

ORTADOĞU ÜLKELERİNDE ÜREME SAĞLIĞI, İSTEYEREK DÜŞÜK VE DÜŞÜNDÜRDÜKLERİ

Ayla BERKİTEN-ERGİN*, Hatice BEKTAŞ**

Özet

Dünya genelinde kapitalist ülkelerde kadınlar, ekonomik, sosyal ve siyasal yaşamda, aile içinde eşitsiz ve ikincil konumdadır. Buna ek olarak, dinsel düşüncenin ve yaşam biçiminin hakim olduğu Ortadoğu coğrafyasındaki kadınlar ise, eşitsizlikleri daha derin yaşamaktadırlar. Bu bölgedeki kadınlar, batılı hemcinslerine göre üreme hak ve özgürlükleri ile üreme sağlığı hizmetlerine erişimde de daha dezavantajlı konumdadırlar.

Dünyada önemli bir üreme sağlığı sorunu olarak kabul edilen "isteyerek düşük" ya da diğer adı ile "yasal kürtaj" kesin yasaktan başlayan ve tedricen serbest bırakılmaya kadar çeşitlilik gösteren bir yelpazede uygulanmaya devam eder. Dünya nüfusunun %61'inin yaşadığı ülkelerde, annenin fiziksel ve zihinsel sağlığını ve sosyo-ekonomik durumunu koruma amaçlı isteyerek düşüğe herhangi bir yasal engel konulmazken, %26'sınının yaşadığı 72 ülkede isteyerek düşük kanunlarla yasaklanmıştır. Bu ülkelerde sadece kadının hayatını kurtarmak söz konusu olduğunda kürtaja izin verilmektedir. Ortadoğu ülkelerinde de birçok müslüman ülkede olduğu gibi, sağlam temellere dayandırılmadıkça, isteyerek düşük/kürtaj suç sayılmaktadır. Mısır, Suriye, Lübnan, Libya ve İran bu ülkelerden bazılarıdır.

Bu makalede Ortadoğu ülkelerinde üreme sağlığı sorunları ile birlikte, özellikle isteyerek düşük konusu ile bunun kadın sağlığına etkileri tartışılmıştır. Ayrıca sosyal, dinsel politikaları ve kültürel kimliği ile farklılık gösteren İran örneği üzerinden "kürtaj sorunsalı" kadın hakları ve kadın hareketleri ile birlikte ele alınarak incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Ortadoğu, üreme sağlığı, isteyerek düşük, yasal düşüklükler, düşük yasaları ve üreme hakları.

Thoughts On Reproductive Health And Abortion In The Middle Eastern Countries

Abstract

Women still face unequal treatment and are considered to be secondary in the family, in public institutions, in populist ideologies, and in national and international politics all around the world. Women in the Middle East, where cultural and religious traditions reign, feel all these in inequalities all the more intensely. Women in this region are at a disadvantage compared to the women living in the western countries in entertaining reproductive rights and liberties and in accessing reproductive health services.

"Induced abortion" or "legal abortion", which is considered to be an important reproductive health problem, is subject to different regulations all over the world, ranging from a complete ban to complete freedom. In a group of countries, which comprises 61% of the total world population, there are no legal obstacles to abortion with the aim of protecting the physical and mental health as well as the socio-economic status of mothers, while in a total of 72 countries, which comprise 26% of the total world population, abortion is prohibited. In these countries, abortion is allowed only in cases when the mother's life is at stake. Like in many other Muslim countries, in the Middle Eastern countries, too, abortion is considered a crime unless it is based on justifiable grounds. Among these countries are Egypt, Syria, Lebanon, Libya, and Iran.

This article discusses the reproductive health problems and especially the question of induced abortion along with its effects on women's health in the Middle Eastern countries. Additionally, "the question of abortion" is examined in the context of Iran, which differs from other countries by its social and religious policies and cultural identity, within the framework of women's rights and women's rights movements.

Key words: The Middle East, reproductive health, induced abortion, legal abortions, abortion regulations and reproductive rights.

* Yrd. Doç. Dr Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu,

** Arş. Gör. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu

Giriş

Kadınlar, aile içinde, ekonomik, sosyal ve siyasal yaşamda, aile içinde eşitsiz ve ikinci sınıf muamele ile karşı karşıyadır. Ayrıca bunların yanında, sınıfları, ırkları ve etnik durumları ile şekillenen cinsiyetlerinin de getirdiği eşitsizlik ve çelişkilerle dolu toplumsal rollerle karşı karşıyadırlar (Shaheed, 1998; Soyşekerci, 2006, Yıldırım 2005).

Birçok ülkede, kadınların üreme sağlığı ile ilgili eşitsizlikleri halen devam etmektedir. Kültürel ve dinsel referansların hakim olduğu Ortadoğu coğrafyasında ise kadınlar, batılı hemcinslerine göre özellikle üreme hakları, özgürlükleri ve üreme sağlığı hizmetlerine ulaşma bakımından da daha dezavantajlı konumdadır (Zuhur, 2005). Bu makalede Ortadoğu ülkelerinde üreme sağlığı sorunları, isteyerek düşük ve kadın sağlığına etkileri eleştirel bir bakış açısıyla ele alınarak tartışılacaktır. Ayrıca özellikle sosyal, dinsel politikaları ve kültürel kimliği ile farklılık gösteren İran örneği üzerinden "kürtaj sorunsalı" kadın hakları ve kadın hareketleri ile birlikte ele alınarak incelenecektir.

Bilindiği gibi Ortadoğu ülkeleri, Türkiye, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Suudi Arabistan, Ürdün, İsrail, Filistin, Lübnan, Suriye, Bahreyn, Katar, Birleşik Arap Emirlikleri, Kuveyt, Umman, Yemen Cumhuriyeti, Mısır, Irak ve İran'dır (Öztürkler, 2009). Türkiye coğrafi konumu nedeniyle adı geçen ülkelerden birisi olmakla birlikte, isteyerek düşük konusu farklı bir makale ile ele alınacağından bu makalede konu dışı bırakılmıştır.

Ortadoğu Ülkeleri, Üreme Sağlığı ve Kadın Hakları

Ortadoğu ülkeleri ekonomik yapılarının yanında, siyasal, sosyal sistemler ve kadın göstergeleri açısından da birbirinden oldukça farklıdır. Tarih boyunca coğrafi konumu ve özellikle zengin petrol kaynakları nedeniyle emperyalist güçlerin ilgi odağı haline gelen bu bölge, sürekli karmaşık dönemler geçirmiştir. Yaşanan pek çok iç savaş ya da politik ayaklanmalar da üreme sağlığını doğrudan etkilemiş ve özellikle kadınların üreme haklarını ve özgürlüklerini kısıtlamıştır. Son 25 yılda bu bölgede yaşanan her bir çatışma ya da ayaklanma sağlık

ve eğitim hizmetlerinde aksamalar, sosyal ağlarda kırılmalar meydana getirmiş ve üreme sağlığını koruyan temel mekanizmalar önemsenmemeye başlanmıştır (De Jong, 2005; Hessini, 2007; Özalpat, 2008). Örneğin, 1990'lı yıllarda biten ve yaklaşık sekiz yıl süren İran-İrak savaşlarında birçok çocuk yetim kalmıştır. Bu bölgede yaşanan diğer savaşlar sırasındaki hareketlilik ile birlikte cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaygınlığı artmıştır. Yine Ortadoğu ülkelerinde cinsel yolla bulaşan hastalıklar oranı giderek arttığı ve 12 milyondan fazla kişinin sifiliz, gonore ve klamidy enfeksiyonuna maruz kaldığı bildirilmektedir (Fahimi, 2003).

Irak'da Baas rejiminin düşmesinden sonra, özellikle Bağdat'ta kadına yönelik şiddet oldukça artmış ve bunun temel nedeni savaş sonrası gerekli önlemlerin uluslararası topluluklarca alınmaması gösterilmiştir. Diğer Ortadoğu ülkelerinde de kadına yönelik şiddet açısından durum farklı değildir. Örneğin, Mısır'lı kadınların %35'i evliliklerinin bir noktasında fiziksel şiddete maruz kalmıştır. İsrail'de de 1997 yılında 1826 Arap kadını kapsayan alan çalışması, kadınların %32'sinin partnerleri tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını, %30'unun ise eşleri tarafından cinsel şiddete maruz kaldığını bildirilmektedir. Erkek egemen yapıda kadına yönelik değerler ve toplumsal kurallar erkekler tarafından daha fazla kontrol edilmektedir. Bu ülkelerde gelenekler, görenekler, ataerki yapı ve dini değerler kadına yönelik şiddetin en önemli bahanesi olarak geçerliliği sürdürmektedir (Domestic Violence Against Women and Girls Unicef, 2000, Korkut-Owen, 2008).

