

## KÜRTAJ: TIBBİ PERSPEKTİFLER\*

Allan Rosenfield - Sara Iden

Çeviri: Kamuran TIBİK\*\*

Kürtaj hakkındaki tıbbi bilgi ve perspektifler, değerlerden tamamen bağımsız veriler değildir. Tarih boyunca kürtajla ilgili tıbbi olgular ve ahlaki değerler önlenemez biçimde iç içe geçmiştir ve yaşadığımız çağ da bu konuda farklı değildir.

Kürtajın etik yönüyle ilgilenen insanlar aşağıdaki konular hakkında bilgi ve bakış açısı edinebilmek için tıba ve tıp uygulayıcılarına yönelirler ki, burada da bu konular ele alınacaktır:

1. Tıbbi bilginin fetüsün<sup>1</sup> bir insan olarak ahlaki statüsünü açıklığa kavuşturup kavuşturmadığı,
2. Kürtaj hakkındaki tıbbi bilginin, kürtajın kadın için güvenli olup olmadığını doğrulayıp doğrulayamadığı,
3. Erken ve geç kürtaja, özellikle ‘kısmi doğum kürtajı’na dair tıbbi perspektiflerin neler olduğu,
4. Kürtajla ilgili kamu sağlığı perspektifleri ve uluslararası perspektiflerin neler olduğu.

### Fetüsün Statüsüyle İlgili Tıbbi Bilgi

Hamilelik, fetüsün gelişimi ve kürtajla ilgili bilgi ve biyomedikal araştırmalar ne kadar çok olursa olsun, insan hayatının tam olarak ne zaman başladığı hakkında kesin bir tespitte bulunamazlar. Fetüsün ahlaki statüsüyle ilgili olan bu

---

\* Bu yazı, Stephen Garrad Post’un editörlüğünü yaptığı Encyclopedia of Bioethics isimli eserin ‘Abortion’ maddesinin ‘1. Medical Perspectives’ alt başlığının çevirisidir. Çeviriye esas alınan yazı, Anne Drapkin Lyerly’nin yeniden düzenlediği halidir. [Allan Rosenfield - Sara Iden, ‘Abortion: 1. Medical Perspectives’, revised by Anne Drapkin Lyerly, Encyclopedia of Bioethics, edited by Stephen Garrad Post, vol. I, New York: Macmillan Reference, 2004, pp. 1-7;]. Dipnotlar, konunun daha iyi anlaşılmasına yönelik olarak tarafımızdan konulmuş kısa açıklamalardır.

\*\* Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Felsefe Doktora Programı öğrencisi

1 Fetüs: gebeliğin 11.haftasından doğuma kadarki süre içinde canlıya verilen isim; cenin. (çeviren)

sorunun cevabına deneyimler, değerler, dini ve felsefi inanç ve tutumlar, anlam algıları ve ahlaki yargılarla iç içe geçmiş tıbbi olgularla ulaşılır. Böylesi bir süreç özel tıp yeterliğinin çok ötesine geçer. Örneğin tıp ‘ruhlanma/ruh kazanma’ (ensoulment) olayının tam olarak ne zaman gerçekleştiğine dair kesin bir bilgi verememiştir ki, bu olay fetüsün ahlaki bir statü kazanıp kazanmadığı konusunda oldukça eski bir ölçüttür. Benzer biçimde, fetüsün ahlaki durumu ve kürtajın izin verilebilirliği hakkında hekimler arasında da fikir ayrılığı vardır.

Kürtajın tanımı hakkında da karışıklık vardır. Yaygınlıkla ‘düşük’ olarak adlandırılan durumlarda yapılan kürtaj, hamileliğin yaşayabilirlikten önce (hamileliğin yaklaşık ilk 24 haftası) kendiliğinden sonlanması halinde zorunlu tıbbi müdahaleye işaret eder. Hamileliğin bu döneminden sonraki kayıplar ‘erken doğum’ olarak adlandırılır ki, zaten anne karnında ölmüş olan bir fetüsün alınmasıyla ilgilidir. İsteğe bağlı kürtajla ilgili terminoloji ise farklıdır. Burada anahtar nokta ‘yaşayabilirlik’ değildir. Daha ziyade, hangi dönemde olduğuna bakılmaksızın, tıbbi veya cerrahi yollarla hamileliğin sonlandırılmasına kürtaj denir.

### **Kadın İçin Güvenilirliği ve Zararı**

Olası Fiziksel Zarar: Kürtajın güvenilirliği hakkındaki tıbbi bilgilerle etik yaklaşımlar arasında yakın bir ilişki vardır. Örneğin, kürtajın kadına sıklıkla zarar verdiği bir zamanda – yasal sınırlamalar yüzünden deneyimsiz pratisyenlerin arttığı zamanlarda olduğu gibi – kürtaj karşıtları kadının görmesi muhtemel zararlar ve ilerideki gebeliklere dair riskler hakkındaki bilgilere kürtaj karşıtı argümanlar olarak başvurmuşlardır. (Kunins ve Rosenfield)

2003’e gelindiğinde, her 100.000 canlı doğum başına ölüm oranları olarak hesaplanan anne ölüm oranlarına ve hem ilk hem de ikinci trimester<sup>2</sup> dönemlerindeki kürtaj oranlarına dayanarak konuşulduğunda, hamileliğin ilk 12 haftası içinde uygun eğitim almış personel tarafından gerçekleştirilen kürtajların en güvenli ve basit cerrahi müdahalelerden olduğu söylenebilir ve bunlar bir gebeliği tam veya yarı süresine kadar devam ettirmekten daha güvenlidir; başka deyişle bu kürtajlar anne sağlığı açısından hamileliğin kendisinden daha az tehlikelidir. (Cates ve Grimes) Sonuç olarak kürtaj karşıtı etik argümanlar, anne sağlığı dışındaki alanlarla sınırlıdır. Bununla beraber, tıbbi güvenilirlik veya zarar hakkındaki bazı hususlar – olası komplikasyonlar ve psikolojik sonuçlar dahil – etik tartışmalar için önemli olmayı sürdürmektedir, çünkü tıp etiğinin temel ilkelerinden biri özellikle zarardan kaçınmaktır.

