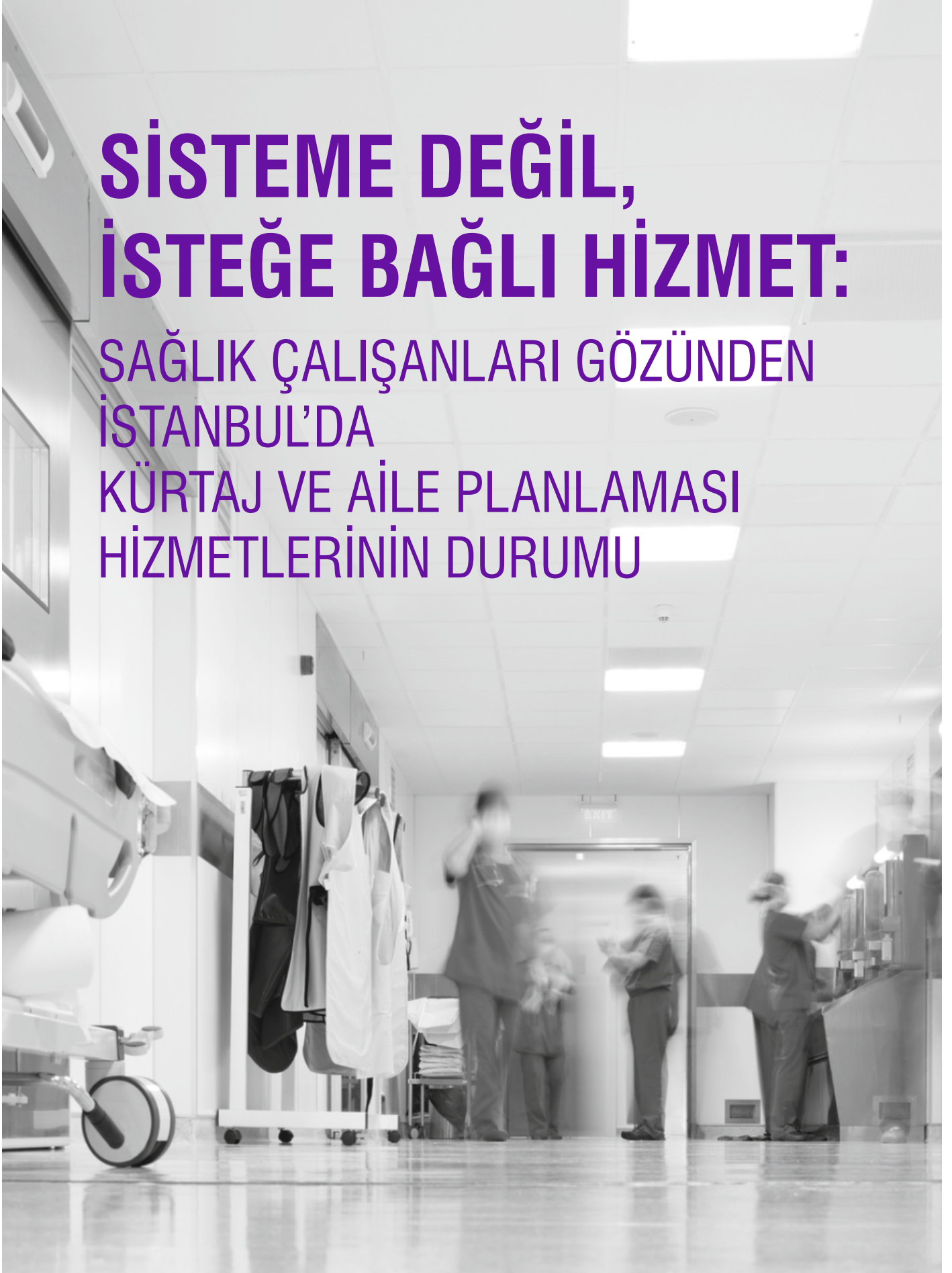


SİSTEME DEĞİL, İSTEĞE BAĞLI HİZMET:

SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN
İSTANBUL'DA
KÜRTAJ VE AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNİN DURUMU



SİSTEME DEĞİL, İSTEĞE BAĞLI HİZMET:

SAĞLIK ÇALIŞANLARI GÖZÜNDEN
İSTANBUL'DA
KÜRTAJ VE AİLE PLANLAMASI
HİZMETLERİNİN DURUMU

Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı

Nüfusbilim Derneği

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

Hazırlayanlar

Ceren Topgül

Tuğba Adalı

Alanur Çavlin

Cansu Dayan

2017

Ankara - İstanbul

*Topgöl C., Adalı T., Çavlin A., Dayan C. (2017). **Sisteme değil isteğe bağlı hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu.** Nüfusbilim Derneği, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA Türkiye Ofisi. Ankara, 2017.*

Kaynak gösterilerek kullanılabilir. Bir bölümü ya da tamamının çoğaltılabilmesi için Nüfus Bilim Derneği'nin yazılı izin alınmalıdır.

Bu araştırma Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı ve UNFPA Türkiye Ofisinin mali desteği ile yürütülmüştür.

Türkiye Aile Sağlığı ve Aile Planlaması Vakfı
www.tapv.org.tr/

Nüfusbilim Derneği
www.nd.org.tr

UNFPA Türkiye Ofisi
turkey.unfpa.org
www.unfpahumtr.org

Birinci Basım - Aralık 2017 - ANKARA

ISBN: 978-605-85586-6-3

Not Regulatory But Arbitrary Service: The Situation of Abortion and Family Planning Services in İstanbul From the Viewpoint of Health Care Professionals

This research is conducted with the financial support of Turkish Family Health and Planning Foundation (TAPV) and UNFPA Turkey Office.

The notion of family planning came up in parallel with high fertility in 1950s in Turkey. Induced abortion, which was illegal during this period, became disputable due to maternal mortality increased with the resorting of women to terminate their unwanted pregnancies with unsafe procedures. Law on Population Planning enacted in 1965 legalized the use of contraception methods while the law enacted in 1983 legalized induced abortion and sterilization.

The attitude towards the regulation of population planning had been erased from development plans and government policies in time, while in recent years the exact opposite manner has taken place. In recent years during which discourses towards the promotion of fertility have increased, representatives of political power have generated a negative discourse also towards induced abortion; however, there have not been any amendments in the right of induced abortion and restrictions in the weeks of abortion.

Delivery of health care services have changed dramatically in the last ten years in Turkey. Within the scope of Health Transformation Program (HTP), General Directorate of Maternal and Infant Health and Family Planning (GDMIHFP) operating within the body of the Ministry of Health has been closed and Family Health Centers (FHC) and Community Health Centers (CHC) have been founded with family medicine system, which have been in direct relationship with family planning (FP) and induced abortion services.

In this research, reproductive health services including family planning and induced abortion integratively towards the regulation of fertility have been evaluated from the viewpoints of family physicians, gynecologists and midwives currently serving in primary and secondary health care organizations. The research has been conducted with the method of in-depth interviews in İstanbul, in not only FHCs and CHCs of neighborhoods with different socio-economic properties but also public hospitals available in both sides of the city. 29 health service providers are interviewed in total, 19 of which from primary and 10 of which from secondary health care organizations.

It is observed in the interviews that family physicians who have experience in MIHFP prior to the Health Transformation Program are more sensitive towards the issues of fertility regulation when compared to incoming physicians. It is seen that FP services whose delivery and trainings were insistently provided and whose statistics were meticulously

kept and delivered previously have faded into background and remained limited with the individual concerns and initiations of the health care providers within the current system. There does not exist any defined performance related to FP services for family physicians. The condition of being able to perform abortion in family medicine system is defined with the existence of a gynecologist; however, with the scarcity of this existence, the practice of abortion, which could previously be performed in MIHFPs, has virtually been erased from primary health care organizations.

The absence of inspection and incentives towards fertility regulation services gives rise to thought that this subject has lost its significance within the health system. This change has reflected specifically on the place that service is given, on the team that provides the service and on the equipment needed to provide the service.

Especially male family physicians have indicated that service demands on FP tend rather to midwives and nurses because of their individual hesitations and/or hesitations they assumed on behalf of their patients. On the other hand, male physicians who do not have any problems in performing the insertion of intra-uterine device is seen as an indication of a potential increase in service demands accordingly when the hesitation in service supplies is eliminated.

The issue of place and space in terms of reproductive health services has a considerable significance for health organizations. For instance, closing FP clinics at hospitals due to construction or restoration indirectly decreases service demand, as well. As for FHCs and CHCs, the absence of a lithotomy table or a convenient separate room causes these centers to be unfavorable for women to apply for the insertion of intra-uterine device or smear test.

Some of the interviewed physicians have remarked that they occasionally have difficulties in the supply of contraception methods that are to be distributed; however, these difficulties have been indicated to be generally temporary and mostly for the absence of a specific method within a specific length of time. In these cases, physicians suggest that women visit again later or provide it from the pharmacy; however, this situation is defined to bear the risk of an unwanted pregnancy by some physicians.

Some physicians who think that there appears a decrease in the demands of FP services in time have interpreted this with a view towards the possibility of the wish for more children. A similar interpretation is observed in the examples concerning the increase in the women who demand an operation to untie their tubes afterwards an operation of tubal ligation.

As for the issue of induced abortion, one of the first salient findings is that this service is not performed in primary health care organizations and it is quite rare in secondary health care

organizations where it is performed. This situation, which is potently discussed in various researches and media, is not a surprise; actually, the surprise is the obscurity even among health care service providers on how and where women can reach this service. This obscurity indicates that the operation of induced abortion, which is already besieged with a quite short time window when not only the absence of a referring system but also the period of both the realization of pregnancy and performing an operation following the necessary analyses are thought, turns out to be impossible when also the period of search for an organization is involved in.

Lack of information towards the organizations providing abortion services occasionally come through in the field of legislation, as well. Some physicians have stated that the legal period for abortion is 8 weeks while some have indicated that pregnancies over 8 weeks are refused in some hospitals. In addition, when the question of how it happens in the hospitals which are still performing abortions has been directed, physicians have remarked that it depends on the general attitude of head physician and also the tradition of the hospital.

Another remarkable point is numerous physicians have stated that they are pro-life due to conscientious reasons. Among these, there are physicians declaring their wishes for the continuation of the service, themselves without taking any responsibility. This situation, on the other hand, figures a contradiction within the current system unprovided with a referring system.

Physicians stating that the demand of abortion is low among women explain the situation to be occurred generally by religious reasons, according to their opinions. However, it gives rise to thoughts that overt decrease in supply can cause a decrease in demand of women who, so long as do not get the service, have conceded that they are not going to get it anymore.

The delivery of reproductive health care services in Turkey is needed to be defined with the perspective that regards it as a right. Moreover, it is necessary to systematize the practices reduced to the individual efforts of the physicians and to prompt the managers of health care services to supervise service delivery. An increase in the demand of consultancy and service on FP services thought to lose significance in time will mediate individuals to make informed method choices, to be protected from sexually transmitted infections and to plan the number and time of pregnancies they wish to have.

Another important issue the interviews point out is that the service delivery must be expanded among men, unmarried individuals, the young and disadvantageous groups such as immigrants, since these individuals fade into background in service procurement.

However, systematical delivery of FP services as a part of family medicine services can extend service accessibility of different groups of the society including men.

It is required that organizations providing abortion services be clear and known by all health care service providers in primary, secondary and tertiary health care organizations; be convenient to the accessibility of women; and operate with a referring system that prevents any victimization of women in case a health care service provider rejects any operation. Last, the fact that induced abortion service, which is claimed to remain unchanged on the grounds that no amendments have taken place in legislation, has been practically hindered must be made visible to policymakers, and the potential that this situation has in causing women not only various individual risks but also pregnancy complications and maternal mortality must potently be emphasized.

Sisteme Değil İsteğe Bağlı Hizmet: Sağlık Çalışanları Gözünden İstanbul'da Kürtaj ve Aile Planlaması Hizmetlerinin Durumu

Türkiye'de 1950'lerde yüksek doğurganlıkla birlikte nüfus planlaması kavramı gündeme gelmiştir. Bu dönemde yasak olan isteyerek düşük ise kadınların istenmeyen gebeliklerini güvenli olmayan yöntemlerle sonlandırma yoluna gitmesiyle artış gösteren anne ölümleri dolayısıyla tartışılır olmuştur. 1965 yılında çıkan Nüfus Planlaması Hakkında Kanun gebeliği önleyici yöntemlerin satışını; 1983'te çıkan Kanun ise isteyerek düşükler ve isteğe bağlı sterilizasyonu yasallaştırmıştır.

Nüfus artışının kontrol altında tutulmasına yönelik tutum kalkınma planlarından ve devlet politikasından zaman içinde silinmiş, son yıllarda ise bunun tam aksi bir tavır hakim olmuştur. Doğurganlığın arttırılmasına yönelik söylemlerin arttığı son yıllarda siyasi iktidar temsilcileri isteyerek düşüklere karşı da olumsuz bir söyleme geçmiş, ancak isteyerek düşük hakkı ve hafta sınırlaması gibi yasal düzenlemelerde herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu Türkiye'de son on yılda büyük bir değişim geçirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile gerçekleştirenler arasında Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğünün kapatılması ve aile hekimliği sistemiyle Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) kurulması, aile planlaması (AP) ve isteyerek düşük hizmetleriyle doğrudan ilişkili olmuştur.

Bu çalışmada aile planlaması ve isteyerek düşüğü kapsayacak biçimde, bütüncül olarak doğurganlığın düzenlenmesine yönelik üreme sağlığı hizmetleri halihazırda birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan aile hekimleri, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile ebeler gözünden değerlendirilmektedir. Araştırma İstanbul'da, farklı sosyo-ekonomik özellikler gösteren mahallelerdeki ASM ve TSM'ler ile şehrin her ikisi yakasında bulunan devlet hastanelerinde derinlemesine görüşmeler vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Toplamda 19'u birinci basamak; 10'u da ikinci basamak olmak üzere 29 sağlık hizmet sunucu ile görüşülmüştür.