Savaşlar ve fikir ayrılıklarından doğan ayaklanmaların, özellikle kadın nüfusun üreme sağlığı üzerinde yaptığı hasarı görmezlikten gelmek mümkün değildir. Filistin halkının evlilik durumlarını inceleyen bir araştırma da ise ergenlik çağındaki bireylerin doğurganlık artışı izlenmiş ve nedeni İsrail işgali sonrasında artan erken yaşta evlilikler gösterilmiştir (De Jong, 2005). Savaşların yanı sıra, özellikle Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde 13-19 yaş grubunda doğurganlık oranı

oldukça yüksektir. Çünkü bu ülkelerde erken yaşta evlilikler fazladır. Kültürel ve dini değerler evlilik dışında cinsel ilişkiyi onaylamazken, adı geçen ülkelerde yüksek riskli cinsel davranışlar mevcuttur. Çünkü bu ülkelerde çok eşlilik yaygındır. Aynı ülkelerde ilk evlilik yaşı ortalamasının artmasına rağmen, kadınlar hala bazı sosyal gruplarda 20 yaşın altında evlendirilmektedir. Örneğin, İran'da bir genç kız 13 yaşında babasının izni ile evlendirilebilmektedir. Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde 4 milyon kadın ne yazık ki 20 yaşın altında evlendirilmektedir. Aynı gençler evlendikten sonra gebe kalmakta anne ve bebek sağlığı için komplikasyon görülme sıklığı da benzer oranda artmaktadır (Fahimi, 2003).

Ortadoğu ülkelerinde yaşamın her noktasında kadınlar var olmasına karşın, tüm toplumsal ilişkilerde olumsuz ve eşitsiz konumdadır. Çağdaş toplumların eşitlik ve insanca yaşam standardına kavuşabilmek için insanlara sunduğu temel olanaklar; eğitim, sağlık, ücretli çalışma ve siyasal kararlara katılım olarak tanımlanmaktadır (Şimşek, 2011; Bahar, 2011; Akın, 2008).

Toplumsal cinsiyet ve kadın hakları konusunda özel bir konuma sahip bu ülkelerde bazı olumlu gelişmeler yaşansa da cinsiyet eşitsizliği ve sağlık alanında eşitsizlikler giderek artmaktadır. Örneğin, Kuveyt'li kadınlar erkeklerle aynı siyasi haklara ancak 2005 yılında sahip olmuşlar, 2009 yılında ise tanınan bu haklar ile kadınlar ofislerde çalışmaya başlamış ve parlamentoda seçilmelerinin önü açılmıştır. Bahreyn ve Birleşik Arap Emirliklerinde ise ilk kadın yargıçlar, sırasıyla 2006 ve 2008 yıllarında atanmıştır. Pasaport almak için bir kadın için eş yada babasının iznini gerektiren yasaları Bahreyn, Kuveyt ve Katar'da 2010 yılında iptal etmiştir. Ürdün'de, kadın örgütleri tarafından organize edilen çalışmalar sonrasında cinsiyete dayalı şiddete karşı korunma amacıyla, 2008 yılında "Ailenin Korunması Hakkında Kanun" çıkartılmış ve 2009 yılında namus cinayetleri (suçlarına) davalarına bakan bir ihtisas mahkemesi kurulmuştur. Yasanın tamamı henüz yürürlüğe girmemiş olmasına rağmen, bölgede bu konuda

kanun çıkartan Tunus'tan sonra ikinci ülkedir (Kelly, 2010).

Görüldüğü gibi bu bölgede dinin, yasaların ve geleneklerin birbirine kenetlenmesinin kadınlara ilişkin sonuçları erkeklere göre daha büyük ve daha olumsuzdur. Etnik, ulusal ve dinsel kültürün yasalara ve içselleştirilmiş kurullarla daracık bir kimliğe sıkıştırılmış Ortadoğulu kadınlar, birçok alanda yok sayılmaya devam edilmektedir (Shaheed, 1998; İlkkaracan, 2011).

Bu coğrafyada kadın için üreme ve annelik büyük bir prestij kaynağıdır (Bora, 2008; Hessini, 2007). Ancak annelik ya da doğurganlığının dışında sessizliğini koruyan kadınlar, pek de değer bulamamaktadır. Tüm dünya dinleri gibi İslamiyet'te, yaşamı ve anneliği kutsal kabul eder. Hatta üretkenlik ve anne olabilmek Ortadoğu ve diğer müslüman ülkelerde hala bir onurlanma kaynağıdır. Hatta çocuksuz kadınlar damgalanmaktadır. Bu ülkelerde anneler sadece anneliğe bağlı nedenler (gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde yada istenmeyen gebelikler ve onların komplikasyonları) ile kaybedilmektedir (Khan, 2008; Hedayat, 2006, İlkkaracan, 2011; Hessini, 2007). Her yıl 13.000 Ortadoğu ve Kuzey Afrika'lı kadın, gebelik, doğum ile ilgili komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Bu bölgede anne ölümleri oranı çok değişkendir. Örneğin, Irak ve Yemen'de anne ölümleri oranı yüz binde 300' ile diğer Orta doğu ülkelerine göre oldukça yüksektir (Fahimi, 2003). Ortadoğu ülkelerinde bazı üreme sağlığı sorunları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Oysa Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 21.yy. da "Herkes için Sağlık" dokümanında" 2020 yılına kadar ülkelerdeki sosyo-ekonomik gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıkların, dezavantajlı grupların sağlık düzeylerini geliştirerek tüm ülke üyelerde ¼ oranında azaltılması gerektiğini vurgulamaktadır. Eylül 2000 yılında da "insan onuru, eşitlik ve esenlik" ilkelerinin güçlendirilmesi için binyıl bildirgesi ilan edilmiş ve bu amaçlara ulaşabilmek için binyıl kalkınma hedefleri belirlenmiştir. Bu hedefler, "cinsiyet eşitliğini

Tablo 1. Bazı ortadoğu ülkelerinde üreme sağlığı göstergeleri*

Bazı Ortadoğu Ülkeleri**	AÖH (yüz binde)	BÖH (binde)	Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Oranı (15-49 yaş evli kadınlar)		Abortus (%)		Adölesan Gebelik (15- 19 yaş)
			Geleneksel (%)	Modern (%)	Abortus Oranı	İsteyerek Düşük	
Filistin	11 ^g	24.2 ^f	13.3 ^f	37.7 ^f	Filistin bölgesinde abortusla ilgili güncel bilgiler ulaşılabilmir değildir ^f		54 ^g
Irak	84 ^h	42.1 ^h	28.5 ⁱ	43.2 ⁱ	9.7 ^h		72.7 ^h
İran	25 ⁱ	22 ^c	31 ^k	54 ^k	5.6 ^c		
Mısır	66 ^c	25 ^c	13.7 ^b	81.9 ^b	Mısır'da abortusla ilgili güncel bilgiler ulaşılabilmir değildir ^b		33 ^j
Türkiye ^d	28,5	17	27	46	21	10	6
Ürdün	63 ^c	18 ^c	17 ^a	42 ^a	Ürdün'de abortusla ilgili güncel bilgiler ulaşılabilmir değildir. %0.1 olduğu düşünülmektedir ^j		5 ^a

*: Tablo, adı geçen kaynaklar kullanılarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur. **: Ülkeler alfabetik sıralandırılmıştır. a: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR238/FR238.pdf>, b: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR220/FR220.pdf>, c: <http://www.who.int/gho/countries/en/>, d: TNSA 2008, e: Massarrat, 2002, f: Palestinian Central Bureau of Statistics 2004, g: Mahaini, 2008, h: Iraq Family Health Survey (IFHS) 2006, i: JAWADI, 2010, j: Vakilian, 2011, k: Sallam, 1998, l: Erfani, 2011

güdülemek, kadının güçlendirilmesini sağlamak, anne sağlığını iyileştirmek, yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak, uluslararası işbirliği ve eğitim fırsatı sağlamak şeklinde özetlenebilir (Bahar, 2011; Akın, 2008). Bu yaklaşımlar evrensel bakış açısıyla kadın sağlığı ile birlikte toplum sağlığını güçlendirmeyi amaçlamakla birlikte, kendi içinde çekinceler ve zayıf halkalar barındırmaktadır. Yakın bir sürede Afrika'da, Güneydoğu Asya'da ve Latin Amerika'da herkesi sağlıklı kılmak pek olası görünmemektedir ve ayrıca yeterince finansal

kaynaklarda ayrılmamıştır. Böylelikle hedefler ölçülebilir amaçlardan yoksun olması nedeniyle, düşsel görünmeye devam etmektedir (Aksakoğlu, 2002).