Sıklık oranlarına göre sıralandığında kürtajın başlıca komplikasyonları enfeksiyon, kanama, rahim delinmesi ve anesteziyle ilgili komplikasyonlardır. Yasal ilk trimester kürtajlarıyla ilgili toplam komplikasyon oranları, her 100.000 ölüm başına 0,5’ten azdır. 1970’lerin başında, A.B.D. Yüksek Mahkemesinin tıbbi ola-

2 Trimester dönem: üç aylık dönem; hamileliğin üçer aylık üç döneme ayrılmasıyla ilgili tıbbi terim, bu üç aylık dönemlerden her biri. (çeviren)

rak uygulanan kürtaja izin veren Roe v. Wade (1973) kararına dek, bu oran her 100.000 için 4'tü. İsteğe bağlı kürtajla ilgili ortaya çıkan tıbbi komplikasyonlar, hamilelik yaşı veya hamileliği sona erdirmek için seçilen işlemin türüyle ilişkilidir. A.B.D.'de gerçekleştirilen kürtajların çoğu (%90'dan fazlası) hamileliğin ilk 12 haftası içindedir ki, bu kürtajın en güvenli olduğu dönemdir. Hamileliğin daha sonraki dönemlerinde yapılan kürtajlarda daha ciddi komplikasyonlar görülebilir.

### Kürtaj Yöntemleri

Kürtaj yöntemleri hakkındaki bilgi, kürtajın etik yönü hakkındaki sorular kadar, kürtajın güvenilirliği hakkındaki sorulara da ışık tutmaktadır. En yaygın erken-trimester kürtaj yöntemi (7-12.haftalar arasında yapılır), 'emme kürtaj (vakumlu kürtaj)'dır ki, plastik ince bir tüp (canula) rahim boynuna yerleştirilir ve negatif basınçlı vakumla rahmin içi boşaltılır. Bu işlemi takiben çoğunlukla küret adı verilen keskin, kaşık biçimli cerrahi bir aletle, rahmin içi hiçbir cenin parçasının içeride kalmaması için kazınır.

Emme kürtaj (vakumlu kürtaj) işlemlerinde karşılaşılan komplikasyonlar enderdir; bu komplikasyonlar ortaya çıksalar bile ciddi değildirler. Genel anestezi çokları tarafından gereksiz bir risk olarak görülür çünkü karına enjekte edilen lokal anestezi (bölgesel anestezi) de oldukça etkilidir. (Grimes ve diğerleri) Emme kürtajda kürtaj sonrası enfeksiyona pek rastlanmasa da kısa süreli bir antibiyotik tedavisi önerilebilir. Özel kliniklerde ya da hastanelerin ayakta tedavi merkezlerinde güvenliği sebebiyle çoğunlukla emme kürtaj uygulanmaktadır.

12-20 haftalık hamileliklerde en fazla kullanılan kürtaj yöntemi 'genişletme ve tahliye (D&E)'dir ki; rahmin içini boşaltmak için vakumla beraber özel tasarlanmış pensler kullanılarak yapılır. İşleme başlamadan önce birkaç saat boyunca rahim sıvılarını emen sünger benzeri malzemeler kullanılarak rahim boynu aşamalı biçimde genişletilir. Küçük bir cerrahi işlem olarak kabul edilmekle beraber, 'genişletme ve tahliye (D&E)' işlemi emme kürtajdan daha karmaşıktır ve eğitimli ve becerikli klinik personeli gerektirir. D&E için yalnızca lokal anestezi kullanmak mümkün olsa da, bu işlem emme kürtajdan daha sıkıntılıdır ve işlemi daha riskli hale getirmesine rağmen çoğunlukla genel anestezi kullanılır. D&E işlemi özel kliniklerde uygulanabilir ancak 14 haftayı geçmiş hamileliklerde tam teçhizatlı cerrahi hizmet verebilen hastane ortamı tercih edilir çünkü bir komplikasyon durumunda acil müdahale gerekebilir. Bilgilendirme ve onay alma işlemleri, kürtaj yöntemi kadar olası anestezi alternatiflerini tartışmayı da içerir.

Başka bir kürtaj yöntemi ise ikinci trimester döneminde kullanılan aşılama kürtajdır ki; amniyosentez<sup>3</sup> yoluyla karından amniyotik boşluğa<sup>4</sup> fetüsün yaşamını

3 Amniyosentez: Genetik kusurların araştırılması için, annenin karnından girilen bir iğneyle fetüsün içinde yüzdüğü amnios sıvısından örnek alınması işlemi. (çeviren)

4 Amniyotik boşluk: Embriyoyu çevreleyip koruyan üç tabakanın oluşturduğu disk etrafındaki içi sıvı dolu boşluk. (çeviren)

sonlandıran bir solusyon<sup>5</sup> enjekte edilir. Bu işlemi takip eden 12-24 saat içinde doğumu haber veren rahim kasılmaları başlar ve fetüsün rahimden atılmasıyla işlem sona erer. Aşılama kürtaj için genellikle anestezi kullanılmaz. Rahatsızlık durumu, doğumun süresi ve fetüs ve plasentanın<sup>6</sup> tamamen atılmasından önceki süreyle de ilişkili olarak hastadan hastaya değişir. Aşılama kürtaj işlemleri sırasında, kürtaj solusyonunun annenin kanına karışması, fetüsün atılması anında aşırı kanama, plasentanın atılmaması gibi birtakım ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir ki; bu sebeple genelde hastane ortamında uygulama önerilir. Aşılama kürtaj işlemi özellikle 22.haftayı geçen hamileliklerde uygulanır. Tüm geç hamileliklerdeki kürtaj işlemleri, eğer özel eğitim almış hekimler tarafından uygulanmıyorsa, büyük risk taşır.

