Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalması sağlanmalıdır. – Tüm kadınların, gebeliğin güvenli sonlandırılması da dahil olmak üzere, üremeyle ilgili seçimler yapma hakkı vardır.
- **Çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı**– Tüm kadınların, üreme sağlığının korunması, güvenli anneliğin sağlanması ve gebeliğinin güvenli sonlandırılması için gereken ve tüm kullanıcılar için ulaşılabilir, kabul edilebilir, kullanışlı ve ödeyebilecekleri bilgi, eğitim ve hizmetlere ulaşma hakkı vardır
- **Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı**– Tüm bireyler, cinsel sağlık ve üreme sağlığı da dahil, bütün bakım hizmetlerinde ulaşılacak en yüksek nitelikte hizmet alma hakkına sahiptir.
- **Bilimsel gelişmelerden yararlanma hakkı**– Tüm bireyler, kısırlık, gebeliğin önlenmesi ve gebeliğin sonlandırılmasını da kapsayan konularda üreme sağlığı teknolojilerinden yararlanma hakkına sahiptir.

Medikal Abortus (Tıbbi Düşük)

Kadının doğurganlığını düzenleme hakkı ve gerektiğinde sağlıklı ve güvenli düşük hizmetlerinden yararlanma hakkı üzerinde düşünüldüğünde, bu konudaki yeni teknolojilerden yararlanma hakkının da kabulü gerekir. Gebeliğin cerrahi müdahale yapılmaksızın ilaçla sonlandırılması şeklinde tanımlanan medikal abortusun bu çerçevede değerlendirilmesi gerekir. Gebeliğin ilaçla sonlandırılması için çeşitli yöntemler kullanılsa da bu konuda daha çok kabul gören yöntem mifepriston ve misoprostol'ün birlikte kullanımınıdır. Ne yazık ki mifepriston Türkiye'de henüz ruhsatlandırılmamıştır, misoprostolün ruhsat endikasyonları içinde ise düşük yer almamaktadır. Ancak Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Etik Kurulu'nun onayıyla bu iki ilacın birlikte kullanıldığı iki araştırma gerçekleştirilmiştir, üçüncüsü ise halen devam etmektedir.

Türkiye'de Medikal Düşük Araştırmaları

1. Çalışma: 1999 – 2002 yılları arasında Population Council desteği ile dört merkezde yürütülmüştür. 209 kadına 200 mg mifepriston, 24 saat sonra 400mcg misoprostol uygulaması ile tıbbi düşük, 260 kadına cerrahi düşük uygulanarak sonuçları karşılaştırılmıştır. Tıbbi düşük yapan kadınların %71,6'sı, cerrahi yöntemle düşük yapanların %28,4'ü kendilerine uygulanan yöntemden çok memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Tıbbi düşük yapan kadınların %92,4'ü, cerrahi yöntemle düşük yapanların %71,3'ü yine düşük yapmaları gerekirse tekrar bu yöntemi tercih edeceklerini, tıbbi düşük yapan kadınların %93,9'u, cerrahi yöntemle düşük yapanların % 71,0'i kendilerine uygulanan yöntemi başkalarına da önereceklerini bildirmişlerdir (Akın A., vd. 2004). 2. Çalışma: 2004-2006 yılları arasında Gynuity Health Project desteği ile 207 kadın üzerinde yürütülmüştür. Tıbbi düşük yöntemi olarak birinci çalışmadaki dozlarda mifepriston ve misoprostol birlikte kullanılmıştır. Çalışmada misoprostolü dil altı veya ağızdan kullanma yöntemi ve yine misoprostolü klinikte veya evde kullanmanın etkileri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada tıbbi düşüğün genel başarı hızı %95,2 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan kadınların %97,1'i, yöntemin uygulanması sırasında meydana gelen kanama, bulantı, ağrı/krampten, kusma, üşüme/titretilme gibi yan etkileri kabul edilebilir düzeyde bulmuşlardır. Yine kadınların %93,7'si yöntemden memnun olduğunu, %92,8'i gerektiğinde gelecekte cerrahiye göre medikal abortusu seçeceğini belirtmişlerdir. Kadınların sadece %5,3'ü yöntemin güç olduğunu ifade etmiştir (Akın A., vd. 2005) Her iki araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde;

medikal abortusun uygulanması kolay, emniyetli bir yöntem olduğu, kabul edilebilirliğinin, memnuniyet düzeyinin, başarı oranının yüksek olduğu, hem kullanıcıların hem de uygulayıcıların olumlu görüşler ifade ettikleri ve kullanan kadınlar tarafından "daha doğal" olarak nitelendiği görülmektedir. Yürütülen her iki çalışma sırasında ciddi bir komplikasyonla karşılaşılmasıdır. Cerrahi yöntemle karşılaştığımızda ise; cerrahinin bilinen risklerini taşımaması, sağlık personelinin daha az zamanını alması, kadının mahremiyetini daha fazla sağlaması gibi yönleriyle isteyerek düşük hizmetlerine ihtiyaç duyan kadınlara yeni bir seçenek oluşturmaktadır.

Sonuç;

Medikal Abortus yöntemi, Türkiye'de ulusal hizmet programlarına dahil edilmelidir. Yöntem ulaşılabilir ve nitelikli olarak uygulanırsa isteyerek düşük ile ilgili hizmet açığının azalmasına katkı sağlayacaktır. Bu ise, kadın sağlığı ve kadının üreme sağlığı ile ilgili hakkını kullanabilmesi yönünden son derece önemlidir.

Kaynakça:

1. Akın, A. (1994) **Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Özet Raporu** T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.
2. Akın, A. (2007) "Emergence of the Family Planning Program in Turkey", Robinson, W. C., Ross, J. A (eds) **The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs**. The World Bank, Washington DC, 85-102.
3. Akın, A., Blum, J., Ozalp, S., Onderoğlu, L., Kirca, U., Bilgili, N., Koçoğlu, G., Philip, N., Winikoff, B. (2004) "Results and Lessons learned from a small medical abortion clinical study in Turkey", **Contraception**, 70 (5):401-64.
4. Akın, A., Güçüz Doğan, B., Dilbaz, B., Kiran Gökkurt, S., Coşkun, A., Beyhun, E., Erdost, T., Temel, F. (2005) **Türkiye İçin Yeni Bir Seçenek: Tıbbi Düşükler**, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara (yayınlanmamış araştırma raporu).
5. **Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu**, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü yayını, Ankara, 1995.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2009)** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006), **Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005**. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
8. **IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights**, 2003.
9. Warriner, I.K., (2006) "Unsafe abortion: an overview of priorities and needs", **Preventing Unsafe Abortion and its Consequences**, Warriner I.K., and Shah I.H., eds., New York: Guttmacher Institute.
10. World Health Organization (2004) **Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000**, 4th ed., France.
11. World Health Organization (2007) **Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2003**, 5th ed., Switzerland.
12. Tezcan S., Carpenter C.E., Fişek N.H. **Türkiye'de Çocuk Düşürme**, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, Ankara, 1980.

Dr. Ü. Nihal Bilgili Aykut, Dr. Sare Mihçioğur, Prof. Dr. Ayşe Akın