Görüşmelerde Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde AÇSAP tecrübesi bulunan aile hekimlerinin, mesleğe yeni başlayan hekimlere göre doğurganlığın düzenlenmesine yönelik konulara daha duyarlı oldukları gözlenmiştir. Daha önce hizmeti ve eğitimleri ısrarla verilen, istatistikleri titiz bir şekilde tutulan ve sunulan AP hizmetlerinin günümüzdeki sistem içinde arka plana düştüğü ve sağlık personelinin bireysel ilgi veya inisiyatifine kaldığı görülmüştür. Aile hekimlerine AP hizmetleriyle ilgili herhangi bir

tanımlanmış performans bulunmamaktadır. Aile hekimliklerinde kürtaj yapılabilmesi şartı bir kadın doğum uzmanının bulunması olarak tanımlanmış; bu durumun nadirliğiyle de daha önceden AÇSAP'larda gerçekleştirilen kürtaj uygulaması birinci basamaktan fiilen silinmiştir.

Doğurganlığı düzenleyici hizmetlere yönelik denetim ve teşvikin olmaması sağlık sistemi içerisinde bu konunun önceliğini kaybettiğini düşündürmektedir. Bu değişim özellikle hizmetin sunulduğu mekâna, hizmeti veren ekibe ve hizmeti verebilmek için ihtiyaç duyulan ekipmana yansımış durumdadır.

Özellikle erkek aile hekimleri kişisel çekinceleri veya hastaları adına varsaydıkları çekinceler nedeniyle AP konusunda hizmet taleplerinin daha çok ebe ve hemşirelere yöneldiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte rahim içi araç (RİA) takma konusunda sıkıntı yaşamayan erkek hekimler hizmet arzındaki çekingenlik giderildiği takdirde hizmet talebinin de buna bağlı olarak artabileceğine dair bir ipucu olarak görülmüştür.

Sağlık kurumlarında mekan konusunun üreme sağlığı hizmetleri açısından önemi büyüktür. Örneğin hastanelerde AP kliniklerinin inşaat veya tadilat nedeniyle kapanması dolaylı olarak hizmet talebini de düşürmektedir. ASM ve TSM'lerde ise jinekoloji masasının veya uygun bir ayrı odanın olmaması kadınlar açısından RİA taktırmak ve smear testi yaptırmak gibi uygulamalar için bu merkezlerin tercih edilmemesine neden olmaktadır.

Görüşülen bazı hekimler gebeliği önleyici yöntemlerin dağıtılmak üzere temininde yer yer sıkıntı yaşandığını belirtmiştir; bu sıkıntılar genellikle kalıcı değil, belirli bir süre belirli bir yöntemin eksikliği olarak ifade edilmiştir. Hekimler böyle durumlarda kadınlara sonra tekrar gelmeleri veya yöntemi eczaneden temin etmeleri yolunda telkinlerde bulunmaktadır; ancak bu durum bazı hekimlerce istenmeyen gebelik riski olarak tanımlanmıştır.

Aile planlaması hizmetlerine talebin zaman içinde düşüş gösterdiğini düşünen kimi hekimler bunu daha fazla çocuk isteniyor olabileceğine dair bir bakışla yorumlamıştır. Benzer bir yorum daha önce tüp ligasyonu operasyonu geçirip sonradan tekrar tüplerini açtırmak için ameliyat olmak isteyen kadınların arttığına dair örneklerde de gözlenmiştir.

İsteyerek düşük konusunda ise ilk göze çarpan bulgulardan birisi bu uygulamanın birinci basamak kurumlarda yapılmadığı ve yapıldığı ikinci basamak sağlık kuruluşlarının gerçekten ender olmasıdır. Çeşitli çalışmalara ve medyaya yoğun bir şekilde konu olan bu durum beklenmedik değildir; beklenmedik olan sağlık çalışanları arasında dahi kadınların bu hizmete nasıl ve nerede ulaşabileceğine dair olan belirsizliktir. Bu belirsizlik hem bir

sevk sisteminin eksikliğini, hem de halihazırda gebeliğin fark edilmesi, gerekli tahliller sonrası operasyona alınma süresi düşünüldüğünde oldukça kısa bir zaman penceresine sıkışık olan isteyerek düşük operasyonunun bir de kurum arama süresi işin içine girdiğinde imkansızlaştığını işaret etmektedir.

Kürtaj hizmeti sunan kurumların hangileri olduğuna yönelik bilgi eksikliği, kendini yer yer mevzuat alanında da belli etmektedir. Bazı hekimler yasal sürenin 8 hafta olduğunu ifade etmişler, bazıları da kimi hastanelerde 8 haftanın üzeri gebeliklerin geri çevrildiğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte isteğe bağlı düşük hizmetini halen devam ettiren hastanelerde bunun nasıl olduğu sorulduğunda; hekimler, bu durumun başhekimin genel tutumuna ve hastanenin geleneğine de bağlı olduğunu belirtmişlerdir.

Bir başka dikkat çekici nokta, pek çok hekimin isteyerek düşüğe vicdani nedenlerle karşı olduğunu ifade etmesidir. Aynı hekimler arasında sorumluluğu kendisinde olmadan bu hizmetin sürmesini istediğini beyan edenler bulunmakta; bu da bir sevk sisteminin var olmadığını şu anki sistem içinde bir çelişki ifade etmektedir.

Kadınlar arasında kürtaj talebinin düşük olduğunu ifade eden hekimler bu durumun genellikle dini nedenlerle olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte, açıkça görünen arz düşüklüğünün, hizmet alamadıkça alamayacağını kabullenmek durumunda kalan kadınların taleplerinin düşmesine neden olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunun hak perspektifi üzerinden tanımlanması gerekmekte, sunumu hekimlerin bireysel çabalarına indirgenmiş çalışmaların genele yayılması ve sağlık hizmeti yöneticilerinin hizmet sunumunu denetlemesinin teşvik edilmesi gerekmektedir. Zaman içinde önemini kaybettiği düşünülen AP hizmetlerine dair danışmanlık ve hizmet arzının artması kişilerin bilinçli yöntem seçimine, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmasına ve diledikleri zaman diledikleri sayıda çocuk sahibi olmalarına aracı olacaktır. Görüşmelerin işaret ettiği bir başka önemli konu da hizmet sunumunun erkekler, evli olmayan kişiler, gençler ve göçmenler gibi dezavantajlı gruplara yayılmasının sağlanmasıdır; bu kişiler hizmet alımında arka plana düşmektedir. Oysa AP hizmetlerinin aile hekimliğinin bir parçası olarak düzenli bir hizmet olarak sunulması, erkekleri de kapsayacak şekilde toplumun farklı gruplarının bu hizmetlere erişimini yaygınlaştırabilir.

İsteyerek düşük hizmetlerinde hizmeti veren kuruluşların net, birinci, ikinci ve üçüncü basamaktaki tüm sağlık çalışanları tarafından bilinir olması; her kadının erişimine uygun olması; hekimin işlemini reddettiği durumlarda kadınların mağduriyet yaşamamasını

engelleyecek bir sevk sistemi olması gerekmektedir. Mevzuatta herhangi bir değişiklik yapılmadığı gerekçesiyle değişmediği savunulan isteyerek düşük hizmetinin gerçekte aksadığı, politika yapıcılara görünür kılınmalı, bu durumun hem kadınları içine atabileceği türlü kişisel riskler, hem de gebelik komplikasyonları ve anne ölümlerine yol açabileceği vurgulanmalıdır.

Ülkemizde 1960'lı yıllarda aile planlaması kavramı altında tanımlanan sağlık hizmetleri 1994 yılından itibaren üreme sağlığı çerçevesine taşınıyor; anne ve bebek ölümleri azalırken doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetler yaygınlaşıyor, hizmet kalitesini iyileştirmek bir hedef olarak sağlık planlarında yerini alıyordu. 1994 Birleşmiş Milletler Kahire Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı üreme haklarını ve bireyi odağa yerleştirirken, yaşam boyu yaklaşımı ile bireyin doğum öncesinden yaşlılığına kadar her dönemde üreme sağlığı ve cinsel sağlık alanındaki ihtiyaçları üzerinden bilgi, danışmanlık ve sağlık hizmetlerini tanımlıyor, bunlara erişimde devletin sorumluluğunu vurguluyordu. Türkiye'nin de desteklediği Kahire Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü başta olmak üzere kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşlarının sahiplendiği, yaşama geçirmek üzere çaba harcadıkları, ulusal eylem planlarına zemin oluşturan bütüncül bir çerçeve sağlıyordu.

1994 yılı sonrasında ulusal politikaları belirlemeye yönelik olarak sektörler arası işbirlikleri ile geliştirilen tüm sağlık eylem planları ve kadının güçlendirilmesi strateji belgelerinde bu bütüncül yaklaşımın izlerini görmek mümkündür. 2000'li yıllara kadar süren uygulamalar üreme sağlığı hizmetlerinin sadece yetişkin kadınlara değil aynı zamanda ergenlere ve gençlere ulaştırılmasına yönelik izler taşır. Üreme sağlığı hizmetlerini yaygınlaştırmaya ve kurumsallaştırmaya yönelik adımlar sağlık hizmet sunumunu yeniden tanımlayan sağlıkta dönüşüm hareketi ile sektöre uğrar. 2003 yılında birinci basamakta aile sağlığı merkezlerinin pilot uygulaması ile başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı 2011 yılında Sağlık Bakanlığı teşkilatının yeniden yapılanması ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün kapatılarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlanmasıyla tamamlanır. 2017 yılında ise Halk Sağlığı Kurumu bu kez genel müdürlük olarak tanımlanarak merkez ve il teşkilatlarıyla yeniden yapılanma sürecine girer. Üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu açısından hem yönetim yapısına getirdiği değişiklikler hem de uygulamaya yönelik süreçler hizmetlerin erişilebilirliğini etkilemeye devam eder. Bu alanda çalışan sağlık hizmet sunucularının katıldığı üreme sağlığı eğitimlerinin sınırlı sayıda sağlık çalışanına erişimi doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetleri etkileyen bir diğer değişkendir.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) nicel bir çalışma olarak üreme sağlığı verilerine ulaşabildiğimiz ulusal temsiliyeti olan en kapsamlı çalışmadır. 2013 yılı TNSA sonuçları doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetlerin erişilebilirliği konusunda önemli veriler sunsa da bu araştırmayı tamamlayıcı nitel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaçtan yola çıkarak; Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye Ofisi ve Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı desteği ve Nüfusbilim Derneği alan çalışması ile bir araştırma geliştirdik.

Bu araştırma Türkiye'nin en kalabalık kenti olan İstanbul'da birinci ve ikinci basamaktaki sağlık hizmet sunucuları ile gerçekleştirildi ve bu grubun bakış açısı ve hizmet sunum koşulları boyutu ile kürtaj ve aile planlaması hizmetlerini mercek altına aldı.

Bu araştırmayı gerçekleştiren kurumlar olarak beklentimiz; araştırma bulgularının bu alanda çalışan kişiler ve kurumlar tarafından, insan hakları ve üreme sağlığı hakları temelinde dayalı bir yaklaşımla değerlendirilmesi, üreme sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliği noktasında savunuculuk odaklı yaklaşımların ve işbirliklerinin desteklenmesidir.

Araştırma tasarımı aşamasında katkılarından dolayı Nüfusbilim Derneği üyelerinden Prof. Dr. Ahmet Sinan Türkyılmaz'a, araştırma yönergesinin geliştirilmesinde ve rapor yazımında Doç. Dr. İlknur Yüksel-Kaptanoğlu'na, hazırlık çalışmaya katılarak yönergenin son haline getirilmesi ve saha planlamasına katkılarından dolayı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı Doç. Dr. Funda Güngör-Uğurlucan, Türk Tabipler Birliği'nden aile hekimi Dr. Nazmi Alkan ve TAPV'dan hemşire Nurşen Kambur'a; rapora katkılarından dolayı UNFPA Türkiye ofisinden Dr. Gökhan Yıldırımkaya'ya ve Selen Örs Reyhanoğlu'na, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlanması Vakfı'ndan Nurcan Müftüoğlu ve Murat Çekiç'e ve mesleki deneyimlerini bizimle paylaşarak araştırmanın gerçekleşmesine olanak sağlayan tüm sağlık çalışanlarına teşekkür ediyoruz.

