

T.C.
OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI

**AİLE PLANLAMASINDA KARŞILAŞILAN TEMEL ETİK
SORUNLAR**

111574

Yüksek Lisans Tezi

Nurdan KIRIMLIOĞLU

Danışman: Yrd.Doç.Dr. Ömür ELÇİOĞLU


T.C. YUNUS
DOKÜMANTASYON MERKEZİ


1997

KABUL VE ONAY SAYFASI

Nurdan KIRIMLIOĞLU'nun YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak hazırladığı "Aile Planlamasında Karşılaşılan Temel Etik Sorunlar" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

..6...1...1.....1997

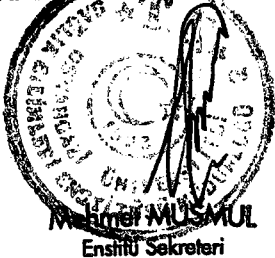
Üye: Prof. Dr. Hilmi HASSA 

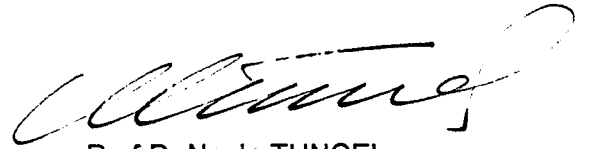
Üye: Doç. Dr. Sevgi SAR 

Üye: Yrd. Doç. Dr. Ömür Elçioglu 

Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 10.01.1997 gün ve 374/85 sayılı kararıyla onaylanmıştır.

ASLİDİR





Prof. Dr. Neşe TUNÇEL
Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER DİZİNİ	i
ÖZET	iii
SUMMARY	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vi
SİMGE VE KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. NÜFUS PLANLAMASI MI? AİLE PLANLAMASI MI?	4
3. NÜFUS SORUNU	6
3.1. NÜFUS KURAMLARI VE NÜFUSA YAKLAŞIMLAR	8
3.1.1. Malthus Öncesi Dönem	8
3.1.2. Merkantilistler Dönemi	9
3.1.3. Fizyokratlar	9
3.1.4. Thomas Robert Malthus'un Nüfus Kuramı	10
3.1.5. Doğumların Rasyonelleştirilmesi Kuramı	10
3.1.6. Optimum Nüfus Kuramı	10
3.1.7. Demografik Evrim Teorisi	11
3.2. NÜFUS POLİTİKALARI	11
3.2.1. Nüfus Artışını Yavaşlatıcı Politikalar	11
3.2.2. Nüfus Artışını Hızlandırıcı Politikalar	12
3.2.3. Nüfusun Kalitesini İyileştirici Politikalar	12
3.2.4. Türkiye'deki Nüfus Politikaları	14
4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ	17
4.1. ESKİ UYGARLIKLAR	18
4.2. ORTAÇAĞ DÖNEMİ	19
4.3. MODERN DÖNEM	20
5. TIBBİ UYGULAMALARIN ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN TEMEL İLKELER	25
5.1. OTONOMİ İLKESİ	27
5.1.1. Bireye Saygı Kavramı	28
5.1.2. Bireysel Özgürlüğe Saygı İlkesi	28

5.2. YARARLI OLMA İLKESİ	29
5.2.1. Mutlak Yararlı Olmak	32
5.2.2. Yarar ve Zararın Dengelenmesi	32
5.3. ZARAR VERMEME İLKESİ	33
5.4. ADALET İLKESİ	33
6. TEMEL ETİK İLKELERİN AİLE PLANLAMASI ALANINDA UYGULANMASI .	38
6.1. OTONOMİ İLKESİ	38
6.2. YARARLI OLMA İLKESİ	41
6.3. ZARAR VERMEME İLKESİ	44
6.4. ADALET İLKESİ	44
7. KADININ VE FETÜSÜN STATÜSÜ	47
7.1. KADININ STATÜSÜ ve GEBELİĞİNİ SONLANDIRMA İSTEĞİ	47
7.2. FETÜSÜN STATÜSÜ	50
8. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE DANIŞMANLIK	53
9. AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN TEMEL ETİK	
 SORUNLAR VE KADININ KARAR VERME HAKKINA YÖNELİK ÖRNEK BİR	
 ÇALIŞMA	56
9.1. GEREÇ ve YÖNTEM	56
9.2. BULGULAR	56
10. TARTIŞMA	68
11. SONUÇ	82
12. KAYNAKLAR DİZİNİ	86
13. ÖZGEÇMİŞ	93
14. SORU KAĞIDI	94

ÖZET

Aile planlamasının temel ilkesi; ailelerin, istedikleri kadar ve istedikleri zaman çocuk sahibi olabilmeleridir. Yapılan araştırmalara göre; ülkemizde aileler az sayıda çocuk sahibi olmak istemektedirler.

Aile planlaması yöntemleri, nüfus kontrolünde önemli bir yer tutmuştur. Elbette savaşlar veya büyük salgınlar gibi kısa sürede sonuç vermemesi ve vahşetten uzak olması, kimi çevrelerde tartışmalara yol açsa da bilimsel müdahaleye açık olması nedeniyle nüfus kontrolünün sağlanması için en insani yöntem olduğu gerçeğini değiştirememiştir.

Yaşayan her toplumda gelişme ve değişimler, çözümlenmemiş, yanıtlanmamış açık uçlu soruları gündeme getirmektedir. Çoğu defa normatif sanılara yanıt arama etkinliği bir etik çalışma olarak tanımlanabilir.

Tıp uygulamaları sırasında karşılaşılan etik sorunlarda belli bir karara varabilmek için etik ilkelerden yararlanmada hekimler ve öteki sağlık personeli güç bir süreç yaşarlar. Dolayısıyla etik ilkelerin her olayda yer alma biçimi kendine özgüdür. Bu ilkelerin her birinin bir sorun karşısında az veya çok bir yeri olduğu gerçektir.

Çağımızda, tüm sağlık uğraşlarında uyulması gereken temel etik ilkeler irdelenmiş, bu ilkelerin aile planlaması alanında ne şekilde olabileceği, ayrıca yaptığımız anket çalışması ışığında aile planlamasında karşılaşılan etik sorunlar ve kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı konusu araştırılmıştır. Çalışmamızdaki kadınlar istenmeyen gebeliklerini sonlandırmada, gebeliği önleyici yöntem seçiminde kararın kendilerine ait olduğunu yanıtları ile göstermişlerdir. Bu, kadının kendi bedeni üzerindeki hakkını kullanabilmesi bakımından sevindiricidir. Aile planlaması alanında kişilerin bilgilendirilmelerine yönelik bazı eksikliklerin etik sorunlara yol açtığı görülmüştür. Tam ve doğru bilgilendirme ile onam (Rıza) gibi tıp, hukuk ve etik açıdan önemli bir konu da çözüme ulaştırabilecektir.

Etik değişim içindedir. Ancak mevcut ilkeler tekrar tekrar gözden geçirilerek sorunların çözümü için yeni bir bakış açısı oluşturulabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, tıbbi etik, onam, özerklik, yarar, adalet.

SUMMARY

The basic principles family planning seems to enable families to have children as many as they want and whenever they desire. According to the studies, the families in our country wish to have children in the least possible number.

Family planning has always been considered vital importance in population control. Not reaching the desired solutions within a short time, though, as it is with wars and epidemics and not being associated with savagery. It seems to lead to disputes in some circles, the fact that it is the most humanitarian method in providing the control of populations has never been changed since it is always open to scientific treatment.

In every society developments and transformations create disputable issues that cannot be solved and responded. The activity of finding answers to normative questions can often be regarded as an ethical study.

During medical practices in order to come to a certain conclusion related with ethical problems. Physicians and other medical workers face with a difficult process in making use of these ethical principles. Thus, the way of the existence of ethical principles in each case has its own characteristic. That each of these has somewhat analogy with any issue is an unreliable fact.

The principal ethical principles that have to be in conformity with overall medical studies of our age and the way adopting them into family planning were discussed. What is more, within the light of the survey we carried out, the ethical problems occurred in the process by family planning and the woman's being self-determining on her body were searched. The women in our study openly manifested in their responses, the right of terminating their own lives in cases of undesired pregnancies. This is agreeable in respect to the woman's using her own right relating to her body. It has been observed that informing individuals inadequately and inefficiently caused ethical issues. Along with the provision of the right and exact information, the consent which seems as important as medicine and law will be settled.

Ethics is in a continuous transformation. However, on revising the existent principles over and over again. It is possible to have a new standpoint for the solution of problems.

Key Words: Family planning, medical ethics, informed consent, autonomy, beneficence, justice.



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>No</u>	<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
9.2.1.	A.p. merkezine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı	56
9.2.2.	A.p. merkezine başvuran kadınların eğitim durumuna göre dağılımı	57
9.2.3.	Gebeliği sonlandırmaya bireylerin katılımı	58
9.2.4.	Gebeliklerini isteyerek sonlandıranların dağılımı	58
9.2.5.	Gebeliği sonlandırmada bireylerin karar verme biçimleri	59
9.2.6.	Gebeliğin sonlandırılmasında eşin rızası	59
9.2.7.	Gebeliğin sonlandırılması kararında eğitimin yeri	60
9.2.8.	Gebeliğin sonlandırılması sonrası verilen bilgilerin bireylerin eğitim durumu ile karşılaştırılması	61
9.2.9.	Kullanılan a.p. yöntemleri	62
9.2.10.	Kullanılan a.p. yöntemi ve kullanım süresi	63
9.2.11.	Kullanılan a.p. yönteminin öğrenildiği kaynaklar ve bireylerin eğitim durumları	63
9.2.12.	Şu an kullanılan a.p. yöntemi seçiminde etkili olan bireyler	64
9.2.13.	Bireylerin isteyerek gebeliği sonlandırma işlemini a.p. yöntemi açısından değerlendirmesi	65
9.2.14.	A.p. hizmetlerinden yararlananların eğitim durumu ve danışmanın cinsiyeti	66
9.2.15.	Açıklanan a.p. yöntemleri	67

SİMGE VE KISALTMALAR

A.p.	: Aile planlaması
D.S.Ö.	: Dünya Sağlık Örgütü
RİA	: Rahim içi araç
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması



1. GİRİŞ

Kişi, insan olarak yaratılışından doğan bazı değerlere sahip olduğu gibi, toplum içinde yaşayışından kaynaklanan değerlere de sahiptir. Hukuk düzeni onun, insan varlığından temellenen kişisel değerlerini de sayar ve korur (61).

Kişilik hakkı, kişinin toplum içindeki saygınlığını ve kişiliğini serbestçe geliştirmesini temin eden varlıkların tümü üzerindeki hakkıdır (25).

Devletin başta gelen ödevi "yaşam hakkını" korumaktır (47). Bunun sağlanabilmesi "sağlık hakkı"nın varlığına bağlıdır.

"Sağlık hakkı" kişinin sağlığının korunması ve geliştirilmesini sağlayan hakları biçiminde tanımlanmaktadır. Kişi sağlığının gerek doğrudan doğruya, gerek özel teşebbüsle ve mahalli idarelerle işbirliği kurularak korunması devletin başta gelen görevleri arasında yer almaktadır (11).

A.p. açısından sağlık hakkı 3 ana noktada açıklanabilir, bu noktalar birbirleriyle bağlantılı olarak gelişirler.

Birincisi; ana-çocuk sağlığı, a.p. ve sağlık eğitimi gibi temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, iyileştirilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve bunların uygulamada da güvence altına alınmasıdır.

İkincisi; gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması ve bunların ulaşılabilirliği, kalitesi ve adil biçimde sunumudur.

Üçüncüsü; toplum sağlığı güvencesinin verilmesi ve bu güvencenin toplumun tamamını kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmasıdır (48).

Nüfus yoğunluğu dünyada beslenme, sağlık sorunları, sosyal gerilimler, fertlerin hayat alanlarının daralması ve özgürce yaşamın giderek zorlaşması, umursamazlığın, saldırganlığın ve acımasızlığın artmasına, tümüyle insan-çevre dengesinin bozulmasına yol açmaktadır.

Nüfusun artması ile gelişme sorunları da artmakta, bu nedenle nüfus planlamasına ait çalışmalar ve araştırmalara gereksinim çoğalmaktadır. Dünya nüfusunda görülen hızlı artış "a.p. nı" zorunlu hale sokmuştur (4,23).

A.P. nüfus kontrolünde başarılı olmanın ilk adımıdır. Bunun için belki en önemli sebep a.p. ile ana-çocuk sağlığı arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmasıdır (28).

Konumuzla ilgili olarak DSÖ 2000 yılında herkes için sağlık hedeflerini Avrupa Bölgesi için aşağıda gösterildiği gibi saptamıştır.

- 2000 yılında doğumla başlayan yaşam sürecinin en az 75 yıl olması,
- 2000 yılında bölgede bebek ölüm hızının %0.20'nin altında olması,
- 2000 yılında ana ölüm hızının en az 100.000 canlı doğumda 15'in altında olması.

Bu hedeflere ulaşabilmek için gebeliğin yasal düzenlemelerle kontrol altına alınması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması gerekliliği bir kez daha önemle ortaya çıkmıştır (48).

A.P. uygulaması ile ilgili olarak tüm çiftlerin temel hakları 1974 Dünya Nüfus Planlaması Aksiyonunda şöyle belirtilmektedir.

"Tüm bireyler ve çiftler sahip olacakları çocuk sayısı ve hangi aralıklarla çocuk sahibi olacakları konusunda serbestçe ve sorumlu olarak karar verme ve bu konuyla ilgili olarak bilgi eğitim ve gerekli araçları alma özgürlüğüne sahiptir" (33,46).

A.P. hakkı iki farklı haktır. Birincisi "doğal" veya "pasif" haktır. Bu karar vermede özgürlük hakkıdır. İkincisi "sosyal" veya "pozitif" haktır. Bu da çiftlerin veya bireylerin fertilitate regülasyon hizmetlerinden yararlanabilme hakkıdır (33).

Eşler kaç çocuk sahibi olacaklarına engellenmeksizin kendileri karar verirler. Diğer bir deyişle, a.p. yöntemlerini kullanmak ana ve babanın sorumluluğundadır (23).

Tıp etkinliği içinde geçen değer sorunlarının ele alındığı, saptandığı, betimlendiği, bunlara nasıl yaklaşıldığı, bu konuda nasıl tartışma yapılması gerektiği, nasıl dūřunce ve gōrūř geliştirileceği ve ne gibi ōzūm yollarının ūretileceđinin akademik dūzeyde araştırıldığı ve eğitiminin yapıldığı bir alan olan tıbbi etik, biyoetik alanının dar kapsamlı tanımlarından biri karşılığı olarak da kullanılmaktadır (59).

İnsanın ūremesi konusuna hiç bir zaman basit teknik bir konuymuř gibi yaklařılmamalıdır. Hiç bir inanç sistemi ve etik yaklařımlar ūremenin dahil olduđu bir konuda benzer tavır almamıřtır. Fertilitte regūlasyonuna olan ihtiyaçlardaki artıřlar, bir çok sađlık ve etik sorunlarını gūndeme getirmiřtir.

A.p. hareketi, hūkūmet dıřı, gōnūllū çalıřmalarla bařlatılınca, konunun prensibi çevresinde etik tartıřmalar yeniden canlanmıřtır. Bu insan soyunun dođaya veya yaratıcının arzusuna aykırı olarak, kendi dođurganlıđını planlama veya deđiřtirmeye teřebbūs edip etmemesi gerektiđi sorusunu ūnemle ortaya koymuřtur (33).

A.p. konusu sadece tıp alanının bir konusu olmayıp aynı zamanda hukuk ve felsefenin konusu da olmaktadır. Tıp, kendi alanında ne kadar ilerlemiş olursa olsun, bu yenilikleri uygulama alanına koyabilmek için, ūteki bilimlerin katkısına ihtiyaç duyacaktır. A.p. alanında ortaya konulan yeniliklerin insani yōnden değerlendirilmesi ve insanlık adına en uygun biçimde uygulamaya konması gerekmektedir. Genel olarak tıbbın uygulanabilir olması için hukukun yapacağı sınırlamalara gereksinim vardır. Hukuk bilimi de bu sınırlamaları felsefe aracılığı ile yapacaktır. Dolayısıyla tūm tıbbi uygulamalarda olduğu gibi a.p. uygulamalarında da tıp, hukuk ve felsefe etkileşim içinde olmaktadır. Felsefe tıbbi uygulamaların sınırlarını belirlemede hukuka katkıda bulunurken insanları "amaç olarak gōrme" ilkesini ortaya koymaktadır.

Bu alışma, a.p. konusunun etik açıdan incelenmesinin konuya açıklık getirebileceğini, zarar vermeme, adalet, yarar ve ūzerklik ilkelerine ne ūlūde uyulup uyulmadığını belirleyerek, A.P. konusunda insan haklarını ve değerlerini ilgilendiren bazı sorunlara ışık tutmak, toplumun temeli olarak ifade edebileceğimiz aile ve yarının çocuklarının sağlığı ile ilgili olarak ortaya çıkabilecek sorunlara ōzūm ūnerileri oluşturmak amacıyla planlanmıştır.

2. NÜFUS PLANLAMASI MI? AİLE PLANLAMASI MI?

Doğum kontrolü, a.p., nüfus kontrolü ve gebeliği önleme terimleri bazı durumlarda aynı anlamda kullanılmakla beraber, dar anlamları ile ele alındıkları takdirde aralarında farklılıklar vardır. "Doğum kontrolü" gebeliğin önlenmesinden daima daha geniş bir anlam ifade eder. "Gebeliğin önlenmesi" gebeliğe engel olacak tedbirlerin (kontraseptif yöntem) uygulanmasını ifade ettiği halde, "Doğum kontrolü" buna girmeyen kısırlaştırma ve isteyerek çocuk düşürmeyi de içine alır. "Nüfus kontrolü" terimi ise doğum kontrolünden daha geniş bir anlam taşımaktadır (44,57).

Nüfus planlaması ekonomik bir kavramdır. Ekonomi uzmanları ve kalkınma planlarını yapanlar "nüfus" etmeni ile ilgilenmek zorundadır. Çünkü, temel amaçları, kişi başına düşen yıllık geliri (gayri safi milli hasıla) artırmaktır. O halde, kişi başına düşen geliri artırmak için, toplam ülke gelirini artırıcı çabaların yanısıra, nüfusu sabit tutucu ya da azaltıcı çabalar da gerekir. Nüfus kontrol altında tutulmalıdır ki, gelir oranı artsın. Bunun çağdaş yolu "doğum kontrolü" yöntemleri uygulamaktır (62).

A.p. ailenin istediği zaman ve bakabileceği sayıda çocuk sahibi olması, aile sağlığını ve yaşayışını sarsacak istenmeyen çocuklardan korunmasıdır.

A.p. geniş anlamda; gebeliği önleyici yöntemleri, sağlıklı üreme, kısırlık, genetik danışma gibi önemli sorunların tümünü, dar anlamda ise; anne sağlığına zarar vermeyecek kontraseptif yöntemleri kapsamaktadır (4).

A.p. insan sağlığı ile ilgili bir kavramdır. Birçok araştırma göstermiştir ki; çok ve sık doğum hem annenin, hem de çocukların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Böyle kadınlarda doğum sonu rahim atonileri, anemi, guatr, osteomalazi, sistosel gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Çok ve sık doğum yapan kadınlar arasında düşük, erken doğum, düşük ağırlıklı bebek doğurma riskleri de artmaktadır.

Kalabalık ailelerde enfeksiyon hastalıkları daha sıktır. Ayrıca, bu ailelerde çocuk bakımının niteliği de düştüğünden, çocuğun gelişmesi olumsuz yönde etkilenmekte, beslenme yetersizliği gibi sağlık sorunları da daha sık görülmektedir. Sık doğum yapılan

ailelerde bebek ölüm hızlarının da yüksek olduğu sayısız araştırmalarla kanıtlanmıştır. Sağlık alışanlarının yapacağı ardarda doğumların aralarını açmaktır. İki kardeş arasındaki yaş farkının üç yıldan az olmaması önerilmektedir. Eğer en az üç yıl ara ile doğum yapılırsa, annenin rahmi ikinci gebeliğe hazırlanır, dinlenip güçlenir; boşalmış olan demir, kalsiyum gibi mineral depoları dolar. O halde, doğum yapan bir annenin en az iki, hatta üç yıl süre ile yeniden gebe kalmasının önlenmesi kendisinin, çocuklarının ve ailesinin sağlığı için gereklidir. O nedenle günümüzde a.p. terimi yerine “aralıklı doğum” (family spacing) terimini kullananlar da vardır.

Görüldüğu gibi, nüfus planlaması ve a.p. uygulamada -şimdilik- aynı kavramlarmış gibi görülmekle birlikte, aslında farklı yaklaşımlardır. Ortak noktaları, her ikisinde de, “doğum kontrolü” yöntemlerinin kullanılmasıdır (62).

3. NÜFUS SORUNU

Nüfus sorunu teriminin "bir ülkede nüfusun aşırı bir hızla arttığına işaret ettiği" düşünülebilir. Ancak nüfus sorununu bu kadar dar anlamda ele almak her bakımdan sakıncalı ve yanıltıcıdır. Nüfus sorunu, demografik değişimler ile sosyal ve ekonomik gelişme arasındaki dengesizlik, bu dengesizliğin doğurduğu sosyal ve ekonomik sorunların tümüdür. Nüfus sorunu ülke düzeyinde ele alınabildiği gibi, aile ve kişi düzeyinde de düşünülebilir. Kavram bakımından birbirinden farklı olan bu yaklaşımlar sonuç bakımından farklı değildir. Örneğin; kişinin sağlığını korumak için aşırı doğurganlığı önlemek veya ailenin refahı için yetiştirebileceği sayıda çocuk sahibi olmalarını sağlamak veya bir ülkede aşırı nüfus artışı hızını azaltmak birbirinden farklı şeylerdir. Ancak bunlardan herhangi biri amaç olarak alınır ve çözümlenebilirse diğerleri de çözülmüş olur.

Nüfus sorunları makro düzeyde incelendiğinde, bu sorunların ülkelerin demografik değişimleri ile sosyal ve ekonomik gelişmeleri arasındaki dengesizliklerden kaynaklandığı görülür. Bu dengesizlik az gelişmiş ülkelerde bir yandan nüfusun beslenme, eğitim, konut ve gelir gibi gereksinmelerininin karşılanmasının daha da zorlaşmasına, diğer yandan da artan nüfusun baskısı yüzünden tüketimin artmasına, sermaye birikiminin yavaşlamasına ve bu nedenle sosyo-ekonomik gelişmenin olumsuz olarak etkilenmesine sebep olur.

Geçmişten günümüze kadar geçen süre içinde nüfus sorunlarına bakıldığında Neolitik Çağın başlangıcından, sanayi devrimine kadar her uygarlıkta üretimin artırılması ve korunması için en çok gereken şeyin insan gücü olduğu görülmektedir. Bu nedenle çağlar boyu aileler güçlerini ailelerinin büyüklüğünde, hükümdarlar ise nüfuslarının artışında görmüştür. Geçmişte insanoglu ölümleri kontrol etme olanağı bulamadığı için sorunun çözümünü, yüksek doğurganlığı teşvik etmekte bulmuştur.

Günümüzde nüfus sorunlarını incelerken ilk aşamada hızlı nüfus artışını ele alabiliriz.

Nüfus planlaması programlarının doğurganlığı etkilemesi çeşitli ülkelerde birbirinden farklıdır. Bu konuda her ülke için geçerli bir genelleme yapılamaz. Ülkeler bu bakımdan 3 grupta toplanabilir.

Birinci grupta; küçük aileyi norm olarak kabul ettikleri halde etkili gebeliği önleyici yöntemleri bilmeyen veya kullanma olanağı bulamayan ailelerin çoğunlukta olduğu ülkeler vardır. Bu toplumlarda iyi planlanmış ve iyi uygulanan a.p. programları doğurganlık hızını düşürebilir. Çünkü aşırı doğurganlığın temel nedeni sosyo-ekonomik gelişmemişlik değil, etkili a.p. yöntemlerinin bilinmemesi veya kullanılmamasıdır.

İkinci grupta ekonomik zorunluk olmadığı halde kültürel nedenler ile çok çocuklu olmayı isteyen ailelerin çoğunlukta olduğu ülkeler yer almaktadır. Bu tür ülkelerde a.p. programlarının ülkedeki diğer sosyal programlarla birlikte yürütüldüğü takdirde başarılı oldukları gözlenmiştir.

Üçüncü gruptaki ülkelerde ise ailelerin büyük çoğunluğu işgücü ihtiyacı ve güvenlik nedeni ile çok çocuklu olmayı istemektedirler. Bu ülkelerde sosyo-ekonomik koşulları değiştirmeden aile planlaması programlarını başarıya ulaştırmak olanaksız gibi gözükmektedir.

Nüfus sorunun çeşitli yönleri incelenirken nüfusun niteliğinin gelişmesinin birinci derecede eğitimin gelişmesine bağlı olduğu görülür. Sanayi için yetişmiş insan gücü, tarım için bilgili çiftçi, okullar için öğretmen, hastaneler için hekim, sosyo-ekonomik kalkınma için gerekli insan gücü, herşeyden önce eğitimdeki başarıya bağlıdır. Nüfus artışının hızlı olduğu ülkelerde (az gelişmiş ülkeler), nüfusun eğitim düzeyi, gelişmiş ülkelere oranla çok düşüktür. Az gelişmiş ülkelerin eğitim düzeylerini yükseltmemelerinin çeşitli nedenleri vardır. Bunların arasında aşırı doğurganlık nedeni ile öğrenci sayısının hızla artması başta gelir. Son 15 yılda gelişmiş ülkelerde 5-14 yaş arasındaki eğitim çağındaki çocukların sayıları sadece 10.8 oranında artarken, az gelişmiş ülkelerde bu oran yüzde 42.4'e kadar yükselmiştir.

Nüfus sorunu mikro düzeyde incelendiğinde konuyu aile düzeyinde ele almak gerekir. İster ülke, ister dünya çapında olsun, çözümü kadın ve kocasının doğurganlık konusundaki davranışlarına bağlıdır.

1968 yılında toplanan Uluslararası İnsan Hakları Konferansı çiftlerin istedikleri sayıda ve istedikleri aralık ile çocuk sahibi olmaları ve bunu sağlamak için yeterli eğitim olanakları bulmalarını temel insan haklarından biri olarak kabul etmiştir (34).

3.1. NÜFUS KURAMLARI VE NÜFUSA YAKLAŞIMLAR

Nüfus kuramları; nüfus hareketleri ile toplumsal, psikolojik, ekonomik, kültürel ve diğer etkenler arasındaki karşılıklı ilişkileri açıklamak üzere kurulmuş düşünce sistemleridir (9,79).

Yüzyıllar boyunca toplumlar çok çeşitli nedenlerle nüfus konusuna yakın bir ilgi duymuşlardır. Bu ilgiye paralel olarak düşünürler, bazen nüfus artışını destekler yönde, bazen de olumsuz bulur biçimde görüşler ortaya atmışlardır. Doğal olarak da nüfus konusunda ileri sürülen görüşler ve teoriler, her sosyal ve ekonomik konuda olduğu gibi ait olduğu dönemin toplumsal yapı ve sorunlarından büyük ölçüde etkilenmişlerdir.

Nüfus alanındaki ilgi çok eski olmakla birlikte 18. y.y.'in sonunda Thomas Robert Malthus'un (1766-1834) ortaya attığı görüş ve teori ile yeni bir boyut kazanmıştır. 19. y.y. sonlarına doğru ve 20. y.y.'in ilk yarısında ilginin bir ölçüde azaldığı görülmektedir. Ancak 1950'lerden başlayarak, özellikle gelişmekte olan ülkelerde teorik ve ampirik düzeydeki çalışmaların yoğunluk kazandığı görülmektedir (75).

3.1.1. Malthus Öncesi Dönem

Çin'de Konfüçyüs ve diğer filozofların nüfusla ilgili görüşleri, fazla nüfus artışının iç gücü verimliliğini kısıtlayacağı ve kitlelerin yaşama düzeylerini olumsuz yönde etkileyeceği şeklindedir. Bu düşünürler tarım kesiminde ekilebilir topraklarla nüfus arasında ideal bir orantının bulunduğunu ileri sürmekteydiler.