DSÖ'nün yanında, Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, Avrupa Konseyi Yerel Yönetimler Meclisi, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Dünya Cinsel Sağlık Birliği (WAS), Müslüman Toplumlarda Cinsel ve Bedensel Haklar Koalisyonu (CSBR), tarafından "kadın sağlığı,

cinsellik ve üreme hakları " üzerine pek çok bildirge yayımlanmış, kadınların cinsel ve üreme haklarının korunması ve savunulması gerekliliğinden söz edilmiştir (FIGO 2009, Amado, 2004; İlkaracan, 2005; İlkaracan, 2000; WAS, 1999; WAS, 2006; WAS 2008; WAS 2009; European Union, 2000; WHO 2002; U.N., 2006; WHP, 2004). Bu bildirelere rağmen, dünyanın pek çok ülkesindeki kadınlar bu hakları elde edememiştir.

Kendi doğurganlığı ve üreme sağlığı ile ilgili kararları kendisinin verebilmesi kadının en temel insan haklarından birisidir (İlkaracan, 2011; Cottingham, 2010; Özvarış, 2010). Uluslararası insan hakları belgelerinde ve diğer

ortak raporlarda "cinsellik ve üreme hakları" insan hakları kapsamında ele alınmaktadır. 1979 yılında BM Genel Kurulu tarafından kabul edilen BM Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - CEDAW), kadına karşı ayrımcılığı ve alınabilecek önlemleri tanımlayan uluslararası bir kadın hakları sözleşmesidir. Sözleşme, taraf olan 186 ülkeyi, kadınlara karşı ayrımcılığın ortadan kaldırılması için somut adımlar atmakla yükümlü kılmıştır. Sözleşme kadınlara karşı ayrımcılığı önlemek için var olan tek yasal ve bağlayıcı dokümandır. Türkiye, İsrail ve neredeyse tüm Arap ülkelerinin de kabul ettiği bu sözleşme gereği, ülkeler düzenli aralıklarla raporlar

Tablo 2. Ortadoğu Ülkelerinde CEDAW Sözleşmesi

Ortadoğu ülkeleri*	Durumu	Tarih
Bahreyn	Başlangıç ve ikinci periyodik rapor aşamasında	-
Birleşik Arap Emirlikleri	Hiçbir rapor sunulmamıştır.	
Filistin	Ülke ile ilgili bilgi mevcut değildir.	
Irak	İkinci ve üçüncü periyodik rapor aşamasında	2000
Iran	CEDAW sözleşmesine üye değildir	
İsrail	Üçüncü periyodik rapor aşamasında Dördüncü periyodik rapor aşamasında	- 2005
Katar	CEDAW sözleşmesine üye değildir	
Kuveyt	Başlangıç ve ikinci periyodik rapor aşamasında	2004
Lübnan	İlk periyodik rapor aşamasında İkinci periyodik rapor aşamasında Üçüncü periyodik rapor aşamasında	2005 2005 2008
Mısır	Üçüncü periyodik rapor aşamasında Dördüncü ve beşinci periyodik rapor aşamasında	2001 2001
Suriye	İlk rapor aşamasında	2007
Suudi Arabistan	Başlangıç ve ikinci periyodik rapor aşamasında	2008
Tunus	Üçüncü ve dördüncü periyodik rapor aşamasında	2002
Türkiye	İkinci ve üçüncü periyodik rapor aşamasında Dördüncü ve beşinci periyodik rapor aşamasında	1997 2005
Ürdün	İlk periyodik rapor aşamasında İkinci periyodik rapor aşamasında Üçüncü ve dördüncü periyodik rapor aşamasında	2000 2000 -
Yemen	Dördüncü periyodik rapor aşamasında Beşinci periyodik rapor aşamasında Altıncı periyodik rapor aşamasında	2002 2002 2008

Kaynak: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.htm> Erişim tarihi: 3.12.2012

*Tabloda adı geçen ülkeler alfabetik olarak sıralanmıştır.

yayımlamaktadır. Oysa İran, Sudan ve bazı Kuzey Afrika ülkeleri bu sözleşmelere imza atmamış ya da toplumsal cinsiyete özgü maddelere çekince koymuşlardır. Orta doğu ülkeleri ve CEDAW sözleşmesi hakkındaki ayrıntılardan Tablo 2'de söz edilmiştir.

Dolayısıyla bu ülkelerde cinsellik ve üreme hakları ihlalleri birçok Avrupa ülkesine oranla daha fazla yaşanmaktadır ([http:// dl.dropbox.com/u/64736171 / cedawFINAL. pdf](http://dl.dropbox.com/u/64736171/cedawFINAL.pdf), [http://www. cedaw2012. org/index.php/about-cedaw/faq,erişim](http://www.cedaw2012.org/index.php/about-cedaw/faq,erişim), CEDAW sözleşmesi ve İhtiyari Protokol, 2010). Ayrıca adı geçen ülkelerde cinsellik ve üreme hakları hala siyasal ve sosyal baskılar nedeni ile bir tabu olarak görülmekte ve en fazla ihlal edilen konuların başında istenmeyen gebelikler ve isteyerek düşük konusu gelmektedir (Amado, 2003; Zuhur, 2005; Ilkcaracan, 2005; Ilkcaracan, 2000).

Gelişmiş ülkelerde, toplam doğurganlık hızının sabitlenmesi, refahın yaygınlaşması, nitelikli sağlık hizmetleri çerçevesinde isteğe bağlı düşükler ve aile planlaması gibi hizmetlerin ele alınması, güvensiz düşük ve buna bağlı komplikasyonlarının önlenmesi ile kadın sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Bu ülkelerde bireysel haklar konusunda gelişmeler ve kadın hareketleri de kürtajın bir sağlık hakkı olarak yerleşmesine katkıda bulunmuştur (Çokar, 2006; Nalçacı, 2006).

"Cinsellik ve kürtaj" gibi konularda kadın özne olmaya devam etmekte, üreme ve cinsel haklarından yoksun bırakılmaktadır. Oysa kürtaj en eski ve en güvenilir medikal uygulamalardan biridir ve doğal doğum kadar güvenlidir. Bununla birlikte sağlıksız kürtajlar, gelişmekte olan ülkelerde ihmal edilen ve en önemli sorunlarından biri olarak gündemini korumaktadır. Güvenli olmayan kürtaj kanunlarla yasaklanmış olmasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde kadın sağlığını doğrudan tehlikeye atarken, bazı ülkelerde de güvenli kürtaja ulaşımın zorluğu nedeniyle kadın sağlığını tehdit etmektedir. Sağlıklı olmayan bu ortamlarda kadın, çoğu zaman istemeyerek gebe kalmakta

ve bu gebeliğini kendince ürettiği eylemler ve geleneksel metotlarla yada hekim olmayan kişiler tarafından yapılan gizli kürtajlarla sonlandırmaya çalışmaktadır. Bunun aksine yasal olarak yapılmasına izin verilen kürtaj, gelişmiş ülkelerde anne morbiditesini azaltmakta ve mortalite riskini düşürmektedir. Bugün dünyada göz ardı edile gelen en önemli üreme sağlığı problemi güvenilir olmayan kürtaj olarak görülmektedir (Grimes, 2006; Shahbazi, 2012).