İÇİNDEKİLER

Tanımlar	xiv
Kısaltmalar	xv
1. Giriş	1
2. Arka Plan	7
2.1. Türkiye'de sağlık sisteminin yapısı	9
2.1.1. Doğurganlığın düzenlemesine ilişkin politikalar ve yasal düzenlemeler	9
2.1.2. Sağlık hizmet sunumunda yeniden yapılanma ve birinci basamak sağlık hizmetleri	11
2.2. Türkiye'de doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı göstergeleri	14
2.2.1. Doğurganlık, aile planlaması ve kürtaj istatistikleri	14
2.2.2. Sağlık hizmeti istatistikleri	15
3. Araştırma Yöntemi	17
4. İstanbul'da Aile Planlaması ve Kürtaj	23
4.1. Sağlık çalışanları gözünden üreme sağlığı kavramı	25
4.2. Doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin hizmetler	27
4.2.1. Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumuyla ilgili genel bilgi	28
4.2.2. Kürtaj hizmeti sunumu	37
4.2.3. Sağlık sisteminin ve önceliklerinin mekân, ekip ve ekipmana yansması	46
4.2.4. Mekânın etkisi	48
4.2.5. Ekibin etkisi	51
4.2.6. Ekipmanın etkisi	55
4.3. Üreme sağlığı talebi	56
5. Sonuç ve Öneriler	63
Kaynakça	69
Ekler	75

TANIMLAR

Üreme sağlığı	Kişilerin sorumlu, tatmin edici ve güvenli bir cinsel hayatları olabilmelerini; üreme yetilerinin ve istedikleri zamanda ve sıklıkta üreme özgürlüklerinin olmasını ifade eder. (Dünya Sağlık Örgütü - WHO)
İnfertilite	Bir kişinin üreme yetisinden yoksun olması, kısırlık
Aile planlaması (AP)	Kişilerin gebeliği önleyici yöntem kullanımı veya doğurganlığı destekleyici tedavilerle doğurganlıklarını planlaması
Kontraseptif yöntemler	Gebeliği önleyici yöntemler
Rahim içi araç (RİA)	“Spiral” olarak da bilinen istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacı ile rahim içine konan araç
Kondom	Kaput veya prezervatif olarak da bilinen erkeklerin istenmeyen gebeliklerden ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma yöntemi
Enjeksiyon	Birer veya 3'er aylık aralıklarla yapılan gebelik önleyici iğneler
Sterilizasyon	Sonrasında kalıcı olarak çocuk sahibi olmamak için başvuru olan gebeliği kalıcı önleyici cerrahi yöntemler; tüp ligasyonu ve vazektomi içerir.
Tüp ligasyonu (tüplerin bağlanması)	Kadınların (daha fazla) çocuk sahibi olmamak için başvurdukları cerrahi yöntem. Yumurtayı rahme taşıyan tüplerin ameliyatla bağlanmasıdır.
Vazektomi	Erkeklerin (daha fazla) çocuk sahibi olmamak için başvurdukları cerrahi yöntem. Erkeğin sperm kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır.
Kürtaj, isteyerek düşük, gebelik sonlandırma, rahim tahliyesi, abortus, tıbbi tahliye	İstenmeyen gebelik durumunda fetüsün cerrahi olarak rahim dışına alınması işlemi. Kürtaj her ne kadar fetüsün en eski alınma yöntemlerinden sadece biri olsa da, zaman içinde gebeliği isteyerek sonlandırma için kullanılan daha genel bir kavram haline gelmiştir. Bu çalışmada burada listelenen kavramlar/terimler değişimli olarak kullanılacaktır.
Dilatasyon ve kürtaj	İstenmeyen gebelik durumunda fetüsün rahimden alınma yöntemlerinden bir tanesi, rahim ağzının genişletilmesi ve cerrahi aletlerle fetüsün uzaklaştırılması
Menstrüel regülasyon (MR)	İstenmeyen gebelik durumunda fetüsün rahimden alınma yöntemlerinden bir tanesi, vakum/negatif basınç ile aspirasyon yoluyla gerçekleştirilir.
Tıbbi düşük	İstenmeyen gebelik durumunda fetüsün cerrahi olmayan bir şekilde (ilaçla) düşürülmesini sağlayan yöntem
IVF	in vitro fertilization (üremeye yardımcı tekniklerle dölleme)
Malpraktis	Hekimin tedavi sırasında sergilediği beceri eksikliği, gereken standart uygulamayı yap(a)maması veya hastaya uygun ve yeterli tedavi sunmaması ile oluşan olumsuz sonuçlar
Pronatalist politika	Doğurganlığı artırıcı nüfus politikaları
Antinatalist politika	Doğurganlığı azaltıcı nüfus politikaları
Toplam doğurganlık hızı	Bir kadının doğurganlık çağının sonunda yapmış olması beklenen ortalama canlı doğum sayısı
Birinci basamak sağlık kuruluşları	Aile hekimlikleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri
İkinci basamak sağlık kuruluşları	Ayakta ve yataklı tedavi hizmeti veren hastaneler

KISALTMALAR

AÇSAP	Ana ve çocuk sağlığı/Aile planlaması
AP	Aile planlaması
ASM	Aile sağlığı merkezi
ÇEKÜS	Çocuk ergen kadın üreme sağlığı
DİE (TÜİK)	Devlet İstatistik Enstitüsü (Türkiye İstatistik Kurumu)
HSM	Halk sağlığı müdürlüğü
MR	Menstrüel regülasyon
RIA	Rahim içi araç
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık uygulama tebliği
TDH	Toplam doğurganlık hızı
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TUS	Tıpta uzmanlık sınavı
USAID	United States Agency for International Development - Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı

1

GİRİŞ

Türkiye'de üreme sağlığı hizmetleri için yasal çerçeve 1965 ve 1983 yıllarında kabul edilmiş olan 557 ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunlardır. Bu kanunlardan ilki, gebeliği önleyici yöntemlerin üretimini, ithalini ve kullanımını; ikincisi ise, kadın ve erkeğin sterilizasyonu ile gebeliğin onuncu haftası tamamlanana kadar gebeliğin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasını yasallaştırmıştır.

Üreme sağlığı ve üreme hakları alanında temel dayanak dokümanlarından olan 1994 Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı'nda “çocuk doğurma ve kendi seçtikleri aile planlaması yöntemlerinin yanı sıra, yine kendi seçtikleri ve yasalara aykırı olmayan diğer doğurganlığı düzenleme yöntemleri konusunda sorumlu, gönüllü kararlar alınmasını sağlamak ve desteklemek, bu kararların alınması için gereken bilgi, eğitim ve araçları sağlamak” ve “istenmeyen gebelikleri önlemek” amaçları benimsenmiştir (Birleşmiş Milletler, 1995: 51). Türkiye bu konferansın tüm maddelerini kabul eden ülkelerden biridir. Üreme sağlığı ve üreme hizmetlerinde çağdaş yaklaşım, bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda, bilinçli tercihleri ile belirledikleri üreme sağlığı hizmetleri ve danışmanlıklarından hak çerçevesinde yararlanmalarıdır. Bu yaklaşımı takip eden bir şekilde, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH), kürtaj hizmetini toplumsal cinsiyet eşitliğinin garanti altına alınmasının bir parçası olarak ele almaktadır. Buna göre, kadınların istemedikleri gebelikleri sürdürmeye zorlanmamaları, hükümetlerin kültürel ve dini değerlere dayanarak bu alandaki hizmet sunumlarını sınırlandırmamaları hedefler arasındadır (Hedef 5.6). Ayrıca SKH'nin 3.1 numaralı hedefinde, güvenli olmayan kürtajın anne ölümlerinin başat nedenlerinden biri olduğu belirtilmektedir (IPAS, 2015).

Türkiye'de üreme sağlığı klinik hizmetleri birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında pratisyen hekimler, aile hekimleri, jinekologlar, ebeler ve hemşireler tarafından yürütülmektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ni başlatmıştır. Bu program ve programın bir parçası olan aile hekimliği sistemi doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı hizmetleri açısından yapılanmayı değiştirmiştir. Bu döneme kadar birinci basamakta üreme sağlığı hizmetlerinde aktif olan Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri'nin (AÇSAP) yerini kısmen Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) kısmen de Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) almıştır. Bu değişimin gerekçesi Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun (2016) şu açıklaması ile anlaşılabilir: “birinci basamak sağlık hizmetlerimizin örgütlenmesindeki çok parçalı yapı, sağlık ocakları gibi yatay örgütlenme modellerinin yanında AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri gibi dikey örgütlenmelerin olması sağlık hizmeti sunmada belirsizliğe, karmaşaya ve israfa yol açmaktadır.”

On yıllarca birinci basamak sağlık hizmet sunumunda nerede ise standart olan üreme sağlığı hizmetleri, şu an birinci basamak sağlık hizmet kuruluşlarının tümünde aynı standart, yaygınlık ve kapsamda sunulmamakta, sağlık kuruluşundan kuruluşuna farklı-

lıklar göstermektedir. Aile hekimliği sistemi ile başlayan puantaj sisteminde sağlık personelinin verdiği sağlık hizmetlerinin, aldığı gelirin belirlenmesine temel teşkil etmesi de bunda etkili olmuştur.

Türkiye'de üreme sağlığı hizmetleri arasından doğrudan gebelik izlemi ve doğumla ilişkili olan hizmetlerde, özellikle sağlık kuruluşunda yapılan doğumların oranında, son 10 yıl içerisinde belirgin bir iyileşme vardır. 2003 yılında yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre doğumların %78'i sağlık kuruluşunda yapılmışken, TNSA-2013 sonuçlarına göre doğumların %97'si sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir. Aynı zamanda kadınların %97'si sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır (TNSA-2013). Dolayısıyla, gebelik öncesi ile sonrasındaki bakım hizmeti alımı ve sağlık kuruluşunda doğum neredeyse tüm kadınlar için erişilebilir düzeye ulaşmıştır. Doğumların tamamına yakını sağlık kuruluşlarında ve eğitilmiş bir sağlık personeli yardımıyla yapılmıştır. Ancak bu dönemde gebeliği önleyici yöntem kullanım düzeyinde bir durağanlaşma, özellikle rahim içi araç (RİA) gibi doğrudan hizmet alımı gerektiren yöntemlerde ise bir gerileme görülmüştür (Tablo 1). Son 10 yıllık dönemde modern yöntem kullanımında önceki dönemlerle benzer eğilimde bir artış yoktur. Özellikle doğum ve düşük sonrası yöntem kullanımında karşılanmamış ihtiyacın büyüklüğü dikkat çekicidir. Üstelik doğum sonrası dönemde karşılanmamış yöntem kullanma ihtiyacı, emzirmeyi destekleyen politika ve hedeflerle de ters düşmektedir. Var olan sınırlı artış kondoma ve kümülatif bir oran olan tüp ligasyonuna bağlıdır¹.

Tablo 1. Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımı (evli kadınlar arasında), Türkiye, 1993-2013 Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

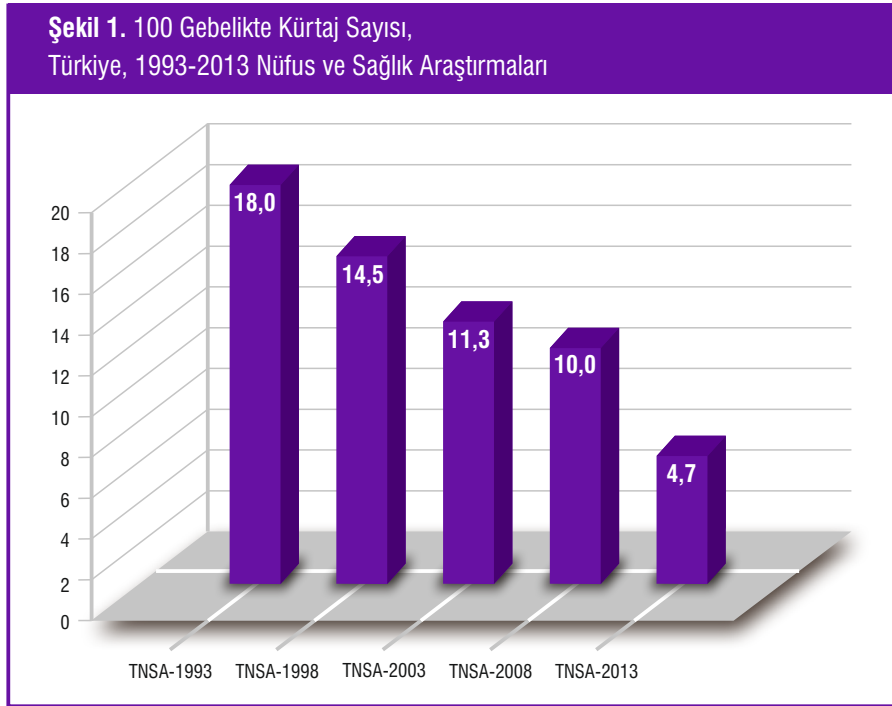
Yöntem	1993	1998	2003	2008	2013
Herhangi yöntem	62,6	63,9	71,0	73,0	73,5
Modern Yöntemler	34,5	37,7	42,5	46,0	47,4
Hap	4,9	4,4	4,7	5,3	4,6
RİA	18,8	19,8	20,2	16,9	16,8
Kondom	6,6	8,2	10,8	14,3	15,8
Tüp Ligasyonu	2,9	4,2	5,7	8,3	9,4
Diğer modern	1,3	1,1	1,1	1,1	0,8
Geleneksel Yöntemler	28,1	26,1	28,5	27,0	26,0
Kullanmıyor	37,4	36,1	29,0	27,0	26,5

Kaynak: Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 1993-2013

¹ Tüp ligasyonu yöntemini kullanan kadınların oranı önceki dönemde bu yöntemi kullanmaya başlamış kadınlarla birlikte birikimli olarak arttığından diğer yöntemlerdeki artıştan farklı şekilde ele alınması gerekmektedir.

Doğurganlığın düzenlenmesi konusunda son yıllara ait göstergeler incelendiğinde ilgiyi hak eden bir diğer nokta ise isteyerek düşük hızındaki çok hızlı düşüştür. Türkiye'de yıllar içinde gebeliği önleyici yöntem kullanımının artmasına paralel olarak kürtaj hızları düzenli olarak azalmakta olsa da 2008-2013 arasındaki 5 yıllık dönemde gözlemlenen keskin ve ani düşüş daha önceki yıllarda gözlemlenen düşüşün oldukça üzerindedir (Şekil 1).

Sağlık Bakanlığı'nın 2005 – 2015 Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Ulusal Stratejik Eylem Planı, 2013 yılına kadar, gebelikten koruyucu yöntem kullananlar içinde modern yöntem kullanım oranının %75'e çıkarılması ve isteyerek düşük hızının en az %50 oranında azaltılarak yüz gebelikte 11,3'ten 5,7'ye düşürülmesi hedeflerini içermektedir. Bu hedeflerden ilkinde beklenen artışa bağımlı olarak düşmesi beklenen kürtaj oranı, bu koşul sağlanmadığı halde, hedefi tutturacak ölçüde düşmüştür (SB, 2010b).