Ortaçağ daha çok manevi değerlere, din ve ahlak konularına ağırlık verilen bir dönemdir. Çocuk düşürme, boşanma, birden çok kadınla evlenme toplumca hoş karşılanmayan uygulamalar olarak tanımlanmış ve genel eğilim nüfus artışının desteklenmesi yönünde olmuştur.

Eski Yunan'da Platon ve Aristoteles görüşlerinde ekonomik faktörlerden çok yönetimle ilgili faktörlere ağırlık vermişlerdir. Bu düşünörlere göre, toplumların ekonomik yönden kendilerine yeterli olabilmeleri ve kendilerini savunabilmeleri için belli bir nüfus büyüklüğüne sahip olmaları gerekmektedir. Anayasal bir hükümet biçiminin uygulanmasını zorlaştırmaması için, nüfusun fazla büyümemesi yerinde olacaktır.

Romalılar ise nüfusun askeri alandaki yararını düşünerek, büyük nüfustan yana olmuşlardır.

14. y.y.'da bir İslâm düşünörü olan İbn-i Haldun, nüfusun ekonomik, siyasal ve psiko-sosyal koşullarla yakından ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. İbn-i Haldun'a göre; iyi ekonomik koşullar ve siyasal düzen ölümleri azaltıp doğumları teşvik edeceği için nüfus artışına sebep olacak, ancak daha sonra vergiler artıp lükse önem verilmeye başlanınca siyasal ve ekonomik alanda bir gerileme görülecek ve bu nüfus artışını yeniden yavaşlatacaktır (9,17,75).

3.1.2. Merkantilistler Dönemi

Avrupa'da 17. ve 18. y.y.'larda ekonomi ve siyaset alanlarında merkantilist görüşlerin hakim olduğu görölmektedir. Ekonomik, siyasal ve askeri alanda devletin güçlendirilmesini ön plana alan merkantilist yaklaşım büyük ve hızla artan bir nüfusu toplum yönünden yararlı görmekteydi. Nüfus artışını destekleyecek çeşitli tedbirler öneriliyor, bu arada ülke dışına göçler önlenirken, diğer ülkelerden nüfus çekilmeye çalışılıyordu. Amaç, devletin toplam gelirini ve devletin eline geçecek parayı çoğaltmaktır (17,75).

3.1.3. Fizyokratlar

Hızlı nüfus artışının tarımsal üretimi olumsuz olarak etkileyebileceğini düşünöyorlar ve stratejik saydıkları bu üretim dalındaki problemlerin bütün ekonomiyi etkisi altına alacağından endişe ediyorlardı. Bununla birlikte genel anlayışın nüfus artışı aleyhinde olmadığı, hatta tarımsal üretimi olumsuz olarak etkilemediği sürece, nüfus artışı konusunda olumlu yönde olduğu söylenebilir (9,75).

3.1.4. Thomas Robert Malthus'un Nüfus Kuramı

Bir İngiliz din ve bilim adamı olan Thomas Robert Malthus'un 18. y.y. sonlarında ileri sürdüğü görüş ve öneriler nüfus alanındaki düşünce ve gelişmeyi çok büyük ölçüde etkilemiştir. Malthus'a göre, bir toplumdaki nüfus artışı geometrik dizi şeklinde olurken, gıda maddelerindeki artış aritmetik dizi şeklindedir (17,53,75).

Malthus'un tezine göre, iki yüzyıl içinde nüfusun 255 misli artmasına karşılık, gıda maddelerinde ancak 8 misli artış kaydedilecektir. Nüfusun bu hızlı artışı "önleyici kontroller"le sınırlanmazsa "pozitif kontroller" ile engellenir. Önleyici kontroller, evliliğin geciktirilmesi veya hiç evlenilmemesi ve evli olmayan kadınların cinsel ilişkilerden mümkün olduğu ölçüde kaçınmasıdır. Toplumlar bu önleyici kontrolleri kullanmak yoluyla mutlu ve varlıklı bir hayat düzeyine ulaşabilirler. Aksi halde pozitif kontroller işlemeye başlar, açlık ve kıtlık olur, salgın hastalıklar ortaya çıkar, büyük can kaybına sebep olan savaşlar olur. Bu pozitif kontrollerin bir kısmı doğa kanunlarının bir sonucudur (75).

3.1.5. Doğumların Rasyonelleştirilmesi Kuramı

20. y.y.'in değişen şartları bazı iktisatçıları Malthus'un fikirlerini yeniden incelemeye, onun fikirlerini çağdaş duruma uyar biçimde yorumlamaya yöneltmiştir. Bunlara Neo-Malthusian'ler (Yeni Malthus'cular) adı verilmiştir. Bu görüşte olanların esas fikirleri nüfus artış oranını düşürmek için kütle halinde yoğun kontrol programları uygulanmasının gerekli olduğudur. Bu kuram doğum sınırlamasının, modern bilimlerin önerdiği tedbirlere dayalı olarak, gebelikten kaçınmak suretiyle gerçekleştirilmesini önermektedir (9).

3.1.6. Optimum Nüfus Kuramı

19. y.y. sonlarına doğru nüfus alanında iktisatçıların en çok ilgilendikleri konulardan birisi, herhangi bir toplumda nüfusun ulaşabileceği en yararlı ya da optimum bir büyüklüğün olup olmadığı olmuştur. J.S. Mill 19. y.y. ortalarına doğru nüfus belli bir yoğunluğa ulaşınca kadar, nüfus artışlarının yararlı olacağını bundan sonra bireylerin yaşama standardını olumsuz yönde etkileyeceğini belirtmiştir (75).

Bir toplumda birey başına düşen geliri maksimize edecek nüfus miktarının ne olması gerektiği konusundaki çabalara kalkınma literatüründe "Optimum Nüfus Kuramları" adı verilir. Optimum nüfus, belirli bir amacı en verimli şekilde gerçekleştirebilecek nüfus miktarıdır (80).

3.1.7. Demografik Evrim Teorisi

Gelişmekte olan ülkelerde II. Dünya savaşından sonra karşılaşılan ve çoğu zaman nüfus patlaması olarak tanımlanan hızlı nüfus artışlarının ne kadar bir süre devam edeceği, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde ilgi ve merak konusu olmuştur. Bu artışın çok uzun süre devam etmesi halinde dünya kaynaklarının çok ciddi bir şekilde zorlanacağı, gelişmekte olan ülkelerin çoğunluğunda açlık ve sefaletin devam edeceği, çevre koşullarının giderek bozulacağı gibi görüşler çok sayıda taraftar toplamağa başlamıştır. Bu nedenle pek çok kimse nüfus artış hızını kısıtlamaya yönelik politikaların aktif bir şekilde uygulanmasını önermiştir. Buna karşılık bazıları bugünkü nüfus artış hızlarına bakarak telaşa kapılmamak gerektiğini, batı ülkelerindeki evrime uygun bir biçimde nüfus artış hızının belli bir süre sonunda düşmeye başlayacağını savunmuşlardır.

Demografik değişkenlerin zaman içinde belli aşamalardan geçip geçmediği konusu ilgi uyandırmış ve buna paralel olarak "demografik evrim" modeli ortaya atılmıştır (75). Demografik Evrim Teorisi, sanayileşme ile doğum ve ölüm oranları, dolayısıyla gelişme hızı arasındaki ilişkiyi açıklayan bir teoridir (9).

3.2. NÜFUS POLİTİKALARI

Nicelik ve nitelik bakımından nüfus değişmelerini etkileyecek tedbirlerin tümüne "Nüfus Politikası" denir (79). Bugüne kadar dünyada uygulanabilmiş olan nüfus politikalarını 3 grupta toplamak mümkündür.

3.2.1. Nüfus Artışını Yavaşlatıcı Politikalar

Dünya ülkelerinde insanlık tarihi boyunca asıl önemli yeri işgal eden nüfus politikası budur. Bu amaçla yapılan girişimlerin geçmişi çok eskilere kadar gitmektedir.

Bu girişimlerin yanında salgın hastalıklar, depremler, yangınlar, su baskınları, kasırgalar, kıtlık ve kuraklık gibi doğal ve sosyal faktörler yardımcı olmuşsa da bu faktörlerin rolü daima ikinci planda kalmıştır.

Bu bakımdan giderek önemi artan gebeliği önleyici önlemler nüfus artışını kontrol hedefine yönelmiş bir nüfus politikasının ana unsurları arasında yer almaktadır (9).

3.2.2. Nüfus Artışını Hızlandırıcı Politikalar

Burada amaç tamamen farklıdır. Nüfus miktarını arttırmak hedef seçilmiştir. Yavaşlatıcı nüfus politikası derecesinde yaygın olmamakla beraber, nüfus hacmini genişletici, nüfus artışını özendirici nüfus politikasına da çeşitli devirlerde ve ülkelerde rastlanmaktadır. Bu politikanın uygulanmasında esas tutulan sebepleri şu şekilde sıralamak mümkündür.

- 1- Bazı ekonomik fırsatlardan ve avantajlardan yararlanma,
- 2- Devletin askeri ve siyasi güç kazanması,
- 3- Yeni ele geçirilen ülkelerde siyasi, ekonomik hakimiyet kurabilmek,
- 4- Nüfus artışını özendiren dini sebeplerin etkisi,
- 5- Eski devirlerde harp gücünün özellikle insan sayısına dayandığı dönemlerde askeri, siyasi prestij kazanma, hasımları baskı altında tutma, fetih yapma ve hakimiyet sağlama şeklinde özetlenebilir (9).

3.2.3. Nüfusun Kalitesini İyileştirici Politikalar

Nüfusun kalitesi kavramı tarihsel gelişim içinde büyük değişiklikler göstermiştir. Eski medeniyetlerden bu yana bakacak olursak kalite, askeri güç olarak değerlendirilmiştir. Bu güçten, güçlü kuvvetli, sıhhatli bedeni yeteneği fazla nüfus miktarı anlaşılmaktadır. Hatta daha ileri gidilerek zayıf çocuklara yaşama hakkı tanınmamıştır.

Bugün ise, sağlık standartları, eğitim seviyesi, iş ve meslekteki mevki, zihni yetenek, tecrübe, okur-yazarlık... nüfus kalitesini belirleyen kriterler arasına girmiştir.

Gelişmiş ülkeler nüfusun kalitesi üzerinde durmaktadırlar. Gelişmekte olan ülkeler öncelikle nüfus artış hızını yavaşlatıcı önlemlerden sonra kalitenin iyileştirilmesine çaba sarfetme eğilimindedirler (9).

Günümüzde, doğurganlığı etkileyen politika, yasa ve programlar, sosyal ve ekonomik gelişmeyi hızlandırıcı çabaların ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu görüş, Ağustos 1984'de Mexico City'de toplanan "Uluslararası Nüfus Konferansı"nda bir kere daha onaylanmıştır. Kişilere doğurganlıklarını kontrol etmede yardımcı olacak gönüllü programların desteklenmesi konferansa katılan 147 hükümet temsilcisi tarafından fikir birliği halinde ortaya konulmuştur.

Doğurganlığın azaltılması için en güçlü program ve yasaların Asya ülkelerinde uygulamaya konulmasına karşın, Latin Amerika, Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde düşük doğurganlığı destekleyen yasal değişimleri yapmaya başlamışlardır.

1974-1984 yılları arasında Ekvator, Meksika, Peru ve Yugoslavya anayasaları bireylerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olma haklarını dile getirirken Çin Anayasası, a.p.'ini sadece "temel kişisel hak" olarak değil, aynı zamanda kişisel bir görev olarak ele almaktadır. Portekiz, Türkiye ve Vietnam gibi ülkelerde anayasa a.p. hizmetlerinin sağlanmasında devleti görevlendirmiştir. Çin, Panama, Filipinler ve Tayland anayasalarında ise ulusal, ekonomik ve sosyal refahı arttıracak nüfus politikalarının uygulanması ile ilgili maddeler yer almaktadır.

1974'de dünyada a.p. hizmetlerine çeşitli yollardan destek sağlayan hükümet sayısı 102 iken, 1983'e gelindiğinde bu sayı hemen hemen dünya nüfusunun %93'ünü temsil eden 127 hükümete ulaşmıştır. Bu hükümetler, özel gönüllü kuruluşların yürüttüğü programlara olduğu kadar, bakanlıkların yürüttüğü programlara da destek sağlamaktadırlar. Yasa ve politika değişimleri, a.p. ile ilgili bilgilerin daha kolay ulaşılabilir olmasını ve gebeliği önleyici yöntemlerin etkinlik ve güvenilirliğinin daha iyi denetlenebilmesini sağlamıştır.

Doğurganlığı etkilemek için yapılan değerlendirmeler; doğum aralıklarının açılması ve az sayıda çocuğa sahip olmanın ana ve çocuk sağlığına olan yararları

üzerinde yoğunlaşmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki tüm doğumların yarısının hem annenin hem de çocuğun sağlığı için çok riskli olduğu tahmin edilmektedir. Risk altındaki gruplar, çok geç veya çok erken yaşta, çok sayıda ve sık aralıklarla doğum yapan kadınlardır. A.p. kullanımının tüm doğumların 18 ve 35 yaşları arasında yapılmasını, kadınların 4'den fazla sayıda çocuk sahibi olmamasını ve doğum aralarının en az 2 yıl olmasını sağlayacak kadar yaygınlaşmasının yaklaşık 5.6 milyon bebek ölümünü, 200.000 anne ölümünü önleyebileceği tahmin edilmektedir. A.p. nüfusun büyüklüğü ve sıklığı göz önüne alınmaksızın, kadın ve çocuklarda yüksek oranlarda görülen hastalık ve ölümleri önemli derecede aşağılara çekebilir (24).

3.2.4. Türkiye'deki Nüfus Politikaları

Türkiye'deki Nüfus Politikaları 3 dönemde incelenebilir.

I. Dönem; (Pronatalist dönem)

Doğum kontrolünün yasak olduğu dönem (1923-1957 yılları arası)

Nüfusun az olması nedeniyle Pronatalist (özenderici) bir nüfus politikası izlenmiştir. Doğum Kontrolü aşağıdaki nedenlerle yasaklanmıştır.

- a- Nüfusun artması, askeri ve siyasi nedenler için gereklidir.
- b- Doğal kaynakların işlenmesi için insana ihtiyaç vardır.
- c- Ekonomik gelişmenin kuvvetlenmesi gerekmektedir.
- d- Kültür kuruluşları hızlanmalıdır.
- e- Sosyal iş bölümü ve uzmanlık açısından nüfus artışı sağlanmalıdır.

1926 tarihli ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun (472/2. maddesi) ve 1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun (152. maddesi) a.p. uygulamalarına yasaklama getirmiştir (30).

Nüfusun artırılmasını sağlamak için medeni kanunda evlenme yaşı kadın için 15, erkek için 17 olarak belirlenmiştir (8).

Bu politika, sağlık hizmetlerini olabildiği kadar geliştirmekle beraber, dūřuk ve gebelik önleyici ilaç ve araçların satılması, kullanılması ve bu konuda eğitim ve propaganda yapılması yasaklamış. 6 ocukdan fazla çocuklu annelere ikramiye ve madalya verilmesi, çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması gibi önlemlerin kanunlarda yeralması biçiminde yürütülmüştür (35).

II. Dönem; (Ara dönem)

Serbestliğe geçiş dönemi (1957-1965 yılları arası)

Nüfus kısa sürede beklenenden daha hızlı bir artış göstermiştir. Doğum oranları artmış, ölüm oranları düşmüştür. Aşını doğurganlık ocuk düşürmelerinin artmasına ve ana ölümlerine sebep olmuştur (30).

1960 yılında S.S.Y.B. ana ve ocuk sağlığı bakımından büyük olan “doğum kontrolü” sorununun çözümünü önemle ele almıştır. Nüfus artış hızını azaltıcı yönde değiştirmek için girişimde bulunmuştur. T.B.M.M. antinatalist bir politika güdülmesini 1962 yılında hazırlanan I. beş yıllık kalkınma planında kabul etmiştir (35,36).

Bu ara dönemde hem pronatalist hem de antinatalist politikalar birbirine baskın olmadan süregelmiştir.

III. Dönem; (Antinatalist dönem) Serbest dönem

I. Beş Yıllık kalkınma planında yer alan antinatalist görüş 1965 yılında yürürlüğe girmiştir (35,36).

Bu dönemde nüfus politikasında değişiklik yapılmış, doğum kontrolü yasağı kaldırılarak isteyenlere devlet aracılığı ile yardım sunulmuştur.

1/4/1/1965 tarihli ve 557 sayılı “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”la yasal değişiklik yapılmış, ilk maddede nüfus planlaması, “fertlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda ocuk sahibi olmaları” şeklinde tanımlanmıştır.

Yaklaşık 20 yıl kadar 1965 yılında çıkarılan kanunun uygulaması yapılmış, ancak yetersizliği anlaşıl原因arak yeniden düzenlemeye gidilmiştir. Böylece 557 sayılı yasa yerine 27/5/1983 tarihinde 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" uygulamaya konulmuştur.

Yasanın 2. maddesindeki nüfus planlamasının tanımı 557 sayılı kanundaki tanımın aynıdır.

Yasanın 5. maddesine göre; gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar istek üzerine gebelik sona erdirilebilir.

İlgili yasanın 6. maddesinde; konunun "Onam" boyutu incelenmiştir. Gebeliğe müdahalenin gebe kadının iznine, küçüklerde ise küçüğün onamı ile beraber velinin iznine, vesayet altındaki kişilerde ise vasinin de iznine bağlı olduğu bildirilir, ancak akıl hastalığı olan gebe kadın için kendi onamı aranmaz.

2827 sayılı yasa ile TCK'nun çocuk düşürme ve düşürtme faslında yapılan değişiklikler, gerek hukukumuz, gerek sosyal hayatımız açısından son derece olumlu olmuştur. Gebe kadına çocuk sahibi olup olmama konusundaki karar hakkını tanınması; kadının sağlık ya da hayatını tehlikeye sokan gizli düşük yapma zorunluluğunu ortadan kaldırması, bir yandan suç sayıp öte yandan çok büyük bir kitleye uygulamayarak hem adaletsizlik yaratmasının hem de yasaya duyulan saygıyı zayıflatmasının önüne geçilmiş olması bu değişikliğin olumlu yönleridir (60).

2827 sayılı yasa ile daha önce uygulanan yasa arasındaki fark: ailelerin istedikleri takdirde 10 haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesi ve istedikleri takdirde (erkek ve kadında) sterilizasyon yapılabilmesine izin verilmesidir.

4. AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

İstenmeyen gebelikleri ya da doğumları engellemek için insanlar çağlar boyu, zaman zaman annenin yaşamına bile mal olabilen yöntemlere başvurdular. Bu yöntemler İkinci Dünya Savaşı sonrası (özellikle 1950 ve 1960'lı yıllarda) bilimsel yollarla geliştirilen yöntemlere yerlerini bırakmaya başladı. Bugün kadın ve erkekler için geliştirilmiş, son derece güvenilir ve sağlığa zararlı olmayan yöntemler kişilerin kullanımına sunulmaktadır. Buna rağmen dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin önemli bir bölümü halâ geleneksel, güvenilirliği düşük ve hatta sakıncalı yollarla doğum kontrolü uygulamaya çalışmaktadır.

Gebeliği önlemede en uygun yöntem, eşlerin kabul ettiği, kendilerini rahat, tabii hissettikleri, kolayca, doğru ve sürekli kullanabilecekleri bir yöntemdir.

A.p. halâ dünyanın bazı yörelerinde duyarlı bir konu olma özelliğini sürdürmesine rağmen, doğurganlığın gönüllü kontrolüne olan gereksinim uluslararası düzeyde onaylanmakta ve desteklenmektedir.

Kontraseptiflerin reçete ile eczanelerde satılması zorunluluğunun kaldırılması; paramedikal meslek mensuplarının sıklıkla topluma dayalı dağıtım ve sosyal pazarlama programlarının bir parçası olarak görev almaları a.p. hizmetlerinin yaygınlaşmasında etkili olmuştur.

Çiftlerin önlerinde bugün kontraseptif yöntem olarak eskiye oranla çok fazla seçenek bulunması ve yeni seçeneklerin cinsel birleşme sırasında kullanılmayan, uzun süreli etkin yöntemler olması en kayda değer gelişmeler olarak dikkat çekmektedir.

Bireyler kullanacakları doğum kontrol yöntemlerini gönüllü olarak seçme olanağına sahip olmalı, a.p. hizmeti sunanlarda onların yöntemleri doğru ve düzenli olarak kullanmaları için gereken çabayı göstermelidirler. İleri teknoloji insancıl yaklaşımlarla dengelenmelidir (45).

4.1. ESKİ UYGARLIKLAR

İnsanoğlunun kendi nüfusunu kontrol etme girişimleri o kadar eskilere gitmektedir ki bu girişimlerin gerçek kaynağı geçen zaman aşımıyla adeta gizlenmektedir. Yazının icadından önce yaşamış olan insanlar tarafından da nüfus sınırlaması önlemleri alınmış olmasına rağmen, çocuk öldürme ve abortus ilkel toplumlarda yaygın bir uygulama olarak görülmüştür.

Tüm eski uygarlık dönemlerinde bugün geleneksel yöntemler içinde değerlendirilen uzun süre emzirme, geri çekme ve bitki ekstreleri gebeliği önleme amacı ile kullanılmıştır.

Anti-konsepsiyon teknikleri yalnızca koitus interruptus (ejekülasyondan önce geri çekme) ile gebelik arasındaki ilişkinin kavranmasını gerektirir. Geçmişteki bazı toplumlar bu ilişki bazında gebeliği kontrol etme girişiminde bulunmuşlardır. Böylece, ejakülasyonun durdurulması veya geri çekme, birbirinden oldukça ayrı yerleşim yerlerinde yaşayan insanlar arasında uygulanan bir yöntem olarak rapor edilmiştir. Pek çok sihirli ayin, formül ve iksir dünyanın her yerinde tıpla uğraşan insanların gebeliği önleme girişimlerinin bir parçasıdır.

Nüfus problemini organize bir düşünce olarak ilk kez ele alanlar Grekler olmuştur. Abortus ve çocuk öldürmeye göz yumulmuş, belli durumlarda toplum politikası olarak tavsiye edilmiştir. Kontraseptif bilgiler çeşitli Grek ve Roma tıp literatüründe kayda geçirilmiştir.

Roma'da keçi bağırsağından yapılmış kondom gebeliği önlemek amacıyla kullanılmıştır. Grekler ise bu amaçla vajinal plak ve meyve asitlerini kullanmışlardır (67).

Gebelikten korunmak için yazılmış ilk reçete M.Ö. 1850 tarihine ait papiruslar üzerinde bulunmuştur (20). Eski Mısır'da, kadınlar, yağa batırılmış süngerlerle vajina yolunu tıkayarak gebeliği önlemişlerdir. Ebers Papirüs'ünde gebeliği önlemek için servikse timsah pıslığı, bal, doğal süt, karbonat ve lastik karışımından yapılmış bir tıkaç konulduğu yazılıdır (30).

Eski Mısır, Çin, İnan, İbrani, Arap, Yunan ve Romalıların tarihlerinde değişik şekilde gebeliği önleyici uygulamalara rastlanmıştır. Vajinaya konulan katranlı lahana yaprakları, bozulmuş yağ, meyva asitleri, nar, sünger gibi maddeler, hatta kumaş ve halı parçaları gebelikten korunmak için kullanılmıştır (20).

4.2. ORTAÇAğ DÖNEMİ

Ortaçağ dönemi boyunca ve 17 y.y.'da tıbbi ve bilimsel bilginin dağılımı Arap kaynakları ile olmuştur.

İslam hekimleri Razi ve İbni Sina kontrasepsiyon kontrolüyle ilgili olarak önemli bilgiler kaydetmişlerdir. Onların Arapça yazılmış olan çalışmaları Latinceye tercüme edilmiş olmasına rağmen, bu bilgilerin Avrupa'da genel olarak bilinip bilinmediği kuşkuludur (67).

Henüz bir nüfus yoğunluğu baskısı söz konusu değilken İsmail'in a.p. ilgilenmiş olması günümüz aydınlarının dikkatini çekmektedir. Hz. Muhammed sahabilerine, cinsel ilişki esnasında korunmaya izin vermiştir. Değişken toplumda sağlam bir aile kurmak için birçok genel hükümler içeren İslâm, meşru olduğu zamanlarda a.p.'nın yapılabileceğine dair imkanlarda sunmaktadır (58).

Batı dünyasında Hristiyanlık belirleyici bir güç olmuş ve kilisenin doğum kontrolüne olan tutumu daha geniş etkiler ortaya koymuştur. Kontrasepsiyonun günah olduğu hakkındaki ilk belirgin ifade kontrasepsiyonu lanetleyen Saint Augustine'nin 5. y.y.'da yazmış olduğu yazılarında yer almaktadır. Kontraseptif kullanma ve gebeliğe bir çeşit "engel olma" öldürme olarak değerlendirilmiş, bu esasa dayanılarak kilise papazları kontraseptif uygulamaların en ciddi karşıtları, caydırıcıları olmuşlardır.

1888'de vajene yerleştirilmeden önce spermisite batırılan doğal deniz süngerlerinin antik çağlardan beri gebeliği önleme amacı ile kullanıldığı ifade edilmektedir (67).

4.3. MODERN DÖNEM

M.Ö. 8000 yılı nüfus tahminleri bakımından önem taşıyan bir tarihtir. Çünkü bu tarihlerde, yaklaşık olarak bir milyon yıllık bir geçmişe sahip olan insanlığın tarımı öğrendiği, hayvanları ehlileştirdiği ve küçük topluluklar halinde yaşamağa başladığı kabul edilmektedir. Tarım öncesi dönemde dünyada en çok 10 milyonluk bir nüfusun barınıp beslenebileceği tarihçiler ve antropologlar tarafından ileri sürülmektedir. Verilen bu rakam hayatın avcılık, balıkçılık ve yiyecek toplama yoluyla devam ettirildiği bir dönem için yukarı sınırı göstermektedir. M.Ö. 8000 yıllarında nüfusun 5 milyon, hatta daha az olması da mümkündür (75).

Binlerce yıl boyunca nüfus artışı oldukça yavaştı. 1750'lerden başlayarak dünya nüfusu hızla arttı ve bu artış giderek hızlandı, sonunda yaklaşık 35 yıl içinde iki katına ulaştı.

Nüfus patlamasının neden 1750 ile 1800 yılları arasında başladığını tam olarak bilmiyoruz. Ama, sözü edilen dönem Sanayi Devrimi'nin başlangıcından hemen sonradır. Bu nedenle, nüfus patlamasının Sanayi Devrimi ile ilgisi olduğu düşünülebilir.

Sanayi Devrimi insanların yaşamını değiştirdi, ama acaba nüfusun artmasına bir etkisi oldu mu? Başlangıçta insanlar, mutlak bir sefalet içinde yaşayacakları kentlere doğru sürüklendiler. Ölüm oranları kentlerde, kırsal kesimden çok daha yüksekti ve İngiltere'de 1700-1800 yılları arasında doğum oranında çok düşük bir artış olduğu ifade edilmektedir (12).

Thomas Robert Malthus (1766-1834) 1798'de yazdığı "Essai sur le principe de la population" yani "Nüfus Mes'elesi Üzerine Bir Deneme" adlı eserinde, nüfusun geometrik olarak artmakta olduğunu, bu durumun dünyaya kıtlık getireceğini yazdı, nüfus planlamasını önerdi. Malthus eşler arasında da cinsi ilişki bakımından oruç tavsiye ediyordu (73).

Yaşam koşulları, 19. y.y.'da yavaş yavaş düzelmeye başladı. Tarım alanlarında üretimin artması yetersiz beslenmeyi azalttı. Bütün bunlar ölüm oranının düşmesine yardımcı oldu.

Sanayide ve mühendislikteki gelişmeleri tıptaki ilerlemeler izledi. Doktorlar, çok sayıda insanın ölümüne neden olan kolera ve tifo salgınlarının sağlıksız koşullar nedeniyle ortaya çıktığını ve önlenebileceğini anladılar.