İlk trimester dönemindeki hamileliklerde uygulanan cerrahi kürtaj işlemlerine iyi bir alternatif ise kimyasal kürtajdır. Örneğin, antiprogesterin<sup>7</sup> ilacı RU-486, yumurtalıkların progesteron<sup>8</sup> üretimini engeller ki; bu hormon hamileliğin ilk evrelerinde ve embriyonun aşılmasında gereklidir. İlaç, kesinleşmiş bir hamileliğin ilk 49 günü içinde verilir ve prostaglandin ile beraber kullanılır ki, prostaglandin hormonu rahim kasılmalarını ve böylece rahmin içindekilerin dışarı atılmasını sağlar. Hamileliğin tamamen sona erdiğinden emin olmak için işlemi takip eden 8-12 gün içinde bir muayene gereklidir.

28 Eylül 2000’de A.B.D. Gıda ve İlaç İdaresi, RU-486’nın A.B.D.’de kullanımını onayladı ve bunu izleyen Kasım ayında beri bu ilaç LLC Danco Laboratuvarları tarafından Mifeprex marka adı altında dağıtılmaktadır. A.B.D. Gıda ve İlaç İdaresinin (FDA) belirlediği talimatlar doğrultusunda RU-486 sadece hekimlere dağıtılmaktadır ve eczanelerde bulunmamaktadır; bunun da ötesinde FDA, RU-486’nın kullanımı için özel bir tedavi onaylamıştır. Bu hamileliği ilaçla sonlandırma yöntemi için 3 muayene zorunludur: ilki, teşhis ve RU-486’nın verilmesi için; ikincisi, iki gün sonra prostaglandin için ve üçüncüsü de, takip eden iki hafta içerisinde. Fransa’da kanun gereği dördüncü bir muayene de zorunludur çünkü hamileliğin teşhisi ile kürtaj işleminin başlangıcı arasında bir haftalık bir gecikme olabilmektedir.

Üç muayene (Fransa’da dört) zorunluluğunun bir sonucu olarak – çünkü kürtaj gerçekleşene kadar birkaç gün geçebilir ve sonrasında on gün kadar ya da daha fazla kanama olabilir – ve bu yöntemin cerrahi kürtaj işleminden daha

5 Solusyon: Çözelti; belli miktarlardaki iki ya da daha fazla kimyasal maddenin bir sıvı içerisinde bir araya gelerek oluşturdukları homojen karışım. (çeviren)

6 Placenta: Anne ve fetüse ait iki dolaşım sistemini birbirinden ayıran organ. (çeviren)

7 Antiprogesterin: Kadınların adet görmesi ve hamile kalmasında önemli rol oynayan progesteron hormonunu engelleyen karşı hormon; adet dönemini geciktirmek veya düşük yaptırarak hamileliğe son vermek için kullanılan ilaçların ve aynı zamanda ertesi gün haplarının etkin maddesi. (çeviren)

8 Progesteron: Kadınların adet görmesi ve hamile kalmasında önemli rol oynayan hormon. (çeviren)

pahalı olması nedeniyle, Fransa ve A.B.D.'de birçok kadın hala emme kürtaj yöntemini tercih etmektedir. (Kolata) Bununla beraber şöyle bir önsezi vardır: bilinç arttıkça, birçok kadın cerrahi müdahaleden kaçınmak isteyecek ve ilaçla kürtaj yöntemini tercih edecektir yahut da klinik olanakların dışında gerçekleşen risklere maruz kalacaktır.

RU-486 yöntemi kullanan hastaların %97'sinde başarılı olunmuştur, geri kalan %3'te ise rahimde kalan parçaların tamamen temizlenmesi için emme kürtaj da gerekmiştir. Bir karşılaştırma yapılacak olursa, cerrahi kürtajlarda hastaların %1'inden daha azında ikinci bir kürtaj gerekli olmaktadır. Prostaglandin aldıktan sonra çoğu kadında şiddetli kramplar görülmektedir (çünkü ilaç rahim kasılmalarına neden olmaktadır) ve prostaglandin alındıktan sonraki birkaç saat içinde kürtaj gerçekleşmektedir. Bu nedenle Fransa'da RU-486 sadece klinik ortamlarda uygulanmaktadır ve kürtaj sıklıkla kadınların prostaglandin aldıktan sonra klinikte geçirdiği 4 saat içinde gerçekleşmektedir. Ancak bazı Fransız hekimler klinik ortamın gerekli olmadığına inanmaktadır. A.B.D.'de kürtaj hizmeti veren kurumlara getirilen zorunluluklar eyaletten eyalete değişmektedir. Bununla beraber federal talimatlar, RU-486'nın sadece hamileliğin süresini tam tespit edebilecek ve ilaçlı kürtajın kesin sonuca ulaşmadığı durumlarda cerrahi müdahalede bulunabilecek bir hekimin gözetiminde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır.