Kaynak: Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, 1993-2013

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve gebeliklerin sonlandırılması konularındaki göstergeler Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına dayalı olarak hesaplanmaktadır. Bu araştırmalar hane halkı araştırmaları olup hizmet alanlar perspektifinden ve hizmet alanların bilgilerine dayalı olarak ilgili göstergelerin üretilmesini mümkün kılmaktadır. Ancak hizmet sunanların perspektifini gösteren, bu yolla hem hizmet kalitesini sorgulayan hem de hizmet sunumu sırasındaki deneyimleri ve problemleri ortaya koyan araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Son yıllarda özellikle isteyerek düşük hizmetinde karşılaşılan sorunlar konusunda farklı yöntemlerle yapılmış çalışmalar vardır. Bu çalışmalar arasında

bulguları son günlerde yayınlanan “Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil” başlıklı, kürtaj hizmeti veren sağlık kuruluğu sayısını ortaya koyan bir alışma Türkiye genelindeki 431 hastanenin sadece yüzde 8'inde isteğe bağlı düşük hizmeti verildiğini ortaya koymuştur (O'Neil ve diğerleri, 2016). Yine aynı araştırma sonuçlarına göre, İstanbul'da toplam 43 hastanenin 6'sı kurumlarında isteğe bağlı düşük yapılabileceğini belirtmiştir.

Bu bağlamda, bu araştırma ile gebeliği önleyici yöntem kullanımı yaygınlığında bir duraklama ve kürtaj yaygınlığında bir gerileme gözlemlenen içinde bulunduğumuz dönemde, sağlık kuruluşlarının ilgili hizmetleri ne şekilde sunduğu bizzat hekimlerin deneyimlerine dayalı olarak derinlemesine incelenmektedir. Bu çerçevede, kamuya ait birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan aile hekimleri ile ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan kadın doğum uzmanlarının doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmet sunumu konusuna kişisel yaklaşımları, çalıştıkları sağlık kuruluşunun yaklaşımı ve hizmet sunumu sırasında karşılaştıkları sorunlar ve engeller ortaya konmuştur. Araştırma sırasında ayrıca ebe ve sağlık idarecilerinin deneyimlerine sınırlı da olsa yer verilmiştir. Araştırmanın odak noktası hizmetlerin sunumu olmakla beraber kadınların hizmet talebi ve ihtiyaçlarında gözlemlenen farklılaşmalar yine hizmet sunumu ile ilişkili şekilde incelenmiştir.



ARKA PLAN

2.1. Türkiye'de sağlık sisteminin yapısı

Bu bölümde sağlık sisteminin yapısı, üreme sağlığı konusunda hizmet sunumunu belirleyen iki temel düzlemde kısaca tanıtılacaktır. Bir yanda doğurganlıkla ilgili yasal düzenlemeler, diğer yanda son 10 yıl içerisinde hayata geçen sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği sistemi yer almaktadır. Bu kapsamda öncelikle günümüzdeki uygulamalara zemin teşkil eden doğurganlık konusundaki yasal düzenlemelerden bahsedilecek, ardından doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunun sağlıkta dönüşüm programı ve aile hekimliği sistemi içerisindeki yeri ve bu sistemlerin hizmet sunumu açısından farklılaştığı noktalar değerlendirilecektir.

2.1.1. Doğurganlığın düzenlemesine ilişkin politikalar ve yasal düzenlemeler

Türkiye'de doğurganlığa yönelik politikalar üç dönemde incelenebilir. Cumhuriyetin kuruluşundan 1960'lara kadar olan birinci dönem doğurganlığı arttırmaya yönelik pronatalist politikanın izlendiği bir dönem olarak öne çıkmaktadır. Bu politikanın öncelikli gerekçeleri arasında ülkenin savunma gücünü ve tarımda ihtiyaç olan işgücünü elde etmek bulunmaktadır (Altıok, 1978). Yasal çerçeveyi oluşturan 1930 tarihli Umumi Hıfzıssıhha Kanunu doğumların teşvik edilmesi, 6 veya üzeri çocuğu olan kadınlara madalya veya ödül verilmesi gibi doğrudan doğurganlık artırıcı politikalara yer vermiştir. Aynı kanuna göre doğurganlığı düzenlemek üzere yöntem kullanmak, üretmek ve satmak ile gebeliği sonlandırmak kesinlikle yasaktır. İsteyerek düşüklükler 1926'da kabul edilen Medeni Kanun'a göre suç kabul edilmiştir. Bu yasada 1936'da yapılan değişiklikle isteyerek düşüğe yönelik cezalar arttırılmıştır (Altıok, 1978).

Pronatalist dönemi, doğurganlığı azaltmaya yönelik bir politika ve gerekli yasal düzenlemelerin yapıldığı, antinatalist nüfus politikasının hâkim olduğu ikinci dönem izler. 1960'lı yıllar dünyada yüksek nüfus artışının kalkınma önünde engel olduğu görüşünün öne çıktığı bir dönemdir. Türkiye'de de aynı görüşün hâkim olduğu bu dönemin anne ve çocuk sağlığı açısından önemi büyüktür. 1950'lerin sonlarına doğru halk sağlığı hekimleri anne ve bebek ölümlerinin yüksekliğine dikkat çekmişler, yaptıkları çeşitli saha araştırmalarıyla bu alanlara dair istatistik üretmişlerdir. Örneğin 1959 yılında Hıfzıssıhha Okulu, 'Batı ve Orta Anadolu'nun Köylük Bölgelerinde Bebek ve Ana Ölüm Oranları' isimli bir araştırma gerçekleştirmiş, bebek ve anne ölümlerinin yanı sıra isteyerek düşük ve buna bağlı anne ölümlerine dair tahminler elde etmiştir (Fişek, 1967). 1958 yılında Dr. Zekai Burak'ın girişimiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı isteyerek düşüklere yönelik sorunları araştırmak için bir komite kurmuş ve yasa dışı sonlandırılan gebelikler nedeniyle oluşan sorunları incelemiştir. Komite çalışmalarının sonucunda yasa dışı operasyonların genellikle sağlık personeli tarafından kâr amaçlı fakat gerekli tıbbi donanımın olmadığı ortamlarda yapıldığını, bu nedenle infertilitenin yanı sıra ölümcül sonuçların da ortaya çıktığını belirtmiştir (Altıok, 1978; Kaleci ve diğerleri, 2015). İsteğe bağlı düşüğün sadece

tıbbi gerekçelerin varlığı halinde yasallaşması önerilmiştir. Ayrıca kadınların istemedikleri çocukları doğurmalarını engellemek için gebeliği önleyici yöntemlere izin verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Altıok, 1978).

Bu gelişmeler ışığında 1965 yılında Nüfus Planlaması Hakkında Kanun yürürlüğe girmiştir. Doğurganlığı düzenlemeyi yasal hale getiren, günümüzde de gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımı, üretimi, uygulanması ve satılması konularında yasal dayanak olan düzenleme bu kanuna dayanmaktadır. “Fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” yasanın temel vurgusudur ve aynı şekilde, bunun yolunun gebeliği önleyici yöntemlerden geçtiği, gebelik sonlandırma veya sterilizasyonun sadece tıbbi zorunluluk halinde yapılması gerektiği de vurgulanmıştır.

İsteyerek düşükler 1965 Kanunu'ndan sonra gündemden düşmemiştir. 1970'lerde Türk Tabipler Birliği, Türk Jinekoloji Cemiyeti, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Türk Üniversiteli Kadınlar Derneği gibi meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları isteyerek gebelik sonlandırmanın yasallaşması için faaliyetlerde bulunmuşlardır (Karaömerlioğlu, 2012). Konu meclis gündemine de sıkça getirilmiş ve nihayetinde 1983 yılında yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile 10 haftanın sonuna kadar isteyerek düşük yapılması yasallaşmıştır. Ayrıca bu kanunla kadın ve erkekler için cerrahi yöntemler olan tüp ligasyonu ve vazektomi de yasal hale gelmiştir. Kanun her iki işlem öncesinde evli kadınlar ve erkekler için eş izni şartı koşsa da eş izninin ihlali halinin ceza kanununda bir karşılığı bulunmamakta, konudan medeni kanunda söz edilmemektedir.

Gebeliklerin cerrahi olmayan yöntemlerle sonlandırılması da mümkündür. Birçok ülkede tıbbi düşük yasaldir ve ilgili ilaçlar ruhsatlı şekilde piyasada bulunmaktadır. Türkiye'de 2000'li yıllarda tıbbi düşükle ilgili özellikle tıp çevrelerinde tartışmalar ve araştırmalar olsa da, tıbbi düşük şu an için yasal değildir (Akın, 2014).

2000 yılı sonrası başlayan üçüncü dönemde nüfus konusu, yaşlanma ve genç nüfusun azalacağı kaygılarıyla gündeme gelir olmuş ve bu gerekçelendirmeyle birlikte bir kez daha doğurganlığı arttırmaya yönelik bir politikaya dönülmüştür. 2008 yılında siyasi iktidar tarafından dillendirilen “en az 3 çocuk” ifadesiyle belirginleşen bu politika, 10. Kalkınma Planı'nda yer alan “toplam doğurganlık hızının tedricen yükseltilmesi” (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013) hedefiyle somutlaşmıştır. Bu dönemde aynı zamanda “Her kürtaj bir Uludere'dir” (NTV, 2012) gibi söylemlerle kendini gösteren kürtaj karşıtı bir tavır da ortaya çıkmıştır. 2012 yılında kürtajın yasal zaman sınırının daraltılması gündeme gelmiş (Radikal, 2012), ayrıca kadınlara “ceninin kalp atışını dinletme”, hekimlere kürtajı ret hakkı gelmesi ve muayenelerinde kürtajın yasaklanması (Medimagazin, 2012) gibi düzenlemeler içerdiği iddia edilen bir yasa tasarısı hazırlanmış (Hekimedya, 2012) fakat yürürlüğe konmamıştır.

Yeni dönem pronatalist politikanın bir başka belgesi 2015 yılında açıklanan ve 2016 yılında uygulanmaya başlanan Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması programıdır. Bu program, çocuk teşviki ve evlilik teşviki ile çalışan annelere doğum izni sonrası yarı zamanlı çalışma olanaklarını içermektedir. Ancak yöntem kullanımı ve düşük gibi doğrudan doğurganlığın düzenlenmesi konularında bir yenilik içermemektedir (Çavlin ve diğerleri, 2016).

Son dönem aile planlaması (AP) ve kürtaj hizmetlerini ilgilendiren politikalara genel olarak bakıldığında, 1983 yılından bu yana yasa açısından herhangi bir değişiklik olmadığı fakat siyasi söylemle uyumlu bir havanın uygulamalara egemen olması dikkat çekmektedir. Üreme sağlığı kapsamındaki hizmetler arasında bu iki konunun geri plana düştüğü, buna karşın gebelik izlemi ve tüp bebek gibi konuların daha öne çıktığı görülmektedir.

2.1.2. Sağlık hizmet sunumunda yeniden yapılanma ve birinci basamak sağlık hizmetleri

Ülkemizde halen geçerli olan 2827 sayılı Kanun'u takiben yürürlüğe giren Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük (Resmi Gazete, 1983), hizmetleri yürütecek sağlık personeli ile hizmetin gerçekleşeceği yer ve gerçekleşmesi için gerekli ekipmanı belirlemektedir. Buna göre, kürtaj hizmetlerini kadın hastalıkları ve doğum uzmanları yürütmektedir. Pratisyen hekimler de kurs görerek yeterlik belgesi aldıkları durumda menstrüel regülasyon (MR) yöntemiyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanı denetim ve gözetiminde kürtaj yapabilmektedirler. Hizmetin verildiği kurumlar kadın hastalıkları ve doğum uzmanları için mesleklerini uyguladıkları yerler ve pratisyen hekimler için resmi tedavi kurumları olarak tanımlanmıştır. Anestezi gerektiren durumlarda kürtaj anestezi uygulanabilen resmi tedavi kurumlarında ve özel hastanelerde yapılmaktadır. Kürtaj tüzükteki araç ve gerecin bulunması halinde muayenehanelerde de yapılabilmektedir. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği'ne (Resmi Gazete, 1997) göre de kadın hastalıkları ve doğum uzmanı mevcut olmak şartı ile bu merkezlerde 8 haftanın sonuna kadar olan gebelikler menstrüel regülasyon yöntemiyle sonlandırılabilir; bir başka deyişle, birinci basamakta kürtaj yapılabilmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanıp 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye'deki sağlık sistemiyle ilgili köklü değişiklikler yapılmıştır. Bunların arasında Genel Sağlık Sigortası uygulamasıyla SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sistemlerinin birleştirilip tüm vatandaşların sağlık sigortası kapsamına alınması, sağlık personeline performans dayalı ödeme sistemi getirilmesi, SGK'ya bağlı SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara ücretsiz olarak hizmet vermesi ve aile hekimliği sistemine geçilmesi gibi pek çok uygulama bulunmaktadır. Bu değişikliklerin yanı sıra Bakanlık'ta yapısal bir değişikliğe gidilmiş, AÇSAP Genel Müdürlüğü kapatılmıştır. Programa göre “Verem Savaş

Dispanseri/Aile Planlaması ve Ana Çocuk Sağlığı Merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları ya görevlerini tamamlamış ya da gereken önemi korumada yetersiz kaldıkları için atıl duruma düşmüşlerdir” (SB, 2003). Dolayısıyla AÇSAP Merkezlerinin Bakanlık nezdinde vadesi dolmuş veya işlevsiz olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca yine bu dönemde SSK ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunan AP Klinikleri ve de RİA, tüp ligasyonu ve vazektomi uygulama hizmet içi ve asistan eğitim merkezleri de giderek devre dışı kalmaya başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eşzamanlı yürürlüğe giren aile hekimliği sistemi ile sağlık ocakları ve sağlık evleri kapatılmış² veya Aile Sağlığı Merkezi ile Toplum Sağlığı Merkezlerine dönüştürülmüştür. 2014 yılı itibariyle ülke genelinde 6829 adet ASM, 970 adet de TSM bulunmaktadır. Aile Sağlığı Merkezleri çalışan personel ve mekân özelliklerine göre A, B, C, D ve diğer olmak üzere 5 gruba ayrılmakta, A sınıfı ise olabilecek en donanımlı ASM'ye işaret etmektedir. Diğer koşulların sağlandığı durumda RİA sertifikasyonu sahibi bir aile hekiminin olması D veya C grubundaki bir ASM'yi B sınıfına yükseltmekte, bu durum personelin maaşına da olumlu katkı yapmaktadır (Resmi Gazete, 2013). ASM'lerin yapısındaki bu durum, hizmet alımında bir eşitsizlik yaratmakta, danışanların veya hastaların farklı ASM'lerde farklı standartta hizmet almasına yol açabilmektedir (UNFPA, 2014).