Çiçek hastalığına karşı aşı, birçok öldürücü hastalığa karşı da ilaçlar bulundu. Sonuçta insanlar daha uzun, daha sağlıklı yaşamaya başladı ve nüfus hızla büyüdü. Bu büyüme neredeyse tümüyle, yetişkinlerin ölüm oranındaki azalmaya bağlıydı. Bebek ölümlerinin azalması ise bu yüzyılın başlarında gerçekleşti. Çocukların büyüyerek kendi ailelerini kurmaları ise nüfus artışının hızlanması demekti. Böylece, geçen yüzyıldan bu yana sanayileşmiş ülkelerin nüfusu önemli oranda arttı. Bugün ise, dünyanın geri kalan bölümünde de aynı büyüme sözkonusudur (12).

Modern devrin başlangıcında kontraseptif araçların en önemlilerinden biri olan kondom geliştirildi.

Kondom (kaput): Penise takılan mekanik bariyerler yüzyıllardan beri, gebelikten ve enfeksiyondan korunma, süslenme, bazen de penil veya vajinal stimülasyon amacı ile kullanılmaktadır. M.Ö. 1350 yıllarında, Mısır'da erkeklerin süs amacı ile penis kılıfı kullandıkları bilinmektedir. M.S. 1654'de ünlü İtalyan bilgini Fallopius, ketenden yapılmış bir kılıfı tanımladı. Daha sonra ise, hayvan bağırsağından yapılan bu kılıflara "kondom" adı verildi "veneryal hastalıklardan korunma ve çok sayıda gayri meşru çocuğun doğumunu önleme" amacıyla kullanımları yaygınlaştı.

Turner (1717) kaputu özgürlükçülerin bulduğu, tek değilse bile en iyi koruyuculardan biri olarak tanımladı. 1840'da vulkanize kauçuğun yapılmasıyla, kondomlar sentetik maddelerden (veya kauçuktan) çok sayıda üretilmeye başlandı (45).

Aşırı doğurganlığın kontrolü bir halk hareketi olarak 19. y.y.'da başlamıştır. Halka gebeliği önleme yöntemlerinin öğretilmesini ilk savunan kişi, bir İngiliz Papazı olan Jeremy Bentham'dur. Bentham'ın etkisiyle Francis Place, doğum kontrolü konusunda bir kampanya açmış ve Richard Carlile'da doğum kontrolü yöntemlerini öğreten bir kitap yayınlamıştır. Dünyada ilk Aile Planlaması kliniği de 1882 yılında Hollanda da kurulmuştur (36).

ABD'de doğum kontrol hareketi R. Owen tarafından başlatılmıştır. Owen, ABD gebeliği önleme konusunda ilk kitap olan Moral Physiology'yi yayınlamıştır. Geri çekme, sünger ve kaput yöntemlerini tanımlayan bu çalışma gebeliği önleme bilgilerimize çok az şey ilave etmiştir. Daha sonra Knowlton (1833) "The Frutis of Physiology" adlı kitabı yayınlamış ve bu kitapta herhangi bir vücut boşluğuna belli bir basınçta sıvı zerketme (şırınga) yöntemine ağırlık vermiştir. Knowlton sodyum bikarbonat, şap, çinko, sülfat, sodyum klorit, sirke, solüsyonlarını ve yaprağı, ahududu yaprağı ve köklerini bu amaçla tavsiye etmiştir.

Diyafram: 19 y.y. en önemli ilerlemelerinden bir tanesi vajinal kanalı kapamadaki "tıkama" oldu. Böyle bir nesne Mısır tıp papiruslarında da tanımlanmaktadır. Bu araç son 150 yıl içerisinde yalnızca şekil, malzeme, ve etkinlik bakımından gelişme kaydetmiştir (67).

Kauçuktan yapılmış diyaframlar 1880'lerde Almanya'da W.P.J. Mensigna takma adıyla yazan, K. Hasse'nin tanımlanmasından sonra yaygın olarak kullanılmaya başlandı. Diyaframlar en fazla Hollanda da kullanıldığı için bunlara "Hollanda'lı Başlığı" deniyordu. Diyaframlarda en son yenilik 1983'te üretilen bir modelde, diyaframın kenarına, vajinal duvara yapışmasını sağlayan yumuşak lateksten bir kenar eklenmesiyle yapıldı. Spermisit içeren tek kullanımlık diyaframlar da geliştirilmesine rağmen, henüz bu tür diyaframların pazar araştırmaları sürdürülmektedir.

RİA: Richter tarafından 1909'da tanımlanan ilk RİA, ipekböceği bağırsağından yapılmış halka şeklinde bir araçtı ve "kanal bağlama" yöntemi olarak tanımlandı. O zamandan beri halka, lup, spiral, T ve 7 şekillerinde çeşitli RİA'lar geliştirildi. Araçların yapımında ise plastik, bakır ve gümüş dahil değişik maddeler kullanıldı (45).

Yıllar sonra Grafenberg (1928) Almanya'da ve Ota (1934) Japonya'da bakır ve gümüşten yapılmış rahim içi halkalar ile olan deneyimleri rapor etmişlerdir.

Grafenberg'in halkası, güçlü bir muhalefetin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu karşı çıkışın başlıca nedeni bu aleti kullananlarda Pelvik iltihaplı hastalıkların ortaya çıkacağına düşünülmesiydi. Bu nedenle Avrupa'da kullanılmaması gerektiğine

inanılmaktaydı. Bununla birlikte Japonya'da Ota Halkasının kullanımı devam etti (68). 1948'de Japonya nüfus planlamasını hükümet politikasına alan ilk ülke olmuş, hükümet kürtağı serbest bırakmış ve ailelerin 2-3 çocuktan fazla çocuk sahibi olmamalarını önermiştir (36).

1950'li yılların sonlarında İsrail'de Oppen Heimer, Japonya'da İshima rahim içi halka ile olan deneyimlerini rapor ettikten sonra tıp camiasından gelen muhalefet azaldı (67). Günümüzde kullanılan Ria türlerinden biride progesteron içermektedir. Çin'de en fazla kullanılan Ria ise, paslanmaz çelikten yapılmış ıplığı olmayan, halka şeklindeki bir araçtır. Bu aracın yerini giderek çift halkadan oluşan "Mahya halkası" almaktadır. Dünyadaki Ria'ların %70'i Çin'de kullanılmaktadır (45).

19. y.y. sonlarında ve 20. y.y. başlarında a.p. teknikleri yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip gruplar tarafından ABD ve Avrupa'da uygulanmaya başlandı. 20. y.y.'ın en kayda değer başarılarından birisi çocuk doğurmayı düzen altına alacak modern teknolojilerin dünya çapında kabulü olmuştur.

Oral Kontraseptifler: Yaygın olarak kullanılması yaklaşık 30 yılını doldurmuştur. Kombine oral kontraseptiflerin en önemli klinik etkisi ovülasyonu engellemesidir. "Kombine" terime iki yapay cinsiyet hormonunun kombinasyonu ile ilgilidir (67).

Oral kontraseptiflerin tarihçesinde önemli dönüm noktaları şöyle sıralanmaktadır.

1956 : Porto Riko'da ilk insan deneyleri yayınlandı.

1960 : Kombine oral kontraseptif hapları onaylandı (ABD).

1961 : İlk tromboflebit vakası bildirildi (İngiltere).

1965-1975 : Prospektif ve retrospektif çalışmalar, bazı major komplikasyonlar ve ölüm vakalarında oral kontraseptiflerin rollerine açıklık kazandırdı.

1975-1985 : Oral kontraseptiflerin, over kisti ve kanseri, endometrial kanser, benign meme tümörleri, ektopik gebelik ve dismenorenin önlenmesi gibi kontraseptif olmayan yararları belirlendi.

Norplant: Bu isimle tanınan, deri altı kontraseptif implantları Nüfus Konseyi lisansı ile Finlandiya'da, Leiros Pharmaceutical tarafından üretilip dağıtılmaktadır. 1988'in sonuna kadar norplant, Finlandiya, İsveç, Çin, Ekvator, Dominik Cumhuriyeti, Endonezya, Tayland, Kolombiya, Peru, Venezuela, Sri Lanka ve Şili olmak üzere 12 ülkede onaylanmıştır. 1988 Ağustos'unda Nüfus Konseyi FDA'ya Norplant için onay isteği ile başvurmuş Aralık 1990'da bu onayı almıştır.

Fertil Günleri Belirleme Yöntemi: Kadınlarda menstrüel siklus boyunca ortaya çıkan belirti ve semptomlar, çok önceden beri gözlenmekle birlikte, bu bilgilerin ne zaman istenmeyen gebelikleri önlemek için kullanılmaya başlandığı iyi bilinmemektedir. Ovulasyon sırasında ağrı ve mukus değişiklikleri ilk kez 1800'lerin ortalarında tanımlandı. Daha sonra, 1876'da Dr. Marie Putnam, bazal vücut ısısının menstrüel siklus süresince değiştiğini açıkladı.

Fertilitenin siklus ortasında en yüksek düzeye ulaştığı, 1930'da ovulasyonun, menstruasyon başlamadan 14 gün önce olduğu keşfedilinceye kadar bilinmiyordu. Bu keşif, Ogina-Knaus takvim ritim yönteminin tanımlanmasına yol açtı. 1960'larda, spermin kadının vücudunda birkaç gün canlı kalabildiği kanıtlandı. Bu sıralarda Dr. Jolin ve Evelyn Billings, fertil günleri belirlemek için servikal mukus yöntemini geliştirdiler.

Sünger: İlk modern kontraseptif sünger olan "Today vajinal kontraseptik sünger", poliüretandan yapılmış yastık şeklinde bir sünger olarak açıklanmaktadır (45).

5. TIBBİ UYGULAMALARIN ETİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN TEMEL İLKELER

Tıpta ve halk sağlığı uygulamalarında etik değerler ile ilgili dűşünceler büyük ölçüde teknik gelişmelerden kaynaklanmıştır. Bir zamanlar olanaksız olarak kabul edilen tıbbi uygulamalar bugün rutin işler olarak görülebilir. Yapılabilecek şeyler yapılmalıdır şeklindeki teknik zorlamaya etikçiler teknik gelişmelerin klinikte veya toplum sağlığı bakımından uygulanmasının doğru olup olmayacağını sorgulayarak karşı çıkmaktadırlar (18).

Çok ve sık aralıklarla gebe kalmanın anne ve çocuklar üzerindeki kötü etkilerini yaşayan kadınlar a.p. yöntemlerine başvururken, toplumun değişik kesimleri gelenek, görenek ve inanç sistemlerinin etkisi altında a.p. uygulamalarına karşı çıkmaktadır. Etikçiler ise a.p. uygulamalarına karşı çıkışı sorgulamakta, kadının ve ailenin a.p. yöntemlerini seçip kullanmasını bir "etik hak" olarak görmekte, ilkelerini belirlemeye çalışmaktadır.

Konuya başlarken ilkelerin daha iyi anlaşılması için; ilkeler ile kurallar arasındaki mevcut ayrımı gösteren bazı belirlemeler yapmak yerinde olacaktır. Kurallar, tek tek durum ve olgular üzerine odaklanmaktadır. Onların etki alanları bu durum ve olgular ile sınırlıdır. Oysa ilkeler daha genel ve daha temel niteliktedirler. İlkeler, kuralları değerlendirme/doğrulama yetkinliğine sahiptir.

Günümüzde tıp etiği alanında yer alan değişik tanımlamalar, akıl yürütmeler, değerlendirmeler ve çözüm önerilerinde ilkelerin merkezi bir rol oynadığını görmekteyiz. Etik dünyasında karşımıza çıkan "kurallar" ya da "duygusal" ifadeler kendilerini kabul ettirebilmek için belli ilkeleri dayanak ya da rehber edinmektedirler. Örneğin, bir anne (duygusal bir ifade olarak) kürtajı iğrenç ve kabul edilemez bulabilir. Ya da herhangi bir zaman ve yerde (kural olarak) kürtaj yasak olabilir. Buradaki durumlardan herhangi birini savunan görüş sahibinin görüşlerinin ardında yatan temel yaklaşımın, araştırıldığında "fetusun yaşama hakkı annenin seçim yapma hakkından daha önemlidir" gibi bir etik ilkenin var olduğunu görmek bizim için şaşırtıcı olmasa gerek. Demek oluyor ki,⁷ etik görüşümüzün etik yönden benimsenebilir/savunulabilir olması

için onun kimi zaman bir ilke üzerine oturması gerekmektedir. Özel/tek durum ve kuralların bir ilkeye dayandırılması sonuçta, kişilere ait tutum ve davranışların etik yönden haklı/doğru bulunmasına destek olmaktadır. Böylelikle, "niçin doğru", "niçin iyi", "niçin uygun" bir karar arayışı içinde bulunduğumuzun yanıtının verilmesine olanak sağlanmakta; bizim tutum ve davranışlarımızın etik yönünün onaylanır onaylanmaz oluşunun taslağı çizilmektedir. Başka bir anlatım ile ilkeler eylemlerimizde bize yol göstererek, rehberlik etmektedir. Ayrıca ilkelere uygun davranışlar geliştirilmesi, yalnız tutum ve davranışların etik yönünden onaylanır olmasını getirmekle kalmaz, aynı zamanda toplumda benimsenebilir genel yaklaşım biçimlerine uygunluğundan dolayı onları, yasalar karşısında savunulabilir kılar (7).

Tıp uygulamalarında etik karar konusuyla ilgili temel kaygılar; özde iyi ve doğru kararın nasıl verileceği üzerinde odaklanmaktadır (63).

Tıp etiğinde yararlanılmakta olan ilkelerin, etik kararlarda biçimlendirici/yol gösterici olmalarıyla birlikte; onları tam ve kesin ölçü birimleri olarak görmek de doğru olmaz. Ancak onların sorunları çözümlenmede, değerleri ortaya çıkarmada, ikilemlerde çok önemli işlevsel rolleri vardır. İlkeler etik görüşlerde bir araç görevi üstlenmekle birlikte, doğru ve iyi yönünde bazı seçeneklerin hazırlanmasına zemin hazırlar. Ancak ilkeler, matematikteki gibi doğrudan bir kanıt gücü değildirler; onlar olsa olsa kendilerinin kanıtıdır; etik doğruluk ya da kişisel haklılığın garantisi değildirler. Yakından incelendiğinde görülür ki, ilkeler bazı görüşleri desteklemek için gelişigüzel üretilmemişlerdir. Öte yandan ilkelerin işlevlerinde belli bir sınır içerisinde ele alınmasında yarar vardır. İyinin değer ve kavramları olarak onlar, kişilerin manevi dünyasını ve güven duygusunu güçlendirirler. Bu anlamda onların insanların ruhsal dünyasında kendilerine özgü bir yerleri bulunduğu da söylenebilir (52).

Etik tartışmaların dayanak noktalarını, tarih boyunca üzerinde durulmuş ve günümüzde de önemini koruyan bazı evrensel değerler ve bunların korunmasına yönelik etik ilkeler oluşturmaktadır.

Evrensel değerlerden biri, insan yaşamının değeridir. İnsan, doğal yapısında bulunan bilme, değerlendirme, yaratma gibi özellikler sayesinde doğa yasalarına boyun

eğmeme, amacına en uygun görünen yolu seçme eğilimine sahiptir. Bu olanaklar insanın diğer varlıklar arasında özel bir yere-değere sahip olmasını sağlar. İnsanın değeri, tıp etiğindeki dört temel ilkenin de kaynağını oluşturur. Dört temel etik ilke şunlardır.

- a. Otonomi ilkesi
- b. Yararlı olma ilkesi
- c. Zarar vermeme ilkesi
- d. Adalet ilkesi (72)

5.1. OTONOMİ İLKESİ

İnsan için yaşamını sürdürmenin hemen ardından gelen bir amaç olarak görülmektedir (72).

Otonomi, bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliğidir (37).

Bu ilke, bireylerin karar verme ve yaptıkları eylemler başkalarının haklarına müdahale etmeyecek ölçüde olmak koşuluyla, bireyin hürriyet hakkı olarak tanımlanmıştır (18,46).

Özgür birey, kendi eyleminin “özgür eylem” olup olmadığını ayırtedebilme yeterliğine sahip olmalıdır. Böyle bir birey kendi değer, inanç ve yaşam hedeflerini koruyarak, gerek ve koşullara uygun, akılcı-özgür eylem ve seçimde bulunabilir. İşte, bu niteliklere sahip olan bir birey, seçimini yaparken; kararını biçimlendiren, yönlendiren, baskılayan bir başka gücün etkisinden uzak kalabilir ve gerektiğinde bunlara karşı koyabilir (37).

Tıp etiğinin önemli etik kuramlarından biri olan yararçı kuram, özgürlüğü insanın mutluluğunu en yüksek dereceye çıkararak bir araç olarak tanımlamaktadır (49).

J.S. Mill özgürlük üzerine yapmış olduğu bir denemisinde (On Liberty) şunu ileri sürmektedir: "Bireyin aksiyonu (eylem) üzerinde sosyal ve politik kontrol yalnızca onun eyleminin başkalarına vereceği zararın önlenmesi gerekli olduğu zaman yasaldır" (56).

Mill'e göre, bir eylemin meydana getirdiği yararlı ve zararlı sonuçlar, sadece eylemi yapan bireyi etkiliyorsa, toplumun müdahale etmeye hakkı yoktur. Fakat eylem, toplumun diğer bireyelerine de etki eder, yani onlar için zararlı sonuçlara neden olursa, o zaman toplumun bireyin özgürlüğüne müdahale etmeye hakkı vardır.

Ayrıca özgürlük, karakter ve şahsiyet sahibi insanların ortaya çıkmasını sağlar. Bu bakımdan özgürlük toplum için yararlıdır. Eğer toplumda özgürlük olursa farklı düşünce ve yaşam tarzları meydana gelir. Bundan da toplum en yüksek derecede yararlanır. Bu yüzden hem kişinin hem de toplumun yararı için özgürlük zorunludur.

Mill özgür ortam içinde, her bireyin kendi mutluluğunu nasıl sağlayacağını, başka insanlardan ve toplumdan daha iyi bileceğini öne sürer. Bu nedenle bireyin özgür seçimlerine toplumun karışmasının yarar değil, zarar doğuracağına inanan Mill, toplumun bazı özel durumlarda nasıl hareket edeceği konusunda bireye bazı tavsiyelerde bulunulabileceği, fakat kendisi ile ilgili durumlarda karar hakkının sadece bireye ait olması düşüncesindedir (42).

5.1.1. Bireye Saygı Kavramı

Bununla anlatılmak istenen onun sahip olduğu değer, inanç, yetenek, seçim, düşünce gibi kendisiyle ilgili yönlerin bir başka birey tarafından değer ve saygı görüp; onun, bu bireysel yönlerinin kabul edilmesidir.

5.1.2. Bireysel Özgürlüğe Saygı İlkesi

Bireyin "özgürlüğünü" ortaya koyan eylemlerine, öteki bireylerin saygı göstermesi ve bireyinde bu saygıyı bekleme hakkına sahip olmasıdır.

Sağlık uğraşlarında "bireysel özgürlüğe saygı ilkesi"nin yaşama geçirilmesi kuşkusuz, sağlık çalışanlarının başta gelen yükümlülüklerindedir. Bu ilke, hastayı

dikkatli biçimde dinleme, sorularını yanıtlama; hastalığına ilişkin bilgileri aktarma ve sonuçta bu bilgiler ışığında, hastanın kendi özgür seçim ve eylemine olanak tanımayı amaçlayan rehber-kuralları üretmektedir. Bu rehber-kurallar sağlık uğraşlarında yeralan çalışanların uymakla yükümlü oldukları bir etik kural, hatta bazen bir hukuk kuralı olabilmektedir (32).

Etik sorunların ortaya çıkış noktası, hastanın “özgür birey” olma niteliğini tehlikeye düşüren, ortadan kaldıran ya da hakkını elinden alan durumlardır.

Öte yandan; hekimin hasta adına aldığı kararın en iyi karar olduğu biçiminde gelişen geleneksel (paternalistik) hekim-hasta ilişkisinde, hastanın özerkliğine saygı gösterilmesi gibi bir durum ya da ilkedен söz etmek oldukça güçtür (49).

5.2. YARARLI OLMA İLKESİ

J. Bentham 18. y.y.'da kendisinden önce yaşayan fikir adamlarının ileri sürdükleri görüşlerin etkisi altında kalarak, yararçı düşüncenin ana prensiplerini sistematik bir şekilde ifade etmiştir.

J. Bentham yarar terimi hakkında şöyle demektedir: “Yarar soyut bir kavramdır. Olası bir zararı önlemek veya iyiliği sağlamayı ifade eder. Hazzın kendisi veya haza sebep olan herşey iyidir. Yarar prensibine veya bireyin çıkarlarına uygun olan herşey onun mutluluğunu artırır. Yarar prensibine veya toplumun çıkarlarına uygun olan herşey de toplumu oluşturan bireylerin mutluluğunu arttırmak amacını taşır”.

“Ahlak ve Yasama Prensipleri” adlı eserinde J. Bentham, yarar prensibinin fonksiyonunun olası bir hareketi, o hareket bireyin mutluluğunu arttırmak amacını taşıdığı zaman onaylamak ve bireyin mutluluğunu azaltmak veya ona zarar verecek nitelik taşıdığı zaman onaylamamak olduğunu belirtmektedir. Yarar, sadece bireysel yarar olarak değil, aynı zamanda sosyal yarar olarak da anlaşılabilir. Aynı eserinde, Bentham, bireysel ve sosyal yarar arasındaki farka dikkat çekmektedir. “Eğer hareket bireye avantaj, haz, iyilik, mutluluk sağlarsa veya zarar, mutsuzluk, kötülük ve felaketin doğmasını önlerse, bireyin yararına uygundur. Eğer hareket aynı sonuçları toplum için meydana getirirse, toplumun yararına uygundur.”

Bentham'a göre, yarar prensibinin, bireylerin hareketlerinde tek ölçü sayılması fikri ve bireysel mutluluk düşüncesinin birinci planda yer alması gerektiği görüşü, diğer bir konuyu toplumun mutluluğu konusunu ortaya çıkarmaktadır.

Bentham'a göre toplumun çıkarları, toplumu meydana getiren bireylerin çıkarları toplamıdır.

"Yasama Teorisi" adlı eserinde de; "... sadece bireysel çıkarlar gerçek çıkarlardır. Bireyleri koruyunuz, bireylere zarar vermeyiniz, başkalarının bireylere zarar vermesine engel olunuz, böyle yaptığınız takdirde gerçek mutluluğu sağlamış olursunuz" şeklinde bir düşünce ortaya koymuştur.

Bireysel çıkarlar arasındaki çatışmaların önlenmesi ve "en büyük sayıda insanın en büyük mutluluğu"nın, yani sosyal çıkarların gerçekleştirilmesinin devletin ve hukukun hedefi olduğunu söylemiştir.

Toplum çıkarları ile bir bireyin veya bir grubun çıkarları arasında çatışma olursa büyük çıkarlar (toplum çıkarları), küçük çıkarlara (bireysel çıkarlara) tercih edilmelidir (42).

Ahlâken doğru olan eylemler ya da politikalar en büyük sayıda insan için en büyük fayda sağlayan eylemlerdir (18). Yararlılık kavramı; başkalarına yardım etmeyi ve yararlı olmayı yükümlülük durumuna getiren yararlılık ilkesi biçiminde ortaya çıkmaktadır.

Söz konusu bu yükümlülük kapsamında amaçlanan, bir eylemin olası olumlu sonuçları ile olumsuz sonuçlarını belli bir dengede tutabilmektir. Böylece bireysel eylemlerin niteliğinde "yarar" yönündeki olumlu sonuçlar artış gösterirken; zarar verici olumsuz sonuçları ise olabildiğince azalacaktır. Bireyin eylemleri ne kadar olumlu ve "yararlı" sonuçlara koşullanmış olursa olsun; bu yararlı sonuçlar yanında olumsuz, istenmeyen sonuçlar da meydana çıkabilir (31).

Sağlık çalışanlarının hasta yararı için aldıkları bir karar, aynı zamanda hastanın kendi üzerinde karar verme hakkını ortadan kaldırabilmektedir. Böylelikle sağlık

uğraşlarında "paternalizm" gibi etik sorunların varlığı ortaya çıkmaktadır. Daha açık biçimde benzer etik sorunların; sağlık çalışanlarının, bilimsel-teknik bilgi ve becerilere dayanarak hasta adına aldıkları kararların, hastanın değerler bütünlüğüne ve "otonomi" ilkesine bazen tezat oluşturmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İşte "yararlılık ilke"si ve "paternalizm" bu ve benzer biçimdeki yeni boyutlarıyla tekrar tartışılmaya başlanmıştır (39).

Bebeğini canlı dünyaya getirmek isteyen bir kadının yaşamı, herhangi bir tıbbi nedenden dolayı tehlikeye girebildiği, tıpta rastlanabilen bir durumdur. Böyle bir tehlikenin varlığı durumunda hekim, annenin sağlığını korumak için gebeliğin sonlandırılması gerektiğini söyleyebilir. İstenmeyen bu durum karşısında annenin kendi sağlığını korumak pahasına bebeğinden vazgeçmek zorunda kalması; hekimin ise annenin sağlığını korumanın en iyi yarar olduğunu düşünerek böyle bir öneriyi getirmesi her iki tarafı etik ikilem içine düşürebilecektir. Bu olayı hekim yönünden değerlendirdiğimiz zaman, hekim "yararlılık ilkesi" doğrultusunda annenin yaşamının bebeğin yaşamından daha üstün bir değer olduğuna inanmaktadır. Anne ise kendi yaşamının bebeğinin yaşamından üstün olduğu görüşüne katılamamaktadır. Hekim, gebeliğin sonlandırılması konusunda ısrarcı davrandığında, bireyin (gebenin) özerkliğini ortadan kaldırmış ve "paternalistik" bir tutum sergilemiş olacaktır.

Hasta yararının ne olduğunun ancak hekim tarafından bilinebileceği gibi değerlerin söz konusu olduğu geleneksel hekimlik anlayışı içinde; en iyi çözüm olarak gebeliğin sonlandırılmasıyla sonuçlanabilecek böyle tıbbi bir olgu, günümüz tıp etiği değerleri içinde, annenin karar verme hakkını kullanmasıyla farklı biçimde sonuçlanabilir. Dolayısıyla kararın anneye bırakılması hekimin herhangi bir etik ilkeyi çiğnememesine ve "Paternalistik" tutumun aşılmasına yarayacaktır (38,39).

Tıbbi etik alanındaki "Yararlılık İlkesi" özünde barındırdığı iki ayrı ilke yaşama geçirilmektedir. Bunlar, "mutlak yararlı olmak" ve "yarar ve zararın dengelenmesi" olarak belirlenmiştir.

5.2.1. Mutlak Yararlı Olmak

Bireyin bir başkasına mutlaka yararlı olması gerekliliğini vurgulayan bu ilke; zararın engellenmesi, ortadan kaldırılması ve iyiliğin artırılması gibi üç ögeyi kapsamına alır.

a. Zararın engellenmesi: Bu öge doğrultusunda, eylemlerdeki olası zararın engellenmesi için önerilmiş önlemlerin alınması gerekmektedir.

b. Zararın ortadan kaldırılması: Tıp uğraşlarında bireysel, teknik, hizmetsel vb. yönlerden hastanın zarar görmesine yol açacak olay ve durumların yok edilmeye çalışılması gelmektedir.

c. İyiliğin artırılması: Başkalarının iyilik ve esenliğini artıracak çalışmaların ve etkinliklerin sağlanması anlamına gelmektedir (31).

“Mutlak yararlı olmak” ilkesi içeriği yönüyle tartışılabilir bir konudur. Bu doğrultuda bireyi “mutlaka yararlı olacaksın” biçiminde çok güçlü ve koşulsuz etik bir ödevle yükümlü kılmak, kimi görüş sahipleri tarafından doğru bulunmamaktadır. Bu görüş sahiplerince, böyle bir ilke yükümlülükten çok, olsa olsa etik yönden erdem ya da ülküsel bir istek olabilir (39). “Mutlak yararlı olma” ilkesi, bireyi ödevle yükümlü kılmaktan çok, etik temelde bazı değerlerin benimsenmesini sağlamaktadır. Sağlık çalışanları, ikilemde kaldıkları herhangi bir olayda etik bir tutum ve davranışta bulunma kaygısı içinde olma durumlarında, büyük bir olasılıkla ilkeyi yerine getirme zorunluluğunu duyacaklardır. Çünkü, tıp etiğinde “yararlı olma” temel bir değer olarak kabul görmektedir (40).