DSÖ, her yıl dünyada 210 milyon kadının gebe kaldığını, bunun 80 milyonunun istemsiz olduğunu, 46 milyon kadının ise bu nedenle düşüğe başvurduğu ve 19 milyon kadının da güvenli olmayan koşullarda düşükler yaşadığını, buna bağlı olarak 68 bin kadın hayatını kaybettiği ve 5.3 milyon kadında ise geçici veya kalıcı sakatlıklar meydana geldiğini bildirmektedir (Fawcus, 2008).

Dünyada isteyerek düşüklerin yarısı neredeyse güvensizdir. DSÖ yine 2008 yılında yaklaşık her yıl 21.6 milyon güvensiz düşük oranının olduğunu ve bu oranın %40'ının 25 yaş altında uygulandığını bildirmektedir. Her yıl güvenli olmayan kürtajlar nedeniyle 47.000 anne ölümünün gerçekleştiği de bilinen bir diğer gerçektir. Bir başka ifadeyle bu rakamlar, saatte yaklaşık sekiz kadının hayatının kaybedilmesi ile eş değerdir. Yine yaklaşık beş milyon kadın da güvensiz düşük komplikasyonları nedeniyle hastanede tedavi altına alınmaktadır (Grimes, 2006; Ranji, 2012).

Bu oranları, ülkelerdeki kanunlar, sağlık politikaları, baskın dini kuralları, sosyo-ekonomik statü, kontraseptif kullanımı, kapsamlı kürtaj bakım servislerinin mevcudiyeti ve bu hizmetlere ulaşılabilirlik gibi faktörler yakından etkiler. Sağlıksız kürtaj sonrası en yaygın anne ölümlerinin nedenleri ise, multiorgan (çoklu organ) yetmezliği septik şok yada hemorajik şoktur. Bu önlenbilir nedenlerle anneleri kaybetmek oldukça trajik bir durumdur (Fawcus, 2008; Zia, 2012).

Dünyada kürtaj uygulaması, kesin yasaktan başlayan ve tam serbest bırakılmaya kadar çeşitlilik gösteren bir yelpazede devam etmektedir. Dünya

nüfusunun %61'i annenin fiziksel ve mental sağlığını ve sosyo -ekonomik statüsünü koruma amaçlı kürtaja herhangi bir engel konulmaksızın izin verildiği bölgelerde yaşamaktadır. Dünya nüfusunun %26'sının yaşadığı 72 ülkede ise, kürtaj kanunlarla yasaklanmış olup, sadece kadının hayatını kurtarmak söz konusu olduğunda yapılmaktadır. Avrupa ülkelerinin çoğu, bu sınırlayıcı kanunları atmışsa da, eski koloni Avrupa'sında sınırlayıcı uygulamalar günümüze kadar gelmiştir (Çocar 2006; Grimes, 2006).

Makalenin bundan sonraki bölümünde, Ortadoğu ülkelerinde isteyerek düşük konusu kadın hakları açısından ele alınacak, kadınların isteyerek düşüğe ulaşmalarını engelleyen ya da destekleyen faktörler tartışılarak, bu ülkelerdeki farklılıkların altı çizilecektir.

İslam dini geniş yayılımı olan bir dindir ve Ortadoğu bölgesinde de kabulü oldukça fazladır. Ancak yorumu toplumlara göre farklılık göstermektedir. Bireysel yorumlarda İslam'da önemli bir özelliktir. Bu yorum farkları ve bunları temsil eden okullar, ülkeden ülkeye farklılık gösteren İslam dini kanunlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. İslam dini kurallarının yetersiz olduğu durumlarda ise, dini liderler fetva vererek yön gösterirler. Aile planlaması ve kürtaj İslam dininde geçmişi olan bir konudur (Hessini, 2007). Ancak son yıllarda çok sayıda Müslüman âlimi kürtaj konusunda negatif bakış açısını dile getirmektedirler. Oysa kürtaj bazı ülkelerde kişilerin kendi bedenleri üzerindeki haklardan biri olarak sayılmaktadır. İslam kanunlarına göre fetüs, 4. ayın sonunda anne ile eşit haklara sahiptir. Aynı zamanda fetüs ayrı bir birey olarak da kabul edilmektedir. Örneğin, Hanefi imamları, 120. güne kadar kürtaja izin vermiş olup, kadına bu konuda kocasından izin alma zorunluluğu bile getirmemişlerdir. Maliki düşüncesinin genelinde ise kürtaj tamamıyla yasaklanmıştır. Ancak bazı Malikiler 40. güne kadar kürtaja izin vermişlerdir. Kürtaj hakkındaki farklı görüş ve düşünceler ile birlikte, bazı İslam âlimlerinin kürtajı olumlu görmelerine rağmen, hala birçok İslam ülkesinde

ve Kuzey Afrika'daki ülkelerde suç sayılmaktadır. Örneğin Suudi Arabistan'da "kürtaj kasıtlı cinayet" olarak görülmektedir (Zuhur, 2005, İlkkaracan, 2011).

Tunus'da, 1973 yılında yapılan aktif aile planlaması kampanyasının bir parçası olarak kürtaja önce izin verilmiş, daha sonra kürtaj hizmetini ulaşılabilir hale getirilmiştir. Tunus ayrıca kürtaja yasal boyutta tamamen izin veren tek Müslüman ülkedir. Türkiye'de ise kürtaj 1983 yılından bu yana erişilebilir bir tıbbi müdahaledir.

Lübnan, Arap ülkelerinin içinde modernizm ve özgürlükler ülkesi olarak bilinir. Ancak bu yanlış bir algıdır. Lübnan da bazı bölgelerde diğer Arap ülkelerinde olduğu kadar cinsiyete bağlı eşitsizlikler daha azdır. Ancak Lübnan'ın dini yaklaşımların ağırlıklı olduğu bölgelerinde kürtaj neredeyse lanetlenmiştir. Lübnan Anayasa'sının (1943) 539'dan 546'ya kadar olan maddelerinin bir kısmında yer alan ceza kanuna göre, kürtaj tamamıyla yasaklanmıştır. Hatta kendi kendine girişimde bulunanlara bile, 6 ay ile 3 yıl arasında ceza verilmektedir. Kürtaj yapan sağlık çalışanına da 1 yıldan 3 yıla kadar ceza verilmesi ve 5 yıla kadar da zorunlu halk hizmeti verilmesi uygun görülmüştür. Eğer kadından izin alınmamış ise kürtaj uygulayan sağlık çalışanlarının çalışma izinleri de ellerinden alınabilmektedir. Eğer kadının hayatı tehlikede ise Başkanlık kararnamesine göre (20 Ekim 1969) kürtaja izin verilebilir. Ürdün de kürtaj 1960 yılından itibaren çıkarılan bir kanun ile yasaklanmıştır. Ancak annenin yaşamı veya sağlığı söz konusu ise, halk sağlığı kanununun 20 no'lu yasası gereği (1971, kısım 62 a) kürtaja izin verilmektedir.

Diğer Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkelerinde sağlam temellere dayandırılmadıkça kürtaj suç sayılmaktadır. Mısır, Suriye, Lübnan, Endonezya, Buruni, Yemen ve Libya'da annenin yaşamını kurtarma amaçlı olmadıkça kürtaj suç sayılmıştır. Fas, Cezayir, Malezya ve Suudi Arabistan'da kürtaja kadının sağlığını hem fiziksel hem de mental olarak koruyacaksa izin verilmektedir. Sudan, Irak ve İsrail kürtaja tecavüz durumunda, Katar'da da kürtaja anne hayatı kurtulacaksa, tecavüz olayı varsa veya fetüste ait bir sorun varsa yasal olarak

yapılmaktadır (Zuhur, 2005). Dünyadaki anne ölümlerinin %3'ünün sadece Yemen, Sudan, Fas ve Mısır gibi Arap ülkelerinde (İran hariç) olduğu bildirilmektedir (De Jong, 2005).