Araştırmalar RU-486'nın bir 'ertesı sabah hapi'<sup>9</sup> kadar güvenli ve etkili olduğunu göstermektedir(Ashok), ancak bu işlem için kullanılan hormonların aynılarını (östrojen ve progestin veya yalnızca progestin) doğum kontrol haplarında zaten bulunmaktadır. Bunun da ötesinde, hamileliği önlemek için korunmasız ilişkiden 5 gün sonrasına kadar bile rahim-içi cihaz yani spiral cihazı (IUD) yerleştirilebilmektedir. A.B.D.'de hem ertesı gün haplarına hem de spiral cihazlarına kolayca ulaşılmakta, ayrıca bunlar doğum kontrol yöntemleri standartlarına uymaktadır. (Amerika Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Üniversitesi ((ACOG)), 2001) Dolayısıyla RU-486, alternatifleri yanında pahalı ve erişilmesi zor bir üründür.

### **Kürtaj Hizmeti Verenlerin Uygunluğu**

A.B.D.'deki kürtaj hizmetlerinin çoğu kadın-doğum uzmanları ve jinekologlar tarafından verilmekte; küçük bir yüzdesi ise aile hekimleri, ebeler veya hemşireler tarafından verilmektedir. Gelecekteki kürtaj hizmetleri hakkında ciddi sorular vardır. Çoğu kadın-doğum uzmanı ve jinekolog, kürtaja karar verme hakkının kadına ait olduğuna inansa da, yine aynı çoğunluk kürtaj hizmeti vermek istememektedir. Bunun sonucunda, A.B.D.'deki kentlerin yaklaşık %84'ünde kürtaj hizmeti verilmemekte ve bu sayı büyükşehirlerin dışında %94'e çıkmaktadır.

Çoğu kadın-doğum ve jinekoloji eğitim programları rutin olarak kürtaj eğitimi vermemektedir ve bunun sonucunda da çoğu mezun bu konuda hiç eğitime sa-

9 Ertesi gün hapi: Korunmasız cinsel ilişkiden sonra en geç 72 saat içinde alındığında gebeliği önleyen ilaç. (çeviren)

hip değildir. Ancak son 10 yıldan biraz daha uzun zamandır, kürtaj eğitimi veren programların sayısında artış olmuştur. 1996'da Mezun Tıp Eğitimi Resmi Konseyi, kadın-doğum ve jinekoloji programlarının aile planlaması ve kürtaj eğitimi ni de içermesini zorunlu tutmuştur, ancak kürtaj eğitimi genellikle seçmeli ders statüsünde verilmektedir. Bu yeni zorunluluğun etkisi, Ulusal Kürtaj Federasyonu (NAF) tarafından yapılan bir araştırmada gösterilmiştir. NAF araştırmacıları, 1992'den 1998'e kadar kadın-doğum ve jinekoloji programlarındaki ilk trimester dönem kürtaj eğitiminin 4 katı artarak %12'den %46'ya yükseldiğini; ikinci trimester dönem kürtaj eğitiminin ise %7'den %44'e yükseldiğini bildirmiştir. (Almeling ve diğerleri)

Son olarak, kürtaj eğitimi alınsa bile artan risk ve hatta şiddet vakaları (Florida'daki 1993 ve 1994 yılları kürtaj cinayetleri dahil), hekimlerin bu hizmeti vermedeki isteksizliğini arttırmıştır. Tırmanan şiddete bir tepki olarak Kongre 1994 yılında 'Klinik Girişlerine Serbest Erişim Kanunu'nu (FACE) çıkartmıştır. Bu kanun, kadın sağlığı hizmetleri verenleri ve alanları etkileyen şiddet veya hasar içeren müdahaleler hakkında federal suç cezaları<sup>10</sup> tanımlamaktadır ve cezaları Hobbs Yasası, Seyahat Yasası, Federal Kundaklama ve Ateşli Silahlar Kanunu gibi mevcut federal suç yasaları altına alarak da desteklemektedir. Federal tepki kadar, artan şiddet de bu alandaki profesyonel çalışanların sosyal sorumluluğu ve kürtaj hizmetinin tüm hastalara açık olması hakkında ciddi etik soruların altını çizmektedir.

### **Takip Eden Gebelikler Üzerindeki Olası Zararlı Etkiler**

İsteğe bağlı kürtajın, özellikle birden fazla kez kürtaj yaptıran kadınlarda, uzun vadede muhtemel zararlı etkileri hakkında sorular ortaya atılmıştır. Esas soru, bir ya da daha fazla kürtajdan sonraki gebeliklerin durumuyla ilgilidir. Tıbbi kanıtlar hamileliğin ilk trimester döneminde sorunsuz bir kürtaj geçirmiş bir kadının, hiç kürtaj yaptırmamış bir kadınla aynı normal doğum şansına sahip olduğunu göstermektedir. Ancak bu kanıt, birden fazla kürtaj geçirmiş ya da komplikasyonlu bir kürtaj geçirmiş kadınlar için aynı şekilde geçerli değildir; ancak birden fazla sorunsuz kürtajın uzun vadede mutlaka zararlı etkileri olacağı da söylenemez. Her şey bir yana, tıbbi risk açısından ele alındığında, hamileliğin ilk trimester döneminde yapılan kürtajlar, en güvenilir cerrahi işlemler arasında kabul edilir.