5.2.2. Yarar ve Zararın Dengelenmesi

Amaçlanmış yararlı eylemlerle birlikte, onların yanında istenmeyen zararlı eylemler de ortaya çıkmaktadır. Eylemlerin böyle bir niteliğinin olması, olası sonuçlarını yönlendirme açısından yeni bir belirleyici ilkeye gereksinim göstermektedir. Konunun bu uzantısı içinde yeni bir ilke ortaya konmuştur. “Dengeleme ilkesi” adı verilen bu ilke, genel bir etik yükümlülük getirmektedir (31).

Sağlık çalışanları genellikle yarar ve zarara ait çeşitli etkileri dengelemede neye ağırlık verileceği konusunda uzlaşmamaktadırlar. Çünkü, yarar ve zararın ne olduğu hakkında her zaman nesnel bir kanıtın olmaması nedeniyle, neye ağırlık verileceği sık sık tartışmalara neden olmaktadır. Klinikte; sağlık çalışanları ve hastaların meslek yükümlülüğünü farklı değerlendirmeleri sonucu benzer çelişkiler ortaya çıkmaktadır (39,40).

William Frankena "Yararlılık İlkesi"nin 4 öge ile daha iyi anlaşılabilceğini ileri sürmektedir. Buna göre;

1. Birey (sağlık çalışanı) kötü davranmamalı ve zarar vermemeli,
2. Birey (sağlık çalışanı) kötülüğü ya da zararı önlemeli,
3. Kötülüğü ya da zararı ortadan kaldırmalı,
4. İyiliği yükseltmeli ya da iyi olanı yapmalıdır.

Frankena bu 4 ögenin tümüyle birlikte bir yükümlülük olmayabileceğini ancak, bunlar arasında öncelik sıralaması yapılarak bazılarının yükümlülük olarak kabul edilebileceğini ileri sürmektedir (51).

5.3. ZARAR VERMEME İLKESİ

Zararın önlenmesini veya zararlı durumların ortadan kaldırılmasını gerektirir (46). Yaygın olarak "Primum non nocere" veya "İlkin Zararlı Olma"ma zarar vermeme etik ilkesinden dikkatli bir biçimde ayırddedilmelidir. Bu düşünce Hipokrat yemininde veya ona eşlik eden metinlerde yer almaktadır. Bunun yerine yararlı olma ilkesi Hipokratçı yazarların ilk düşüncesini oluşturur. Örneğin "Epidermics" de metin hastalık konusuna gelince şöyle yazmaktadır. "İki şeyi alışkanlık haline getir. Yardım et veya en azından zararlı olma". Zararlı olmamanın tarihi kökenleri hala belirsizliğini korumaktadır (16).

5.4. ADALET İLKESİ

Ünlü Romalı hukukçu Ulpian, adaleti "herkese payına düşeni vermek konusunda sürekli olarak ve sonsuz şekilde çaba harcanması" olarak nitelendirmiştir.

Adaleti herkesin payına düşeni vermek olarak nitelendiren bu yaklaşımın hukuk teorisinde sürekli bir etkinliğe sahip olduğu bilinmektedir (43).

Adalet, kişilerin temel haklarının korunması talebi ve mevcut koşullarda gereklerinin, sürekli olarak, ülkeler ve dünya düzeyinde gerçekleştirilmesi talebidir (50).

Adalet, dürüst ve eşit davranma ya da yarar ve zararların uygun dağıtımını anlamına gelmektedir.

Adalet ilkesine göre; belli bir toplum içerisinde yaşayan bireylerin tümü temel insan gereksinimlerini karşılayan mal ve hizmetlerden eşit olarak yararlanma hakkına sahiptir (18).

Frankena, adaletin ölçütünü veya ilkelerini ortaya koymaya çalışır. "Adalet nedir?" sorusunu "adaletin ölçütü veya ilkeleri nelerdir?" sorusuna götürür.

Adaletin paylaştırıcı adalet olduğunu, ödül veya ceza verici türden adalet olmadığını saptadıktan sonra, paylaştırıcı adaletin bireylere göre davranmaya ilişkin olduğunu belirtir, "adaletsizlik durumunun ise, benzer koşullardaki iki benzer kişiden birine diğerine göre daha iyi veya daha kötü davranıldığında ortaya çıkan durum olduğuna" işaret eder.

Bu nokta Frankena'yı Henry Sidgwick'in adalet ilkesine götürür. Sidgwick'e göre "adalet benzerlere benzer davranma, adaletsizlik benzer davranmamadır". Frankena'ya göre bu formül, adaletin zorunlu bir koşulunu vermektedir, fakat yetersizdir. Onun bütün söylediği, adil olmak istiyorsak kurallara uygun hareket etmemiz gerektiğidir. Fakat bu kuralların hangileri olduğunu söylememektedir.

Sidgwick'in görüşü "hangi paylaşım kuralına göre eylemde bulunacağımızın" bilgisini vermemektedir. Bu noktada sorunu belirli ölçütler getirerek çözmeye çalışan üç görüşle karşılaşmaktayız.

Birincisi, klasik liyakatçi (meriterian) görüşüdür. Bu görüşe göre, hak etmenin veya layık olmanın ölçütü erdemdir; adalet ise iyiyi (mutluluğu) erdeme göre dağıtmaktadır.

Bu görüŖe göre adalet, insanlara hak ettiklerine veya layık olduklarına göre davranılmasına iliŖkindir.

İkincisi "eŖitlikçi" görüŖtür. Adalet, cezalandırma durumları bir yana bırakılırsa, kiŖilere, iyi ve kötüyü paylaŖtırmada eŖit davranmaktır.

Üçüncüsü ise, insanlara gereksinmelerine, yeteneklerine veya her ikisine göre davrananın eŖitlik olduğunu savunan görüŖtür.

Frankena'ya göre "liyakatçı" ölçütler tek başına yeterli değildir. Ona göre paylaŖtırıcı adaletin temel ölçütü, kiŖilere davranmada eŖitliktir. Adalet ilkesi prima facia bir yükümlük olarak, insanlara eŖit davranmayı gerektirir. Bu eŖit davranma, onlara aynı davranma, onların hayatını eŖit derecede iyi kılma demek değildir. Adaletin bunu gerektirdiğini düşünmek bir hatadır. İnsanlar yetenekleri bakımından da eŖit değildirler. İnsanlar sadece prima facia olarak eŖit davranılmada eŖittirler. İnsanlara, yaŖam düzeylerinin yükselmesine aynı oranda katkıda bulunmak anlamında prima facie olarak eŖit davranmak gerekmektedir.

Prima facie yükümlülüğün iki temel ilkesi vardır. İlk ilke; "iyilikseverlik" ve "adalet" ilkelerinden, ikinci ilke ise, "yarar", "kimseye, zarar vermeme", "kimsenin özgürlüğünü kısıtlamama", "saygıda eŖitlik", "yasa önünde eŖitlik" ilkelerinden oluşur (74).

Adalet kuramları, ahlak değerine verdikleri önceliklere ve özellikle de özgürlük anlayıŖlarına göre adalet ilkesine farklı Ŗekillerde yaklaŖmaktadırlar (72).

J.S. Mill adalet ve fayda kavramları arasında iliŖki kurulmasından yanadır. Ayrıca adalet ve fayda kavramları eŖ anlamlı kavramlar değildir. Ancak adalet kavramı soyut manada anlamlı sayılmaz. Adaletle fayda ile iliŖki kurmaksızın içerik sağlamak geçerli bir görüŖ değildir. "Adalet duygusu" adalet ve fayda arasındaki bağlılığı sağlar. "Adalet duygusu" insanı doğru bulmadığı davranıŖları kınamaya ve hatalı davranıŖlara karŖı misillemeye götürür (43).

EŖitlik taraftarı adalet kuramları adaleti eŖitlik temelinde dayandırır. Bütün bireyler insan olarak var olduklarından dolayı eŖit değere sahiptir (72).

Bir başka kuram, çeşitli adalet kuramlarını birleştirici özellik taşıyan ve sosyal ilişkiyi esas alan J. Rawls'ın Adalet Kuramıdır. Rawls ilkelerin özünü en yalın biçimiyle şöyle açıklamıştır:

Birincisi; Her insan, başkaları içinde tanınmış olan benzer özelliklere uygun olacak şekilde, temel özgürlükten en geniş şekliyle yararlanma hakkına sahiptir.

İkincisi; Sosyal ve ekonomik eşitsizlikler o şekilde düzenlenmelidir ki bu eşitsizliklerin,

- a) Herkesin yararına olacağını ümit etmek mümkün olmalı ve
- b) Herkese açık mevkilerde ve kurumlarda ortaya çıkmalıdır (66).

Rawls'a göre, doğal yeteneklerdeki farklılıklardan ortaya çıkan bir eşitsizlik durumunda, kaynakların ya da olanakların dağılımının "en az talihli olana en çok yarar" sağlayacak şekilde olmalıdır (72).

Söz konusu adalet görüşlerinin ışığında adalet kavramının sağlık uğraşlarında yaşama geçirilmesi için bazı saptamalar yapmamız gerekmektedir.

1. Sağlık hakkı var mıdır?
2. Sağlık hakkının öteki haklarla olan ilişkisi nedir?
3. Bireyin sağlık hakkının kullanımı ile sağlık hizmetlerinin sunum biçimi arasındaki ilişkinin niteliği nedir?
4. Uygulanmakta olan sağlık, siyasal ve hizmetlerinin adaletli ya da adaletsiz olup olmadığına nasıl karar verilebilir? (5).

Sağlık alanında adalet ilkesi tıbbi kaynakların (araç-gereçten her türlü hizmete kadar) gereksinimlere göre, eşit ve dürüstçe dağılmış olmasını bekler. Bu ilke sağlık çalışanlarının, çalışmalarında karşılaşıyor oldukları kaynakların dağılımıyla ilgili etik sorunlarına yardımcı olarak bazı yanıtlar getirir.

Adalet ilkesinin sağlık uğraşlarında yaşama geçirilmesi kuşkusuz ilk başta mevcut kaynakların sağlık uğraşlarında acil kullanımı ile ilgilidir (52).

Tıbbi olanakların her bireye yeterince sağlanamaması bireyin sağlık hakkını zedelemektedir. Oysa biliyoruz ki, büyük harcamalarla sağlanan çağdaş tıbbi bakımlar çoğunlukla sınırlıdır. Dolayısıyla devlet düzeyinde ekonomik kaynakların ne ölçüde adaletli kullanıldığı ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada hemen, kaynakların koruyucu sağlık hizmetlerine mi, yoksa tedavi edici tıp hizmetlerine mi aktarılacağı sorunu onu örnek olarak verilebilir.

Adaletin uygun biçimde yaşama aktarılabilmesi, yüzyıllardan beri toplum yaşamının en önemli sorunlarından biri olmuştur. Adaletin uygun biçimde dağıtımını sağlayacak çözüm önerileri insanlık tarihi boyunca değişik biçimlerde sunulagelmıştır. 1984 yılında Jameton, adaletin eşit biçimde dağıtımında kullanılacak bazı "belirleyici" ilkeler öne sürmüştür. Bu ilkeler:

1. Eşit paylaşma,
2. Bireylerin gereksinimlerine,
3. Bireylerin çabalarına
4. Bireylerin katılımlarına
5. Bireylerin hak ettiklerine,
6. Bireysel koşulların, serbest rekabet koşullarıyla olan ilişkisine göre paylaştırılması biçimindeki maddelerde toplanmıştır (5).

Bu dört temel etik ilkenin a.p.'da özel bir biçimde uygulanmaları yorum ve analizi gerektirir. İnsanlar ilkeler üzerinde aynı fikirde olabilirler. Ama yine de onların nasıl uygulanacağı konusunda farklı düşünebilirler.

6. TEMEL ETİK İLKELERİN AİLE PLANLAMASI ALANINDA UYGULANMASI

6.1. OTONOMİ İLKESİ

Hastanın elde edeceği yararlar konusunda doktorun düşüncesi geçerli olan tek ilke değildir. Hastanın kendi çıkarları konusundaki düşüncesi de en azından doktorun düşüncesi kadar önemlidir. Hasta çıkarlarını neyin koruyup korumayacağı veya geliştireceği konusunda karar verebileceği bir dizi değer ve inanç geliştirmiştir. Yaşamının diğer yönlerinde de değişik karmaşık konularla ilgili olarak düzenli kararlar verir.

Hasta tarafından verilen sağlık-bakım kararları konusunda da aynı durum geçerlidir. Hastanın, hangi klinik kararların onun çıkarına olduğuna veya olmadığına karar verecek yetenekte olduğu kabul edilmelidir. Bu kararları verirken, hasta sağlıkla ilgili çıkarlar (yararlar) kapsamının çok ötesine varabilecek değerleri ve inançları kullanır. Örn; Dini inançlar veya kaç çocuk sahibi olmak istediği konusundaki inançlar.

Yararlı olmaya dayalı klinik kararlar tıbbın olanaklarına bağlı olduğu için, hastanın sağlık dışı yararlarının hasta için anlamını veya tedaviye değip değmediğini ortaya koyamaz. Bunlar tamamen hastanın kendisinin belirleyeceği meselelerdir. Bu değerler ve inançlar hastanın kendi çıkarları konusunda perspektif oluşturmasına yardımcı olur.

Bu perspektifin etik açıdan önemi otonomiye olan saygı ilkesiyle kavranabilir. Bu ilke doktoru hastanın değer ve inançlarının bütünlüğüne, onun çıkarları konusundaki perspektifine saygı göstermeye ve bilgilendirilmiş onam sürecinin sonucu olarak yalnızca hasta tarafından verilmiş karar doğrultusunda klinik stratejileri uygulamaya mecbur eder.

Otonomiye saygı ilkesi klinik uygulamaya "bilgilendirilmiş onam" süreciyle girer. Bu süreç genellikle üç unsurdan oluşur.

1. Hastanın durumu ve tedavisi hakkında uygun bilginin hastaya açıklanması,
2. Verilen bilginin hasta tarafından anlaşılması,
3. Klinik tedaviyi kabul etmek veya reddetmek konusunda hasta tarafından verilen karar (16).

Bireysel özgürlük ilkesi kadının-çiftin üremeye ilgili olarak karar vermesi ve ona göre eyleme geçmesi anlamında yorumlanabilir. Bilgilendirilmiş onam sağlamak için kadının-çiftin uygulayacağı yöntemi ve sonuçlarını bilmesi ve bu nedenle ihtiyaç duyulan spesifik yöntemin etkinliği ve olası fayda ve zararları hakkında bilgi alabilmesi gerekir.

Bilgilendirilmiş onam ve seçim yapma özgürlüğü kadın-çift için tüm bilgiler ve olası opsiyonların tümü mevcut olmadıkça uygulanamaz (46).

A.p. uygulamayla ilgili olarak tüm çiftlerin temel hakları 1974 Dünya Nüfus Planlaması Açıklamasında şöyle belirtilmektedir.

“Tüm bireyler ve çiftler sahip olacakları çocuk sayısı ve hangi aralıklarla çocuk sahibi olacakları konusunda serbestçe ve sorumlu olarak karar verme, bu konuyla ilgili olarak bilgi eğitim ve gerekli araçları alma özgürlüğüne sahiptir” (33,46).

1974 Dünya Nüfus Planlaması Açıklaması'nda belirtilen a.p. hakkı; hükümetlerin, grupların veya bireylerin her çiftin doğum kontrolü konusunda yapmış oldukları seçime müdahale etmemeleri gerektiğini ifade etmektedir. Bu bildirim aynı zamanda hükümetlerin çiftlerin bu kararlarını uygulamak için gerekli olan bilgi, eğitim ve araçları sağlaması gerektiği anlamını da taşır. J.S. Mill'in düşünceleri izlenirse, bireysel seçimin ve üremeye ilgili otonominin kısıtlanması bu kısıtlamaların toplumun ihtiyaçları için gerekli olduğu ve söz konusu kişilerin bu kararın verilmesinde rol aldıkları gösterilmedikçe kabul edilmemelidir. Yöntemin uygunluğu onu sağlayan ile değil, uygulayanların ihtiyaçlarıyla ilişkili olmalıdır. Politikaları belirleyenler ve sağlık bakım hizmetleri sağlayan kurumlar kadınlara ve çiftlere onlar için en uygun metodu seçme konusunda müdahale etmemelidirler. Yalnızca bir program uygulayan kurum ya da kuruluşlarda tedbirli olmak gerekir. “Kafeterya yaklaşımı” diye adlandırılan yaklaşım etik görüş açısından ihtiyaçları daha iyi karşılar görülmektedir (46).

Kişisel otonomide en büyük başarısızlık bir a.p. yöntemi yetersiz kaldığı veya istenmeyen bir gebelik ile sonuçlandığı zaman meydana gelir. Mevcut korunma araçlarının daha fazla indirgenemeyecek bir minimum başarısızlık oranına sahip oldukları kabul edilmektedir. Ancak bunları kullananların başarısızlık riskinin ne olduğunu öğrenme hakları vardır ve bu araçları sağlayan firmaların potansiyel kullanıcılar için mevcut olan alternatif araçların başarısızlık oranlarını saptamak bakımından zorunlulukları olmalıdır.

Jones ve Forrest gebelikten korunmadaki başarısızlığı "gebelikten korunma sırasında kazara meydana gelen gebelik sayısı ve risk altında geçen ayların sayısı" olarak tanımlamışlardır. Yazarlar gebelikten korunmadaki başarısızlık oranını hap kullanan kadınlarda ilk kullanmaya başlamadaki 12 aylık süre içinde %6, kondom, diyafram ve ritmik metodlarda %14-%16, spermisitle %26 olarak belirtmişlerdir.

A.P. servislerinin kendilerine başvuran kişilerin kontraseptif yöntemler konusunda gerçekten bilgilendirilmiş bir seçim yapmaları için onlara bu yöntemlerin başarısızlık oranları hakkında da doğru bilgi vermek gibi bir etik görevleri vardır. Bununla birlikte, kontraseptif kullanımında başarısızlık olduğunda başvuru alan erken abortüs için program düzeyinde etik yükümlülükler yeterince belirlenmemiştir. Bazı kişiler etik yükümlülüklerin, kontraseptif başarısızlık hakkında yalnızca doğru bilgi sağlayıp, bireylerin riskler ve başarısızlığın sonuçları hakkında karar verebilmelerine yardımcı olmakla yerine getirilmiş olacağını söylemektedirler.

Diğerleri erken abortüs hizmeti sunmanın özellikle gebelik kendisine hastalık ve ölüm riski getirecek olanlar veya doğduğu takdirde çocuğa yeterli bakımı sağlama olanağına sahip olmayanlara karşı çok büyük bir etik görev olduğunu belirtmektedirler. Kontraseptif başarısızlık oranı konusundaki şu andaki anlayışı göz önüne alırsak, gerçek başarısızlığın tahmin edilebilir olguları için hizmet sağlamak konusundaki etik yükümlülüklerini hükümetler gözardı etmemelidirler.

Webster, V. Reproductive Health Service vakasında 1989 yılında ABD Anayasa Mahkemesinin verdiği karar a.p. konusunda bazı yaptırımları ortaya çıkarmıştır. Düşük; bir a.p. metodu değildir; ancak a.p. yöntemlerinin başarısızlığının bilinen

sonuçları ile yüzyüze kalmış olan kadınlar için temel bir seçim olmaya devam etmektedir. A.p. yöntemlerinden yararlanamayan kadınların sığındıkları bir yöntem olmaya devam edecektir. "Webster" kararında Anayasa mahkemesi kamu hesabına çalışan doktorların kürtaj yapmalarını ve kadının hayatının kurtarılmasında hayati rol oynayan bu olay için kamu olanaklarının kullanılmasını yasaklayan "Missouri" yasalarını gözönüne almıştır. Bu kararın amacı, kürtaja kolay ulaşılabilirliği ve kadınlara açık seçeneklerin sayısını kısıtlamaktır.

A.p. ve hizmeti almak konusunda ABD'nin getirmiş olduğu kısıtlama (kürtaj konusunda), özel bir durum olan insan bağışıklık yetersizliği (HIV pozitifliği) konusunda bir takım kaygıları ortaya çıkarmıştır. Annenin HIV pozitifliği ile çocuk morbiditesi ve ölümü arasındaki çağrışım gebeliği sonlandırma lehinde bir savunmayı ortaya çıkarmıştır. Otonomiye saygı ilkesine göre; HIV pozitifliğini taşıyan ve doğacak çocuğuna aktarma riskinde olan kadınlara hastalığın geçiş oranı ve kontraseptif hizmetler konusunda da ayrıntılı bilgi verilmelidir (18).

Sağlık görevlilerinin otonomi konusundaki kabul ediciliği, üremeye ilgili sağlık hizmetlerinin bu konudaki potansiyel kabul ediciliğinden daha azdır. Hipokrat uygulamasının klasik tartışmasının altını çizmesine rağmen, doktor-hasta ilişkilerinde doktorlar lehine görülen normal güç dengesizliği nedeniyle, sağlık görevlilerinin bağımsızlığı (otonomi) konusuna çağdaş biyoetik yazılarında gereğinden az değinilmiştir.

6.2. YARARLI OLMA İLKESİ

İyi şeyler yapma görevi; temelde başkalarına zarar vermeme ilkesini içine alır. Yararlı olmak zarar vermemeninde ötesine geçer. Çünkü iyi davranışın yapılmasını ve yapılacak eylemin iyi bir biçimde yapılmasını gerektirir. Buna paralel olarak, yararlı olma ilkesi sunulan a.p. hizmetinin güvenli, etkili ve bireylere, topluma gerçekten yararlı olacak biçimde yapılmasını gerektirir (18). Etik açıdan en uygun a.p. yönteminin istenmeyen gebelik sayısını düşüren en etkili yöntem olduğu ileri sürülebilir (46).

Yararlı olma hizmetlerine mikro ve makro görüş açısından bakılabilir. Mikro bakış açısı; yeni fertilité yöntemlerinin güvenliği ve faydası, tedavinin kabul edilebilirliği veya

kalitesiyle ilgilenirken, makro bakış açısı; reprodüktif sağlık hizmetlerinin bütünü ile ilgilenir.

A.K. Jain, fertilité ile ilgili bakımın kalitesi açısından altı elementli bir analiz çerçevesi sunmuştur. Bu altı unsur;

- a. Kontraseptif yöntemlerin seçimi,
- b. Kullanıcılara verilen bilgi,
- c. Bilgi verenin yeterliliği,
- d. Bilgi veren/alan ilişkileri,
- e. Takip hizmetleri,
- f. Hizmetlerin uygun bir biçimde birleştirilmesi olarak tanımlanmıştır.

Ülkede mevcut kontraseptif yöntemlerin seçimini çoğaltmak suretiyle a.p. hizmetlerindeki kalitenin toplam olarak kontraseptif uygulamayı arttıracak ve böylece fertilitéde bir azaltma yaratacak sonucuna varmıştır. Böyle bir yaklaşım bireysel otonomiye, iyiliği ve etiğin yarar ilkesinin önemini arttırmada bir değere sahiptir ki R. Nacklin bunu en büyük sayıda insana en büyük iyiliği yapma olarak tanımlamıştır (18).

Genç insanların reprodüktif halk sağlığı hizmetlerinden yararlanmada "mahremiyet hakkı" birçok ülkede kanunlarda veya pratik uygulamalarda sınırlanmış durumdadır. Bunun sonucu, birçok sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar yaratan, istenmeyen adölesan gebelik sayısında artışlar olmaktadır.

Tıbbi olmayan (geleneksel yöntemler) etkisi sınırlı yöntemler kontraseptif yöntemler, vatandaşlarına fertilité regülasyonuna girme hakkı vermeyi amaçlayan gelişmekte olan ülkeler için bir zorunluluktur. Bu sistemlerdeki a.p. yöntemlerinin olası etkilerinin tespiti, tedavisi ve bunlardan korunmada yetersizlik konusu zaman zaman ifade edilmiştir. Şu bir gerçektir ki istenmeyen gebeliklerin verdiği zararlar, kontrolsüz kontrasepsiyonun herhangi bir zararından çok daha ağırdır.

Yeni bir yöntem kullanıma geçmeden önce, sınırlı klinik çalışmalarla desteklenmiş, uygun deneysel hayvan çalışmalarından geçirilmiş olmalıdır. Bu alanda

etik açıdan ilgi uyandıran yeni bir gelişme, injectable kontraseptif olan “Depo-Provera”nın öyküsüdür. Bu ilaç mevcut klinik ve deneysel bilgilerle gözden geçirilmiş, kullanımı onaylanmıştır. İlacın ABD dışında herhangi bir ülkede kullanılmasını önlemek için bu ülke tarafından bilimsel olmayan politik bir kampanya başlatmıştır.

Sağlığa zararlı olduğu kanıtlanmış bir yöntemin reklamını yapılıp desteklenmesi nasıl kabul edilebilir değilse, zararlı olmadığı bilinen ve belli bir toplumda kullanılması kabul edilen bir yöntemin herhangi bir grup tarafından başka bir toplumda kullanılmasının engellenmesi en az onun kadar etik dışıdır. Fertilite düzenleme yönteminin gözardı edilmesi, istenmeyen doğumlar demektir ve istenmeyen doğumlar anneye çocuğa ve geniş anlamda topluma ciddi sağlık sorunları getirir (33).

Yararlı olma ilkesi, çok kısa aralarla doğum yapmak ve zamansız doğumun diğer formlarını önlemek suretiyle anne ve çocuk ölüm oranını azaltarak insan yaşamını kurtarma konusunda pozitif yönde iyi şeyler yapmayı gerektirir. Mevcut ve gelecekteki kontraseptif araçların güvenliğini, yararlılığını ve kabul edilebilirliğini geliştirmek için yapılan araştırma bu nedenle etik açıdan yararlıdır (18).

Fertiliteyi düzenleyen yöntemlerde 1989 yılında ortaya çıkan en önemli gelişme Fransızların antiprogesterin hapi, RU 486 olmuştur (10).

Dünya Sağlık Örgütü, RU 486 üzerine yapılan araştırmalara İnsan Üremesi İle İlgili Özel Program aracılığı ile katılmaktadır. Ancak program diğer gelişmeler konusundaki öteki araştırmalar ile de ilgilenmektedir. Barzeletto fertilitenin düzenlenmesi konusundaki bu ve diğer gelişmeleri gözden geçirmiş ve mevcut yöntemlerin sağlık ile ilgili yararlarını özetlemiştir. Mevcut a.p. yöntemleri ve yeni yöntemlerin potansiyel yararları özellikle erkeklerle ilgili yöntemler ve uzun süre etkili olan implantlar göz önüne alındığında, bunların etigin yararlı olma ve iyilik yapma görevini incitebileceği ortaya konmuştur. Adalet ilkesi, yararların ve söz konusu zorlukların eşit biçimde dağılmasını gerektirir (18).

6.3. ZARAR VERMEME İLKESİ

Hipokrat yemininde, "Yetenek ve Hükümüne göre hastalarımaya yararlı ilaçlar vereceğim ve asla kimseye zarar vermeyeceğim, gittiğim her eve sadece hastamın iyiliği için gireceğim kasıtlı olarak zarar vermektan kendimi uzak tutacağım" şeklinde bir ifade vardır (7,46).

Genellikle zararlı olmama kavramı "herşeyin ötesinde hiç zararlı bir şey yapma" kuralıyla ilişkilidir. Bu ifade sağlık bakım ilgilileri ve doktorlar için önem taşır.

Gebelikten koruyan bir yöntemin zararlı olmamasının gerektiği açıktır ve zararlı olmamanın "zararlı koşulları oradan kaldırmayı" içerdiğini farketmek ilginçtir. Bu anlamda istenmeyen gebeliklerin önlenmesine de zararlı koşulları ortadan kaldırmanın bir yolu olarak bakılabilir (46).

Obstetrik etiğin bir ilkesi olarak "zararlı olmama" konusunda şüpheli olmak hususunda tarihi sebeplerden daha fazlası mevcuttur. Aslında cerrahi müdahalelerin tümü kaçınılmaz zarar risklerini içermektedir. Eğer obstetrik etiğin başlıca ilkesi bu olsaydı, aslında bütün obstetrik uygulamalar etik dışı olurdu.

Bu yüzden "yararlı ol" ilkesi aslında obstetrik etikde "zararlı olma" ilkesine üstün gelmektedir.