İran'da Kadın Hakları ve Üreme Sağlığı

İran'da da durum diğer Ortadoğu ülkelerinden farklı değildir. Sosyal, politik ve dini politikaları nedeniyle özel bir konuma sahip İran'ın kürtaj politikaları ve ayrıntılarından söz etmek okuyucular için daha yararlı olacaktır. İran tarihsel geçmişi ile dünyanın en eski kültürlerini sahip, sosyal ve politik yapısı ile dikkati çeken ve 818.700 milyar \$ GSMH ile en büyük 20. ekonomiye sahip bir Ortadoğu ülkesidir. Şubat 1979'da Pehlevi rejiminin yıkılmasından itibaren, dini esaslara dayalı İslam Cumhuriyeti ile yönetildiği bilinmektedir. Nüfusu ise 77.8 milyon olup, bunun 32.807.071'ini kadınlar oluşturmaktadır. Kadın nüfusunun ise %71'i, 15-64 yaş grubu arasında olup, üreme sağlığı sorunları ve buna bağlı mortalite ve morbidite oranları, diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında oldukça fazladır (<http://birlesmismarkalar.org.tr>).

İran kültüründe namus, itaat ve özveriyi simgeleyen İslami değerler, erkek egemenliğini ve kadının ikincil statüsünü pekiştirmektedir. Bu bölgedeki kadın hareketleri de, milliyetçi akım, modernleşme süreci ve dinsel laik eğilimler arasındaki gerilimlerle bağlantılı olarak benzer tarihsel ve siyasi öğeleri paylaşmaktadır (Özalpat, 2008).

İran'daki kadının durumunu iki ayrı dönemde ele almak mümkündür. İlki 1925-1979 yılları arasında Pehlevi iradesinin sahip olduğu modernleşmenin hız kazandığı bir dönemdir. Bu dönemde Şah Rıza, batılılaşma politikasının bir parçası olarak tesettürü 1936'da yasaklamıştır. 1979'da yeniden zorunlu hale getirmesine kadar, bir çok İranlı kadın bu fırsattan yararlanmış ve kıyafetlerinin seçiminde özgürce hareket edebilmiştir. 1960'ların başlarında devlet, kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanınmış, 1967'de kabul edilen bir yasa ile birden fazla kadınla evlilik yasadışı ilan edilmiş, kocaların ikinci bir kadınla evlenmesi durumunda kadınlara boşanma hakkı getirilmiştir. Bu yıllarda parlamento

ve senatoda pek çok kadın bakan yer almasına rağmen, 1979 yılından itibaren, İran'da özellikle kadının hakları, kıyafet biçimleri, diğer bireysel ve sosyal davranışlar hükümetin eline geçmiş, kadınlar tesettüre zorlanmış ve geçici evlilikler (muta) tekrar desteklenmiştir. Sudan ve Afganistan, Nijerya, Pakistan gibi ülkelerde de kadınlar benzer şekilde zorlamalarla karşı karşıyadır ve kadınların ev içi konuma bağımlılıkları arttırılmakta, kimlikleri ve cinsellikleri "eş ve annelik" rolleriyle sınırlandırılarak kontrol edilmektedir (İmam, 2011; Koç, 2012). Kadınlar özellikle İran'da, yaşları, ırkları, sınıfı yada ülkesi için değil, sadece cinsiyeti nedeniyle yasaklı konumdadır (Koç, 2012). Kısaca bu ülkede kadınlar haklar açısından erkeklerden kalın çizgiyle ayrılmaktadır. Örneğin, kadının ergenlik yaşı 9, erkeğin ise 15 olarak kabul edilir.

Kadınlar erkeğin izni olmadan ülke dışına çıkamaz, yaşayamazlar ve evliliklerine kendileri karar veremezler. Erkekler ise, birden fazla eş alabilir ve muta artış göstermektedir hatta babası izin verirse bir kız çocuğu 13 yaşında yasal olarak evlendirebilmektedir. Bu da adölesan gebelik sayısını arttırmaktadır. 2006 yılı verilerine göre İran'da adölesan gebelik oranı %17'dir (Najati, 2010).

İki kadının tanıklığı bir erkeğinkine eşdeğerdir. Recm cezası da erkek ve kadınlar arsında eşitsiz şekilde uygulanmaktadır. Erkekler eşinin çalışmasını yasaklayabilmektedir ve boşanma hakları yeni dönem ile birlikte çok kısıtlanmıştır. İran'da boşanan ya da dul kalan bir kadın, kız çocuklarının velayetini en fazla yedi, erkek çocuklarının velayetini ise en fazla iki yaşına kadar elinde tutabilmektedir. Çocukların velayeti bu yaşlardan sonra babalarına ya da babalarının ailelerine verilmektedir. İran'da medeni kanuna göre kadın hiçbir zaman çocuğunun velisi olamaz. Hatta çocuğunun tedavisi amaçlı ameliyatına karar veremez. Son dönemlerde erkeklerle kadınlar arasındaki uçurum giderek derinleşmektedir (Kar, 2008; Asgari 2012; Çokar, 2006; Koç, 2012, Kalkandelen 2009).

İran'daki kürtaj kanunları ise İran'ı eski batıya

yakın, yeni batıdan ise uzağa taşımaktadır. Çünkü İran daha önce benimsediği şeriat kanunlarını, son yıllarda daha sıkı bir şekilde yorumlayarak yaşamaktadır (Zuhur, 2005). 1979 İslam devrimi öncesinde birçok kısıtlamalara rağmen, kürtajın yasal olarak izin verilen merkezlerde yapıldığı bilinmektedir (Erfani, 2008). Şah Rıza Pehlevi döneminde 1973 öncesine kadar, eğer annenin hayatı tehlikede ise izin verilmiş, onun dışında yasaklanmıştır. Aynı yıllarda ceza hukukunun 182. maddesi gereğince herhangi bir ilaçla başlatılan kürtaja üç yıla kadar ceza verilmekteydi. Diğer yandan kürtaj kadının eşinin isteği üzerine yapılmış ise kadının yerine ceza, kocasına verilmekteydi. Aynı kanunun 183. maddesine göre, kürtajı gerçekleştiren hekimlere 3 ile 10 yıl arasında ceza verildiği bilinmektedir. 1976 yılına kadar hekimlerin kürtaj yapma hakkı gebeliğin 12. haftası ile sınırlandırılmıştı. Hekimler yapılan işlemler ile ilgili anne ve babayı bilgilendirir ve kanunlara uygun bir şekilde işlemi gerçekleştirilirdi. Kadın eğer evli ise veya henüz boşanmak üzere ise kocasının izninin alınması zorunluydu.

1979 devrim sonrası ise İran Resmi Tıp Kurumu (Legal Medicine Organization) tarafından onaylanan fetüse ait defektler ya da hastalıklar ile kadının hayatını tehdit eden hastalıklar haricinde isteyerek düşük (isteğe bağlı kürtaj) kesinlikle yasaklandı. Resmi Tıp Kurumu 2005 yılında, 29 adet fetal sorunu ve 32 adette anneye ait sorunu bildirmiş, istenmeyen bir gebelikle karşılaştığında gizli ve muhtemelen güvensiz şekilde sonlandırmak zorunda kalmaktadırlar (Erfani, 2008; Ranji, 2012).

1991 yılında ise, kürtaj kısas gerektiren bir işlem olarak değerlendirilmiş ve bebeğin akrabalarına kan parası (dhiyah) ödenmesi gerektiği ön plana çıkartılmıştır. Ödenecek miktar fetüsün evresine göre değişmektedir. Bu bedel, 20 dinardan 1000 altın dinara kadar veya belirli sayıda hayvan bedeli olarak istenmektedir. Fetüsün gelişme süreci Kuran'da bahsi geçen ayetlere ya da hadislere göre belirlenmektedir. Kan parası (dhiyah) sadece kürtaja zorlanan veya kürtajdan zarar gören kadına ödenebilir. Ancak yakın zamanda

20 Haziran 2004 tarihinde eğer anne sağlığı tehlikede ise veya bebekte ciddi genetik sorun varsa İran meclisi "dayanılmaz zorluklar" olarak bilinen dini prensiplere dayanan kürtaja 4. aya kadar yapılabileceği iznini vermiştir (Zuhur, 2005; Erfani, 2008).

Diğer Ortadoğu ve Kuzey Afrika ülkeleri gibi İran'da da kürtaj yapanlar cezalandırmaktadır. İran'da ayrıca yürütülen aile planlaması programları ile de bireylerin daha fazla modern yöntem kullanmaya teşvik edilmesi son yıllarda izlenen diğer politik adımlardandır (Zuhur, 2005; Erfani, 2008).