### **Psikolojik Etkiler**

Bir zorunluluk olmaksızın isteğe bağlı olarak yapılan kürtajın psikolojik sonuçları ile ilgili alan daha da belirsizdir. Hastaların hamileliğin sonlandırılmasına

10 Federal suç: A.B.D.'de suçlar eyalet kanunları ve federal kanunlar olarak ikiye ayrılır. Eyalet kanunları eyaletten eyalete değişebilir; bir eyalette suç olan şey diğerinde suç sayılmayabilir. Ancak federal kanunlar eyalet kanunlarının üzerinde olup tüm eyaletlerde geçerlidirler ve bağlayıcıdır. (çeviren)

verdikleri duygusal tepkileri genellemek zordur ancak, tıbbi fiziksel komplikasyonlarda olduğu gibi, psikolojik komplikasyonlar da kürtaj işleminin türüyle ve kürtajın yapıldığı hamilelik dönemiyle ilişkilidir ki, erken dönemlerde yapılan emme kürtajın, hamileliğin daha geç dönemlerinde yapılan kürtajlardan daha az psikolojik komplikasyona yol açtığı bilinmektedir. Bununla beraber bu alandaki çoğu çalışmada, belirtiler (semptomlar) hakkında bir uzlaşmanın olmayışı, yetersiz çalışma modeli ve yetersiz takip gibi sorunlar dahil, çeşitli yönetsel problemler söz konusudur. Bunun da ötesinde, kürtaj sonrası sendromu olarak adlandırılan durum, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin travma tanımına uymamaktadır. (Gold)

Çoğu araştırmada karşılaşılan problemlere rağmen, farklı çalışmaların bulguları birbirleriyle tutarlı bir şekilde, kürtaj sonrasındaki psikolojik sıkıntının kürtaj öncesine oranla daha az olduğunu göstermektedir. (Adler ve diğerleri, s.42) Birleşik Devletler Cerrahlar Birliği eski başkanı C.Everett Koop, Beyaz Saray'ın talebi üzerine bu konudaki literatürü inceledi ve 1989 kongresinde, kürtajın sonradan bir sendroma yol açıp açmadığı ve kürtaja bağlı duygusal problemlerin halk sağlığı açısından önemli olup olmadığına dair yeterli veri bulunmadığını açıkladı. (İdari Yönetimler Komitesi, Yönetimler Arası İlişkiler ve İnsan Kaynakları Alt Komitesi, s.14) Koop'un kendisinin kişisel olarak kürtaja karşı olduğu göz önüne alınacak olursa, onun bu incelemeleri özellikle önemlidir.

A.B.D.'deki isteğe bağlı kürtajların yaklaşık %10'u hamileliğin ilk 12-20. haftaları içinde gerçekleşmekte, %1'inden azı da 20-24. haftalar içinde olmaktadır. Bu şu anlama gelir: Her yıl 150.000'den fazla ikinci trimester dönem kürtaj işlemi gerçekleşmektedir ki, bu sayı kürtajın yasal olduğu diğer gelişmiş ülkelerden daha fazladır. Çoğunluk toplam kürtaj sayısında, özellikle ikinci trimester dönemdeki kürtaj sayısında düşüş olmasını dilemektedir.

Özellikle genç kızlarda söz konusu olmakla birlikte kürtaj sonrasında görülen sıkıntılarla ilgili en yaygın nedenler, hamileliğin sona erdirilmesi hakkındaki kararsızlık ve hamileliği kabul etme başarısızlığı yani hamileliğin inkarıdır. Bu geç dönem kürtajların küçük bir yüzdesi, medikal veya genetik nedenlerden kaynaklanmaktadır ki bunlar teorik olarak daha büyük psikolojik sıkıntılarla bağlantılı olabilir. Serum perdeleme yoluyla yarısaydamlık ölçümü, villus örnekleme alma<sup>11</sup> veya erken amniyosentez gibi tekniklerin erken teşhisi mümkün kılmasına rağmen, daha sık kullanılan orta trimester amniyosentezi ile doğum öncesi fetal teşhis yöntemlerinin sonuçlarına genelde ikinci trimester dönemine kadar ulaşamaz.

11 Villus örnekleme alma: Bir iğne yoluyla gelişmekte olan plazentadan küçük bir doku parçası alınması. Bu ve diğer teknikler, fetüsün herhangi bir genetik bozukluğu olup olmadığını teşhis etmek için kullanılır. (çeviren)

Hamileliğe son vermeyi seçmek çok ciddi bir karar olup nadiren ciddiye alınmadan ya da düşünmeksizin alınır. Planlanmamış bir hamilelikle karşı karşıya kalan bir kadına, kürtaj yöntemleri hakkında eksiksiz bir bilgiye ek olarak psikolojik danışmanlık da sunulmalıdır.

### **Geç Kürtajlara Karşılık Erken Kürtajlar: Tıptaki Anlaşmazlıklar**

Kürtaja yönelik tıbbi tutumlar, fetüsün gelişme evresi hakkındaki tıbbi uzmanlık bilgi ve tutumlarıyla beraber yerel kültürel, dini ve yasal fikir ve inançlarla bağlantılı olarak sürekli yeniden şekillenmektedir. Bu faktörlerin hepsi, tıbbi uygulama üzerinde bir etkiye sahiptir. Tıp uygulayıcıları, erken kürtajlarla karşılaştırıldığında, geç kürtajlarda daha fazla güçlkle karşılaşmaktadır; çünkü kısmi doğum kürtajı da denen bu kürtajlarla ilgili siyasi iklim ve fetüsün ilerlemiş gelişimi nedeniyle kürtaj işlemi uygulamak daha zordur.