Obstetrik etikde yararlı olma ilkesi doktorları klinik müdahalenin hastaya zarar verme potansiyeli bulunan durumlar konusunda uyarır (16).

6.4. ADALET İLKESİ

Adalet ilkesi; bütün kadınların/çiftlerin ihtiyaç duyduklarında a.p. hizmetlerinden yararlanmalarını gerektirir. Eşit olarak yararlanma problemi hem ekonomik, hem de etik açıdandır. Hangi ilke, politika ve prosedürler aracılığı ile adalet garantilenebilir? Beachamp ve Childress bu soruyu tartışmışlar, problemleri makro ve mikro açıdan ele alarak incelemişlerdir. Makro bakış açısı; o toplumdaki maddi

kaynakların diğer ihtiyaçlara oranla ne kadarının sağlık ile ilgili (Örn; doğum kontrolü) ihtiyaçlara ayrılmasını kapsar. Mikro bakış açısı ise; özellikle bireylerin spesifik metodlardan yararlanmasıyla ilgili kararları kapsamaktadır.

Eğer kaynaklar kıt ise; bunların adil biçimde dağıtılmaları gerekir. Ancak bunların dağıtımı,

- Eşit bir pay ile her şahsa,
 - Bireysel ihtiyaca göre her şahsa,
 - Bireysel çabalara göre her şahsa,
 - Sosyal katkıya göre her şahsa,
 - Ve liyakata göre her şahsa,
- nasıl yapılmalıdır?

A.p. ve diğer sağlık konularını tartışırken, şurası açıktır ki, bu kaynaklar bunlara ihtiyacı olanlar arasında paylaşılmalıdır.

Bu, ekonomiyi göz önünde bulundurmaksızın tüm yöntemlerden yararlanmayı kapsar mı? Tabii ki kapsamaz. Burada fayda-maliyet konusu gözönünde bulundurulmalıdır. Eğer a.p. programına daha pahalı yeni bir yöntem getirilecekse, bunun eski yöntemlerden çok daha değerli olduğu kanıtlanmalıdır. Örn; Çinlilerin paslanmaz çelikten halkası daha yüksek gebelik oranına sahiptir, ancak üretim maliyeti çok düşüktür. Karşılaştırma olarak üçüncü kuşak bakır gereçler oldukça etkilidir ancak bunlar daha pahalıdır. Eski tür gereç kullanan bir a.p. programı daha fazla sayıda kullanıcıya ulaşabilir ama düşük masrafları, dış gebelik ve istenmeyen çocuk sayısı daha yüksek olabilir. Sorun bu yüzden hem ekonomik, hem de etikdir (46).

Eğer insanların kimlikleri cinsiyet farklılıklarına bakılmaksızın ortak insanlıklarına göre kabul edilirse o takdirde kadınların fertilitate kontrolü ve erkek kontrasepsiyonundaki gelişmelerin azlığı adaletsizliktir. A.p. programları erkeklerin uzun zamandır unutulmuş olan üreme sağlığını aktif olarak geliştirme ve anlayıştaki rolü üzerinde yoğunlaşmaya başlamıştır. Örn; erkek ve kadın sterilizasyonunu

karşılaştıran bir Danimarka araştırması fertilitte kontrolünde, kadın sterilizasyonundan dört kez daha ucuz, tıbbi olarak daha az riskli olması nedeniyle, vazektominin değerini onaylamaktadır. Kjersgaard ve diğerleri eşlerin çeşitli kontraseptif seçeneklerin risklerini ve yararlarını düşünüp birlikte karar vermeye teşvik edildikleri ameliyat öncesi rehberliğin erkeklerin vazektomiye razı olmasındaki en büyük etmenlerden biri olduğunu saptamıştır. Uygun eğitim ve eğitim materyalinin azlığı kısırlaştırma ve üreme sağlığının geliştirilmesinde erkeklerin de görevlerini eşit ölçüde yerine getirebilmeleri için bu alanda daha fazla çalışma yapılmasına gerek olduğunu ima etmektedir. Eşit erkek rolünü uygun biçimde ele alarak, a.p. programları kadınların erkeklere çocuk vermek ve onlara gerekli bakımı sağlamak şeklindeki yargılarının değişmesine yardımcı olacaktır (18).

A.p. ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına bir sosyal hak olarak bakılmalıdır ve hükümetler de vatandaşlarının bu haklarını görmeye ve kabul etmeye zorlanmalıdır.

Sağlık hizmetleri genelinde dile getirdiğimiz temel etik ilkelerin a.p. alanına uygulanışı yanında, a.p. yöntemlerinin kullanılmasına rağmen engellenemeyen isteyerek gebeliği sonlandırma girişimi, kadın ve fetüsün moral açıdan gözden geçirilip, statüleri hakkında bir değerlendirme yapılmasını gerekli kılmıştır.

7. KADININ VE FETÜSÜN STATÜSÜ

7.1. KADININ STATÜSÜ ve GEBELİĞİNİ SONLANDIRMA İSTEĞİ

1974 yılında Birleşmiş Milletlerin Bükreş'te düzenlediği Dünya Nüfus Konferansında nüfusun artışından ve dağılımından doğan sorunların çözümüne verilen önem farklı yollarla ifade edilmiştir. Bu konferanstan sonra hükümetler, kadının statüsü sorununun da nüfus politikalarında vurgulanmasını dile getirmişlerdir (24).

1980'de Birleşmiş Milletler kadınlara karşı her tür ayırımın ortadan kaldırılması ile ilgili olarak anlaşmaya vardı. Kadınlara ailelerinin büyüklüğünü ve yapısını planlamadaki insan haklarını açıkladı (46).

1984 Mexico City Konferansında kadınların statüsü konusunda görüşmeler yapılmış, bu konferansda kadının statüsü, önceki taslaklara göre oldukça kuvvetlendirilmiş, yeni bir bölüm ve ek tavsiye kararları oluşturulmuştur.

Kadınların doğurganlıklarını kontrol yetenekleri diğer haklarının kullanımı için önemli bir temel teşkil etmektedir; aynı şekilde, erkeklerle eşit bir düzeyle sosyo ekonomik fırsatların temini ve gerekli hizmet ve kolaylıkların sağlanması kadınların üreme ile ilgili yaşamları için daha büyük sorumluluk almalarını da sağlamaktadır (24).

A.p. yöntemlerini kullanan kişiler, zaman zaman istenmeyen gebeliklerle yüzyüze kalmışlar ve ülkelerinin yasal çerçevesi, sağlık sistemlerinin kendilerine sunduğu olanaklar ve inanç sistemlerinin belirleyiciliğinde gebeliğin sonlandırılmasını istemişlerdir.

Düşük olgusu 1973 yılında A.B.D'nin Teksas eyaletinde Roe V. Wade davasıyla tartışılmaya başlanmıştır. Bu davayla birlikte kadının doktoruyla fikir alış-verişi yapma, düşük yapmaya veya yapmamaya karar verme sorunları gündeme gelmiştir.

Dava sonucunda kadınların mahremiyetinin anayasal hak olduğu açıklanmıştır. Devlet bu hakkı kısıtlamak için bazı mecburiyetleri olduğunu da belirtmiştir. Fetüs

geliştikçe ve kişi olma noktasına yaklaştıkça, mahkeme devletin düşük olayına ilgisinin değişeceğini belirtmektedir. Gebeliğin ilk üç ayında düşükün düzenlenmesinde devletin zorlayıcı bir ilgisi yoktur. Ancak ikinci 3 ayda kadının sağlığına devletin ilgisi artmaktadır. Çünkü gebelik süresinin artmasıyla düşük olayında tehlikeler de artmaktadır. Fetüs yaşayabilirlik noktasına geldiğinde devlet (potansiyel olarak insan yaşamındaki ilgisini yükselterek), annenin sağlık ve yaşamının korunması gerekli olduğu yerlerde düşük olayına izin verebilir. Yüksek mahkeme bu "yaşayabilirlik" noktasında kadının haklarını kısıntıya uğratabilir. Ancak devlet, daha kişi olmamış fetüsü korumak için yaşayan kişinin hakkını toptan silemez.

Kanunda üstü kapalı ifadeler bulunsa da fetüsün bir kişi olmadığı açıkça belirtilmektedir (41).

Yaşamın başlangıcı ve sonu tıp, hukuk, etik ve inanç sistemlerinin konusu olmaktadır. Gebeliğe tıbben son verilmesi bazı ülkelerde kesinlikle kabul edilmemekte (Ürdün, Suriye, Lübnan) bazı ülkelerde tamamen serbest bırakılmakta (Macaristan, Bulgaristan), bazı ülkelerde ise belirli tıbbi nedenlerin (annenin hayatının tehlikede olması, sağlığının tehdit edilmesi, çocuğun bir ırza tecavüz ürünü olması, anormal bir çocuğun doğmasının olası bulunması gibi) varlığı halinde kabul edilmektedir. İtalya, A.B.D., Belçika, Avusturya ve İngiltere, Hollanda bu gruba girmektedir.

Türkiye'de gebeliğin belirli bir süre içinde, gebe kadının istemi ile sonuçlandırılmasının suç oluşturup oluşturmayacağı konusundaki tartışmalar, 1971 yılında başlamıştır. Bu konudaki çalışmalar 1983 yılında sonuca ulaşmış 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" 27 Mayıs 1983 gün ve 18059 sayılı Resmi Gazete de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Yasanın 5. maddesinin 3. fıkrasında ön görülen Tüzükle de on haftayı geçmeyen gebelikte onam ile gebeliği sonlandırma mümkün olmuş ilgili yöntemler adı geçen tüzükte belirtilmiştir (27).

İsteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması bir hastalık durumu olmayıp, bireyin isteklerinin hekim tarafından gerçekleştirilmesidir. Hekim bu uygulamada, geleneksel

rolünün dışında daha az raslanan bir rolü gerçekleştirmektedir. Hastaların istekleri doğrultusunda hekim uğraşı gereği gebeliği sonlandırmak durumunda kalabilir. Özellikle son yıllarda daha çok tartışılır olan "hasta hakları" kavramı da bunda rol oynamaktadır.

Tipik bir hekim-hasta ilişkisinin yaşandığı kürtaj olgusu, anne ve hekim dışında, embriyoyu, babayı ve bir yerde toplumuda ilgilendiren ve bu yönüyle de organ aktarımlarına benzeyen özel bir ilişki biçimi olarak ele alınabilir.

Düşük olgusunda en önemli etik sorunlardan birisi yeni başlayan bir yaşamın, yaşama şansının ortadan kalkmasıdır. Embriyonun olası haklarından yola çıktığınızda, ona adaletli davranılmış mıdır? Zarar vermeme ve yarar ilkeleri yalnızca anne-baba ve toplum için midir?

Anne ise istemediği bir bebeği doğurmak zorunda mıdır? Onun önce bedeninin kullanılması ile başlayan ve daha sonrada yıllarca sürecek olan çocuğun yetiştirilmesi ve bundan doğacak sorumlulukları yüklenmeyi istememe hakkı olmalı mıdır? Eğer anne bebeğin doğmasını istiyor, baba istemiyorsa ya da tam tersi bir durumda ne yapılacaktır? Babanın bu durumda belirleyiciliği olabilir mi?

Türkiye'deki yasalar anne ve baba adaylarının evli olması durumunda ikisinde izninin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu şartlarda kadını istemediği bir bebeğe ve doğuma zorlamak doğru mudur?

Kürtajın yapılmasının bir hak olması, bunun aynı zamanda etik açıdan "iyi", "doğru" olduğunu göstermemektedir. Buna karşın kadının değişik nedenler ile istenmeyen bir gebeliği (örn; bir cinsel saldırı sonrasında ya da etkili doğum kontrol yöntemine karşılık gebe kalınan bir durumda) de sonlandırma hakkı olmalıdır. Önemli olan düşüğün sıradan ya da rutin bir uygulama biçimine dönmemesidir (70).

İsteyerek gebeliğin sonlandırılmasında işlem öncesi eşin de yazılı onamı aranmaktadır. Her türlü hukuki işlemi yapabilen, sorumluluk altına giren kadının doğrudan doğruya kendisini ilgilendiren bu konuda eşinin onamının aranması

sakıncalı olabileceği düşünülebilir. Bu konuda eşin hakları ile kadınıninkiler çeliştiğinde nasıl davranılması gerektiği de tartışma konusudur. Burada kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı öncelikli görünmektedir (27).

Gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılması bir a.p. yöntemi olmamasına karşın pek çok kadın tarafından belli aralıklarla yaşanan bir tıbbi girişim olma özelliğini taşımaktadır. Gebe kadının gebeliğini sonlandırma isteği zaman içerisinde bir kadın hakkı, etik bir hak ve kişinin kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı gibi başlıklar altında tartışılmaktadır. Bu tartışmalar yanında fetüsün bir hasta olarak kabul edilip edilmeyeceği, moral statüsü belirlenmiş olan temel etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilmesi tartışmaları sürdürülmektedir.

Gebeliğin sonlandırılmasını gebe kadın açısından değerlendirdikten sonra, onun bedeninde gelecekte kişi olacak fetüs yönünde de bir değerlendirme yapmak gereklidir.

7.2. FETÜSÜN STATÜSÜ

Bir hasta olarak fetüs kavramı büyük ölçüde fetal teşhislerdeki gelişmeler ve fetüsün doğumu ile ilgili stratejilerin uygulanması sonucu olarak yakın zamanlarda gelişmiştir. Bu konu klinik öneme sahiptir. Çünkü, fetüsün hasta olması durumunda, yönlendirici danışmanlık (örn: fetal yarar için bir uygulama biçimi önermek) uygun görünmektedir. Fetüs hasta olmadığı zaman, yönlendirici olmayan danışmanlık (örn: bir uygulama ya da tedavi biçimi teklif etmek ama tavsiye de bulunmamak) uygundur. Bununla birlikte, yönlendirici ve yönlendirici olmayan, görünüşte emin olan rollerin, fetüsün ne zaman bir hasta olduğu veya sayıldığı hakkındaki belirsizlikler nedeniyle gerçek obstetrik alanında uygulanmaları zordur (16).

Bağımsız moral statü; fetüsün herkes tarafından kabul edilmesi ve uyulması gereken haklarının yaratılması anlamını taşımaktadır (15).

Gebe kalma anı, merkezi sinir sisteminin gelişmesi doğum anı vs. önerilen karakteristiklerin çeşitliliği gözönüne alınırsa, fetüsün ne zaman moral bir statü gerektirdiği konusundaki görüşler arasında belirgin farklılıkların bulunduğunu görmek

şaşırtıcı olmaz. Bazıları fetüsün gebe kalma veya implantasyon anından itibaren bağımsız bir moral statüye sahip olduğuna inanmaktadırlar. Diğerleri ise bağımsız moral statünün derece derece kazanıldığını, böylece bir "dereceli" moral statünün ortaya çıktığını ileri sürmektedirler. Yine de diğer bazı kişiler fetüsün ana rahminde kaldığı sürece asla bağımsız bir statü kazanamayacağını savunmaktadırlar.

Bu konuda halen devam etmekte olan geniş felsefi literatüre rağmen, henüz bir düşünce birliği sağlanamamıştır. Bu nedenle fetüsün bağımsız moral statüsü anlamında bir "hasta" olarak anlaşılması gibi boşuna girişimlerin terkedilmesi ve fetüsün etik anlamda ayırımını sağlayabilecek alternatif bir yaklaşımın mümkün olduğununun düşünülmesi gerekir.

"Hasta" olmak, o kişinin, doktorun klinik becerilerinin uygulanmasından yararlanmak anlamına gelir. Daha açık biçimde ortaya koyarsak, bağımsız moral statüsü olmayan bir insanoğlu iki koşul yerine getirildiği zaman normal bir hasta olarak kabul edilebilir.

- 1- Yararlı olacağı umulan klinik müdahale amacıyla doktora başvurmak,
- 2- Bunu bir kişi (insanoğlu) olarak yapmak (16).

Kişiler kendileri razı oldukları sürece hasta sayılabilirler (15). Burada bir soru akla gelir. "Fetüs ne zaman bir hastadır?" Fetüs, klinik müdahale için doktora takdim edildiği (tanıştırıldığı) zaman bir hasta kişi olmaktadır. Bir hasta olarak fetüs kavramının önemi, fetüs ile onun sonuçta dönüşeceği çocuk arasında kurulabilecek bağlarla ilgilidir (16). Fetüsün etik açıdan anlamı doğuştan gelen bir olgu değildir. Ancak bunu bir beden olarak gelişme sürecinin son noktasında edinir. Yaşayabilirlik (yaşama kabiliyeti) kavramı ilmi bir öneme sahiptir. Çünkü yaşayan fetüs bir beden olabilir (15). Yaşama kabiliyeti hem biyolojik, hem de teknolojik faktörler açısından anlaşılmalıdır. Rahim dışında yaşayabilen ve böylece çocuk olabilen fetüs yalnızca bu faktörlerin gerçekleşmesiyle var olabilir. Üstelik, bu iki faktör gebe kadının otonomisinin bir fonksiyonu olarak mevcut değildir. Fetüs yaşayabilir olduğunda (Örn; yeterli olgunluğa ulaştığında, yani neonatal dönemde yaşayabilecek duruma geldiğinde ve gerekli teknik uygulamayı kabul edecek bir çocuk olduğunda) ve doktora götürüldüğünde bir hasta olarak kabul edilebilir.

Yaşama kabiliyeti biyomedikal ve teknolojik kapasitelerin bir fonksiyonudur. Bunlar dünyanın çeşitli yerlerinde değişiklik gösterir. Şu anda, yaşayabilme kabiliyetini tanımlayacak dünya çapında üniform bir gebelik yaşı yoktur. ABD'de, bunun yaklaşık 24 haftalık bir gebelik yaşında meydana geldiğine inanılmaktadır. Fetüsün yaşayabilirliği, bir hasta olarak doktora yetiştirildiğinde bir anlam ifade eder. Böyle bir durumda, fetüse yarar için, yönlendirici danışmanlık etik açıdan haklı görülebilir (16).

Tıbbi deontolojide, şartlar uygun ve mümkün olduğunda, insanoglunun ölümünü önlemek için onun yararına dayalı bir yükümlülük vardır. İnsan söz konusu olduğunda klinik müdahaleler için doktora ulaşabildiğinde bunu yapmak mümkündür. Çok fazla oranda morbidite ve mortality riski içermediği, net bir fayda umulduğunda ölümü önlemek için müdahalede bulunmak yerindedir. Bu nedenle akla yatkın durumda, doktor, yaşayabilir fetüs yararı için yönlendirici danışmanlık yükümlülüğüne sahip olmalıdır (15).

Fetüs yararına yönlendirici danışmanlık da belirlenen strateji de doktorun tavsiyeleri ve gebe kadının bu plana olan otonom muhalefeti arasındaki olası çatışma göz önünde bulundurulmalıdır. Böyle bir çatışmayı önlemenin en iyi yolu da gebelik boyunca devam eden bir diyalog olarak bilgilendirilmiş onamdan yararlanmaktır.

Yaşayabilir fetüs ile ondan gelişecek çocuk arasındaki olası tek bağ gebe kadının otonomisidir. Fetüs ve ondan olacak çocuk arasındaki bağ ancak gebe kadının taşıdığı fetüsün hasta statüsünü tasdik etmesiyle gerçekleşir. Bu yüzden, dış şartlara ve yaşama koşullarına henüz sahi olmayan fetüsün gebe kadının otonomisinden ayrı olarak hasta statüsüne sahip olduğu iddia edilemez (16).

8. AİLE PLANLAMASI HİZMETLERİNDE DANIŞMANLIK

A.p. hizmetleri, kadrolara, personelin görevlerine, sorumluluklarına ve diğer hizmetlerle entegre olup olmadıklarına göre değişebilir. Bununla birlikte tüm a.p. hizmetlerinde ortak olan bazı öğeler vardır. danışmanlık bunlardan biridir. A.p. hizmetlerinin çok önemli ancak çoğunlukla ihmal edilen bir bölümü olan danışmanlık, tüm hizmet aşamalarına entegre edilmesi gereken bir süreçtir. Etkili bir danışmanlık hizmeti verilmesi için teknik ve tıbbi bilgilerin hizmet sunumunun yalnızca bir noktasında değil, kişinin tüm ziyaretleri boyunca da sürdürülmesi önemlidir.

A.p. danışmanlığının amacı bireylere ya da çiftlere;

- Kontraseptif yöntem gereksinimleri olup olmadığına karar vermelerinde,
- Kontraseptif yöntemi bilinçli olarak kabul etmelerinde,
- Seçtikleri yöntemi öğrenmelerinde,
- Seçtikleri yöntemi doğru kullanmalarında,
- Kaygıları gidermede ve sorun oluştuğunda uygun karar vermelerinde yardımcı olmaktır.

Başvuran kişilere etkili danışmanlık yapabilmek için, sağlık personeli kontraseptif yöntemler konusunda yeterince bilgili olmalıdır. Bilgi, kişiyi belli bir yöntemi kullanmaya ikna etmek, yönlendirmek veya zorlamak için değil, seçim yapmasına yardımcı olmak için verilmelidir. Ayrıca sunulan bir yöntemi reddetmek yolunda verilecek bir karar da yeterli bilgiye dayalı olmalıdır. Bu da, yöntemin yalnızca etkinliğini değil, olası risklerini ve diğer seçeneklerini de bilmeyi gerektirir.

A.p. hizmetlerinden yararlanmak için başvuranların sahip olduğu on hak Uluslararası Planlanmış Ebeveynlik Federasyonu tarafından şöyle sıralanmıştır:

- Bilgilenme,
- Seçilen yöntemin elde edilmesi,
- A.p. hizmetlerinde yöntemin bilinçli seçimi,
- Kişinin kullanacağı yönteme güven duyması,

- Danışmanlık sürecinin gizliliği,
- Mahremiyet,
- Danışma sürecinde saygınlık,
- Başvuran kişilerin hizmet alırken kendilerini rahat hissetmeleri,
- Hizmetin sürekliliğinin sağlanması,
- A.p. hizmetlerinde alıcı konumunda bulunan kişilerin görüşlerini bildirme hakları vardır.

Bir kadınla veya çiftle kontraseptif yöntemler konusunda konuşan tüm sağlık personeli, danışmanlığın neden önemli olduğunu ve kullanıcının a.p. yönteminden memnun kalmasındaki rolünü anlamalıdır.

Potansiyel kullanıcılara verilen danışmanlık hizmeti, kullanıcının tatmin olmasını sağlar; yöntemin yanlış anlaşılması nedeni ile kliniğe geri dönme ve uygulamadan vazgeçme olasılıklarını da azaltır. Personelin, etkili danışmanlık konusunda yetiştirilmesine bugün zaman ayırarak, programın gelecekteki başarısına katkıda bulunulur.

Tüm kontraseptif yöntemler konusunda, ne kadar çok insanın bilgisi olursa, yanlış bilgilerin yayılma olasılığı o kadar az olacaktır.

İyi bir danışmada;

- Kişinin haklarına ve kişiliğine saygı ve anlayış,
- Kişiye duyarlılıkla yaklaşma ve güvenini kazanma,
- Konuşmadan iletişim kurabilmeyi (beden dili) ve önemini bilme,
- Üreme organları, işlevleri ve cinsellik konularında bilgili olma,
- Tüm a.p.yöntemlerini iyi bilme,
- Kişinin ya da çiftin bir a.p. yöntemini seçmesindeki kültürel ve psikolojik faktörleri anlayabilme,
- Kişiyi yargılayıcı bir tutumda bulunmama, saygılı ve kibar olma,
- Önyargısız ve düzenli biçimde bilgi aktarabilme,
- Kişiyi soru sormaya cesarellendirebilme,

- Kişinin kaygılarını anlayışla dinleyebilme,
- Kişiyeye yeterli derecede yardımcı olamayacağını zamanında anlayıp, bunu başarabilecek birisine sevk edebilme özellikleri bulunmalıdır.

Kaliteli danışmanlık, personelin zamanını almakla birlikte, hizmetten ve yöntemden memnun kullanıcıların sayısında ve sürekli kullanım oranlarındaki artış ve karşılaşılabilecek risklerdeki azalma nedeniyle verimi çok yüksek bir hizmet alanı olarak etik açıdan da ayrı bir öneme sahiptir (19,21,22,45,64).



9. AİLE PLANLAMASI UYGULAMALARINDA KARŞILAŞILAN TEMEL ETİK SORUNLAR VE KADININ KARAR VERME HAKKINA YÖNELİK ÖRNEK BİR ÇALIŞMA

9.1. GEREÇ ve YÖNTEM

Eskişehir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Ünitesine 6.5.1996 ve 19.7.1996 tarihleri arasında başvuran 15-49 yaş arasındaki 286 kadınla görüşme yapılmıştır. 49 sorudan oluşan soru kağıdı kadınlarla yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Soru kağıdı verileri Anadolu Üniversitesi Bilgisayar Araştırma ve Uygulama Merkezince değerlendirilmiştir.

Yaptığımız çalışma; a.p. sorunlarına yaklaşım ve a.p. uygulamalarında kişilerin kendileri hakkında karar verme ve özgürlüklerini değerlendirmeye yönelik bir örnek oluşturmaktadır.

9.2. BULGULAR

A.p. merkezine başvuran 286 kadından 13'ü (%4.6) 15-19; 46'sı (%16.1) 20-24; 71'i (%24.8) 25-29; 76'sı (%26.6) 30-34; 42'si (%14.7) 35-39; 33'ü (%11.5) 40-44; 5'i (%1.7) 45-49 yaş grubundadır. Başvuruların yarısı [148'i (%51.4)] en fertil çağ olan 25-34 yaş grubu tarafından yapılmıştır (Çizelge 9.2.1).

Çizelge 9.2.1: A.p. merkezine başvuran kadınların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	Gruptaki kişi sayısı	% Dağılımı
15-19	13	4.6
20-24	46	16.1
25-29	71	24.8
30-34	76	26.6
35-39	42	14.7
40-44	33	11.5
45-49	5	1.7
Toplam	286	100

Araştırma bulguları, kadınların 9'unun (%3.1) okur-yazar olmadığını, 8'inin (%2.8) okur-yazar, 175'inin (%61.2) ilkokul, 30'unun (%10.5) ortaokul, 51'inin (%17.8) lise, 13'ünün (%4.5) ise yüksekokul bitirmiş olduklarını göstermektedir. Araştırma sonucuna göre a.p. merkezine başvuran kadınların yaklaşık yarısından fazlası ilkokul mezunudur (Çizelge 9.2.2.).

Çizelge 9.2.2: A.p. merkezine başvuran kadınların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumu	Kişi sayısı	% Dağılımı
Okuma-yazma bilmiyor	9	3.2
Okur-yazar	8	2.8
İlkokul mezunu	175	61.2
Ortaokul mezunu	30	10.5
Lise mezunu	51	17.8
Yüksekokul mezunu	13	4.5
Toplam	286	100

Kadınların 4'ünün (%1.4) hiç gebe kalmadığı, 51'inin (%17.8) tek, 77'sinin (%26.9) iki, 56'sının (%19.6) üç, 98'inin (%34.2) dört ve daha fazla gebeliği olduğu saptanmıştır.

A.p. merkezine başvuran kadınların son iki gebeliklerinin arasındaki süre incelendiğinde 22'sinin (%9.6) 0-12 ay, 36'sının (%15.7) 13-24 ay 44'ünün (%19.1) 25-36 ay 38'inin (%16.5) 37-48 ay 90'ının (%39.1) 49 ay ve daha fazla aralıklarla gebe kaldığı görülmüştür.

Araştırmamız kapsamına giren 286 kadından 115'i (%40.2) isteyerek gebeliklerini sonlandırdıklarını, 171'i ise (%59.8) böyle bir deneyim yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 9.2.3).

Çizelge 9.2.3: Gebeliği sonlandırmaya bireylerin katılımı

Hiç isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?	Kişi sayısı	% Dağılımı
Evet	115	40.2
Hayır	171	59.8
Toplam	286	100

115 kadından 61'i (%53.0) bir defa, 37'si (%31.6) iki defa, 10'u (%8.5) üç defa 7'si de (%7.7) dört veya daha fazla olmak üzere gebeliklerini kendi istekleri ile sonlandırmışlardır (Çizelge 9.2.4).