İran'da kürtaj yaşı, kadının ve eşinin eğitim düzeyi, istihdam, aşırı dindarlık, etnik yapı, gelir, yerleşim yeri, sağlık, doğurganlık ve sosyo-ekonomik sorunlar gibi pek çok nedene bağlıdır (Erfani, 2010; Ranji, 2012). Örneğin, kürtaj yaşı, İran'da batı toplumlarının aksine, 30-34 ve 35 yaş grubu kadınlarda daha fazladır. 20-24 veya 25-29 yaş kadınlarda ise en düşük seviyede olduğu bildirilmiştir. Bu oran Müslüman olan diğer Orta Asya ülkelerinde de benzerdir (Erfani, 2010). Tüm dünyada kontraseptif kullanım oranı ile kürtaj arasında negatif bir korelasyon vardır. Yukarıda bahsedildiği gibi, İran'da da kontraseptif yöntem kullanım oranında iyileşmeler görülmektedir. Örneğin; modern yöntem kullanımı, 1989 yılında %49.6 iken, 2000'de %73.8'e yükselmiştir. Toplam doğurganlık hızı ise 1988'de 5.3'den, 2000 yılında 2.0'a düşmüştür. Bu düşüş kontraseptiflerin yaygın kullanımının, politikacılar ve dini liderler tarafından desteklenmesi ile açıklanabilir ancak kadınların kendi doğurganlıklarının kontrol kararı malesef yine kendilerine ait değildir (Erfani, 2010; Imam, 2011; Ranji, 2012). Yasal olmayan düşükler ve onların komplikasyonları da yaygın şekilde devam etmektedir. İran'da resmi olarak her 10 gebelikten birisi kürtaj ile sonlanmaktadır. Güvenli olmayan kürtajlar ise bu oran içerisinde %6 civarındadır ya da her gün 1000'den fazla güvenli olmayan kürtaj yapılmaktadır ya da yasal kürtaj sınırına ulaşıldığında (erişildiğinde), birçok kadın gizli, güvensiz kürtaja katlanmak

zorundadır. Ekim 2000 anketlerine göre, kadınların %34'ünün gebeliklerinin plansız olduğu, %16'sının istenmediği ve %18'inin ise kaybedildiği rapor edilmiştir. Verilerin sınırlı olmasına rağmen, İran'da yürütülen bazı toplum ve hastane bazlı çalışmalar, istenmeyen gebeliklerin önemli bir kısmının gizli ve güvensiz düşüklerle sonuçlandırıldığını göstermektedir (Ranji, 2012). Bir diğer Ortadoğu ülkesi Mısır'da da 1998'de yapılan bir hastane tabanlı çalışmada hastanenin kadın hastalıkları bölümüne kabul edilen her 5 kadından birisi kürtaj sonrası tedaviye ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir (Ranji, 2012).

Güvenilir olmayan yöntemlere başvurulduğunda kürtaj, çok ciddi komplikasyonlara neden olabilir. En önemlisi ise gebe kadının ölümüdür. Kürtaj sonrası sepsis ve kanama anne ölümlerine yol açan en yaygın nedenlerdir. Ek olarak fiziksel ve psikolojik problemlerde güvensiz kürtaj sonrası yaşanabilecek diğer komplikasyonlardır (Shahbazi, 2012; Broen, 2005).

İran'da, 2005 yılında anne ölüm oranı 100.000'de 25'tir (Vakilian, 2011). Tahminlere göre, gebeliğe bağlı anne ölümlerinin %5'i de kürtaj sonrası komplikasyonlar nedeniyle meydana gelmektedir (Erfani, 2008; Erfani, 2010).

Kadınlar üreme sağlığı açısından merkezi öneme sahiptir. Üreme sağlığı, kadın hakları, eşitliği ve toplumsal cinsiyet arasında önemli bir bağ vardır. Ortadoğu ülkelerinin idari ve siyasi yapıları ve ekonomik gelişmişlik dereceleri arasında büyük farklılıklar olmasına rağmen, bu coğrafyada yaşayan kadınların bedeni ve cinselliği konusundaki eğilimler neredeyse ortaktır. Bu toplumların büyük çoğunluğunda, kadınların bedenleri ve cinsellikleri, kadınların elinde değil, aileye, aşirete ya da erkek egemenliğine aittir. Kadınların bedenlerini ya da cinselliklerini baskı altında tutmayı amaçlayan çeşitli mekanizmalar yasaların ötesinde (kadınların giyim ya da hareket özgürlüklerinin kısıtlanması, kadınların cinsel organlarının kesilmesi ya da namus cinayetleri gibi töreler) devam etmektedir (İlkkaracan, 2011).

İran'da erken evlilikler, geçici evlilikler, evlilik

içi tecavüz, namus cinayetleri, istenmeyen gebelikler, güvenli kürtaj ve cinsel eğitim en fazla ihlal edilen üreme haklarından sadece birkaçıdır (Amado, 2003; Zuhur, 2005; İlkkaracan, 2005; İlkkaracan, 2000). Yine bu ülkede tecavüze uğrayan kadınların korunması için yasal bir önlem bulunmamaktadır. Tecavüz mağduru kadını namus adına öldüren babası, kocası veya erkek kardeşi ise cezalandırılmamaktadır. İran'da kadınlardan iyi bir aile kurması, anne olmaları ve evlerine bakmaları beklenmektedir. Kadınlarda, iş gücüne katılım oranı son 40 yılda %12'inin üzerinde değildir. Bu ülkede kadınlar arasında okuma yazma oranı yüksek olmasına rağmen, kadınlar cinsiyetleri nedeniyle ticaret, bankacılık, gibi sektörlerde çalışamazlar ve hakim yada savcı olamazlar (Koç, 2012; Rafiei; 2011).

İran'daki kadınların insan haklarını ihlal eden ayrımcı yasaların değiştirilmesini istemektedirler. Bunun en güzel örneği, "Bir Milyon İmza Kampanyası"dır. Adı geçen kampanya Ağustos 2006'da başlatılmış ve sonu olmayan bir kampanyaya dönüşmüştür. Bir Milyon İmza Kampanyası ile kadına karşı ayrımcı yasaların değiştirilmesi için verilen mücadelede bir araya gelip deneyimlerini paylaşan kadınlar, tarihi de kendi elleriyle baştan yazmaya çabalamaktadırlar. Bu kampanya uluslararası düzeyde de desteklenerek 2009 yılı "Simone de Beauvoir" Ödülü almıştır. Bir sokakta 54 kişiyle başlayan kampanya, bugün İran'ın 15 eyaletinde otobüslerde, metroda, alışveriş merkezlerinde, evlerde, sokaklarda devam etmektedir (www.dezavantaj.org; Tahmasebi-Birgani, 2010).

Sonuç

Güvenli olmayan kürtaj konusu gelişmekte olan ülkelerde olduğu kadar, Ortadoğu ülkelerinde de kadın sağlığını tehlikeye atan önemli bir sağlık sorunudur yada halk sağlığı bakış açısı ile daima önlenemez bir pandemidir. Bu durum, diğer sağlık problemlerinin çözümü için harcanan eforlar kadar, bu konuda da harcanacak bilimsel eforların da değerini arttırmaktadır. Aslında ucuz çözüm yolları hali hazırda biliniyor olsa da pek çok ülke doğru ve gerekli olan politik adımları uygulamaktan

çekinmektedirler.

Kadınlar geçmişte olduğu gibi istenmeyen bir gebelikle karşılaştıklarında kürtaja daima başvurmuş ve daima da başvuracaklardır. Bu durum kanunlardan, dini yaptırımlardan ve sosyal normlardan bağımsız olmalıdır. Kürtaj ile ilgili etik tartışmalar her ne kadar devam etse de halk sağlığı nettir ve yadsınamaz. Bu nedenle üreme sağlığının geliştirilmesi için kürtajın yasal yollardan yapılmasının sağlanması çok önemlidir.