Aile hekimliği sistemine geçişte Bakanlık tarafından “bir uzmanlık dalı olarak aile hekimlerinin ülkemizde sayıca yetersiz olduğu” ve “mevcut pratisyen hekimlerin kısa süreli bir eğitimden geçirilerek başlanması ve uygulama süreci içine yayılmış süreli bir eğitim ile desteklenmesi en pratik çözüm” olarak belirtilmiştir (SB, 2003). İşleve yönelik bulunan bu çözüm hekimlerin tabi tutuldukları kısa eğitimin doğası gereği üreme sağlığı konularında kısıtlı kalmakta, eğitim müfredatında daha çok doğum öncesi ve sonrası bakım ve gebe izleminin öne çıktığı görülmektedir (SB, 2016a). Aile hekimliği sistemi AÇSAP sisteminde olduğu gibi danışanları/hastaları kadın ve çocuklarla sınırlamadığı için “üreme sağlığı” hizmetlerini yaygınlaştırmak için daha uygun bir sistemdir. Bununla birlikte, evli kadınlar dışında kalan evli olmayan kişiler, gençler, erkekler gibi gruplara özel bir hizmet tanımlamadığı için bu potansiyelinden yararlanılamamaktadır. Ayrıca aile hekimlerinin mevcut iş yüklerinin yanında AP danışmanlığı için ayırabilecekleri zaman da oldukça kısıtlıdır (ICC ve diğerleri, 2010).

Performans sisteminde hekimler için hali hazırda hem pozitif hem de negatif performans söz konusudur. Aile hekimleri arasında daha çok hastası olanlara daha yüksek ödeme yapılması pozitif performansa örnek olarak verilebilir. Negatif performansta ise belirlenen/beklenen başarı düzeylerinin altında kalınması durumunda ücretten kesinti yapılması söz konusudur. Performans hesaplamalarında gebe izlemleri, bebek izlemleri ve

² 2003-2004 döneminde önce kendi binası olmayan yaklaşık 4.000 tane sağlık evi kapatılmıştır.

aşılar yer alırken üreme sağlığı hizmetlerine yönelik herhangi bir kriter bulunmamaktadır (Resmi Gazete, 2010). AP danışmanlığının performansa tabi olmaması ve AP eğitimcilerine performansa dayalı ödeme yapılmaması daha önce de eleştiri konusu olmuş, bu hizmetlerin sunumuna yönelik negatif performans getirilmesi çeşitli sivil toplum örgütleri tarafından önerilmiştir (UNFPA, 2014).

Performans puanlarını belirleyen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 2007 yılında yürürlüğe girdiğinde “tıbbi nedenli tahliye” tanımlanırken, isteğe bağlı gebelik sonlandırmaya dair bir kod tanımlanmamıştır (Habertürk, 2014a). Dolayısıyla, bu uygulamalar sosyal güvence kapsamının dışında kalmış ve bu kapsam da hastaneler tarafından tanımlanamadığı için fiili olarak gerçekleşmeleri sekteye uğramıştır. Söz konusu durum kamuoyunda isteğe bağlı kürtajın yasaklandığına dair bir algı oluşturmuştur (Habertürk, 2014b; Sabah, 2014). Tebliğ'deki söz konusu kod 7 yıl aynı şekilde kaldıktan sonra 2014 yılında “dilatasyon ve kürtaj” olarak değiştirilmiştir. Kamuoyunda rahim içi araç uygulamasının da benzer bir dönemde kamu hastanelerinde fatura edilemediği için ücret karşılığında takılabildiği iddia edilmektedir (Habertürk, 2014a).

Aile planlaması ve kürtaj hizmetlerindeki bu geri plana düşme halinin aksine, **Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları** 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'yla birlikte sosyal güvenlik kapsamına girmiştir. Sağlık Uygulama Tebliği'nde 2014 yılında yapılan değişiklikle tüp bebek deneme sayısı da 2'den 3'e çıkarılmıştır (Hürriyet, 2014).

Performans sistemiyle beraber hekimlerde oluşabilecek bir başka çekince hastaların hatalı tedavi gerekçeleriyle açtıkları malpraktis davalarıdır. Bazı diğer ülkeler gibi Türkiye'de de bu tip davaların son yıllarda çoğalmasıyla birlikte hekimlerin kadın hastalıkları ve doğum gibi cerrahi branşlardan uzaklaştıkları bilinmektedir (Milliyet, 2016). Büken ve diğerlerinin (2004) çalışmasına göre, ülkemizde malpraktis davaları en yüksek oranda kadın hastalıkları ve doğum alanında açılmaktadır. Türkiye'deki bu durum sezaryen oranlarının artışı (Milliyet, 2016; Sağlıkaktüel, 2015), kadın hastalıkları ve doğum bölümlerinin TUS'ta tercih edilmeyerek puanlarının düşmesi (DoktorMagazin, 2013) gibi durumlarla ilişkilendirilmektedir.

Sağlık hizmet sunumundaki yeniden yapılanma sürerken, gebeliği önleyici yöntemlerin finansmanı ile ilgili de birtakım değişiklikler yaşanmıştır. Türkiye'de bu yöntemlerin temini 1965-2000 dönemi boyunca, özellikle USAID tarafından olmak üzere, uluslararası kaynaklarca hibe olarak sağlanmıştır. USAID 1995-1999 dönemi arasında kademeli olarak hibeyi kesmiş, böylece kontraseptifler Sağlık Bakanlığı'nca finanse edilmeye başlanmıştır (Yavuzylmaz ve diğerleri, 2010). Bu dönem de kendi içinde bir yeniden yapılanma gerektirdiği için uygulamadaki bazı aksaklıklar kamuoyuna yansımıştır. Örneğin 2001 yılında 2000 yılına göre dağıtılan RİA sayısı %16, kondom miktarı %60 azalırken,

dağıtılan hap miktarı ise 20,3 milyondan 7,5 milyona düşmüştür (Etiler ve Yavuz, 2004; SB, 2012). Bakanlık bu sorunların üstesinden gelmek için kontraseptiflerin yerel düzeyde temin edilmesini tavsiye eden bir genelge yayınlamıştır (Etiler ve Yavuz, 2004; AÇSAP, 2004). Yereldeki kontraseptif alımlarının inisiyatifine dayalı olmasından kaynaklanan standart eksikliği sorunu derinleştirmiş, bu nedenle alımlar tekrar merkezi olarak yapılmaya devam etmiştir. Buna rağmen, gebeliği önleyici malzeme alımı ihale süreçlerinde uzamalar ve iptallerle karşılaşmış, bu da malzeme akışında zaman zaman kesintiye yol açmıştır (UNFPA, 2014). Örneğin 2012 yılında Bakanlık tarafından hiç alım yapılmamıştır (UNFPA, 2014).

Günümüzde özellikle oral kontraseptif ve kondom olmak üzere belli başlı gebeliği önleyici yöntemler ASM'lerde ücretsiz olarak dağıtılmaktadır. ASM'ler malzeme ihtiyacı olduğunda TSM'lere bildirmekte, TSM'ler ise İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden bu malzemeleri talep etmektedir (Resmi Gazete, 2015).

2.2. Türkiye'de doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı göstergeleri

2.2.1. Doğurganlık, aile planlaması ve kürtaj istatistikleri

Türkiye'de Cumhuriyet'in ilanını takip eden yılda doğurganlık hızı kadın başına 5,6 doğum olarak tahmin edilmektedir (DİE, 1995). Savaş koşullarının sonra ermesiyle aileler bir araya gelmiş, doğurganlık bir süre artmış ve 1930'larda kadın başına 7'nin üzerinde doğumla zirve noktasına ulaştırmıştır. Savaş sonrası dönemlerde yaygın olarak görülen bu artışa Türkiye'deki devlet politikası da eşlik etmiştir.

Devletin doğurganlığı arttırma yönündeki tutumuna rağmen, doğurganlık 1930'lardaki zirvesinden sonra düşüş eğilimine geçmiştir. İkinci Dünya Savaşı dönemi bir istisnadır; Türkiye savaşa girmemesine rağmen ülke ekonomik olarak sıkıntıya girmiş ve bu da nüfus ve sağlık göstergelerine yansımıştır. Bu dönemde doğurganlık hızlıca 6,6 seviyesine gerilemiş (1943) ve daha sonraki dönemde 6,9 düzeyine geri çıkmıştır (1948; DİE, 1995). Bu yıllardan sonra daha düzenli bir düşüş gösteren doğurganlık hızı, 1967 yılında 5,6 düzeyine kadar inmiştir (DİE, 1995).

Önceki bölümlerde söz edilen 1965 Kanunu'nun çıktığı dönem aynı zamanda Türkiye'de ülke çapında nüfus ve sağlık araştırmalarının başladığı yıllara denk düşmektedir. Hıfzıssıhha Okulu tarafından başlanan bu araştırmalar 1968 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından her 5 yılda bir olacak şekilde yapılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar doğurganlık ve isteyerek düşüğe ek olarak gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin veri sağlayan önemli kaynaklardır.

Doğurganlığın 4,3 düzeyine gerilediğini gösteren 1978 Türkiye Doğurganlık Araştırması'na göre, o dönemde evli kadınların %38'i gebeliği önleyici yöntemlerden

yararlanmaktadır (Koç ve diğerleri, 2010). Geri çekme %17 ile en çok tercih edilen yöntem iken, RİA, hap ve kondom kullanma oranları sırasıyla %3, %6 ve %3; kadınların yaşam boyu yapmaları beklenen ortalama isteyerek düşük sayısını gösteren toplam isteyerek düşük hızı ise 0,69 olarak hesaplanmıştır (Koç ve diğerleri, 2010).

Doğurganlık hızı 1980'ler sonu itibariyle 3,0 düzeyine inmiş (HÜNEE, 1989); gebeliği önleyici yöntem kullanımı ise %64'e yükselmiştir. Geri çekme yöntemi %26 ile önemini korumasına karşın, RİA, hap ve kondom kullanma oranları yükselmiş, sırasıyla %14, %6 ve %7 olmuştur. İsteyerek düşüklükler ise bu hizmetin yasallaşmasının ardından 1990'ların başlarına dek artmış ve daha sonra düzenli bir şekilde düşmeye başlamıştır. 1993 TNSA verilerine göre toplam isteyerek düşük hızı 0,84; toplam doğurganlık hızı 2,7; yöntem kullanan kadınların oranı ise %65'tir (Koç ve diğerleri, 2010).

1990 sonrası dönem gebeliği önleyici yöntem kullanımı ve doğurganlık değişiminin görece yavaşladığı dönemlerdir. 2003 yılında toplam doğurganlık hızı 2,2, yöntem kullanım oranı ise %71 olarak tahmin edilmiştir. Modern yöntemler arasında en yaygın kullanılanlar RİA (%20), kondom (%11) ve hap (%5). Toplam isteyerek düşük hızı da kadın başına 0,38'e gerilemiş; her 100 gebelikten 11'inin isteyerek düşükle sonuçlandığı görülmüştür (HÜNEE, 2004).

Doğurganlığın bugünkü düzeyine baktığımızda, 2005'ler civarında toplam doğurganlık hızının kadın başına 2 çocuk, yani nüfusun kendini yenileme düzeyinde sabitlendiği görülür. Günümüze en yakın döneme ait tahminleri sağlayan 2013 TNSA sonuçlarına göre toplam doğurganlık hızı 2,3'tür. Yöntem kullanımı 10 yıl önceki araştırmaya çok yakın bir düzeyde (%74) olsa da, bu dönemde yöntem tercihleri farklılaşmıştır. Buna göre, RİA kullanımı %17'ye gerilemiş, hap kullanımı %5 düzeyinde kalmış, kondom kullanımı ise %16'ya yükselmiştir. Son 30 yıldır yöntem kullanımıyla ilgili dikkat çeken bir husus geri çekme yönteminin %20-25 bandında hemen hemen sabit kalmasıdır. Doğurganlık ve gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin göstergelerdeki bu mütevazı değişikliklere karşın isteyerek düşüklüklerin oranı 100 gebelikte 5'e, toplam isteyerek düşük hızı ise 0,14 düzeyine gerilemiştir (HÜNEE, 2014).

2.2.2. Sağlık hizmeti istatistikleri

Halen T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistiği Yıllığı 1950'lerden beri hazırlanmaktadır. 1990'lara dek 2 ila 5 yıl arasında dönemleri gösterecek şekilde hazırlanan bu raporlar, bu zamandan itibaren yıllık olarak hazırlanmaya başlanmıştır.

Yıllıklarda hastane sayıları, hekim sayıları, yatak sayıları gibi temel konular yıllar arasında karşılaştırmaya olanaklı şekilde sunulmuştur. Buna göre, devlete ait olan SB ve SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin 2001 yılındaki sayıları sırasıyla 869, 43 ve 239 iken; 2014 yılı itibariyle bu sayılar 866, 69 ve 556'dır. Yeni açılan özel hasta-

nelerin sayısındaki artış dikkat çekicidir ve bu artışı aynı dönemde yaşanan sağlıkta özelleştirme ile ilişkilendirmek mümkündür. Kadın ve çocuk hastanesi veya doğumevi olarak sunulan devlet hastanelerinin sayısı 2003 yılında 48, 2014 yılı itibariyle 41'dir (SB, 2004; SB, 2015). Üreme sağlığı hizmetleri açısından önem taşıyan AÇSAP merkezlerinin sayısı 2003 yılında 299 iken, 2014 itibariyle 182'ye düşmüştür (SB, 2005; SB, 2015). Halen İstanbul'da hizmet veren AÇSAP merkezi sayısı 33'tür (SB, 2016b).