'Hareketlenme (fetüsün hareketlerinin saptanması)' dönemine kadar hamileliğin sonlandırılmasına izin veren İngiliz genel hukuk doktrinlerine dayanarak, 19.yüzyılın ikinci yarısından önce, A.B.D.'de de kürtaj mevcuttu. Bununla beraber, o zamanki tıp bilgisi, hareketlenme döneminden önce bir hamileliğin kesin olarak tespit edilmesine yetmiyordu çünkü hamilelik esasen canlı fetüs hareketleriyle saptanıyordu. Her ne kadar aşağıdaki bilgilere dayanarak eskiden de kürtaja hakkında sorular olduğu farz edilse de, o çağda hekimlerin kürtaja dair neler hissettiği hakkındaki tarihsel literatür çok azdır.

19.yüzyılın ikinci yarısına gelindiğinde, bilimsel bilginin artmasıyla beraber fetüsün gelişiminin sürekliliği hakkındaki farkındalık da arttı ve fetüsün, hareketlerinin hissedilmeye başlandığı dönemden önce de canlı bir varlık olduğu anlaşıldı. Bu yeni tıbbi bilgiyle beraber hekimler, özellikle o sırada yeni kurulmuş olan Amerikan Tıp Birliği(AMA)'ne üye olanlar, açık bir şekilde kürtaja karşı çıkmaya başladılar ve kürtajın ahlaka aykırı bir uygulama olarak suç ilan edilmesi için çalıştılar. Bu değişikliğin bir temeli olarak, Hipokrat Yemini de hamileliğin hangi döneminde olursa olsun kürtaja karşı çıkmak amacıyla kullanıldı.

Fetüsün anneden bağımsız bir insan varlığı olarak kavranışı, uzun süre tıp mesleği çerçevesinde etik bir sorun olmuştur. Amerikan Tıp Birliği'nin Tıp Etiği İlkeleri, yasalara ve *iyi tıbbi uygulama* koşullarına uymak şartıyla hekimlerin kürtaj yapmasına izin verir. (Etik ve Yasal İlişkiler Konseyi, Kanı 2.01) Genelde son yüzyıldan veya daha fazla zamandan beri, özellikle A.B.D. Yüksek Mahkemesinin Roe v. Wade davasında kürtajın yasal meşruiyetini tanıyan kararından bu yana tıp uygulayıcıları, annenin yaşamının değerini fetüsünün üzerinde tutma eğilimindedir ve hamilelik nedeniyle anne yaşamının tehlikede olduğu yolunda tıbbi bir yargı varsa, geç kürtaja da izin verilebileceğine dair genel bir fikir birliği vardır.

Bununla beraber, Roe V. Wade Yasası fetüsün yaşayabilirliğinden sonraki kürtaja bazı sınırlamalar getirdiği gibi, tıp uygulayıcıları da hamileliğin geç



dönemlerindeki kürtaja karşı – hatta erken ikinci trimester dönemindeki kürtaja karşı – isteksizlik göstermektedir. Fetüs ve anne hakları üzerindeki yeni etik ikilemlere ek olarak, birçok tıp uzmanı kürtajın ahlakiliği konusunda kararsızlık yaşamaktadır ki, mevcut politik iklim ve bu sahadaki teknolojik gelişmeler de söz konusu çelişkileri arttırmaktadır.

Hekimin sahip olduğu teknolojik imkanlara, hamilelik yaşı ve herhangi bir gelişim bozukluğunun olup olmamasıyla ilgili olarak fetüsün durumuna ve de yenidoğan yoğun bakım olanaklarına bağlı olarak, hamileliğin 27.haftasında doğan prematüre bebeklerin yaşamını kurtarmak çoğunlukla mümkün olmaktadır. 24-26 haftalıkken veya daha erken doğan bebekler, yoğun yenidoğan bakım desteğiyle yaşamını sürdürmektedir ancak bir derece işlev bozuklukları da söz konusu olmaktadır. Hamileliğin 24. haftasına kadar yapılan kürtajlarla beraber tıptaki şu çelişki de göze çarpmaktadır: bir grup hekim tarafından kürtaj yoluyla alınan fetüsleri bir başka hekim grubu ‘hasta’ olarak görmektedir.

Kürtaj hizmeti sunan hekimler, birçok nedenle erken kürtaj yapmayı – ilk 12 haftaya kadar- tercih etmektedir. İlk olarak, fetüsün 20.haftadan önce de ilkel refleksler göstermesine rağmen, beyin ve sinir sisteminin 24.haftada bile fetüsün acıyı hissetmesine yetecek kadar gelişmiş olup olmadığı hakkında kesin bir kanıt yoktur. İkinci olarak, daha önce de tartışıldığı gibi, daha insani ya da fetüse karşı daha saygılı gibi görünen ikinci trimester dönemi kürtaj yöntemleri genelde anne için daha fazla tehlike taşımaktadır. Üçüncü olarak, kürtaj hizmeti veren hekimler anne için en güvenli olan yöntemi seçmeye çalışmakta, bu arada fetüse mümkün olan en az zararı verme hedefi ikinci plana düşmektedir.