Modern kontraseptif yöntemlerin yaygınlaştırılması, kişiler tarafından istenmesi halinde yasal hale getirilmesi, güvenli tekniklerin kullanılması, bakım şartlarının iyileştirilmesi ve kişilerin bu imkanlara erişimlerinin sağlanması ile güvenli olmayan kürtajlar önlenabilir. Aksi durumda anne ölümleri, kürtajın yasal olmadığı Ortadoğu ülkelerinde olduğu gibi giderek artacaktır. Özellikle kürtaj ile ilgili yasaklama pratiği çözüm getirmemektedir. Kürtajı yasa dışı ilan etmek, kürtajın sayısını azaltmamaktadır aksine sağlıksız koşullarda ve uzman olmayan kişiler tarafından yapılmasına ve sayısız kadının yaşamının kaybedilmesine yol açmaktadır. Ayrıca güvenli yollardan yapılacak kürtajların sadece kadın için değil, onların çocuklarına, ailelerine, topluma ve gelecek nesillere faydalı olacağı gerçeği de unutulmamalıdır. Kesin olan bir şey varsa o da kadının kendi doğurganlık haklarını ve cinsel tavrını kendi kendisinin belirlemesi gerektiğidir. Bu konuda batıda kadına destek olamamaktadır. Son söz; orta doğulu kadınlar bu hakları elde etmek için kendileri de savaşmak zorundadırlar.

KAYNAKLAR

- Ahman, E.** (2002) *Unsafe abortion: Worldwide estimates for 2000. Reproductive Health Matters*, 10(19):13-17.
- Ahmed, L.** (2011) *Arap Kültürü ve Kadınların Bedenlerinin Yazılışı. İlkkaracan P (der) Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik (III. Baskı) (ss. 60), İstanbul, İletişim*
- Akın, A. (ed)** (2008) *Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler, Ankara.*
- Aksakoğlu, G.** (2002) *Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü Değişiyor. Toplum ve Hekim*, 17 (2): 91-100.
- Almasarweh, I.S.** (2003) *Adolescent Reproductive*

Health in Jordan: Status, Policies, Programs, and Issue. Erişim adresi: http://www.policyproject.com/pubs/countryreports/ARH_Jordan.pdf Erişim tarihi: 06.12.12

Amado, L.E. (2003) *Sexual and Bodily Rights as Human Rights in the Middle East and North Africa a Workshop Report Women for Women's Human Rights (WWHR) - New Ways & Mediterranean Academy of Diplomatic Studies (May 29-June 1, 2003, Malta)*

Amado, L.E. (2004) *Sexual and bodily rights as human rights in the Middle East and North Africa. Reproductive Health Matters*, 12(23): 125-8.

Asgari, H. (2012) *Analyzed in divorce convention on the rRights of women in Islam and Iran. Advances in Environmental Biology*, 6(1):451-456.

Bahar, Z., Aydoğdu, N.G. (2011) *Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3):131-136.

Benagiano, G., Pera, A. (2000) *Decreasing the need for abortion: Challenges and constraints. International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70(1):35-48.

Birleşmiş Milletler Sürecinde Sivil Toplum Örgütleri ile Savunuculuk ve Lobicilik, Türkiye Gölge Raporları, 1997-2005 Raporları, Şubat 2008. Erişim Adresi: <http://dl.dropbox.com/u/64736171/cedawFINAL.pdf> Erişim Tarihi: 1.11.12

Bora, A. (2008) *Orta Doğuda kadın hareketleri, farklı yollar, farklı stratejiler. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 39:55-69.

Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S., Ekeberg, Ø. (2005) *The Course of Mental Health After Miscarriage and Induced Abortion: A Longitudinal, five-year follow-up study. Biomedical Central Medicine Journal*, 3:18 doi:10.1186/1741-7015-3-18. Erişim adresi: <http://hcp.obgyn.net/contraception/content/article/1760982/1902975> Erişim tarihi: 20.10.2012

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women Country Reports, Erişim adresi: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reports.html> Erişim tarihi: 3.12.2012

Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A., Linretto, O., Stahlhofer, M., Gruskin, S. (2010) *Using human rights for sexual and reproductive Health: Improving Legal and Regulatory Frameworks Policy&Practice. Bulletin of the World Health Organization*, 88:551-555.

Çerkezoğlu, A. (2011) *Neoliberal Sağlık Politikaların Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi. II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre Kitapçığı, .88-89.*

Çokar, M. (2006) *Dünyada ve Türkiye'de İsteyerek Düşüğün Yasal Boyutunun Etik Açısından Değerlendirilmesi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Erişim adresi: http://www.kurtajyasaklanamaz.com/s/1384/i/Muhtar_Cokar_Isteyerek_Dusuk.pdf Erişim tarihi: 20.10.2012*

Dabash, R., Fahimi, R.F. (2008) *Abortion in the Middle East and North Africa. September, Population Reference Bureau. Erişim adresi: <http://www.prb.org/pdf08/MENAabortionpdf> Erişim tarihi: 20.10.2012*

De Jong, J., Jawad, R., Mortagy, I., Shepard, B. (2005)

The Sexual and Reproductive Health of Young people in the Arab Countries and Iran. Reproductive Health Matters, 13 (25):49-59.

Domestic Violence against Women and Girls No:6, June 2000. Unicef, Italy. Erişim adresi: <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6e.pdf> Erişim Tarihi: 1.12.12

El-Zanaty, F. (2008) Egypt Demographic and Health Survey 2008. Erişim Adresi: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR220/FR220.pdf> Erişim Tarihi: 4.12.12

Erfani, A. (2011) The incidence of Induced abortion in Tehran, Iran: Current levels and correlates. *International Perspectives on Sexual And Reproductive Health, 37(3): 1-25.*

Erfani, A., McQuillan, K. (2008) Rates of induced abortion in Iran: The Roles of contraceptive use and Religiosity. *Studies in Family Planning, 39(2):112-122.*

European Union (EU) (2000). Charter of Fundamental Rights of the European Union. Erişim adresi: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf Erişim Tarihi: 26.11.2012

Fahimi F.R. (2003) Women's Reproductive Health in the Middle East and North Africa. Population reference Bureau, February: 1-8 Erişim Adresi: http://www.prb.org/pdf/womensreprohealth_eng.pdf Erişim tarihi: 27.11.2012

Fawcus, S.R. (2008) Maternal Mortality and Unsafe Abortion. Best Practice&Research. *Clinical Obstetrics and Gynaecology, 22 (3):533-548.*

Global Health Observatory Country Statistics. Erişim adresi: <http://www.who.int/gho/countries/en/> Erişim tarihi: 4.12.12

Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E., Shah, I.H. (2006) Sexual and reproductive health unsafe abortion: The preventable pandemic. *The Lancet, 368 (9550):1908-1919*

Hanieh, A. (2011) Körfez Ülkelerinde Kapitalizm ve Sınıf (Anıksa, B., Doğan, S. Çev.). Ankara, Nota Bene (ss 55-57)

Hedayat, K.M., Shooshtarizadeh, P., Raza, M. (2006) Therapeutic abortion in Islam: Contemporary views of Muslim shiite scholars and effect of recent Iranian legislation. *Journal of Medical Ethics, 32(11): 652-657.*

Hessini, L. (2007) Abortion and Islam: Policies and practice in the Middle East and North Africa. *Reproductive Health Matters, 15 (29): 75-84.*

Ilkcaracan, P. (2005) Sexuality as a contested domain in Muslim societies. *Sexuality in Africa Magazine, 2 (2):3-5.*

Ilkcaracan, P., Seral, G. (2000) Sexual Pleasure as a Woman's Human Right: Experiences from a Grassroots Training Program in Turkey. Istanbul, Turkey: Women for Women's Human Rights (WWHR)- New Ways, 187-196.