İstatistik yıllıklarında üreme sağlığı konularında yıllar içinde karşılaştırma yapmak mümkün değildir. Bu durumun nedenleri arasında Sağlıkta Dönüşüm ile Bakanlık yapılanmasındaki değişiklik, AÇSAP Genel Müdürlüğü'nün kapatılması ve Bakanlık nezdinde gebeliği önleyici yöntem ve isteyerek düşük konularının arka plana düşmesi sayılabilir. Örneğin dönüşümün henüz gündeme gelmediği 2000 yılında AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından hekimlere 828 tane RİA eğitimi, 60 tane de RİA ve MR için ortak eğitim verildiği görülmektedir (SB, 2000). Programın pilot olarak Eskişehir'in de içinde bulunduğu belli illerde başlangıç dönemine denk gelen 2004 yılında bu eğitimlerin sayısı sırasıyla 405 ve 22'ye gerilemiş (SB, 2005), 2008 ve sonrasında bu eğitimlere dair istatistikler bir daha yıllıklarda yer almamıştır.

Sağlık istatistikleri yıllıklarında zaman içinde yer almamaya başlayan diğer veriler arasında AP eğitici eğitimlerinin sayısı; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü araştırmaları referans gösterilerek sunulan gebeliği önleyici yöntem kullanımı istatistikleri; AP hizmeti veren sağlık ocağı, sağlık evi, AÇSAP merkezi ve hastane AP klinikleri gibi kuruluşların toplam sayısı; Bakanlık tarafından dağıtılan RİA, hap ve kondom yöntemlerinin uygulayan kuruma göre dağılımı gibi veriler sayılabilir. Bunlara ek olarak "hastanelere yatan hastaların A listesine göre dağılımı" başlıklı tablolarda bulunan ve yıllık olarak SB tarafından gerçekleştirilen A114 kodlu "tıbbi veya adli endikasyonlarla yaptırılan düşük" ve A115 kodlu "diğer düşükler" için verilen sayılar 2008 yılından bu yana sunulmamaktadır (SB, 2010a).

Yıllar içinde biraz daha geriye gidildiğinde, 1990'ların ortalarında üreme sağlığı konusunda daha detaylı istatistiklerin sunulduğu; takılan RİA, verilen hap ve kondom sayıları ile sterilizasyon ve "kürtaj" başlığı altında isteyerek düşük operasyonlarının sayılarının yıllıklarda bulunduğu görülmektedir. Buna göre, 1994 yılında Türkiye'de 392.945 RİA takılmış; 726.646 kutu hap, 1.095.890 kutu kondom dağıtılmış; 11.840 sterilizasyon, 52.441 de isteyerek düşük yapılmıştır (SB, 1994).

Günümüzde gebeliği önleyici yöntem ve isteyerek düşüğe yönelik istatistikler nüfus araştırmalarından hesaplanabilmekte veya Bakanlık'tan özel veri talepleri ile elde edilebilmektedir. Bu taleplere dönüşler ise araştırmacıların ihtiyaç duyduğu detayın altında kalmaktadır. İsteyerek düşük sayılarıyla ilgili veri talebimize Bakanlık'tan gelen yanıt göre kamu kuruluşlarında gerçekleşmiş olan yıllık isteyerek düşük sayılarında bir azalma görülmektedir.



ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Yukarıda bahsedilen bağlam ve belirtilen amaçlar doğrultusunda, bu araştırma, literatür taraması ve niteliksel saha çalışması ile yürütülmüştür. Literatür taramasında araştırmanın arka planına dair bilgiler, yöntem kullanımı ve kürtaj hizmetinden yararlanmaya ilişkin Sağlık Bakanlığı istatistiksel verileri dâhil, mevcut araştırma ve kayıt bilgilerinin derlenmesinin yanı sıra aile planlaması ve kürtaj hizmeti için kamu hizmet sunumunun planlanmasına dair resmi belgeler incelenmiştir. Bu sayede aile planlaması ve kürtaj hizmeti için kamu hizmet sunucularının mevcut sistemde sorumluluklarının ve çalışma şeklinin ortaya konması; aile hekimliğinin, toplum sağlığı merkezlerinin, birinci, ikinci ve üçüncü³ basamak sağlık kuruluşlarının farklı sorumluluklarının ve çalışma şekillerinin ayrıştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasında ise derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak yapılan niteliksel saha çalışması ile üreme sağlığı hizmeti sunan sağlık çalışanlarının bakış açısı, deneyimleri ve yaşadıkları sorunların anlaşılması hedeflenmiştir. Nitel araştırmalar, istatistiksel analiz yapmaya ve genellenebilir tespitlerde bulunmaya elverişli nicel araştırmalardan farklı olarak, temsil niteliği taşımayan ve genellenemeyen araştırmalar olduğundan bu araştırma da genelleme ve temsil amacı gütmemektedir.

Saha çalışması Türkiye'nin hem en kalabalık kenti olan hem de aile planlaması hizmet ihtiyacı ve hizmet alımı açısından en fazla sayıda kadının yaşadığı ve son beş yılda kürtaj oranlarında azalmanın en fazla görüldüğü kent⁴ olan İstanbul'da yapılmıştır. Örneklem oluşturulurken aile planlaması hizmet ihtiyacı ve sunumundaki çeşitlilik ve farklılıkları anlayabilmek açısından hem Avrupa hem de Anadolu yakalarından alt ve orta sosyo-ekonomik durum düzeylerine sahip semtlerin seçilmesine dikkat edilmiştir.

Örneklemin seçiminde sağlık kuruluşunun türü (aile sağlığı merkezi veya kamu hastanesi/doğumevi) ve bulunduğu semtin yanı sıra, hekimin uzmanlığı (aile hekimi, kadın doğum uzmanı veya ebe/hemşire), mesleki deneyimi (aile hekimliği sisteminin kurulduğu 2011 yılından önce veya sonra mesleğe başlaması, dolayısıyla meslekte eski ve yeni olması) ve cinsiyeti de etkili olmuştur. Bu kriterlerin üreme sağlığı hizmet deneyimi, hekimlerin ya da az sayıdaki ebe ve idarecinin bakış açısı ve uygulamaları konusundaki farklılıkları yansıtmak konusunda önemli olduğunu düşünüyoruz.

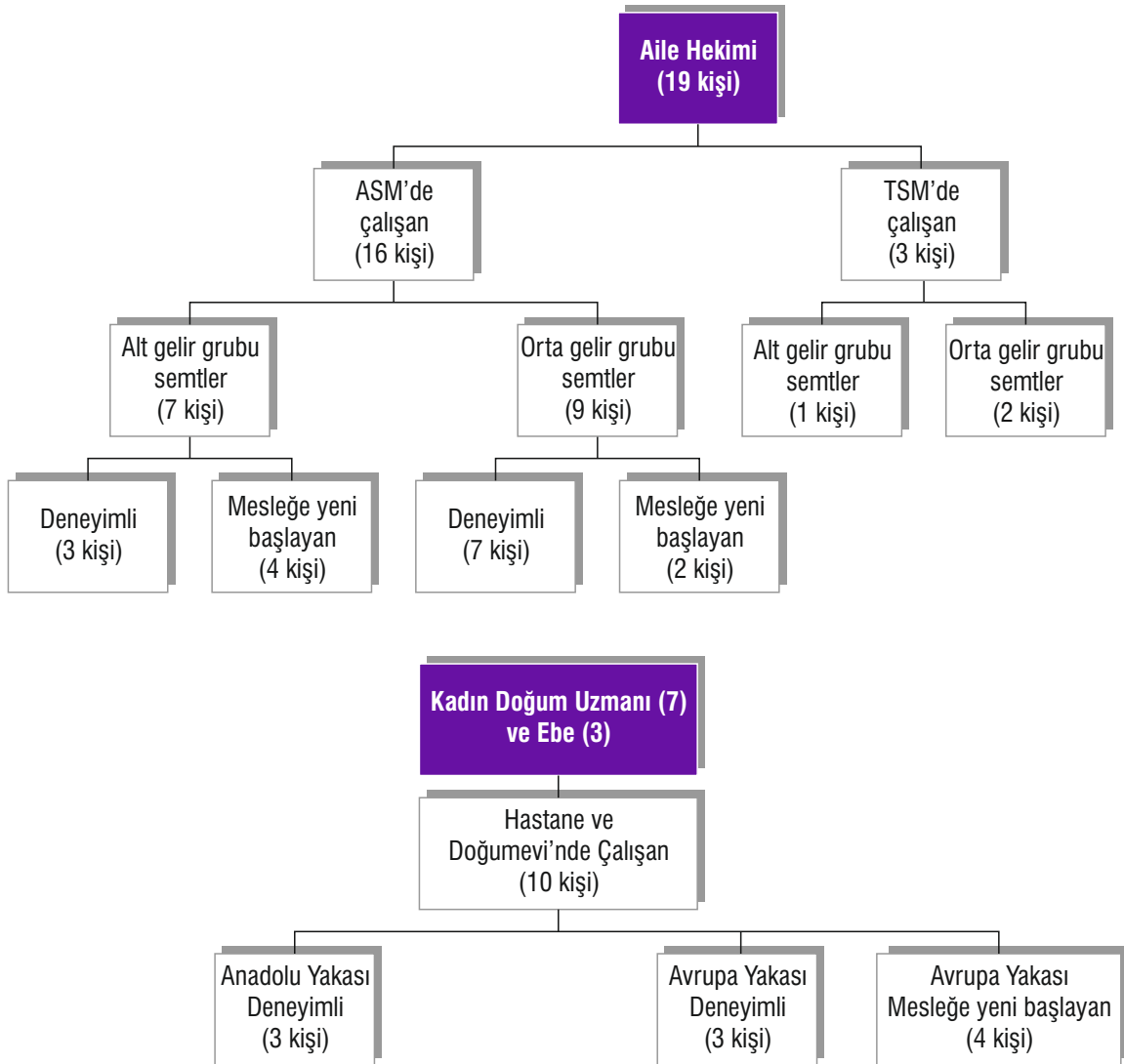
Sağlık hizmet sunucularına ulaşmada kartopu yöntemi kullanılmış olup bu kişilerle bağlantı kurma aşamasında danıştığımız meslek odaları ve dernekler, görüştüğümüz diğer hekimler ve kişisel bağlantılar etkili olmuştur.

³ Üçüncü basamakta eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastaneleri bulunmaktadır. Bu nedenle araştırmanın başında bu grup görüşmelerin yapılacağı kurumların dışında bırakılmıştır. Ancak saha çalışması sırasında İstanbul'daki neredeyse bütün devlet hastanelerinin eğitim ve araştırma hastanesi olduğu gözlenmiş ve bu nedenle üniversite hastaneleri dışında kalan üçüncü basamak kamu hastaneleri de araştırmaya dâhil edilmiştir.

⁴ TNSA 2008 ve 2013 verileri karşılaştırıldığında İstanbul'da 100 gebelikte isteyerek düşük oranının %18'den 6'ya gerilediği görülmektedir.

Sonuç olarak, bu araştırma kapsamında yapılan görüşmeler 19'u aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezinde, 10'u doğumevinde çalışıyor olmak üzere toplam 29 sağlık hizmet sunucusu ve idarecisi ile Ağustos ve Eylül 2016'da yapılmıştır. Aile planlaması hizmetleri için aile hekimlikleri (16) ve toplum sağlığı merkezleri (3); doğum ve kürtaj sonrası verilen aile planlaması hizmetleri ve kürtaj hizmeti için ise doğumevlerinde (10) çalışan hekimlerle görüşülmüştür. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının bulunduğu semtler alt (8) ve orta (11) sosyo-ekonomik profildeki kadınların yaşadığı semtlerden seçilmiştir. İkinci/üçüncü basamakta ise sağlık kuruluşlarının Avrupa (7) ve Anadolu (3) yakalarından seçilmesine dikkat edilmiştir. Görüşmeler mesleki deneyimi olan (16) ve mesleğe yeni başlayan (13) hekimler ile yapılmıştır. Şekil 2'de yukarıda özetlenen kriterler doğrultusunda görüşme yapılan sağlık çalışanlarının dağılımı sunulmaktadır.

Şekil 2. Temel kriterlere göre görüşme yapılan sağlık personeli sayısı



Görüşmeler çoğunlukla sağlık hizmet sunucularının görev yaptığı kurumlarda gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler esnasında yarı yapılandırılmış görüşme yönergesi kullanılmış ve sağlık personelinin izniyle ses kaydı alınmıştır. Uzmanlık alanına ve sağlık kuruluşu türüne göre bazı farklılıklar içeren bu yönergede sağlık çalışanlarıyla konuştuğumuz ana başlıklar: Eğitim hayatı ve mesleki deneyimi, çalıştığı kurumda verilen üreme sağlığı hizmetleri, üreme sağlığı hizmet deneyimi, pratiği ve yaklaşımı bağlamında verdiği hizmetler, gebeliği önleyici yöntemler ve kürtaj hakkında düşünceleri, danışan profili, hizmete talebin durumu ve yasal mevzuat ile ilgili bilgi ve farkındalık olarak sayılabilir. Örnek görüşme yönergesi raporun sonunda görülebilir.

Görüşme yapılan semtler hakkında genel bilgi

Araştırmanın saha çalışması İstanbul'da yürütülürken görüşme yapılacak hekimlerin, özellikle de aile hekimlerinin, çalıştıkları sağlık kuruluşunun İstanbul'un farklı semtlerindeki durumu olabildiğince yansıtmasına özen gösterilmiştir. İstanbul'un çoğu semtinde birbirinden oldukça farklı sosyo-ekonomik seviyedeki gruplar sıklıkla bir arada yaşamaktadır. Bu nedenle semtleri gelir seviyesine göre sınıflandırırken hekimlerin kendi beyanları göz önüne alınmıştır.

Gelir seviyesi daha düşük semtlerde ASM'lerin, temel sağlık hizmetlerine, özellikle de kadınların doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı hizmetine erişiminde hayati bir rolü olduğu gözlenmiştir. Görüşme yaptığımız sağlık hizmeti sunucularının çalıştıkları semtler arasında, Anadolu yakasında Sultanbeyli, Sarıgazi ve Maltepe; Avrupa yakasında ise Sultangazi semtleri veya bazı mahalleleri etnik köken, yoksulluk, göçmenlik gibi faktörler açısından çoklu dezavantajlı grupların toplandığı yerlerdir. Beşiktaş ve Kadıköy gibi orta sosyo-ekonomik profil olarak tanımlayabileceğimiz semtler) ve mahallelerde ise az da olsa kimi dezavantajlı grupların var olduğunu ve özellikle de bu grupların üreme sağlığı konusunda danışmak ve hizmet almak için aile sağlığı merkezlerine başvurduğunu unutmamak gerekir.