En son olarak, kısmi doğum kürtajıyla ilgili tartışma hekimlere, kürtaj hizmeti sunan diğer kişilere ve bir kadının kürtaja karar verme hakkına sahip olduğunu savunanlara çeşitli zorluklar çıkarmıştır. Kongrede, çeşitli eyalet yasama meclislerinde ve nihayet Yüksek Mahkemede bu işlemi yasaklamaya yönelik yasa tasarıları ortaya atılıp tartışılırken; kısmi doğum kürtajının tanımının belirsizliği (aslında bu terim tıp uzmanları tarafından kullanılmamaktadır), fetüs yaşayabilir hale geldikten sonra annenin sağlığını korumanın hekimler için zorlaşması ve fetüsün yaşayabilirliğinden önce yasağın uygulanması, bu yasakların anayasal olarak da onaylanmasında başarısızlığa yol açmıştır. (Annas, 1998)

Kürtaj yapanın, fetüsü tam olarak öldürmeden önce kısmen rahim yolundan doğurtma şeklinde kürtaj uygulamasını ve doğumu tamamlatmasını federal bir suç olarak belirleyen ilk Kısmi Doğum Kürtajını Yasaklama Kanunu, Mart 1995’te A.B.D. Kongresi’ne sunuldu. Nisan 1996’da Başkan Clinton, anne sağlığına ciddi zararlı etkiler içeren olasılıkları hariç tutmadığı gerekçesiyle bu kanunu veto etti (Kısmi Doğum Kürtajı Hakkındaki Kanunun Onaylanmadan Temsilciler Meclisine İadesi İle İlgili Yorumlar, s.643-647); kanunun yeniden düzenlenmiş halini de aynı nedenle Ekim 1997’de veto etti (Kısmi Doğum Kürtajıyla İlgili Kanunun Onaylanmadan İadesi Hakkında Temsilciler Meclisi’ne Gönderilen Mesaj, s.1545)

İki kanun taslağı arasındaki süre içinde tıp kuruluşları da karşıt konumlar aldılar. Federal yasayı destekleyen AMA'nın aksine, ACOG Yönetim Kurulu, Başkandan yasayı veto etmesini istedi. Yönetim Kurulu, kısmi doğum kürtaji terimini ACOG üyelerinin aşağıdaki şekilde tarif ettiği bir 'tam genişletme ve alma' yöntemi olarak anladı ki; 16.haftadan sonra hamileliğe son vermek için uygulanan bu yöntem, 1)rahim boynunun birkaç gün boyunca genişletilmesini, 2)fetüsün duruşunun değiştirilmesini, 3)fetüsün vücudunun baş hariç dışarı çıkarılmasını ve 4) canlı fetüsün kafatasının içinin kısmen tahliye edilmesini ve böylece ölen fetüsün rahimden dışarı alınmasını içerir. (ACOG s.2) Komite, bu yöntemin annenin sağlığını korumanın tek yolu olduğuna dair hiçbir kanıt tespit edememekle beraber, sadece doktorun hastaya danışarak ve hastanın özel bir durumu varsa bu kararı alabileceğini bildirdi. (ACOG, 1997, s.3)

O zamandan bu yana iki düzineden fazla eyalette benzer yasa taslakları önerilmiş ve hiçbiri anayasal bulunmamıştır; bunların içinde en dikkat çeken karar, 2000 yılı Stenberg-Carhart davasında Nebraska Kısmi Doğum Kürtaji Yasasına karşı verilen Yüksek Mahkeme kararıdır. (Annas, 2001) Bu dava, Dr.Leroy Carhart'ın kadınların yaşamını tehlikeye soktuğu ve hekimlerin izlemesi gereken süreçle ilgili yeterli açıklama içermediği gerekçesiyle Nebraska Yasasını federal mahkemeye şikayet etmesiyle ilgilidir ve dava sonucunda söz konusu yasanın anayasal olmadığı ilan edilmiştir. Sonuç olarak, Yüksek Mahkeme 28 Haziran 2000 tarihinde görülen duruşmada Nebraska Kanununun ve kısmi doğum kürtajını yasaklayan tüm diğer kanunların anayasal olmadığına hükmetti. Genel kaniya göre bu kanunlar iki nedenle anayasal değildi. İlki, Roe v. Wade davasında da belirtildiği üzere bu yasa kadın sağlığını koruma hususunda istisnalara yer vermiyordu. İkincisi ise, söz konusu yasa (Casey- Planlı Ebeveynlik'de de ortaya konduğu gibi) gereksiz sınıtlara yol açıyordu çünkü o kadar genel bir dille yazılmıştı ki sadece nadiren uygulanan 'genişletme ve alma (D&X)' işlemi yasaklamakla kalmıyor, ayrıca erken ikinci trimester dönemindeki gebeliklere son vermek için sıklıkla kullanılan 'genişletme ve tahliye(D&E)' işlemi de yasaklıyordu. Sonuç olarak Stenberg kararı, kürtajların nasıl en güvenli ve etkili şekilde yapılacağına hekimler ve kadınların karar vermesi gerektiği görüşünü güçlendirdi.

### **Kamu Sağlığı ve Uluslararası Perspektifler**

Çeşitli sınırlamalar altında olmakla birlikte kürtaj, sanayileşmiş dünyada mevcuttur. Son zamanlarda birçok gelişmekte olan ülkede de kürtaj hakkındaki yasaların özgürleşmesi yönünde bir eğilim vardır; örneğin kürtajın yasal olduğu Hindistan ve kendiliğinden kürtaj yasal olmadığı halde adet düzenlemesi adı verilen (ancak esasen bir erken vakumlu kürtaj türü olan) bir erken trimester işleminin yasal olduğu Bangladeş gibi. Kürtaj kanunlarının en sıkı olduğu yerler ise Latin Amerika, Afrika'nın alt-Sahara bölümü ve Orta Asya'dır.