Çizelge 9.2.4: Gebeliklerini isteyerek sonlandıranların dağılımı

İsteyerek gebeliği sonlandırma sayısı	Kişi sayısı	% Dağılımı
1	61	53.0
2	37	31.6
3	10	8.5
4	7	7.7
Toplam	115	100

İsteyerek gebeliklerini sonlandıran kadınların 74'ü (%64.3) başka çocuk istemedikleri için, 30'u (%26.1) o sırada çocuk istemezken, 11'i (%9.6) doktor tavsiyesi ile böyle bir uygulamaya başvurmuşlardır.

Kadınların 8'i (%7.0) böyle bir kararı yalnızca kendisi verirken, 12'sinin (%10.4) sadece eşi, 6'sının (%5.2) doktoru, 2'sinin (%1.7) ailesinin diğer üyeleri bu kararı vermişlerdir. Ancak 87'si (%75.7) gebeliği sonlandırma kararını eşleriyle birlikte verdiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 9.2.5).

Çizelge 9.2.5: Gebeliği sonlandırmada bireylerin karar verme biçimleri

İsteyerek gebeliğinizi sonlandırmaya nasıl karar verdiniz?	Kişi sayısı	% Dağılımı
Kendi	8	7.0
Eşi	12	10.4
Birlikte	87	75.7
Öteki aile üyeleri	2	1.7
Dr.	6	5.2
Toplam	115	100

İsteyerek gebeliklerini sonlandıran kadınların 83'ü (%72.2) böyle bir durum öncesinde eşin yazılı izninin alınması gerektiğini, 32'si (%27.8) ise bunun gerekli olmadığını düşünmektedir.

Araştırmamızda gebeliklerini isteyerek sonlandıran kadınların bu işleme nasıl karar verdikleriyle, işlemde önce eşlerinin yazılı iznine gerek olup olmadığı konusunda yapılan değerlendirmede önemli bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 9.2.6).

Çizelge 9.2.6: Gebeliğin sonlandırılmasında eşin rızası

İsteyerek gebeliğinizi sonlandırmaya nasıl karar verdiniz?	İsteyerek gebeliğin sonlandırılmasından önce eşin yazılı izni gerekli mi?		
	Evet	Hayır	Toplam
Kendi	4	4	8
Eşi	11	1	12
Birlikte	62	25	87
Öteki aile üyeleri	1	1	2
Doktor	5	1	6
Toplam	83	32	115

$$X^2 = 5.12 \quad p > 0.05$$

Kadınların gebeliklerini isteyerek sonlandırma işlemindeki karar vermeleriyle eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Eğitim durumu yükseldikçe kadınlar böyle bir kararı eşleriyle birlikte vermektedirler (Çizelge 9.2.7).

Gebeliklerini isteyerek sonlandıran 115 kadından 76'sı (%66.1) gebeliği sonlandırma işleminden önce müdahale olası riskleri ve sonuçları hakkında bilgi almadıklarını, 39'u (%33.9) ise bilgilendirildiklerini açıklamışlardır.

Kadınların 77'si (%67.0) işlem sonrasında iyileşme süresi, kontrole gelineceği tarih, dikkat etmeleri gerekli noktalar konusunda aydınlatıldıklarını, 38'i (%33.0) ise bu konularda kendilerine herhangi bir açıklamada bulunulmadığını belirtmişlerdir.

Çizelge 9.2.7: Gebeliğin sonlandırılması kararında eğitimin yeri

Nasıl karar verdiniz	Eğitim durumu						Toplam
	Okuma yazma bilmiyor	Okur-yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek- okul mezunu	
Kendi	0	1	4	0	3	0	8
Eşi	1	0	10	0	1	0	12
Birlikte	3	1	56	11	14	2	87
Öteki aile üyeleri	0	1	1	0	0	0	2
Doktor	0	2	1	1	1	1	6
Toplam	4	5	72	12	19	3	115

$$\chi^2 = 40.52 \quad p < 0.05$$

İşlem sonrasında 87 (%75.7) kadına kullanmaları için bir a.p. yöntemi önerilmesine rağmen, 28 (%24.3) kadına böyle bir önerme yapılmamıştır.

Araştırmamıza katılan isteyerek gebeliğini sonlandıran 115 kadının 52'si (%45.2) işlemin bitiminde verilen bilgileri yeterli bulurken, 63'ü (%54.8) yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir.

Eğitim durumuyla, gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra verilen bilgilerin yeterli olup olmadığı konusu değerlendirmeye alınmış, ancak ikisi arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır (Çizelge 9.2.8).

Çizelge 9.2.8: Gebeliğin sonlandırılması sonrası verilen bilgilerin bireylerin eğitim durumu ile karşılaştırılması

Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra verilen bilgiler yeterli mi?	Eğitim durumu				
	Okuma-yazma bilmiyor + Okur-yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise ve Yüksek-okul mezunu	Toplam
Evet	5	31	4	12	52
Hayır	4	41	8	10	63
Toplam	9	72	12	22	115

$$X^2 = 1.98 \quad p > 0.05$$

Araştırma bulgularımıza göre 115 kadının 31'i (%26.7) gebeliklerini 0-2. haftalar arasında, 63'ü (%54.3) 3-5. haftalar arasında, 18'i (%15.5) 6-8. haftalar arasında, 3'ü (%3.4) ise 9. hafta ve daha üzerinde sonlandırmışlardır. Buna göre isteyerek gebeliğin sonlandırılması işleminin yasal sınır olan 10. hafta dolana dek uygulandığı görölmektedir.

A.p. merkezine başvuran 286 kadından 227'si şu an gebeliği önleyecek bir yöntem kullandığını açıklamıştır.

Kadınların 80'i (%35.4) kondom, 76'sı (%33.6) RİA, 14'ü (%6.2) hap kullanmaktadır. Gebeliği önlemede bu etkin yöntemleri etkisi sınırlı olan geri çekme yöntemi izlemektedir (37 kadın, %16.4) (Çizelge 9.2.9).

Çizelge 9.2.9: Kullanılan a.p. yöntemleri

Şu an kullandığınız yöntem nedir?	Kişi sayısı	% Dağılımı
Ria	76	33.6
Hap	14	6.2
Kondom	80	35.4
Cerrahi yöntem	13	5.8
Geri çekme	37	16.4
Fitil	1	0.4
Takvim	6	2.2
Toplam	227	100

Şu an kullanılan yöntem ile bu yöntemin kullanım süresi birlikte değerlendirildiğinde aralarında önemli bir ilişki olduğu görülmüştür. Etkili yöntemler içinde kondomun kullanım olarak ilk sırada yer alması ve en uzun süreli kullanılan yöntem olması dikkat çekicidir. Bireyler herhangi bir cerrahi müdahale ve cinsel ilişki öncesi hazırlık gerektirmediği, kolayca ulaşabildikleri, a.p. merkezlerinden ücretsiz temin edebildikleri ve koruyuculuğu yüksek olduğu için bu yöntemi uzun süreli kullandıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 9.2.10).

Etkili a.p. yöntemleri araştırma bulgularımızı sağladığımız Eskişehir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Ünitesinde verildiğinden 111 kadın (%48.9) gebeliği önlemek için şu an kullandıkları a.p. yöntemini bu hizmeti veren sağlık personelinden edindiklerini ifade etmektedirler. 107 kadın ise (%47.1) şu an kullandıkları a.p. yöntemini eş veya arkadaşlarından öğrenerek ya da kitap, dergi, gazetelerden okuyarak kullandıklarını açıklamışlardır.

Kadınlara a.p. yöntemini temin etmek için ilk kez nereye başvurdukları sorulduğunda ilk sırayı 119 kişisini başvurusuyla (%52.4) araştırma bulgularımızı sağladığımız adı geçen sağlık kuruluşları almıştır. Bunun yanında kadınların 35'i (%15.4) yöntem temin etmek için ilk kez sağlık ocağına, 14'ü (%6.2) eczaneye, 14'ü

(%6.2) özel doktora, 5'i (%2.2) özel hastaneye başvurduklarını, 40'i ise herhangi bir yere başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 9.2.10: Kullanılan a.p. yöntemi ve kullanım süresi

Şu an kullandığınız yöntem nedir?	Ne kadar zamandır bu yöntemi kullanıyorsunuz?			
	0-12 ay	13-24 ay	25 ay +	Toplam
Ria	45	10	21	76
Hap	4	2	8	14
Kondom	29	7	44	80
Cerrahi yöntem	5	1	7	13
Etkisi sınırlı yöntem (Geri çekme, fitil, takvim)	15	8	20	43
Toplam	98	28	100	226

$$X^2 = 17.01 \quad p < 0.05$$

Çizelge 9.2.11: Kullanılan a.p. yönteminin öğrenildiği kaynaklar ve bireylerin eğitim durumları

Şu an kullandığınız yöntemi kimden öğrendiniz?	Eğitim durumu			
	Okuma-yazma bilmiyor Okur-yazar İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise ve Yüksek-okul mezunu	Toplam
Eş	41	4	7	52
Arkadaş	44	5	6	55
Doktor	38	9	22	69
Devlet kuruluşları	29	8	14	51
Toplam	152	26	49	227

$$X^2 = 15.28 \quad p < 0.05$$

Şu an kullanılan a.p. yönteminin kimden-nereden öğrenildiği ile bireylerin eğitim durumu incelendiğinde aralarında önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eğitim

durumunun artmasıyla bireylerin a.p. yöntemleri hakkında bilgi aldıkları yerler ve kişiler bu konuda hizmet veren doktorlar ve kuruluşlar olmaktadır (Çizelge 9.2.11).

Gebeliği önleyici yöntem kullanan 227 kadından 120'si (%52.9) kullandıkları yöntem hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını, 107'si (%47.1) bilgilerinin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir.

Yeterli bilgiye sahip olduklarını belirten kadınların 97'si (%80.9) bu bilgileri doktor, hemşire, ebe ve öteki sağlık personelinden edinmişlerdir. Geriye kalan kısım ise eş, arkadaş, kitap, dergi ve gazetelerden okuyarak bilgi sahibi olmuşlardır.

18 kadının (%7.9) bir a.p. yöntemi kullanmalarına doktor ve öteki sağlık personeli, 48'inin (%21.1) eşleri karar verirken, 81 kadın (%35.5) kendileri, 81 kadın (%35.5) ise eşleriyle birlikte karar vermişlerdir. Bu da kadınların yansından fazlasının kendi bedenleri üzerinde karar verme haklarını kullandıklarını göstermektedir (Çizelge 9.2.12).

Çizelge 9.2.12: Şu an kullanılan a.p. yöntemi seçiminde etkili olan bireyler

Şu an kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi?	Kişi sayısı	% Dağılımı
Doktor	15	6.6
Hemşire Ebe, diğer sağlık per.	3	1.3
Kendi	81	35.5
Eşi	48	21.1
Birlikte	81	35.5
Toplam	228	100

İsteyerek yapılan gebeliği sonlandırma işleminin bir a.p. yöntemi olup olmadığı sorusuna ise kadınların 232'si (%81.1) hayır, 36'sı (%12.6) evet yanıtını verirken 18'i (%6.3) bilemediklerini belirtmişlerdir.

İsteyerek yapılan gebeliği sonlandırma işleminin bir a.p. yöntemi olup olmadığıyla, kadınların isteyerek gebeliklerini sonlandırıp sonlandırmadıkları arasında bir

değerlendirme yapılmış ve aralarında önemli bir ilişki bulunmuştur. Kadınların hemen hemen tamamı (isteyerek gebeliklerini sonlandırsınlar ya da sonlandırmassınlar) isteyerek gebeliklerini sonlandırma işleminin bir a.p. yöntemi olmadığını belirtmişlerdir (Çizelge 9.2.13).

Çizelge 9.2.13: Bireylerin isteyerek gebeliği sonlandırma işlemini a.p. yöntemi açısından değerlendirmesi

İsteyerek yapılan gebeliği sonlandırma işlemi bir a.p. yöntemi midir?	Hiç isteyerek gebeliğinizi sonlandırdınız mı?		
	Evet	Hayır	Toplam
Evet	24	12	36
Hayır	85	147	232
Bilmiyor	6	12	18
Toplam	115	171	286

$$X^2 = 11.55 \quad p < 0.05$$

Araştırmamıza katılan kadınların 54'ü (%18.9) gebeliğin isteyerek sonlandırılması sırasında alınan materyalin kullanılabilceğini, 131'i (%45.8) kullanılamayacağını, 101'i bu konu hakkında herhangi bir bilgileri olmadığını açıklamışlardır.

Kadınlara bu materyalin tıpta sağlık tedavi amacıyla kullanılabilceği açıklandıktan sonra 166 kadın (%58.0) böyle bir uygulamaya izin veremeyeceğini, 99 kadın (%34.6) izin verebileceğini, 21 kadın ise (%7.3) bilemediklerini belirtmişlerdir.

A.p. merkezine başvuran kadınların 164'ü (%58.4) yani yaklaşık yarısından fazlası danışmanların kendileriyle aynı cinsten olmasını istemişlerdir.

Kadınların eğitim durumuyla herhangi bir a.p. merkezine başvurdukları zaman danışacakları kişilerin kendileriyle aynı cinsten olmalarını isteyip istemedikleri konusunda bir değerlendirme yapılarak, ikisi arasında önemli derecede bir ilgi olduğu bulunmuştur. Başvuran kadınların yarısından fazlası ilkokul mezunudur. Eğitim durumu düştükçe kişilerin karşı cinsle olan ilişkilerinin boyutu da daralmakta, kişiler rahat ilişkiler kuramamaktadırlar (Çizelge 9.2.14).

Çizelge 9.2.14: A.p. hizmetlerinden yararlananların eğitim durumu ve danışmanın cinsiyeti

Danışmanın sizinle aynı cinsten mi olmasını istersiniz?	Eğitim durumu						Toplam
	Okuma yazma bilmiyor	Okur-yazar	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Yüksek- okul mezunu	
Evet	6	7	110	11	24	6	164
Hayır	3	1	62	18	26	7	117
Toplam	9	8	172	29	50	13	281

$$X^2 = 13.25 \quad p < 0.05$$

207 kadın (%83.5) danışmanların kendilerini ilgiyle, 30 kadın (%12.1) saygıyla, 11 kadın ise (%4.4) ilgisiz karşıladıklarını belirtmişlerdir.

Danışmanların anlattıklarının anlaşılır düzeyde olduğu başvuranların hemen hemen tamamı tarafından (237 kişi %91.9) ortaya konulmuştur.

Araştırmamızda a.p. merkezine başvuran kadınların ne amaçla buralara geldiklerinin yaklaşık %70'ine sorulmuş olduğunu gördük (198 kişi %69.1).

Kadınların 137'sinin amacı (%68.5) bir daha çocuk sahibi olmak istememe, 32'sinin (%16.0) doğuma ara verme, 31'inin (%15.5) sağlık problemleridir.

Araştırma bulgularımızı sağladığımız adı geçen sağlık kuruluşlarında etkili a.p. yöntemleri verildiğinden, açıklanan a.p. yöntemlerinde ilk sıraları bu yöntemler almaktadır. 132 kadına (%51.1) Ria, 59 kadına (%22.9) kondom, 33 kadına (%12.8) cerrahi yöntem, 29 kadına (%11.2) hap açıklanmıştır (Çizelge 9.2.15).

Açıklanan yöntemlerin uygulamalarında bu sağlık kuruluşlarında yapılıyor olması yöntemlerin devamının sağlanmasına kolaylık getirmektedir. Sonuçlarımızda da bu rahatlıkla görülmektedir. 197 kadına (%76.4) yöntemlerin devamına ne şekilde ulaşabilecekleri anlatılmasına rağmen 61'ine (%23.7) bu konuda bilgi verilmemiştir.

A.p. yöntemlerinin yan etkilerinin açıklanması ile ilgili soruya 174 kadın (%67.4) evet cevabı verirken, 76 kadın (%28.5) hayır, 8 kadın ise (%3.1) kısmen cevabını vermişlerdir.

Çizelge 9.2.15: Açıklanan a.p. yöntemleri

A.p. yöntemlerinden hangisi açıklandı?	Kişi sayısı	% Dağılımı
Ria	132	51.1
Hap	29	11.2
Kondom	59	22.9
Cerrahi yöntem	33	12.8
Norplant	1	0.4
Geri çekme	2	0.8
Fitil	1	0.4
Takvim	1	0.4
Toplam	258	100

Başvuruda bulunan kadınların 122'si (%47.2) yalnız, 118'i (%45.7) başka hastalarla birlikte, 18'i (%7.0) ise eşyle birlikte danışmanla görüşmüşlerdir.

Araştırmaya katılan kadınların 194'ü (%78.2) danışmanların kendilerini yargılamadan sorunlarına yaklaştığını, 38'i (%15.3) danışmanların yargıda bulduklarını belirtirken, 16'sı (%6.5) net bir cevap verememişlerdir.

Danışmanların kendilerine gerçek, açık ve ayrıntılı bilgi verdiğini 195 kadın (%75.6) onaylarken 42 kadın (%16.3) bilgiyi yeterli bulmadığını, 21 kadın ise (%8.1) kısmen yeterli bulduğunu açıklamışlardır.

A.p. merkezine başvuran kadınların 91'i (%32.0) anlayabilecekleri şekilde sade, 82'si (%28.9) çok açık ve net, 77'si (%27.1) tam ve doğru, 32'si (%11.3) rahatlatıcı ve ikna edici, 1'i (%0.4) tüm a.p. yöntemleri yazılı broşür, 1'i (%0.4) eşlerle birlikte açık ve anlaşılabilir şekilde bir bilgilendirme istemişlerdir.

Danışmanlarla görüşme yaptıktan sonra hangi a.p. yöntemini kullanacakları konusundaki kararı kadınların 132'si (%53.2) kendi, 81'i (%32.7) eşleriyle birlikte, 29'u (%11.7) eşlerinin, 6'sı (%2.4) doktorunun verdiğini bildirmişlerdir.

10. TARTIŞMA

Yeni tıbbi teknolojiler, ahlaki değerlere kafa tutmakta ve bazen bir kültürden diğerine değişebilen gerçekleri ortaya çıkarmaktadır. Ahlaki yansımalar (yaklaşımlar) için büyüyen ihtiyaç, bir disiplin olarak biyoetiğin önemini açıklayabilir. Üreme, çoğalma sorunu, biyoetik çalışmalarının önemli bir kısmını oluşturur. Büyük olasılıkla, başka hiç bir etik konusu, toplumun her kesiminde, böyle ateşli zıtlıkları -görüş farklılıklarını- içinde gizleyemez. Üremenin bir bireyin hayatının en özel ve gizli yönünü teşkil etmesi ve sonuç olarak toplumun en duyarlı olduğu bir konu olması şaşırtıcı değildir (13).

Ancak 20. y.y.'daki bilimsel, teknik ve sosyal gelişmeler, Peternalistik yaklaşımın yetersiz kalmasına yol açmış, yeni bir etik yaklaşım şekillenmeye başlamıştır. "Liberal" ya da "çağdaş" olarak adlandırılan bu yaklaşım; hasta hakları, hastanın özerkliği ve aydınlatılmış onam kavramlarına dayanmaktadır. Bu modelde, hasta kendisi hakkında karar verilen edilgen konumdan çıkmış, tedavi kararına katılan bir birey olarak algılanmaya başlamıştır (71).

A.p. uygulamalarında da bu tür bir etik yaklaşımın sürdürülmesi önemlidir. A.p. hizmetlerinden yararlanmak için başvuran kişiler "hasta" değildirler. Ancak bu konuda sağlık hizmetlerinden yararlanmak bu kişiler için bir temel haktır.

Kişiler kendi doğurganlıkları planlamak, gebeliklerini sürdürmek veya sonlandırmak için a.p. hizmeti veren sağlık kuruluşlarına başvurdukları ve bir sağlık hizmeti aldıklarından tüm tıp etkinliği için geçerli olan etik ilkeler bu alan içinde geçerlidir.

Araştırmamızda a.p. merkezlerine başvuran kadınların 148'i (%51.4) en fertil çağ olan 25-34 yaş grubu arasındadır.

1990 yılında Ünalın tarafından yapılan benzer bir araştırmada da kadınların %54.3'ü 25-34 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir (78).

Araştırmamıza katılan kadınların 175'i (%61.2) ilkokul düzeyinde eğitim görmüştür. Bu oran 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda saptanan %55.0'lik düzeyden yüksek bulunmuştur (76).

A.p., çiftlerin yüksek riskli gebeliklerden kaçınmalarını sağlayan ve böylece anne ve çocuk ölümlerini önleyen etkili bir yoldur. Dünyadaki tüm veriler en yüksek anne ve bebek ölüm hızlarının dört tip gebelikte görüldüğünü kanıtlamıştır.

- 1- 18 yaşından küçük gebelikler
- 2- 35 yaşından büyük gebelikler
- 3- 4 ve daha fazla çocuktan sonraki gebelikler
- 4- 2 yıldan daha az aralıklı gebeliklerdir (2).

A.p. merkezine başvuran kadınların son iki gebeliklerinin arasındaki süre incelendiğinde 58'inin (%25.3) 2 yıldan daha az aralıklarla gebe kaldığı ve riskli bir grup oluşturduğu görülmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde aşırı doğurganlığın ailelerin fazla çocuk istemesine bağlı olmayıp, tam tersine istenmeyen gebeliklerin fazla olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. İstenmeyen gebeliklerin fazlalığı, bir taraftan kaba doğum hızının yüksek olmasına neden olurken, diğer taraftan düşüklerin artmasına da neden olmaktadır.

Düşüklerle ana ölümleri arasındaki ilişki, özellikle düşüğün yasal olup olmamasında bağlıdır. Çocuk düşürme en uygun koşullarda ve uzman ellerde yapılsa bile, bir operasyon olduğu için belli riskleri taşır. Çocuk düşürmenin ana sağlığına olan olumsuz etkisi, gebelik süresi uzadıkça artar (78).

Yöntemlere ulaşımın ya da psikososyal faktörlerle yöntem kullanımının yetersiz kalması veya yöntemlerin etkili olmaması nedeniyle, kadını isteyerek düşüğe yönelten istenmeyen gebelikler ortaya çıkabilmektedir (76).

A.p. hizmetlerinin etkin biçimde sunulmadığı toplumlarda istenmeyen gebeliklerin sayısı yüksektir ve bunlarında önemli bir bölümü düşükle sonlandırılır.

Türkiye'deki durumda budur. Türkiye'de isteyerek çocuk düşürmelerin evli ve doğurgan çağdaki kadınlar arasında yaygın bir uygulama olduğu ve zaman sürecinde giderek arttığı saptanmıştır. Yerleşim yerine göre gebeliği sonlandırma yöntemi değişmektedir. Kürtaj ile gebeliğe son verme konusu çok sık tartışılan konuların başında yer almaktadır. Kürtaj doğum kontrolünde ilk sırayı almamalıdır. Diğer korunma yöntemleri başarılı oldukça kürtaj zorunluluğunun azalacağı açıktır.

Bir kadının gebeliğine son verilmesi kural olarak kişilik haklarına saldırı niteliği taşıyan, hukuka aykırı bir davranıştır. Bu nedenle kürtaj ve çocuk düşürme yöntemleri onaylanmayan girişimler niteliğindedir. Ancak bazı durumlarda gebeliğe son verilebileceği kabul edilir. Bu konuda değişik ülkelerde yasalaştırma yoluna gidilmiştir (81).

Ülkemiz 27.5.1983 tarih ve 2827 sayılı "Nüfus Planlama Hakkında Kanun"un kabulüyle hizmete ihtiyacı olan her kadına güvenli düşük hizmeti sunmayı seçmiştir.

Bu yasaya göre;

- Gebeliğin ilk 10 haftasında isteğe bağlı düşükler yasallaştırılmıştır.
- Kadının ve (eğer kadın evli ise) eşinin onanımın alınması gerekmektedir.

Araştırmamız sırasında kadınların 115'inin (%40.2) gebeliklerini isteyerek sonlandırdıklarını ve bu işlemin yasal ve tıbbi sorumlusu hekimler tarafından yapıldığını saptamış bulunuyoruz. Bizim elde ettiğimiz sonuç Edirne Merkezinde yapılmış diğer bir araştırmanın sonucunda elde edilen %34.6'lık orandan daha yüksektir (77). 1993 TNSA'daki %52.4'lük isteyerek gebeliğin sonlandırılması oranından daha düşük bulunmuştur (76).

İsteyerek gebeliklerini sonlandıran kadınların tamamı, bu işlemin yasal sınırı olan 10. hafta dolana dek gerçekleştirilmiş olduğunu belirtmişlerdir. Bizim elde ettiğimiz sonuç 1993 TNSA'da elde edilen %87.5'lik gebeliğin yasal süre içinde sonlandırılması oranının üstündedir (77). Araştırma bulgularımızı a.p. hizmeti veren resmi sağlık kuruluşundan sağlamış olmamız bize böyle bir sonuca götürmüştür.

Çünkü adı geçen sağlık kuruluşlarında gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar gebeliklerin isteyerek sonlandırılması işlemi yapılmaktadır. Kadınlar, işlemden önce yasaya uygun olarak kendilerinden ve eşlerinden yazılı izin alındığını ancak izin öncesi bilgilendirilmediklerini açıklamışlardır. Gebeliklerini isteyerek sonlandıran kadınların 32'si (%27.8) eşlerinden yazılı izin alınması gerekmediği görüşünü savunmaktadır.

Her türlü hukuki işlemi yapabilen, sorumluluk altına giren kadının, doğrudan doğruya kendisini ilgilendiren bu konuda eşinin rızasının aranması sakıncalı olabilir. Bu konuda eşin hakları ile kadının hakları çeliştiğinde nasıl davranılması gerektiği tartışma konusudur. Burada kadının kendi bedeni üzerinde karar verme hakkı öncelikli görünmektedir. Erkeğin doğması beklenen bir çocuk konusundaki istekleri kadının bedeni hakkında bağımsız karar verme hakkı ile çelişmemelidir.

İsteyerek gebeliğin sonlandırılmasına karşı olanlar oluşmakta olan bir çocuğun da bir kişi olduğunu ve bu kişinin de yaşam hakkının göz önünde tutulması gerektiğini, baba imzasının oluşmakta olan kişinin yasal hakkının savunulması nedeniyle gerekli olduğunu ileri sürebilirler.

Oysa ana bedeninin dışında yaşayamıyacak, belli bir düzeye ulaşmamış, gebelik ürünü "kişi sayıp bu kişinin haklarının gebe kadının hakları ile çeliştiğinde öne almak" haklı bir neden olamaz. Bu konu 10. haftayı aşmayan gebeliklerde onam ile gebeliği sonlandırmayı serbest bırakmanın amacına ters düşmektedir (27).

İsteyerek gebeliğin sonlandırılması etik açıdan da kabul edilebilir bir şey değildir. Ancak belli koşullar altında tolere edilebilir. Fakat genel kabul gören bir çizgi çizmeye çalışmaktansa her vaka kendi şartları içinde analiz edilmelidir (13).

Araştırmamız sırasında kadınların 232'si (%81.1) isteyerek gebeliği sonlandırma işleminin bir a.p. yöntemi olamayacağını belirtmişlerdir. A.p. hizmetlerinin etkin ve yaygın bir biçimde yeniden gözden geçirilerek ilgililere ulaştırılması istenmeyen gebeliklerin isteyerek sonlandırılmasını büyük ölçüde azaltabilir.

Kişinin bir değer olarak beden bütünlüğü üzerindeki hakkı tıbbi müdahaleler bakımından önem taşır.

Kural olarak tıbbi müdahalelerde, kendisine müdahale yapılacak kişinin izin ve onamını almak zorunludur.

Hekim sorumluluğu bakımından hastanın onamı yanında, en az onun kadar önemli bir diğer konu, hekimin hastayı aydınlatması bilgilendirilmesidir. Hekim hastasının onamını alırken yapılacak işler ve sonucu hakkında hastaya bilgi vermek durumundadır (1).

Bu aynı zamanda aydınlatılmış onamın (informed consent) ön şartı olarak da önemlidir. Aydınlatılmış onamın sağlanması tıp, etik ve hukuk açısından da bir zorunluluktur. Aydınlatılmış onamın yasal doktrini önerilen tedaviyi veya teşhis yöntemini kabul etme veya vazgeçme konusunda karar verirken hastaya bütün bilgilerin hekim tarafından sunulması gereklidir. Tedavinin niteliği, amacı, riskleri, yararları ve alternatifleri gösterilmelidir. Bundan sonrası hastanın bu önerileri kabul etmesine veya reddetmesine kalır (26).