Görüşmelerde karşılaşılan zorluklar

Araştırma kapsamında birinci basamakta hizmet veren hekimlere ulaşma aşamasında özellikle mesleğe yeni başlayanlara ulaşmada zorluk yaşandığı söylenebilir. Bu zorluk ilgili meslek derneklerinin desteği sayesinde çözülmüştür. Saha çalışması sırasında karşımıza çıkan bir diğer zorluk ise araştırmanın yaz döneminde yapılması ile ilgilidir.

Kamu hastanelerinde kadın doğum uzmanları ile yaptığımız görüşmelerde karşılaşılan zorluk ise hekimlerin doğurganlığı düzenlemeye yönelik üreme sağlığı hizmetleri, özellikle de kürtaj hakkında konuşmaya karşı gösterdiği direnç ile ilgilidir. Görüşmeler sırasındaki gözlemlerimize dayanarak bu direncin hekimlerin yasal olmayan gerekçelerle kurumlarında sunulmayan bir hizmet konusunda kişisel düşüncelerini paylaşmayı riskli bulmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

4

**İSTANBUL'DA
AİLE PLANLAMASI VE KÜRTAJ**

Bu çalışmanın bulguları değerlendirilirken aile planlaması ve isteyerek düşük hizmeti sunumu üreme sağlığı ve üreme hakları perspektifinden bir bütün olarak ele alınmıştır. Bu kapsamda, farklı sağlık kuruluşlarına, doğurganlık çağının farklı dönemlerinde () ve doğurganlık tarihçelerinin farklı aşamalarında, evlilik ve cinsel ilişki öncesinde, çocuk sahibi olmak istediklerinde, doğurganlıklarını ertelemek, durdurmak veya gebeliklerini sonlandırmak istediklerinde, gebelikte, doğum ya da düşük sonrasında başvuran farklı yaşlardaki kadınlara sunulan hizmetler değerlendirilmiştir. Evlilik raporu verilmesi sırasında erkeklerle yapılan görüşme ve tetkiklerin dışında aile planlaması hizmet sunumunda erkeklere yönelik hiçbir özel hizmet yoktur. Bu nedenle de çalışmamız üreme çağındaki kadınlara sunulan hizmetlerin hizmet sunucular gözüyle değerlendirilmesini yansıtmaktadır.

Çok genel bir değerlendirme yapıldığında, aile planlaması hizmetleri birinci basamak sağlık kuruluşlarının; isteyerek düşük hizmeti ile RİA veya cerrahi yöntemler gibi belli başlı aile planlaması hizmetleri ise ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının görev alanı içerisinde. Ancak hizmet ihtiyacı içerisindeki kadın istenmeyen bir gebeliği sonlandırmak için aile hekimine danışabileceği gibi, özellikle doğum sonrası ve düşük sonrası durumlarda ikinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının ya da ebe ve hemşirelerin danışmanlığına ve yöntem uygulamalarına ihtiyaç duyabilmektedir. Bu nedenle görüştüğümüz hekim ve ebelere görev yaptıkları sağlık kuruluşunun türüne bakılmaksızın hastaları ve başvuranlarının gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusundaki bilgi ve uygulama ihtiyaçlarını, istenmeyen bir gebelik durumunda başvuran kadınların ihtiyaçlarını karşılama durumlarını ve hizmet ihtiyacının karşılanamadığı durumların gerekçelerini ve sonuçlarını sorulmuştur.

4.1. Sağlık çalışanları gözünden üreme sağlığı kavramı

Bu araştırmanın odağında bulunan, doğurganlığı düzenlemeye yönelik uygulamalar üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçasıdır. Görüşme esnasında bu konuda bir yönlendirme yapmayarak hekimlere kendilerinin ve kurumlarının hangi üreme sağlığı hizmetlerini sunduğunu sorduk. Bu bölümde hekimlerin hangi sağlık hizmetlerini 'üreme sağlığı' kavramı ile ilişkilendirdiklerini anlamaya çalıştık. Genellikle hekimler üreme sağlığı dendiğinde aile planlaması ve gebeliğin istemli sonlandırılmasını bir arada düşünmektedir.

Üreme sağlığı yani çok geniş bir kavram, üreme sağlığı deyince hani sadece aile planlaması falan gibi düşünülüyor ama (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt, meslekte deneyimi olan bir hekim)

Görüştüğümüz hekimler arasında gebelik sonlandırmanın üreme sağlığı alanına dâhil olup olmadığından emin olmayan bir grup bulunmaktadır. Öte yandan hastanelerde görüşme yaptığımız mesleğe yeni başlamış kadın doğum uzmanları arasında üreme sağlığı dendiği zaman aklına ilk önce IVF (in vitro fertilization) gibi üremeye yardımcı tedavi yöntemleri

ve infertilite gelen hekimlerin varlığı da dikkat çekmektedir. Bu durum bize genç ve sağlık kuruluşlarında son yıllarda çalışmaya başlamış hekimler için üreme sağlığı alanındaki öncelikli hizmetlerin değiştiğini düşündürmekte ve bu değişimin tıp eğitiminin bir yansıması olarak ortaya çıktığını göstermektedir. Örneğin halen Avrupa yakasındaki bir eğitim hastanesinde çalışmakta olan mesleğe yeni başlamış bir hekim, görüşmemizde 'tıp fakültesinde üreme sağlığıyla ilgili nasıl dersler vardı?' şeklindeki sorumuzu aşağıdaki ifadesi ile açıklamıştır:

O sırada normal rotasyon gereği yaptığımız infertilite rotasyonlarımız vardı. Daha [hastanenin adı] IVF gelmemişti. (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Bu sadece hekimlerin kişisel ilgi alanlarıyla değil genel olarak üreme sağlığı alanında bu yöntemlere son yıllarda yapılan vurgunun artmasıyla açıklanabilir. Görüştüğümüz deneyimli bir aile hekimi (kadın, orta gelir seviyesinde bir semt) infertilite tedavisine talepteki artıştan bahsetmiş, kendi sorumluluk alanında yaşayan genç çiftlerin vakit kaybetmeden çocuk sahibi olmak için günümüzde sıklıkla bu yönetime başvurduğunu belirtmiştir. Tecrübeli hekimler arasında üreme sağlığı ile akla gelenin değişmekte olduğu vurgusunu yapanlar da vardır:

Bir de şöyle bir durum var; şimdi üreme sağlığı, kontraseptif uygulamalar, bunlar ayrı bir şey ya da böyle bizim ülkemizde, böyleydi evveliyatı, hani sonrasında ne olur veya neye planlanıyor ileriye dönük bilmiyorum ama bizde infertilite hekimliği diye bir şey var, o bile bir fellowship'e ya da yan dala bağlanmış değil. İşte ayrıca tüp bebek için bir sertifikasyon programı var, üreme sağlığı denildiği vakit bir tek o. Onun dışında genel anlamda kadın doğumcular işte genel bir fikre sahip olmalılar, sahiptirler, odur yani. (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Karşılaştığımız bir başka dikkat çekici bulgu ise bazı sağlık çalışanlarının üreme sağlığı hizmeti denildiğinde ilk olarak kürtajın ya da sterilizasyonun akla gelmesinden duyduğu kaygıdır. Bu vurgu son yıllarda devlet yöneticilerinin söylemlerinin üreme sağlığı alanını yıpratmış düşüncesi ile konunun önemini ortaya koyma çabasından kaynaklanabilir. Bu kapsamda görüştüğümüz bir ebenin aşağıdaki sözleri sağlık çalışanlarının üreme sağlığının alanını "kabul edilebilir" gösterme çabaları açısından önemlidir.

Şimdi aile planlamasını sadece kısırlaştırma olarak görmeleri bizi çok üzüyor. Yani AP'deki amacımız kişilere yardımcı olmak, asla onları yönlendirmek ya da istediğimiz yöntemi uygulamak değil. Yani buradaki amacımız kişilere diledikleri zaman çocuk sahibi olabilmeleri, bakabildikleri kadarıyla, belirli mesafelerle, sağlıklı nesiller yetiştirebilmeleri için aslında amacımız....Yani

AP sadece kürtaj olarak değerlendirmem gerekiyor çünkü bunun yanı sıra yöntemler hakkında bilgi veriyoruz, evlilik öncesi danışmanlık veriyoruz, belirli kişilerin ne zaman nasıl gebe kalabileceklerini, hangi yöntemle nasıl korunabileceklerini sağlıklı bir şekilde, onlarda yardımcı olmaya çalışıyoruz. (Kadın, ebe, hastane)

4.2. Doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin hizmetler

Bu bölümde birinci ve ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında verilen doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin hizmetler, bu hizmetlerin nelerden etkilendiği ve hizmet sunumu sırasında karşılaşılan sorunlar ve engeller ile hizmetlere olan talep anlatılmaktadır. Bu nedenle daha önceki bölümlerde bahsedilen birkaç noktaya burada tekrar değinmekte fayda vardır.

Gebeliği önleyici yöntemler konusunda danışmanlık ve yöntemlerin uygulaması birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kurumlarının görev tanımları arasındadır. Birinci basamaktaki hizmet sunumunu ağırlıklı olarak aile hekimlikleri oluşturmaktadır. İkinci basamakta gebeliği önleyici yöntem kullanımı konusu genellikle doğum, gebeliğin isteyerek ya da kendiliğinden sonlandırılması ve doğum sonrası kontrollerde gündeme gelmektedir.

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ise ilgili yönetmeliğe bağlı olarak kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından bir sağlık kuruluşunda ya da kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetimi altında pratisyen hekim tarafından yapılabilmektedir. Eski yıllarda AÇSAP bünyesinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları da istihdam edildiğinden birinci basamakta isteyerek düşük yapılması mümkün iken sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği sistemi ile birlikte, aile hekimliklerinde bu uzmanlar çalıştırılmadığından birinci basamakta kürtaj hizmeti sunmak/almak pratik olarak mümkün değildir. Araştırma kapsamında yaptığımız görüşmeler de kürtajın birinci basamakta çalışan hekimlerin hizmet gündeminde olmadığını göstermiştir. İkinci/üçüncü basamakta ise kürtaj yapılan ve yapılmayan hastanelerde çalışan hekimlerin farklı düşüncelerini ve pratiklerini öğrenme fırsatı bulduk.

Bu bölümde doğurganlığın kontrolüne dair hizmetlerin ne şekilde sunulduğunu ve bu sırada ortaya çıkan sorunları gebeliği önleyici yöntemler ve isteyerek düşük hizmeti için iki ayrı alt başlık halinde değerlendiriyoruz. Hizmet sunumunda ortaya çıkan sorunların sağlık kurumlarının mekânı, sağlık hizmeti sunan hekim sayısı ve niteliği ve malzeme ile ilişkisini ise doğurganlığın kontrolünün geneli için tartışacağız. Hizmetlere olan talebi de yine bütünlüklü olarak değerlendirip hizmet talebinin hizmet sunumu ile ilgisine dikkat çekeceğiz.

4.2.1. Sağlık kuruluşlarında hizmet sunumuyla ilgili genel bilgi

Gebeliği önleyici hizmet sunumu açısından en dikkat çekici durum, bu hizmetlerin belirli bir standartta sunulmadığı, hizmetlerin sağlık çalışanlarının inisiyatifine bağlı hale geldiği ve başta aile hekiminin konuya ilgisi ve bilgi düzeyine göre belirlendiğidir.

Kadınların belirli bir hizmet talebi ile başvurması durumunda olanaklar el verdiğince bir hizmet sunulsa da AP talebi oluşturmaya yönelik bir hizmet anlayışı azalmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı öncesinde AÇSAP'larda aile planlaması danışmanlığı yapmış olan hekimler, özellikle aile hekimleri, aile planlaması konusunun günümüzde politika üreticiler tarafından arka plana atıldığına görüşmeler esnasında altını çizmiştir.

İlgili meslek örgütlerinden birinde daha önce yöneticilik yapmış, deneyimli bir aile hekimi (kadın, orta gelir seviyesinde bir semt) aile planlaması hizmetleri dâhil tüm sağlık hizmetlerinin yapısal bir düzen içinde değil sağlık personelinin bireysel girişimleri doğrultusunda verildiğini söylemiş, sağlık personelinde 'ilgi ve bilgi' olduğu sürece bu konunun üstüne gidildiğini belirtmiştir. Saha çalışması sırasında yaptığımız görüşmelerde bu ilgi ve bilginin ortadan kalkması halinde, örneğin RİA takan bir ebenin emekli olması durumunda, hizmetin kesintiye uğradığını gördük. Başka bir deyişle, hizmet sunumunun devamında sağlık kurumunun politikasından ziyade çalışan sağlık personelinin kişisel ilgisi ve bilgisi belirleyici olmaktadır. Birinci basamakta üreme sağlığı hizmetlerinin hekimlerin inisiyatifine kalmasını bir aile hekimi aşağıdaki gibi anlatmıştır:

...bugün birinci basamakta hekim arkadaşlarımızın önemli bir kısmı diyeyim, yani sadece günlük işleri yapıp verilen işleri tamamlayıp işte ceza almayayım ya da maaşım düşmesin diye onları yerine getirmeyi hizmeti yerine getirmek olarak algılar oldu, beklenti de öyle olduğu için diğer yönlerine girmiyorlar. Yani sosyal hekimlik, toplumsal hekimlik, işte üreme sağlığı alanında eğitim türü şeyler biraz geride kaldı, kronik hastalık takipleri, özellikle diyabet, hipertansiyon ağır bastı. Eğitim [danışmanlık verme] yönü zaten hepten geride kaldı, yani bu tür koruyucu hekimlik uygulamaları sahada artık uygulanmıyor diyebiliriz, kişiye özel artık, canı isterse, [hizmet sunucunun] o günkü psikolojisine göre, devamlılığı olmayan bir hizmet halini aldı. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Elbette ki yukarıda bahsedilen kişisel tercih, durum ve sıkışıklığın hizmet sunumu üzerinde bir etkisi olmakta, dolayısıyla sistemin hekimlerin çalışma alanlarını nasıl ve nerede tıkadığını da düşünmemiz gerekmektedir. Çünkü mevcut sistemde hekimlerden yapabileceklerinin ötesinde bir şeyler beklemek onlara haksızlık olur. Aile planlaması konusu devlet politikası nezdinde önemli olduğu dönemlerde, devlet politika geliştirerek bu konuya sahip çıktığı dönemde bile aile planlaması alanında sunulan hizmeti kurumsallaştırmayı başaramamıştır. Dolayısıyla, hizmet sunmaya devam eden hekim, ebe

ve hemşirelerin bu işi sürdürmüş veya sürdürüyor olmaları buna gönüllü olmalarındandır. Deneyimli hekimlerin, özellikle de eğitimcilerin (örneğin Anadolu yakasındaki bir hastanede çalışan deneyimli bir aile hekimi uzmanı - kadın), vurguladığı gibi Türkiye'de aile planlaması hizmetlerini sunmak 'bir gönül işi'dir. Bu da devlet garantisinde ve kamulaşmış olması gereken bir işin ne gibi bir özveri gerektirdiğine işaret etmektedir.