Bu bölgelerdeki ülkelerin çoğu, yüksek anne ölüm oranlarına sahiptir ve yasadışı kürtajlara bağlı komplikasyonlar da bunun başlıca nedenlerindedir. Dünya

Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, her yıl 100.000 ya da daha fazla anne ölümü, güvenilir olmayan ve çoğunlukla da yasadışı olan kürtajlara bağlı komplikasyonlar yüzünden gerçekleşmektedir. A.B.D.'de bile, kadınların yasal olarak kürtaj hizmetinden yararlanamadığı durumlarda bazı yasadışı kürtaj işlemleri yapılmaktadır. Tüm dünya çapındaki yasadışı kürtajların sayısı hakkında güvenilir veriler olmamakla birlikte, çok yoğun bir kürtaj talebi olduğu ve olmaya devam edeceği kesindir. Yasadışı kürtaja başvuran kadınların tahmini sayısının da kanıtladığı gibi, hamileliği sonlandırmaya karar veren kadınlar, bunu ya kendi başlarına ya da yardım alarak yapmaya kalkışacaktır.

Sonuç olarak, güvenli olmayan kürtajdan kaynaklanan komplikasyonlarla ilgili sorular ve bunları ikiye katlayan fetüs haklarına karşı kadınların otonomi ve doğurganlık hakları hakkındaki karmaşık sorunlar, biyoetiğin kürtaja verdiği önemin sürmesi gerektiğini ortaya koymaktadır ki, özellikle kürtaj talep eden herkesin – ulusal vatandaşlık, etnik veya ırk kimliğinden bağımsız olarak – buna eşit şekilde hakkı olup olmadığı ve kürtaj yöntemleri hakkındaki sorular hala önemlidir.

### Kaynakça:

- Adler, Nancy E.; David, Henry P.; and Major, Brenda N.; et al. 1990. 'Psychological Responses After Abortion.' *Science* 248: 41-44.
- Almeling, Rene; Tews, Lauren; and Dudley, Susan. 2000 'Abortion Training in U.S. Obstetrics and Gynecology Residency Programs, 1998.' *Family Planning Perspectives* 32 (6):268-271.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. 1997. *Statement on Intact D&X*. Washington, D.C.: The American College of Obstetricians and Gynecologists.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. 2001. *Emergency Oral Conception*, ACOG Practice Bulletin, Number 25. Washington D.C.: The American College of Obstetrics and Gynecologists.
- Annas, George J. 1998. 'Partial Birth Abortion, Congress, and the Constitution.' *New England Journal of Medicine* 339(4): 279-283.
- Annas, George J. 2001. 'Partial Birth Abortion and the Supreme Court.' *New England Journal of Medicine* 344(2): 152-156.
- Ashok, Premila W.; Wagaarachchi, Prabath T.; Flett, Gillian M.; et al. 2001 'Mifepristone as a Late Post-Coital Contraceptive.' *Human Reproduction* 16: 72-75.
- Berger, Gary S.; Brennar, William, E.; and Keith, Louis G., eds. 1981. *Second Trimester Abortion*. Littleton, MA: Wright-PSG.
- Cates, Willard, Jr., and Grimes, David A. 1981. 'Morbidity and Mortality of Abortion in the United States.' In *Abortion and Sterilization: Medical and Social Aspects*, ed. Jane E. Hodgson. London: Academic Press.
- Corson, Stephen L.; Sedlacek, Thomas V.; and Hoffman, Jerome J. 1986. 'Suction Dilation and Evacuation.' In *Greenhill's Surgical Gynecology*, 5th Edition, ed. Richard H. Lampert. Chicago: Year Book Medical.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. 1994. *Code of Medi-*

*cal Ethics: Current Opinions with Annotations: Including the Principles of the Medical Ethics, Fundamental Elements of the Patient- Physician Relationship Relationship, and Rules of the Council on Ethical And Judicial Affairs.* Chicago: Author.

- Gold, Rachel Benson. 1990. *Abortion and Women's Health: A Turning Point for America?* New York: Alan Guttmacher Institute.
- Grimes, David A. 1992. 'Surgical Management of Abortion.' In *Te Linde's Operative Gynecology*, 8th edition, ed. John D. Thompson and John A. Rock. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Grimes, David A. 1998. 'The Continuing Need for Late Abortions.' *Journal of the American Medical Association* 280(8): 747-750.
- Grimes, David A.; Schultz, Kenneth F.; Cates, Willard, Jr.; et al. 1979. 'Local Versus General Anesthesia: Which Is Safer for Performing Suction Curettage Abortions?' *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 135(8): 1030-1035.
- Hernshaw, Stanley K. 1990. 'Induced Abortion: A World Review, 1990.' *Family Planning Perspectives* 22(2): 76-89.
- House Human Resources and Intergovernmental Relations Subcommittee of the Committee on Governmental Operations: Hearings on the Federal Role in Determining the Medical and Psychological Impact of Abortions on Women. 101st Congress, 1st session, 1989, p.14.
- Kolata, Gina. 'Abortion Pill Slow to Win Users among Women and their Doctors.' *New York Times*, September 25, 2002.
- Koop, C. Everett. 1989. *Medical and Psychological Effects of Abortion on Women.* Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Kunins, Hillary, and Rosenfield, Allan. 1991. 'Abortion: A Legal and Public Health Perspective.' *Annual Report of Public Health* 12: 361-382.
- Message to the House of Representatives Returning without Approval Partial Birth Abortion Legislation. Weekly Compilation of Presidential Documents. October 10, 1997, p.1545.
- *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey*, 502 U.S. 1056 (1992)
- Remarks on Returning without Approval to the House of Representatives Partial Birth Abortion Legislation. Weekly Compilation of Presidential Documents. April 10, 1996, pp. 643-647.
- *Roe v. Wade*. 410 U.S. 113 (1973).
- *Stenberg v. Carhart*. 530 U.S. 914 (2000)

### **İnternet Kaynakçası:**

- U.S. Federal Drug Administration. Approval Letter for Mifepristone, September 28, 2000. Available from '<http://www.fda.gov/cder/drug/infopage/mifepristone/default.htm>'