Bu konuda yönlendirici ilke, insana saygı ilkesidir ki, bu, bilinçli hastanın bilme ve karar verme hakkına sahip olması anlamına gelir. Bilinçli hastanın kendi tıbbi bakımı hakkında doğru karar verebilmesi için herşey hakkında bilgi sahibi olma hakkı vardır.

Hastanın özerk kararlarına saygı duymak aynı zamanda doktorun ahlaki görevidir. Gerçekte, tıbbi bakımın temeli hastanın yararınadır. Bu nedenle bilgi verilmeden alınan onam geçerli değildir, müdahalede bulunacak kişilere işleme başlama veya devam etme hakkı tanınmaz. Ancak hasta kendi kendine karar veremiyorsa o hastanın kararlarını göz önüne almamak saygısızlık ve hakaret anlamına gelmez (68).

Hasta kendisine sunulan olanaklar karşısında seçim yaparak yargıda bulunur. Hastanın kendi yararına olarak vücut bütünlüğü üzerindeki hakkı ile ilgili kararı verebilmesi ancak uygulanacak tedavinin içeriğini, hastalığın sebeplerini, yapılacak müdahalenin sınırını, kapsamını bilmesi ile mümkündür. Yapılacak açıklama kültürel, toplumsal ve psişik duruma uygun olmalıdır. Kişilerin bu özellikleri bilinerek anlaşılır bilgiler verilmelidir (69).

Kant'ın insana saygı ilkesi gereğince hasta hakları sonuna kadar üstün tutulmalıdır. Bu aydınlatılmış onam içinde çok önemli bir konu olmaktadır. Benzer şekilde Mill kişinin davranışlarına müdahale edilemeyeceğine, bu müdahalenin hürriyete müdahale olacağını açıklar (26).

Araştırmamız sırasında a.p. merkezine başvuran isteyerek gebeliklerini sonlandıran kadınların 76'sı (%66.1) böyle bir müdahaleden önce müdahale, olası riskleri ve sonuçları hakkında bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. Sağlık hizmeti veren kişiler onam alma konusunda ihmalkar davranmakta ve temel etik ilkelerimizle çelişir görünmektedirler.

Gebeliğin sonlandırılmasından sonra kişiler iyileşme süreleri kontrole gelecekleri tarih, dikkat etmeleri noktalar konusunda aydınlatılmalıdır. Bu insana verilen değerden dolayıda önemlidir. Araştırmamızda kadınların 77'si (%67.0) bu konularda bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Ancak bu bilgilerin yetersiz olduğu 63 kadın (%54.8) tarafından açıklanmıştır.

Bir tıbbi girişim öncesi ve sonrası ilgili kişinin aydınlatılması hem etik hem yasal bir haktır. Araştırma bulgularımız kişilere verilen bilgilerin yerine ulaşmadığını düşündürmektedir. Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin olarak bu işlemin öncesi ve sonrasında ilgili kişilere verilecek bilgilerin onların sosyal ekonomik, kültürel ve ruhsal durumları dikkate alınarak tam ve doğru anlayabilecekleri bir dil kullanmanın gerekli olduğu ortaya çıkmıştır.

Gerek eğitimde ve gerekse uygulamada eğitim ve doğru bilgilendirmenin faydaları inkar edilemez. Yanlış ve yetersiz bilgilerin, lüzumsuz korku ve çekinmelerin önlenmesi yolunda doğru ve anlaşılır bilgi vermenin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

Belki esas olarak politik baskılar nedeniyle düşük, sağlık hizmetleri planlamasında hemen hemen gözardı edilmektedir. Sonuçta çoğu kadın için düşük sonrası kontraseptif bilgilerin yetersiz kalmaya devam etmesiyle post-partum programlarda ortaya konduğu gibi düşük sonrası programlarda da hizmet görebilmeleri yetersiz olmaktadır. Gerçekte psikolojik, medikal ve kontraseptif ihtiyaçlar arasındaki

farklılıklar dikkate alındığında düşük sonrası programlarda bazı boşluklar olduğu görülmektedir.

Kontraseptif yöntemler, bu konularla ilgili kesin doğru bilgiler, hassas bir danışmanlık ve bakımla ilgili başvuracakları birimler, özellikle düşüğü bulunan kadınlar açısından önemlidir.

Politikacıların sorumluluğu ve sağlık çalışanlarının bu tip hizmetlere karşı kadınlara verdiği hizmetler bir bütündür. Kanunların çok yüksek oranda sınırlayıcı olmasına rağmen, pratikte bazı vakalarda ortaya çıkan durumlar politikada da bazı değişmelere yolaçabilmektedir.

Düşük bakımı, a.p. programları birbiri içinde yer alan konulardır. Bu birliktelik uygulanan kişiler tarafından bilinmeli, fonksiyonel bağlantılar ve eğitim programları bu iki hizmet grubu arasında geliştirilmelidir.

A.p. merkezlerinin kapasitesi yanında bir kadının psikolojik ve sosyal ihtiyaçları düşük sonrası kontraseptif protokollerinin belirlenmesinde dikkate alınmalıdır. Uzun süreli yöntemle bağlı çalışmalar eğer kadın endişeliyse, ağrısı varsa, emosyonel veya fiziksel baskı altındaysa buna göre düzenlenmelidir. Ayrıca a.p. düşüğe yönelik programlarda özel grupların ihtiyaçlarını (adölesan ve HIV (+) kadınları da) içeresine almalıdır. Düşük sonrası bakımı a.p. servislerini kapsamalıdır (55). Araştırma bulgularımızı sağladığımız a.p. hizmeti veren sağlık ünitelerinde bu özel gruplara ayrı bir hizmet verme yönünde herhangi bir girişimin olmadığı görülmüştür.

Gebeliğin sonlandırılması işleminden sonra kadınların işlemin yapıldığı yerden bir yöntemle ayrılması beklenmektedir. Ancak işlemten hemen sonra kadınlara sadece RİA önerilmektedir. Bu önerme karşısında kadınların yalnızca iki seçenekleri vardır. Yöntemi kabul etmek veya reddetmek. Başka yöntemler önerilmediğinden diğer bir yöntemi seçmek gibi bir alternatifleri kalmamaktadır. Ancak bu uygulama etik kurallara uymamakta, danışmanlık ilkeleriyle de çelişmektedir.

Kadınlara düşük hizmeti verilirken, etkili gebeliği önleyici yöntem kullanma konusunda danışmanlık yapılması için bir fırsat doğmaktadır. Ancak sağlık personeli

tüm düşük yapmış kadınlara RIA gibi hekim desteği gerektiren yöntemi sunmakta, tüm yöntemler konusunda kişiyi bilgilendirme ve mevcut sıkıntıları gidecek girişim fırsatını akılcı değerlendirememektedir.

Kişi yaşamı üzerinde tasarruf edemediği gibi kural olarak sağlığı ve beden bütünlüğü üzerinde de tasarrufta bulunamaz. Yaşayan beden ve bunun organları üzerinde, herkesin kişilik hakkı mevcuttur.

Kural olarak kişinin sağlık kazandırıcı ya da bir hastalık veya sakatlığı giderici nitelikteki tıbbi müdahalelerle yüz yüze kalabilmesi, onun vereceği izinle mümkündür. Bundan başka kişinin, beden bütünlüğü üzerinde "başkalarına sağlık kazandırma" amacıyla da tasarrufta bulunabilmesi mümkündür. Vericinin vücudunda sürekli bir eksikliğin kalması söz konusu ise, verilen izin de, yapılan tıbbi müdahale de kişilik haklarına aykırı sayılacaktır (11).

1928 yılından beri fetal dokuların transplantasyonu ile ilgili araştırmalar hayvanların yanı sıra insanlar üzerinde de sınırlı bazı çalışmalarla sürdürülmektedir (65). Bu konuda parkinson, huntington hastalığı, spinal kord lezyonları, şizofreni, diabetes mellitus, karaciğer enzim yetmezliği ya da faktör eksikliği, fetal hematopoetik stem hücre transplantasyonu, immün yetmezlik hastalıkları, retinal hastalıkların iyileştirilmesi yönünde olumlu bulgular elde edilmiştir (54).

Dünyada 1970'lerden başlayarak kürtajın yasallaşması ile fetal araştırmalar ile ilgili çalışmalar yoğunlaşmış olup bu gelişme konu ile ilgili etik tartışmaları başlatmıştır.

Spontan ya da terapötik abortus kaynaklı fetal donörlerden alınan dokuların (hücrelerin) transplantasyon amacı ile kullanılmasında çoğu kez aileyi ilgilendiren bir etik sorun gündeme gelmez. Ancak bir çıkar karşılığında fetal dokuların sağlanması amacıyla elektif olarak gebeliğin sonlandırılmasının etik yönden kabul edilmesi imkansızdır (14).

Fetal dokuların transplantasyonunda tartışmaların ağırlık noktasını, düşük olayından çok "düşüğün kasıtlı olarak" başlatılması oluşturmaktadır. Düşüğe karşı

çıkarılan çoğu eğer araştırma kasıtlı olarak sona erdirilmiş fetal dokuyu kapsıyorsa bu tür araştırmaların azaltılmasını istemektedir.

Spontan düşüklerden elde edilen doku hem kalite hemde kantite olarak tıbbi gereksinimleri karşılayabiliyor ise indüklenmiş düşüklerin etik problemlerinden kaçınmak için tercih edilmelidir (3).

Elektif abortus için hekime başvuran bir kadınla hekim arasında fetal doku bağıışı konusu abortus işleminin sonuna kadar açılmamalıdır. Bağıış tartışmasının bu şekilde ertelenmesi kadının bağıımsız moral bir kişi olarak karar vermesinde mutlaka etkili olacaktır.

Fetal doku bağıışının neleri kapsadığıının ve ne anlama geldiğinin yeterli sayılacak erken bir zamanda ve geniş bir bilgi ile kadına iletilmesi, kadının düşük konusunda amaçlananın aksine seçim yapma hususunda kandırıldığı kuşkularını ortadan kaldıracaktır.

Fetüsün sonuna kadar araç ya da yedek parça olarak kullanılmasının "insan hayatına saygı" ilkesine ters düşeceği de göz önünde tutulmalıdır.

Araştırmamıza katılan kadınların 54'ü (%18.9) fetal dokuların tıpta sağıık, tedavi amacıyla kullanılabileceğini, 131'i (%45.8) kullanılamayacağını, geri kalan kısmı ise bu konu hakkında herhangi bir bilgileri olmadığını açıklamışlardır. Kadınlara fetal dokuların tıpta sağıık, tedavi amacıyla kullanılabileceği hakkında bilgi verildikten sonra 166'sı (%58.0) böyle bir uygulamaya izin verebileceklerini, 99'u (%34.6) izin vermeyeceğini, 21 ise (%7.3) yorum yapamayacaklarını belirtmişlerdir.

A.p. da önemli bir kilometre taşı da 1983'de çıkarılan 2827 sayılı yasadır. Bu yasa ile isteğe bağılı düşükler ve gönüllü cerrahi sterilizasyon yasallaşmış, ebelerin RİA uygulamasına ve pratisyen hekimlerin menstrüel regüstasyon yöntemiyle gebelikleri sonlandırmasına izin verilmiştir.

A.p. hizmetleri büyük oranda sağıık ocakları ve Ana Çocuk Sağıığı ve Aile Planlaması Merkezleri aracılığıyla, Sağıık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. Devlet

hastanelerinde de a.p. hizmeti verilmekte, ayrıca bu kurumlarda cerrahi sterilizasyon operasyonları ve gebeliği sonlandırma işlemleri yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı dışında, Sosyal Sigortalar Kurumu gibi diğer kamu sektörü kurumları da a.p. hizmeti vermektedirler. Bu hizmetler, devlet kurumlarında ücretsiz olarak sunulmaktadır. Özel sektör kesiminde çalışan hekimler de hizmet sunan bir başka önemli kısmı oluşturmaktadır. Ayrıca, gebeliği önleyici hap, kondom ve spermidler de eczanelerden satın alınabilmektedir.

A.p. programlarının başarısının değerlendirilmesinde halen kullanılan yöntem en yaygın kullanılan ölçüt olmaktadır.

1993 TNSA'na göre Türkiye'de halen evli kadınların %63'ü gebeliği önleyici bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullanan kadınların çoğunluğu modern bir yöntem kullanmaktadır (%35). Fakat önemli bir kısımda geleneksel yöntemlerle gebelikten korunmaktadır (%28). Geleneksel yöntemler içinde, geçmiş araştırmalarda olduğu gibi, en çok kullanılan yöntem geri çekmedir (%26). Modern yöntemler içinde en çok kullanılan yöntem RİA (%19), kondom (%7) ikinci, hap (%5) ise üçüncü sırada kullanılan yöntemler olarak sıralanmaktadır (76).

Dünya çapında, doğurgan kadınların yarısından biraz fazlası (%51) bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Ancak kontraseptif kullanma prevalansı, Nijerya'da %5, Pakistan'da %8, Bangladeş'te %25, İngiltere'de %83, Çin'de %81 ve ABD'de %68 gibi geniş sınırlar içinde değişmektedir (45).

Araştırmamızda a.p. merkezine başvuran 286 kadından 227'si (%79.6) şu an gebeliği önleyici bir yöntem kullandığını açıklamıştır. Bu sonuç sevindiricidir., Çünkü 1993 TNSA'ndaki %63'lük ve dünya çapındaki %51'lik orandan yüksektir (76). Kişiler a.p. konusunda gittikçe bilinçlenmektedirler.

Etkili yöntem kullanımında ilk sırayı (80 kadın) %35.4'le kondom, ikinci sırayı (76 kadın) %33.6 oranıyla RİA, üçüncü sırayı (14 kadın) %6.2 oranıyla hap almaktadır. Gebeliğin sonlandırılması işleminden sonra kişilere önerilen etkin yöntem RİA olmasına rağmen genel değerlendirmede ikinci sırada oluşu dikkat çekicidir. Burada bir

hizmet açığı olduğu ve kadınların etkili yöntemler arasında seçici davrandıkları söylenebilir. Araştırmamız sırasında tüpligasyon oranının (13 kadın) %5.8'le hapın hemen ardından geliyor olması da önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

1993 TNSA'na göre yöntem kullananların çoğunluğu (%55) yöntemleri devlet sektöründen sağlamışlardır (Sağlık ocağı, AÇS-AP %35, Devlet hastanesi %20), özel sektör içinde, eczaneler %25, özel hekimler %15 ve özel hastane-klinikler %3 oranında pay almaktadırlar (76).

Etkili a.p. yöntemleri araştırma bulgularımızı sağladığımız Eskişehir Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve Eskişehir Doğum ve Çocuk Bakımevi Aile Planlaması Ünitesinde verilmektedir. Kadınların 119'u (%52.4) yöntem temini için bu merkezlere başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç 1993 TNSA'ndaki %55'lik orana çok yakındır. Yöntem temininde başvuru eczane (14 kadın) %6.2, özel doktor (14 kadın) %6.2, özel hastane-klinik (5 kadın) %2.2 oranları 1993 TNSA'ndaki oranlardan düşük bulunmuştur.

Yöntem kullanan hemen tüm kadınlar, aynı zamanda yöntemi elde edecekleri yeri de bilmektedirler.

"A.p. da kararlar gönüllü olarak alınır, ayrıca kişiler veya çiftler kullanacakları yöntemi bilinçli olarak seçmelidirler. Eğer kişiler veya çiftler çocuk sahibi olma konusundaki kararlarını, a.p. yöntemlerini ve a.p.'nin yaşamları ve çocuklarının yaşamları üzerindeki anlamının ne olduğunu öğrenmeden, bilmeden alıyorsa bu gönüllü bir karar değildir".

Kontraseptif seçimi önemli bir karardır. Kullananın yaşam şekline sosyal normlarına uygun düşmeyen bir yöntem ise, çoğunlukla doğru ve sürekli kullanılamamaktadır. Bu seçimi kimin yapması gerekir? İdeal olan, kontraseptifi kullanacak kişinin, eşinde duygu ve düşüncelerini sorarak karar vermesidir (45).

Araştırmamız sırasında a.p. merkezine başvuran kadınların 162'si (%70.0) kullandıkları a.p. yöntemi ile ilgili kararı sadece kendileri ya da eşleriyle birlikte

verdiklerini saptamış bulunuyoruz. Bu sonuç kararın gönüllü olarak verildiğini ve kadınların doğurganlık döngüsünü kırmak için kendi bedenleri üzerindeki haklarını kullandıklarını göstermektedir.

İdeal a.p. programı kullanıcının ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak için planlanmış olmalıdır. Kullanıcılar yüksek kalitede hizmet alma hakkına sahiptir ve böyle bir hizmeti hak ederler. Bir programın başarılı olabilmesi için kullanıcıların memnun olması şarttır. Program yöneticilerinin oynadıkları rol de eşdeğer önemdedir. Program yöneticileri hizmet kalitesini devamlı olarak iyileştirmeye çalışmalıdırlar, çünkü kalitedeki iyileşme kişilerin doğurganlık hedeflerine ulaşmalarını sağlayabilir (64).

A.p. hizmetlerinde danışmanlık önemli bir süreçtir. Danışmanlığın amacı, kişilerin kendilerine en uygun a.p. yöntemini bilinçli ve gönüllü olarak seçmelerine ve bunu doğru ve sürekli olarak kullanmalarına yardımcı olmaktır. Danışman bu hizmeti başvuran kişi ve mümkünse eşi ile karşılıklı konuşarak vermelidir. Karşılıklı bilgi ve fikir alışverişi, tartışma ve görüşme danışmanlığın vazgeçilmez unsurlarıdır (22).

Hizmet nerede verilirse verilsin, a.p. sağlık eğitimin hedefi aynıdır. Başvuran, seçtiği kontraseptif yöntemle ilişkin yeterli bilgiyi, onu emniyetle ve etkili olarak kullanabilmesi için öğrenmelidir. Hizmet vereni, kendisine güvenilir, doğru bilgi veren kaynak olarak görebilmelidir.

Yöntemlerin ulaşılabilirliği, özellikle yöntemler hakkında gerçek ve doğru bilgilerin, yarar ve zararının anlaşılabilir bir ifadeyle verilmesi etik açıdan önemlidir.

A.p.'da bilinçli kabul, uygulama, etik ve yasal açıdan önemlidir. Uygulama yönünden bakılırsa, kontraseptif yöntemi bütünüyle anlayan kişi onu daha büyük güven ve etkinlikle kullanılır. Etik açıdan herkesin kullandığı yöntemle ilişkin tam bilgi sahibi olmaya hakkı vardır. Yasal açıdan ise, klinisyen, hastasına a.p. yöntemlerine ilişkin, bilinçli bir seçim yapabilecek düzeyde bilgi vermek zorundadır.

Bilinçli kabul konusu, özellikle kontrasepsiyon alanında, bu hizmetin tedavi amaçlı olmamasından dolayı çok önemlidir. Bir başka deyişle, a.p. yöntemleri, sağlıklı

kişilerin kendi istekleri üzerine, tedavi gerektiren geleneksel tıbbi endikasyonlar olmaksızın uygulanır.

Bilinçli kabulün yasal standartları, eskiden olduğu gibi "yerel toplumsal" özellikler değil, "makul-kabul edebilir kişi" standardına dayandırılır. Kontraseptifi kullanan kişi, makul bir kişinin gerçekten bilinçli bir seçim yapabilmesi için gerekli bütün bir bilgiyi almış mıdır? Bireyin yöntemle ilgili yeterli bilgiyi alıp almadığı ve kendi adına bir karar vere yeterliliğinin bulunup bulunmadığı saptamak, klinisyenin sorumluluğudur. Herhangi bir etki olmaksızın, gönüllü karar alınması etik açıdan önemlidir (45).

A.p. için başvuruların sahip olduğu 10 hak, Uluslararası Planlanmış Ebeveynlik Federasyonu tarafından şu şekilde özetlenmiştir.

Bilgilenme, elde edebilme, seçme, güven duyma, gizlilik, mahremiyet, saygınlık, rahat hissetme, sürekli hizmet alma, görüşlerini bildirme (64).

Bireysel özgürlük ilkesi (otonomi) kadının-çiftin üremeyele ilgili olarak karar vermesi ve ona göre eyleme geçmesi anlamında yorumlanabilir. Bunun için bireylerin bilgilenme hakları vardır. Kadının-çiftin uygulayacağı yöntemi ve sonuçlarını bilmesi ve bu nedenle ihtiyaç duyulan spesifik metodun etkinliği ve olası fayda ve zararları hakkında bilgi alabilmesi gerekir.

Adalet ilkesi; bütün kadınların-çiftlerin ihtiyaç duyuyorlarsa ve ihtiyaç duyduklarında a.p. hizmetlerinden yararlanmalarını gerektirir (46).

Araştırmamıza katılan kadınların 174'ü (%67.4) a.p. yöntemlerinin etkinliği, fayda ve zararları hakkında bilgilendirildiklerini açıklamıştır. Ancak bu sonuç tatmin edici değildir. Çünkü danışanların tümünün otonomi ilkesine bağlı olarak bilgilenme hakları vardır. Danışmanlar ise bu şekilde hem otonomi ilkesine yaklaşımı tam olarak yerine getirememekte hem de kadınların tümüne ihtiyaç duydukları bilgileri vermediklerinden adalet ilkesine ters düşmektedirler.

Kadınların 237'si (%95.6) danışmanlık hizmeti verenlerin kendilerini ilgi ve saygıyla karşıladıklarını belirtmişlerdir. Bu da danışanların saygınlık hakkının gözönüne alınarak hizmet verildiğini göstermektedir.

A.p. merkezlerinde etkili a.p. yöntemlerinin verildiği araştırmamızda saptanmıştır. Açıklanan yöntemler sırasıyla RİA (%51.2), kondom (%22.9), cerrahi yöntem (%12.8), hap (%11.2) olmaktadır. Yöntemlerin uygulamalarının da araştırmamızda adı geçen sağlık kuruluşlarında yapıyor olması yöntemlerin devamının sağlanmasına kolaylık getirmektedir.

Başvuruda bulunan kadınların yaklaşık yarısı 122'si (%45.7) danışmanların kendileriyle başka hastaların bulunduğu ortamda görüşme yaptığını, gizlilik haklarına yeterli özen gösterilmediğini açıklarken kadınların 94'ü (%78.2) danışmanların kendilerine yaklaşımlarının onların rahat hissetme haklarını gözönünde bulundurduğunu işaret etmektedir.

Türkiye'de "Nüfus Planlaması Yasası" ve "Aile Planlaması Programı" tarafından gebeliğin önlenmesi ve durdurulması "insan hakkı-temel hak" olarak kabul edilmiştir. Bireylerin a.p.'dan yararlanmak istemeleri etik bir haktır. Bireylerin bu konuda bilgilendirilmeleri "güvene dayanan ilişkiyi" ve bireyin "kendi hakkına karar verme hakkını" içinde barındırır ve yasalarca bu hak güven altına alınmıştır. Çünkü yasaca yeterli olan bir kişi, bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir.

Araştırmamız sırasında kadınların 213'ü (%85.9) gibi çoğunluğunun hangi a.p. yöntemini kullanacakları konusunda karar vermeleri (eşleriyle veya kendileri) kendi bedenleri üzerinde karar verme haklarını ve böyle bir hizmetten yararlanma haklarının olduğunu bildiklerine işaret etmektedir.

11. SONUÇ

A.p. nüfus kontrolünde başarılı olmanın ilk adımıdır. Bunun için belki en önemli sebep a.p. ile ana-çocuk sağlığı arasında doğrudan bir ilginin bulunmasıdır (28).

A.p.'nin uluslararası bir ilgi konusu olmasından sonra bu konudaki etik tartışmalar "niçin" sorusu üzerinde odaklanmıştır. İlgili ve şüphe, doğumları azaltma çabasının, sosyo-ekonomik gelişmeyi hızlandırma amacıyla zorlanıp zorlanmadığı veya daha kötüsü bu çabanın bir etnik grubun, ülkenin, dinin veya dünyanın fakir popülasyonunun yok edilmesine yönelik olup olmadığı konusunda yoğunlaşmıştır (33).

A.p. tanımı içinde yer alan temel kavramlar, tekrar gözden geçirildiğinde, ailelerin istedikleri zaman ve bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları, gelecek kuşakların her yönden daha sağlıklı olmalarını ve toplumun yaşam kalitesinin artmasını sağladığından bir anlamda öjenik düşüncesiyle bağdaşır görünmektedir.

A.p. programlarının gelişmesiyle etik tartışmalar "nasıl" sorusuna kaymıştır. İnsanlar yaşamlarının diğer konularında plan yaptıkları gibi kendi doğurganlıklarını da planlamak zorundadırlar (33). A.p. hizmetlerinden yararlanmak için başvuran kişilere verilecek hizmetlerin "nasıl" olursa daha yararlı olacağı, sağlık uğraşlarında hangi etik ilkelerin daha öne geçebileceği araştırılmaktadır.

A.p. uygulamalarının giderek yaygınlaşmış olmasına rağmen doğurgan çağdaki kadınlar istenmeyen gebeliklerle yüzyüze kalmaktadır. İsteyerek gebeliğin sonlandırılmasında yasal sınır "10 haftaya kadar" ifadesi ile belirlenmiş olsa da etik açıdan "yaşayabilirlik" kavramı gebeliğin sonlandırılmasında her zaman tartışılır bir konu olma özelliğini sürdürmektedir.

"Yaşayabilirlik sınırının" belirlenmesi tıp ve hukuk açısından bir zorunluluktur. Bu sınır, kadınlara anne olmayı isteyip istemediklerini ifade edebilecekleri bir zaman tanınması yanında fetüs açısından da çok önemlidir. Yaşayabilirlik sınırında fetüs kişilik haklarından yararlanabilme noktasına ulaşmıştır, bu aşamada gebeliğin sonlandırılması işlemi ağrı ve acıyı hissedecek konumdadır.

“Yaşayabilirlik sınırı”nın gebeliğin 28. haftasında en yüksek olduğu ifade edilmekte ve hukuken bu haftanın altındaki fetüslere kişilik tanınması mümkün görülmemektedir (29).

Tüm koşullar yerine getirilerek gebelik sonlandırılrsa bile, “ileride kişilik kazanacak olan ve yaşam umudu bulunan cenin dediğimiz varlığın geleceği üzerinde ananın söz sahibi olması ve onun varlığına son verilmesine onam vermesi doğru olur mu?” sorusu akla gelebilir. Unutmamak gerekir ki, kişilik kazanmış olan ve yaşayan ananın yaşam hakkı ve gelecek soyun sağlığı, henüz kişilik kazanmamış bulunan ceninin geleceğe dönük yaşama olasılığından daha ağır basar ve korunur (81).

İsteyerek gebeliğin sonlandırılması ve gebelik ürünlerinin transplantasyonları yeni etik sorunları meydana getirirken “Yaşayabilirlik sınırı” kavramının önemini bir kez daha vurgulamakta yarar vardır.

Kadınlar, 10. haftaya kadar gebeliklerini sonlandırmaktadırlar. Bu süre içinde fetüsün yaşayabilirliği olmamasına rağmen, gelecekte kişi olabilecek fetüsün yaşama devam kararı anne tarafından verilmektedir. Ancak a.p. uygulamaları daha etkin bir biçimde bilgilendirildikten sonra verilen kararlar sürdürülebilse, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması büyük ölçüde azalabilir. Yöntem seçimi öncesindeki bilgilendirme aşamasında gebeliğin oluşumu ve fetüsün gelişimi hakkında da bilgiler bulunmalıdır. Böylece danışan, gelecekteki kişinin sorumluluğunu almamak için kendisine önerilen a.p. yöntemini daha dikkatli kullanmaya istekli olabilir.

Her zaman hatırlanmalıdır ki, nüfus programlarının kendileri bir amaç değildir. Onlar aracılığı ile ulaşılabilecek olan hedef bir amaçtır ki, o da insan hayatının standartlarını yükseltmektir. Hayat standardı, insanlık değeri ve inançlarına gerekli saygı göstermeksizin yükseltilemez (33). Burada etik açıdan araç ve amaç ayrımı yapılmalı, sunulacak hizmetler bu ayrım dikkate alınarak danışmanlara ulaştırılmalıdır.