Imam, A.M. (2011) Müslüman Dinsel Sağ ("Köktendinciler") ve Cinsellik. İlkkaracan P (der) Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik (III. Baskı) (s: 90), İstanbul, İletişim

Iraq Family Health Survey (IFHS) (2006) Erişim Adresi: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr02/2008_iraq_family_health_survey_report.pdf Erişim Tarihi: 06.12.12

İlkkaracan P. (2011) Müslüman Toplumlarında Kadın

ve Cinsellik, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik (III. Baskı), İstanbul, İletişim (s:11-32)

Jawadi, A.A.A., Bakry, D.H.A. (2010) Familyl planning unmet need profile in Mocul City, North of Iraq: A Cross-Sectional Study. *Duhok Medical Journal, 4(1):40-50.*

Jordan Population and Family Health Survey 2009 Department of Statistics Amman, Jordan. Erişim Adresi: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR238/FR238.pdf> Erişim Tarihi: 05.12.12

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Sözleşmesi ve İhtiyari Protokol, TC Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Kasım 2010, Ankara. Erişim adresi: http://cocukhaklari.barobirlik.org.tr/dokuman/mevzuat_uamevzuat/kadinlarakarsiherturlu_ayrimciligin.pdf Erişim tarihi: 10.11.12

Kalfa, C. (2005) Küreselleşme: Devlet Eliyle Neo-liberal Dönüşüm. *Toplum ve Hekim, 20(1), 28-35.*

Kalkandelen, Z. (2009) Şeriatın Gölgesindeki Kadın-1 (Cumhuriyet Gazetesi, 2 Mart 2009) Erişim Adresi: <http://www.cumhuriyet.com.tr/?hn=40632&kn=24&ka=4&kb=24> Erişim Tarihi: 5.12.12

Kar, M., Farshi, G. (2008) Focusing on women in the Internal politics of Iran. *Brown Journal of World Affairs, Fall/Winter, 15(1): 75-86.*

Kelly, S. (2010) Hard-Won Progress and a Long Road Ahead: Women's Rights in the Middle East and North Africa, 1-21, Erişim adresi: http://www.humansecuritygateway.com/documents/FH_WomensRights_MiddleEast_NorthAfrica.pdf. Erişim tarihi: 1.12.12

Khan, M.Z. (2008) Woman in Islam, Islam International Publications Limited, Islamabad, UK. s.21.

Koç, H. (2012) Muhafazakarlığa Karşı Feminizm (I.Basım), İstanbul, Destek

Mahaini, R. (2008) Improving maternal health to achieve the Millennium Development Goals in the Eastern Mediterranean Region: A youth lens. *Eastern Mediterranean Health Journal, (Special Issue) 14: 97-106.*

Massarrat, M.S., Mehrizi, S.T. (2002) Iranian national health survey: A brief report. *Archives of Iranian Medicine, 5 (2): 73-79.*

Najati, N., Gojazadeh, M. (2010) Maternal and neonatal complications in mothers aged under 18 years. *Patient Prefer Adherence, 4: 219-22.*

Nalçacı, E., Hamzaoğlu, O., Özalp, E. (2006) Aile planlaması. *Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü, Nazım Kitaplığı, Aile Planlaması. S 20.*

Owen, F.K., F. Owen, D.W. (2008) Kadına Yönelik şiddetle mücadele profesî, T.C. başbakanlık kadının statüsü genel müdürlüğü, Ekim, 32-60. Erişim Adresi: <http://www.aileicisiddet.net/egitim/set/kyais.pdf> Erişim Tarihi: 1.12.12

Özalpat, D. (2008) İslam Devletlerinde Toplumsal Cinsiyet ve Hukuk: İnan ve Mısır Örnekleri. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Ankara Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özdemir, Y.G., Özdemir, A.M. (2008) Dünyada sosyal politikaların dönüşümü. *Toplum ve Hekim*, 23 (5):365-377.

Öztürkler, H. (2009) Ortadoğu ülkelerinin ekonomik yapılarının temel özellikleri, *Ortadoğu Analiz*, 1(6): 65-72.

Özvarış, Ş.B. (2010) Nüfus Politikaları ve Uygulamalar. II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre Kitapçığı, s.101-104.

Palestinian Central Bureau of Statistics (2004) *Palestinian Demographic and Health Survey*. Erişim Adresi: http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_PCBS/Downloads/book1234.pdf Erişim Tarihi: 06.12.12

Rafiei, M.T. (2011) A critical study of the effect of gender on prohibition of women employment in Iranian law. *European Journal of Social Sciences*, 25(3):372-385.

Ranji, A. (2012) Induced abortion in Iran: Prevalence, reasons and consequences. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57:482-488.

Sallam, S.A., Mahfouz, A.A.R., Dabbous, N.I. (1998) Egypt: Reproductive Health of Adolescent Married Women in Squatter Areas in Alexandria. Erişim adresi: <http://www.fhi360.org/NR/rdonlyres/emefaub66keeu3m6cyqzy4q2zvplhmuyib4zvnj4dah4myhoe3bf2bgxes7q5h5hqrygkr4v6ys4gn/egypt5s.pdf> Erişim tarihi: 06.12.12

Shahbazi, S. (2012) The consequences of unsafe abortion: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (6): 1247-1255.

Shaheed, F. (1998) Müslüman Toplumlarında Feminist Dayanışmaya Bir Örnek: Müslüman Toplumlarında Yaşayan Kadınlar Ağı, *Wluml*. (1.baskı) (Avcı, Z., İlkaracan, P. Çev). Erişim adresi: www.kadinininsanhaklari.org/ Erişim tarihi: 19.10.2012

Soyşekerci, S. (2006) Cinsiyet ayrımcılığı olarak üstün erillik olgusunun aile işletmelerindeki etkisi: Kuramsal bir bakış. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(2): 1-26.

Şimşek, H. (2011) Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2):119-126.

Tahmasebi-Birgani, V. (2010) Green women of Iran: The role of the women's movement during and after Iran's presidential election of 2009. *Constelations*, 17(1):78-86.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. Erişim Adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf Erişim Tarihi: 4.12.12

United Nations (UN). (2006). *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*. New York, NY: United Nations.

Vakilian, K., Mirzaii, K., Abadi, N. (2011) Reproductive health in Iran: International Conference on Population and Development Goals. *Oman Medical Journal*, 26(2):142-147.

Women's Health Project (WHP) (2004). *The Sexual Rights Campaign*. Erişim adresi: http://www.wits.ac.za/whp/rights_campaign.htm. Erişim tarihi: 12.10.2012

World Association for Sexual Health (WAS) (1999) *World Association for Sexual Health Declaration of Sexual Rights*. World Association for Sexual Health. Erişim adresi: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp. Erişim tarihi: 12.10.2012.

World Association for Sexual Health (WAS) (2006). *Declaration of Sexual Rights*. 14th World Congress of Sexology, August 26, 1999. Retrieved 23 March 2006, from World Association for Sexual Health: Erişim adresi: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp Erişim tarihi: 12.10.2012

World Association for Sexual Health (WAS). (2008) *Sexual Health for the Millennium. A Declaration and Technical Document*. Minneapolis, MN, USA: World Association for Sexual Health. Erişim adresi: www.worldsexology.org Erişim tarihi: 12.10.2012

World Association for Sexual Health (WAS). (2009) *Universal Declaration of Sexual Rights*. Erişim adresi: http://www.worldsexology.org/about_sexualrights.asp Erişim tarihi: 12.10.2012

World Health Organization WHO. (2002) *Gender and Reproductive Rights, Glossary, Sexual Health*. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>. Erişim tarihi: 12.10.2012.

World Health Organization. (2011) *World health statistics 2011*. Erişim Adresi:

Yıldırım, F. (2005) *Avrupa Birliği'ne Entegrasyon Sürecinde Türkiye'de Kadın İstihdamı: 1990-2003*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ege Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı, İzmir, Erişim Adresi: <http://kadincaalismalari.ege.edu.tr/index.php?lid=1&SayfaID=711&cat=detaylilar> Erişim tarihi: 20.11.2012

Yıldız, Ö. (2008) Küreselleşme. Sağlık ve Toplum, *Gaziantep Tıp Dergisi*, 30-34.

Zia, S. (2012) A Profile of mortality and morbidity Outcomes of illegal abortions in Lahore. *Journal of Postgraduate Medicine Institute*, 26(3): 296-302.

Zuhur, S. (2005) *Gender, sexuality and criminal laws in The Middle East and North Africa, A comparative study*, February, WWHR).

<http://www.birlesmismarkalar.org.tr/> Erişim tarihi: 07.10.2012

<http://www.dezavantaj.org/index.php/haberler> Erişim tarihi: 7.10.2012

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/mdgs/figo_2009_rhr_presentations.pdf Erişim tarihi: 22.10.2012

http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf Erişim Tarihi: 20.11.2012.