Farklı koşullara göre farklı çözümler üretilebileceğinden temel etik ilkelerden ayrılmayarak (zarar vermeme, adalet, yarar, özerklik) sorunlara yaklaşmak önemlidir.

Özgürlük-bütünlük için saygı doğum kontrol yöntemi seçimi gibi böyle kişisel bir konuyu tartışırken daima başta gelen bir ilke olmalıdır.

En büyük iyiliği yapma ve zarar vermekten kaçınma dalma bireyler için var olan kavramlardır. Üreyle ilgili sağlık bakım hizmetlerinde ve davranışlarında bireylerin ihtiyaçları öncelikli olmalı, toplumun ihtiyaçları ikinci sırada yer almalıdır. Aktif ve uzun süren bir doğum kontrol uygulaması geliştirmek ancak temel etik ilkelerin izlenmesiyle mümkün olabilir. Böylece yarar toplumun tümüne genişletilebilir.

Etik alanındaki ilkeler, gerçekte, evrensel değerlerin dile getiriliş biçimlerinden biridir. Tıp uygulamalarındaki tutum ve davranışların etik yönden doğru ve haklı gerekçeler taşıyabilmesi içinde, bazı kural ve ilkelere gereksinim olduğu açıktır (7).

Tıp uygulamaları sırasındaki müdahale ve kararların etik kavram ve değerlere uygun olması için hekimlerin son derece dikkatli ve duyarlı olmaları gerekir. Asıl sorun hekimin etik sorunlar karşısında ne tür yöntem ve yaklaşım biçimi uygulayacağından öte, hekimin mesleğinin etik yönünü güncel bir biçimde yaşama geçirme gayret ve amacıdır. Böylesi bir çaba da, günümüzde hem hekimin etik bir ödevi, hem de tıp etkinliğinin onur ve başarısı için kaçınılmaz bir gerektir (6).

Araştırmamız sırasında kadınların a.p. ve düşükle ilgili eğitim almak istediklerini, eğitimin de kendilerinin anlayabileceği şekilde açık, anlaşılır, düzeylerine uygun şekilde olmasını istediklerini saptamış bulunuyoruz.

Yaptığımız araştırma bize a.p. uygulamalarında bir takım etik sorunların olduğunu göstermiştir. Danışmanlar karşı karşıya kalınan bu sorunları belirleyip, sorunla ilgili ikilem yaratacak konularıda birer birer değerlendirerek çelişkili durumu ortadan kaldırmalı ve danışanlara bu şekilde hizmet vermelidirler. Bu şekilde danışman ve danışan arasındaki çatışmaların önlenmesi bir ölçüde sağlanabilir.

Danışmanların etik karara varmada sorunla ilgili tüm bilimsel ve teknik bilgileri toplamış olmaları gerekir.

Danışmanlar a.p. uygulamaları ile ilgili bilgileri, koşulları, nitelikleri, olasılıkları, sonuçlarını danışanlara anlayabilecekleri şekilde tüm ayrıntılarıyla anlatmaktadırlar.

Ancak bunu yaparken tarafsız kalmalı, kişisel eğilimlerini mümkün olduğunca en az düzeye indirmelidirler. Danışanlar bilgilendirildikten sonra görüş ve kararları alınmalıdır. A.p. uygulamalarında gerçek bilgilendirilmiş onamın elde edilebilmesi için, hem danışmanların hemde danışanların uygun bulabileceği bir açıklama yöntemi geliştirmek bu konudaki olası etik sorunların ortaya çıkmasını engelleyebilecektir.

Hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, hastanın özerkliğinin kullanılabilme yeterliliğinin olmadığı durumlar için sözkonusudur. Ancak a.p. hizmetlerinde eşlerin bilgilendirilmesi farklı bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Çünkü bireyler kadın ve erkek olarak çocuk sahibi olup olmama kararlarını birlikte verirler. Bu nedenle a.p. yöntemi kullanıp kullanmama kararlarını da birlikte vermelidirler. Bilgilendirmenin eşlerle birlikte yapılması ve gerekli açıklamaların yapılmasından sonra tüm bilgilerin verildiği yazılı broşürlerin danışanlara ulaştırılması bu konudaki sorunların büyük ölçüde azalmasına yararlı olabilecektir. Bu şekilde bireyler, kendi bedenleri üzerinde karar verme hakkını tam olarak kullanmış olurlar. Böylece temel etik ilkelerden otonomi ilkesine uygun bir davranış sergilenmiş olur.

Tüm tıbbi uygulamalarda insan bir amaç olarak görülmekte ve bu amaca yarar sağlamak için girişimler yapılmaktadır. A.p. uygulamalarında da hekim bireye yarar sağlama amacıyla çaba göstermektedir. Ancak bu çaba bireyin inanç ve değerlerine ters düşmeden, belirlenmiş etik ilkeleri çiğnemediği gerçekleştirilmelidir. Danışmanlar, danışanların kişisel haklarını kullanmasına fırsat tanımalı, onların kişisel değerlerine saygı göstermeli ve onları anlayabilmelidirler.

A.p. hizmeti almak bireylerin en temel insan haklarından biridir. Danışmanlar bu hizmeti almak için başvuranların haklarını bilir ve bu hakları danışanlara aktarırlarsa kuşkusuz olası tıbbi etik sorunların ortaya çıkışı büyük ölçüde engellenebilir.

Çalışmamız sırasında elde ettiğimiz sonuçlar bizde danışmanlık hizmeti veren kişilere yönelik bir araştırma yapılmasının yararlı olacağı kanaatini uyandırmıştır. Danışmanlar için hangi etik sorunların varolduğunun belirlenmesi ve ihtiyaçlarının saptanması, danışanların gereksinimlerinin daha doyurucu karşılanmasına, var olan sorunların karşılıklı çözümüne katkıda bulunabilir.

12. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Abramson, N.S., Meisel, A., Safor, P.: Informed Consent in Research, JAMA 246: 2828-2830, 1081.
2. : Aile Planlaması İle Daha Sağlıklı Anne ve Çocuklar, Population Reports, Seri: J 27: 657-700, Nisan 1987 (İng. baskı Mayıs-Haziran 1984).
3. Annas, G.J., Sherman, E.: The Politics of Transplantation of Human Fetal Tissue, N. Eng. J. Med. 320(16): 1079-1082, 1989.
4. Arısan, K.: Kadın Hastalıkları, 2. Baskı, Celtüt Matbaacılık, İstanbul, 1986.
5. Aydın, E., Ersoy, N.: Tıbbi Etik "Adalet İlkesi", T. Klin. Tıbbi Etik 2: 61-63, 1994.
6. Aydın, E., Ersoy, N.: Klinikte Etik Karar Verme Süreci, T. Klin. Tıbbi Etik 1: 12-16, 1995.
7. Aydın, E., Ersoy, N.: Tıp Etiği İlkeleri, T. Klin. Tıbbi Etik 3(2-3): 48-52, 1995.
8. Ayiter, N.: Türkiye'nin Gelişmesinde Nüfus Olgusu, (Kanra, G., ed.), S.S.Y.B., A.Ç.S.A.P. Genel Md., Ankara, 37-50, 1983.
9. Başol, K.: Demografi "Genel ve Türkiye", 9 Eylül Ün. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No: 6, Mas Ambalaj Ofset, İzmir, 1984.
10. Baulieu, E.E.: RU 486 As An Antiprogesterone Steroid: From Receptor To Contraception And Beyond, JAMA 262: 1808-1814, 1989.
11. Bayraktar, K.: Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, Doktora Tezi, Sermet Matbaası, Ankara, 1972.
12. Becklake, J.S.: Nüfus Patlaması, İletişim 2001 Kitapları 1, İletişim Yayınları, İstanbul.

13. Berzelatto, J.: Ethics And Human Values, International Journal of Gynecology And Obstetrics 28(4): 327-330, 1989.
14. Bilgin, N.: Organ Transplantasyonunun Etik ve Yasal YÖnü, (Haberal, M., ed.), Pelin Ofset, 23-26, 1993.
15. Chervenak, F.A., MD, Mc Cullough, L.B., P.H.D.: Does Obtetric Ethics Have Any Role In The Obstetrician's Response To The Abortion Controversy?, American Journal of Obstetrics And Gynecology 163(5): 14258-1429, 1990.
16. Chervenak, F.A., Mc Cullough, L.B., P.H.D.: What is Obstetric Ethics?, Clinical Obstetrics and Gynecology 35(4): 709-714, 1992.
17. Cilov, H.: Nüfus İstatistikleri ve Demografinin Genel Esasları, Sermet matbaası, İstanbul, 1960.
18. Cook, R.J., Mpa, JD, L.L.M.: Ethics in Family Planning, Curr. Opin Obstet Gynecol 2(4): 556-563.
19. : Counseling Makes a Difference, Population Reports Seri: J, 35: 1-27, November, 1987.
20. Çanga, Ş.H., Ilgaz, N.Y.: Aile Planlamasında Antikonsepsiyonel Metodların Kullanılması. 2. Baskı, Ankara Ün. Tıp Fak. Yayınları No: 341, Ankara Ün. Basımevi, Ankara, 1976.
21. : Danışmanlık, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Cilt I, Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Md., Anadolu Matbaası, Ankara, 1994.
22. : Danışmanlık, Aile Planlaması Kilink Uygulama El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Md., İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Nobel Tıp Kitapları Ltd. Şti., 1995.

23. Dias, H.P.: Bioethics: Implication for Medical Practise And Deontologic And Legal Standarts in Brazil, Bull-Pan-Am-Health-Organ 24(4): 491-503, 1990.
24. : Doğurganlığı Etkileyen Yasa ve Politikalar, Son 10 Yıldaki Değişmeler, Population Reports Seri: E, 7: 105-155, Temmuz 1986 (İng. Baskı Kasım 1994).
25. Dural, M.: Türk Hukukunda Gerçek Kişiler, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1977.
26. Elçioğlu, Ö.: Etik Açından Böbrek Aktarımı, Doktora Tezi, Ankara Ün. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji A.B.D., Ankara, 1992.
27. Elçioğlu, Ö.: Kürtaj ve Rıza İle İlgili Etik Sorunlar, Jinekoloji ve Obstetrik 7(3): 134-136, 1993.
28. Elder, J.D., Estey, J.D.: Behavior Change Strategies for Family, Planning, Soc. Sci. Med. 35(8): 1065-1076, 1992.
29. Engelhardt, H.T., Jr.: Abortion And The Status of The Fetus, (Bondeson, W.B., Engelhardt, H.T., J.r., Spicker, S.F., Winship, D.H., ed.) D. Reidel Publishing Company, Dodrecht, Holland, 183-208, 1983.
30. Erdemir, D.A.: Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri, Uludağ Ün. Basımevi No: 2, Bursa, 1994.
31. Ersoy, N., Aydın, E.: Tıbbi Etikte "Yararlılık İlkesi", T. Klin. Tıbbi Etik 2: 57-60, 1994.
32. Ersoy, N., Aydın, E.: Tıbbi Etikte "Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi", T. Klin. Tıbbi Etik 2: 72-74, 1994.
33. Fathalla, M.F.: Ethics of Family Planning, World Health 27-29, 1984.
34. Fişek, N.H.: Dünyada Nüfus Sorunu, Ekonomik ve Sosyal Etüdler Konferans Heyeti Tarafından Dünyada ve Türkiye'de Nüfus Sorunları adlı seminerdeki tebliğ ve yorumlardan hazırlanmıştır. Çeltüt Matbaacılık, İstanbul, 1975.

35. Fişek, N.H.: Hekimler İçin Aile Planlaması El Kitabı, (Akın, A.D., ed.), Yanıt Matbaası, Ankara, 1-21, 1983.
36. Fişek, N.H.: Halk Sağlığına Giriş, H.Ü. ve D.S.Ö. Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetirme Merkezi No: 2, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
37. Gillon, R.: Autonomy And The Principle of Respect for Autonomy, BMJ 290: 1806-1808, 1985.
38. Gillon, R.: Paternalism And Medical Ethics, BMJ 290: 1971-1972, 1985.
39. Gillon, R.: Beneficence: Doing Good for Others, BMJ 291: 44-45, 1985.
40. Gillon, R.: "Primum Non Nocere" And The Principle of Non Maleficence BMJ 291: 130-131, 1985.
41. Glantz, L.: Abortion And The Status of The Fetus, (Bondeson, W.B., Engelhardt, H.T., Jr., Spicker, S.F., Winship, D.H., ed.), D. Reidel Publishing Company, Dodrecht, Holland, 107-117, 1983.
42. Güriz, A.: Faydacı Teoriye Göre Ahlak ve Hukuk, Ankara Ün. Hukuk Fak. Yayınları No: 184, Ajans-Türk Matbaası, Ankara, 1963.
43. Güriz, A.: Adalet Kavramı (Güriz, A., ed.), Türkiye Felsefe Kurumu, Meteksan A.Ş., Ankara, 5-25, 1994.
44. Gürtan, K.: Türkiye'de Nüfus Problemi ve İktisadi Kalkınma İle İlgisi, Sermet Matbaası, İstanbul, 1966.
45. Hatcher, R.A., Kowal, D., Guest, F., Trussell, J., Stewart, F., Stewart, G.K., Bowen, S., Cates, W.: Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım, (Akın, A.D., çeviri ed.), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı No: 1, Demircioğlu Matbaacılık, Ankara, 1990.

46. Hogenfeldt, K.: Ethics And Family Planning ADV Contracept, Jun-Sep. 7(2-3): 159-173, 1991.
47. : İnsan Hakları Yıllığı, Süreli Yayın, 12: 85.
48. Kalaça, Ç.: Sağlık Hakkından Hasta Haklarına, Bilim ve Teknik, 338: 38, 1996.
49. Kıyak, Y.: Medical Ethics, Marmara Ün. Yayınları No: 1, İstanbul, 1987.
50. Kuçuradi, İ.: Adalet Kavramı, (Güriz, A., ed.) Türkiye Felsefe Kurumu, Meteksan A.Ş., Ankara, 27-40, 1994.
51. Levine, C.: Taking Sides. Clashing Wiews on Controversial Bioethical Issues, (Levine, C., ed.), The Dushkin Publishing Group, Inc., Guilford, Connecticut, 1-11, 1987.
52. Luce, J.M.: Ethical Principles in Critical Care, JAMA 265(5): 696-700, 1990.
53. Marx, K., Engels, F.: Nüfus Sorunu ve Malthus, Ankara, 1976.
54. Mc Bride G.: Fetal Cells In The Fight Against Disease, Orgyn 2: 41-43, 1993.
55. Mc Laurin K.E., Senanayake, P., Toubia, N., Lapido, O.A.: Post Abortion Family Planning, World Health Forum 16(1): 52-55, 1995.
56. Mill, J.S.: On Liberty, (Shilds, C.V., ed.) The Bobs Merrill Lomp, 1956.
57. Okur, A.R., Bayraktar, K.: Doğum Kontrolünün Ortaya Koyduğu Hukuki Problemler ve Çözüm Yolları, Yörük Matbaası, İstanbul, 1970.
58. Omran, A.R.: İslamda Aile Planlaması (Family Planning In The Legacy of İslam" kitabının tanıtımı için hazırlanan Türkçe özetidir.) Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, 1995.
59. Örs, Y.: Tıbbi Etik Kavramı ve Eğitimi Üzerine, Bilim ve Ütopya 2: 8-9, 1995.

60. Özgen, E.: Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçlarında Ülkemizde Son Durum, Nüfus Bilim Dergisi Türk 1. Popul. Sud. 6-5(25): 22, 1984.
61. Özsunay, E.: Gerçek Kişilerin Hukuki Durumu, 3. Baskı, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul, 1977.
62. Öztekin, Z.: Nüfus Planlaması mı? Aile Planlaması mı? Türkiye Aile Planlaması Derneği Van Şubesi Bülteni 2(3): 43-45, 1988.
63. Pellegrino, E.D.: Clinical Ethics. Biomedical Ethics at The Bedside, JAMA 260: 837-839, 1988.
64. Pile, J.M.: 1. Basamak Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu, (Çoruh, M., ed.) Haberal Eğitim Vakfı, Yeni Fersa Matbaacılık, Ankara, 87-95, 1995.
65. Rojansky, N., Schenker, J.G.: The Use of Fetal Tissue For Therapeutic Application, Int. J. Gynecol Obst. 41: 233-240, 1993.
66. Savaş, V.F.: Adalet Kavramı, (Güriz, A., ed.) Türkiye Felsefe Kurumu Meteksan A.Ş., Ankara, 85-92, 1994.
67. Schenker, J.G., Rabenou, V.: Family Planning Cultural And Religious Perspectives, Human Reproduction 8(6): 969-976, 1993.
68. Schoene, B., Seifert, Childress, J.F.: Kanser Hastası Ne Kadar Bilmeli, Ne Karar Vermelidir?, Kanser Bülteni, Tek İlaç Sanayii A.Ş., No: 18.
69. Sheldon, M.: Truth Telling In Medicine, JAMA 245: 651-654, 1982.
70. Şahinoğlu, S.: Tıbbi Etik Açısından Kürtaj Olgusu, Bilim ve Ütopya 8: 18-19, 1995.

71. Şehiraltı, M.: Aile Planlaması Alanında Sağlık Çalışanlarından Beklenecek Etik Yeterlik, T. Klin. Tıbbi Etik 2(3): 115-120, 1994.
72. Şehiraltı, M.: Aile Planlaması ve Etik Sorunlar, Aile Hekimi 1(2): 31-35, 1995.
73. Şehsuvaroğlu, B.N.: Tıbbi Deontoloji 2. Baskı (Hazırlayan, Terzioğlu, A.), İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı, Bayda Yayın No: 5, İstanbul, 1983.
74. Tepe, H.: Etik ve Metaetik. 20. yy. Etiğinde Norfatiflik Tartışması, Türkiye Felsefe Kurumu, Meteksan A.Ş., Ankara, 1992.
75. Tuncer, B.: Ekonomik Gelişme ve Nüfus, H.Ü. Yayınları D.20, Lider Matbaacılık, Ankara, 1976.
76. : TNSA 1993, S.B. AÇ-SAP Genel Md. H.Ü.N.E.E. Macro International Inc., Ankara, 1994.
77. TÛTF Öğrencileri, Yaşar, Z., Güzelant, A., Ekerbiçer, H., Ekuklu, G., Gündoğdu, Ş., Saltık, A.: Edirne Merkezinde Evli Çiftlerin Aile Planlaması ve Doğurganlığa İlişkin Bilgi, Tutum, Davranışları ve Bunları Koşullayan Bazı Etmenler, Edirne, 1994.
78. Ünalın, K.: Aile Planlaması Eğitim Merkezine Başvuran İsteyerek Düşük Olgularının Eğitim Düzeyi İle İlgisinin Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 1990.
79. Üner, S.: Nüfus Bilim Sözlüğü, H.Ü. Yayınları, Ankara, 1972.
80. Yeles, S.: Halkla İlişkiler Açısından "Türkiye Nüfus Planlaması Kampanyası" Bir Örgütlenme ve Uygulama Modeli Önerisi, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 1986.
81. Zevkliler, A.: Medeni Hukuk, Savaş Yayınları, 1986.

13. ÖZGEÇMİŞ

- 1969 Eskişehir-Çifteler doğumlu Nurdan Kırmıoğlu,
1976-1981 Eskişehir İbrahim Karaoğlanoğlu İlkokulu,
1981-1984 Eskişehir Süleyman Çakır Ortaokulu,
1984-1987 Eskişehir Atatürk Lisesi,
1988-1992 Anadolu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Biyoloji Bölümünden mezun oldu.

Halen Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisidir ve aynı bölümde araştırma görevlisi olarak görev yapmaktadır. Evlidir.



14. SORU KAĞIDI

1. Yaşı

1	15-19	
2	20-24	
3	25-29	
4	30-34	
5	35-39	
6	40-44	
7	45-49	

2. Eğitim durumu

1	Okuma yazma bilmiyor	
2	Okur-yazar	
3	İlkokul mezunu	
4	Ortaokul mezunu	
5	Lise mezunu	
6	Yüksekokul mezunu	

3. Toplam gebelik sayısı

1	0	
2	1	
3	2	
4	3	
5	4	
6	5+	

4. Son iki gebelik arasındaki süre

1	1 yıl	
2	2 yıl	
3	3 yıl	
4	daha fazla	

5. Hiç kendiliğinden düşük yaptınız mı?

1	Evet	
2	Hayır	

7. soruya geçiniz

6. Kaç kez?

1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5+	

7. Hiç isteyerek düşük yaptınız mı? (Kürtaj oldunuz mu?, çocuk aldırınız mı?)

1	Evet	
2	Hayır	

20. soruya geçiniz

8. Kaç kez?

1	1	
2	2	
3	3	
4	4	
5	5+	

9. Kürtaj istemenizin nedeni?

1	Doktor tavsiyesi	
2	Evlilik dışı	
3	O sırada çocuk istenmiyor	
4	Başka çocuk istemiyor	

10. Bu tıbbi girişim nerede yapıldı?

1	Devlet / kurum hastaneleri	
2	Özel klinik / hastane	
3	Muayenehane	

11. Nasıl karar verdiniz?

1	Kendi	
2	Eşi	
3	Birlikte	
4	Öteki aile üyeleri	

12. Kürtaj öncesi eşin yazılı izninin alınması sizce gerekli mi?

1	Evet	
2	Hayır	

13. Kürtaj öncesi bilgilendirildiniz mi?

(Tehlikeleri, riskleri, doğabilecek olumsuz sonuçları v.s.)

1	Evet	
2	Hayır	

14. Kürtajdan sonra işlem, iyileşme süresi, kontrole gelineceği tarih ve geri gelinmesi için uyarı sayılan belirtiler hakkındaki bilgiler yazılı olarak verildi mi?

1	Evet	
2	Hayır	

15. Kürtaj sonrası için kullanmanız gerekli bir aile planlaması yöntemi önerildi mi?

1	Evet	
2	Hayır	

16. Nedir?

Etkili korunma yöntemleri

1	Ria	
2	Hap	
3	Kondom	
4	Cerrahi yöntem (Tüpligasyonu)	
5	Hormon implantları (Norplant)	

Etkisi sınırlı korunma yöntemleri

6	Geri çekme	
7	Fitul	
8	Takvim	

17. Kürtaj işlemleri ile ilgili verilen ön bilgilendirme sizce yeterli mi?

1	Evet	
2	Hayır	

18. Kürtaj işlemleri ile ilgili verilen son bilgilendirme sizce yeterli mi?

1	Evet	
2	Hayır	

19. Gebeliğiniz sona erdiğinde kaç haftalık gebeydiniz?

1	0-4	
2	4-6	
3	6-10	
4	10 +	

20. En son kullandığınız gebeliği önleyici yöntem nedir?

Etkili korunma yöntemleri

1	Ria	
2	Hap	
3	Kondom	
4	Cerrahi yöntem (Tüpligasyonu)	
5	Hormon implantları (Norplant)	

Etkisi sınırlı korunma yöntemleri

6	Geri çekme	
7	Fitul	
8	Takvim	

21. Şu an bir yöntem kullanıyor musunuz?

1	Evet	
2	Hayır	

32. soruya geçiniz

22. Şu an kullandığınız yöntem nedir?

Etkili korunma yöntemleri

1	Ria	
2	Hap	
3	Kondom	
4	Cerrahi yöntem (Tüpligasyonu)	
5	Hormon implantları (Norplant)	

Etkisi sınırlı korunma yöntemleri

6	Geri çekme	
7	Fitul	
8	Takvim	

23. Ne kadar zamandır bu yöntemi kullanıyorsunuz?

1	0-6	
2	7-12 ay	
3	13-18 ay	
4	19-24 ay	
5	25 +	

24. Şu an kullandığınız yöntemi kimden (nereden) öğrendiniz?

1	Eş	
2	Arkadaş	
3	Doktor	
4	Devlet kuruluşları	
5	Özel sektör	
6	Gönüllü kuruluşlar	

25. Bu yöntemi temin etmek için ilk kez nereye başvurduunuz?

1	Devlet / kurum hastaneleri	
2	Sağlık ocağı	
3	Özel klinik / hastane	
4	Eczane	
5	Özel doktor	
6	Gönüllü kuruluşlar	
7	Diğer	
8	Bilmiyor	

26. Bu yöntem nerede uygulandı?

1	Devlet / kurum hastaneleri	
2	Sağlık ocağı	
3	Özel klinik / hastane	
4	Eczane	
5	Özel doktor	
6	Gönüllü kuruluşlar	
7	Diğer	
8	Bilmiyor	

27. Bu yöntem hakkında yeterli bilgi edindiniz mi?

1	Evet	
2	Hayır	

32. soruya geçiniz

28. Evetse kim bilgilendirdi?

1	Doktor	
2	Hemşire	
3	Ebe-öteki sağlık personeli	
4	Arkadaş	
5	Eş	

29. Şu an kullandığınız yöntemi kullanmaya kim karar verdi??

1	Doktor	
2	Hemşire	
3	Ebe-öteki sağlık personeli	
4	Kendi	
5	Eşi	
6	Birlikte karar vermişler	

30. Şu an bir aile planlaması yöntemi kullanmanızın nedeni nedir?

1	Gebelik	
2	Emzirme	
3	Eşi yöntem kullanımına karşı	
4	Eşi başka yerde	
5	Menapoz	
6	Kısırlık	
7	Tedavi görüyor	
8	Yeni evli	
9	Diğerleri (Aspirin, yıkama, limon suyu, kibrit v.s.)	

31. Şu an aile planlaması yöntemi kullanmıyorsunuz ama, ileride kullanmak istermisiniz?

1	Evet	
2	Hayır	
3	Bilmiyor	

32. Gebe kalmamak için erkek ya da kadınların başvurduğu başka bir yöntem duyduunuz mu?

1	Evet	
2	Hayır	

36. soruya geçinin

33. Nedir?

34. Gebeliği önlemek için kürtaç bir aile planlaması yöntemi olarak kabul edilebilir mi?

1	Evet	
2	Hayır	

35. Sizce kürtaj sırasında alınan kürtaj materyali tıpta sağlık amacıyla kullanılabilir mi?

1	Evet	
2	Hayır	

36. Siz böyle bir uygulamaya izin verirmisiniz?

1	Evet	
2	Hayır	

37. Aile planlaması merkezine başvurduğunuzda danışmanın sizinle aynı cinsten mi olmasını istersiniz?

1	Evet	
2	Hayır	

38. Danışman sizi nasıl karşıladı?

1	Saygılı	
2	İlgili	
3	İlgisiz	

39. Anlattıkları anlaşılır düzeydeydi?

1	Evet	
2	Hayır	

40. Aile planlaması ile ilgili olarak başvurduğunuz bu yerden ne beklediğiniz soruldu mu?

1	Evet	
2	Hayır	

41. Evetse nedir?

1	Sağlık	
2	Çocuk istememe	
3	Doğuma ara verme	
4	Sınırlama	

42. Aile planlaması yöntemlerinden hangisi açıklandı?

Etkili korunma yöntemleri

1	Ria	
2	Hap	
3	Kondom	
4	Cerrahi yöntem (Tüpligasyonu)	
5	Hormon implantları (Norplant)	

Etkisi sınırlı korunma yöntemleri

6	Geri çekme	
7	Fitil	
8	Takvim	

43. Açıklanan aile planlaması yönteminin ve devamının nasıl sağlanacağı anlatıldı mı?

1	Evet	
2	Hayır	

44. Aile planlaması yöntemlerinin yan etkileri, tehlike belirtileri v.b. konularında bilgilendirildiniz mi?

1	Evet	
2	Hayır	

45. Görüşme nasıl bir ortamda yapıldı?

46. Danışman sizi yargılamadan sorunlarınıza yaklaştı mı?

1	Evet	
2	Hayır	

47. Danışman size gerçek, açık ve ayrıntılı bilgi verdi mi?

1	Evet	
2	Hayır	

48. Görüşmenizden sonra son kararı nasıl verdiniz?

1	Kendi	
2	Eşi	
3	Birlikte	
4	Doktoru	

49. Aile planlaması merkezine başvurduğunuzda size uygulanacak yöntem öncesi yapılacak olan bilgilendirme nasıl olmalı?

1	Çok açık ve net bir bilgilendirme	
2	Tam ve doğru bir bilgilendirme	
3	Rahatlatıcı ve ikna edici bir bilgilendirme	
4	Anlayacağım şekilde sade bir bilgilendirme	