Birinci basamakta tanım dışında yaptığımız çok iş var bizim burada. Yani şey bittiği için, eski sağlık ocağında bir bürokrat olan bir hükümet tabibi denilen bir şey vardı, onun yaptığı bir sürü bürokratik iş vardı. Aile hekimliğine geçince o hükümet tabibi denilen kavram bitti ama bürokratik işler duruyor, onlar bize hala duruyor yani, pek çok iş yapıyoruz biz, evlilik raporu veriyoruz, bilmem ne şu bu gibi. Ya da işte hastanın kullandığı ilaçları alabilmesi için bizim reçetelerimiz gerekiyor, yani klinik olmayan rutin, bürokrasi işi çok vaktimizi alıyor, onları kendi alanımızdan çıkartmaya çalışıyoruz. İşte bizim en büyük şu anki, son bir iki yıldır, üç yıla yakındır işte, en büyük mücadelemiz, bize Cumartesi günleri fazla mesai, hafta içi de başladı ve Cumartesi. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Görüldüğü gibi aile hekimlerinin üzerine pek çok ilave görev yüklenmiş olup, tüm bu işlerin ve bazı hakları için mücadele etmenin arasında performans değerlendirmesine girmeyen üreme sağlığı hizmetini vermek için birinci basamaktaki hekimlerin motivasyon ve zaman bulmaları zor gözükmemektedir. Negatif performans ve beraberinde gelen maaş kesintileri, gebe ve çocuk izlem hizmetini olumlu yönde ve zorunlu olarak etkiliyor olsa da, aile planlaması gibi bu değerlendirmenin dışında bırakılmış hizmetler vardır. Sonuç olarak, aile planlaması hizmeti ikincil plana düş(ürül)müşken aile hekimlerinin bu hizmeti etkili bir şekilde vermesini beklemek pek gerçekçi görünmemektedir. Dolayısıyla, bu etkili hizmete olan talep zaman içinde çeşitli nedenlerle söndürülmektedir.

Mevcut durumda, aile planlaması konusunda bilgi almak isteyen, kendisi doğrudan bu konuda sağlık merkezine başvuran kadınlar hekim ya da ebe ve hemşirelerden bilgi alabilmekteler. Aşağıdaki örnekteki gibi doğum sonrası bilgi alan kadınlar bu kapsamda değerlendirilebilir.

Şu dönemde aile planlaması, üreme sağlığı eğitimleri gebe okulunun içinde bir ders olarak var diye biliyorum (...) Bir de aile danışmanlığı hemşiremiz var, o lohusalara anlatıyor diye biliyorum. Lohusa servisine de böyle kısmi anlatılıyor, hani ne kadar anlatılabilirse, çok ayrıntılı değil tabii ki. (Kadın, ebe, hastane)

Doğrudan yöntem kullanımı konusunda bilgi almak amaçlı olmayıp aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimlerine evlilik için sağlık raporu almaya gelenlere de aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti verilebilmektedir.

Bir kere evlilik için, evlilik öncesinde sağlık raporu almak için gelen herkese bir danışmanlık hizmeti veriyoruz, yani diyoruz ki evleneceksiniz, evlendikten sonra bir cinsel hayatınız olacak ve mutlak bir çocuk sahibi olmak isteyeceksiniz. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Ancak bu durumda hekimin konuya ilgisinin verdiği hizmetin kalitesi üzerinde belirleyici olduğunu belirtmek gerekmektedir.

Belli bir yöntem kullanmak isteyen kadınlar ilgili yönteme ulaşmak konusunda genellikle ciddi problemlerle karşılaşmamaktadırlar. Fakat kadınların farklı sebeplerle aile hekimleri veya kadın doğum uzmanlarını ziyaret etmeleri halinde kendilerine aile planlaması yöntem danışmanlığı hizmeti sunulmamaktadır.

Kadınların bilgi alabildikleri ya da kullanmak istedikleri yöntem konusunda bilgi sahibi olarak sağlık kuruluşlarına başvurdukları durumlarda, ilgili sağlık kuruluşunda bu yöntemin sağlanmaması hallerinde hizmetle ilgili açık meydana çıkmaktadır. Örneğin RİA taktırmak isteyen bir kadın, aile hekimliğinde aile planlaması birimi ve/veya uygun mekân olmadığı için bu işlemi yaptıramamakta ya da, aşağıdaki örnekte olduğu gibi, ikinci basamakta doğum yapmış bir kadın, RİA için birinci basamağa yönlendirilebilmektedir. Bu tip durumlar kadınların hizmete erişimini geciktirme ya da hizmete hiç erişememe risklerini ortaya çıkarmaktadır.

Biz [RİA'yı] alsak burada uygulanabilir mi, ben bir de oraya gitmesem [diyorlar]; hani bu maliyetin gereksiz olduğunu, bu hizmetin [başka yerlerde] ücretsiz verildiğini, boş yere ödememesi gerektiğini söylüyoruz. (Kadın, ebe, hastane)

Hekimlerin dile getirdiği bir başka hizmet ihtiyacı da acil kontrasepsiyondur. Aile sağlığı merkezlerinde, hizmetin sunulduğu durumlarda, acil kontrasepsiyon olarak belirli dozlarda alınması söylenerek oral kontraseptifler verilebilmekte; gebeliğin devam etmesini istemeyen kadına bir acil kontrasepsiyon yöntemi olarak RİA takılabilmekte ya da taktırması tavsiye edilebilmektedir.

İşte dün öyle bir şey oldu, hemen bakırlı RİA taktırıyorum onlara, o da bir [acil] yöntem. (Kadın, kadın ve doğum uzmanı, hastane)

Ancak hekimler arasında acil kontrasepsiyon olarak RİA uygulanabileceğini bilmeyenler de bulunmaktadır.

Hiç duymadım, yani bilimsel gibi de gelmiyor bana... Ama olabilir de, bilimsel olabilir doğru, şimdi düşününce. Çünkü rahim içine oluşmuş zigotun yerleşmesini engelleyen bir yöntem olduğuna göre acil yöntem olarak uygulanabilir. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Bunun dışında, eczanelerde acil kontrasepsiyon satılıyor olsa da maliyeti nedeniyle herkesin erişebileceği bir yöntem değildir. Üstelik RİA takmanın mümkün olmadığı aile sağlığı merkezleri de mevcuttur. .

Bazen RİA için sorabiliyorlar, RİA'yı da burada taktıramıyorlar ya da işte adet görmemiş birkaç gün, beta hcg bakıyoruz, sonra RİA taktırmasını öneriyoruz filan, o şekilde bilgi veriyoruz. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Hizmet sunumunda değişim

Görüşmelerimiz sırasında, sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği sistemi ile birlikte AP hizmet sunumunda gözlemledikleri değişimi öğrenmeye çalıştık. Bu bağlamda, hekimler ve ebeler arasında aile planlaması hizmet sunumunda ciddi bir değişim olmadığını düşünenler vardır. Bu sağlık çalışanları hizmet sunulan kişi sayısının azaldığı görüşünde olsalar da bu değişimi aşağıdaki örnekte olduğu gibi hizmet sunumu ile değil hizmet talebinin değişimi ile ilişkilendirebilmektedir:

Bizim inşaat sebebiyle kapandığını bildiğim için ben, hizmet sunumumuz zorunlu değişti bizim. (...) yaklaşık birkaç km ilerimizdeki bir hastanede devam ediyor bütün yöntemler uygulanmaya. (...) hatta eskisinden daha kolay ulaşılabilirliğini düşünüyorum, (...) mesela çok eskiden hani RİA'nın bittiğini, yeni alınma filan şimdi hiç öyle dönemler yok. Ama merkez sayıları azaltıldı çünkü başvuranlar çok azaldı. (Kadın, ebe, hastane)

Sağlık çalışanları önemli bir değişim gözlemlemediklerini belirtse de sağlık kuruluşunun yenilenmesi, ekiplerinde sertifika sahibi personel olmaması, çalıştıkları sağlık kuruluşunda başta RİA uygulaması olmak üzere işlem yapmak için uygun ayrı oda ve yatak olmaması gibi nedenlerle hizmetin kalıcı ya da geçici olarak kesintiye uğradığından bahsetmişlerdir. Biri Anadolu diğeri Avrupa yakasında olmak üzere iki ayrı hastanede görüştüğümüz biri ebe diğeri kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bir hekim hizmetler sürse de aksama olduğunu belirtmiştir:

Tüp ligasyonu uygulanabiliyor, isteğe bağlı. (...) ben çok böyle fatura işini bilmem, en son SGK kapsamı dışındaydı, onu biliyorum. (...) jinekoloji ekibi ve ameliyathane [var]. Ha ne oldu; ameliyathanemiz küçüldüğü için acil vakalar oldukça belki ötelendi ama yapıldı. (Kadın, ebe, hastane)

Birinci basamakta görüştüğümüz bir aile hekimi uzmanı ise sistemin ve kurumsal yapının değişiminde yaşanan belirsizliğin ve uygun fiziksel koşulların oluşturulmamış olmasının önemine şu şekilde dikkat çekmiştir:

[AÇSAP'lar kapanacak gibi bir söylem] hep var, şimdi mesela dediler ki Halk Sağlığı Merkezi olacak, Halk Sağlığı Merkezi'nin içinde bir odaya alacağız sizi, orası üreme sağlığı, adı AÇSAP ya da aile planlaması merkezi olmayacak adı üreme sağlığı danışmanlık odası olacak. Tamam olsun arkadaşım, adının ne olduğu önemli değil, biz bu işi orada yapacaksak yapalım ama bir odanın içinde hem danışmanlık verip hem bu hizmet verilmez! Orada bir sıkıntı var yani. Bizim ayrı bir mahrem danışmanlık odamız olmak zorunda en az, ayrı bir de uygulama odamız da olmak zorunda en az, benim ultrasonum var, ultrason baktığım bir odam olmak zorunda en az. Yani benim en kötü ihtimalle, dinlenme odasını vs bir kenara bıraktığımda, en kötü ihtimalle 3 tane odaya ihtiyacım var işleyişin aynı anda sürebilmesi için, gibi. (Kadın, aile hekimi uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt, mesleki deneyimi olan)

Hizmet sunumunun niteliği

Her ne kadar hekimlere şu an için çok yansımamış olsa da gözlemlerimiz aile planlaması eğitiminin ve buna bağlı olarak hizmet sunumunun kalitesinde bir düşüş olduğu yönündedir. Aile planlaması birinci basamakta verilen hizmetlerin olmazsa olmaz bir parçası olmaktan çıkmış ve sağlık merkezleri arasında sağlık personeline bağlı farklılaşma çok belirgin hale gelmiş durumdadır.

Hakikaten çok eksik olduğumuzu biliyorum yani. Her şeyi çok iyi yaptığımız, bizim aile sağlığı merkezinde bile, aile planlaması en son maddelerden birinde. Bebeğin ne yediğini ne giydiğini anlatıyoruz, bir gebenin işte tansiyonunu konuşuyoruz, başka bir şeyini konuşuyoruz ama aile planlamasını neredeyse en sona bırakıyoruz, biz bile! Onun için hakikaten bu hizmet sunucularında çok büyük bir sıkıntı. (Kadın, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt, mesleki deneyimi olan)

Bu noktada hekimler konunun kendi tartışma gündemlerini pek meşgul etmediğini düşünmektedirler:

Ama aktif bir üreme sağlığı şeyimiz pek yok, politikamız da gündemimizde yok, başka arkadaşların nasıldır bilmiyorum. Çok farklı olduğunu da sanmıyorum. (...) diğer doktorlarla hastalık konuşurken üreme sağlığı ile ilgili bir sorunu çok konuşmuyoruz. Tansiyonu şöyle, aşırı yapamadık, genel konuştuğumuz gündem başlıklarımız, işte belli gruplarımız falan filan var, facebook var, ıvır zıvır hekim grupları var, oralarda konuşulan konular genelde nadiren üreme sağlığı ile ilgili oluyor. Öyle olunca da herkes benim gibidir diye genellemede bulunabilirim, gibi geliyor. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Hatta kadınlar için zorunlu bir hizmetten ziyade hekimler için kâğıt üzerinde tamamlanması gereken bir adıma ve bu sayede aile hekimlikleri için bir ilerleme göstergesine dönüşmüş durumdadır. Örneğin aile sağlığı merkezinin sınıfını yükseltmek için RİA sertifikası alan bir hekim bu yöntemi uygulama konusunda kendine güvenmediğinden şöyle bahsetmektedir:

Bizde de kimsede RİA sertifikası yok, (...) baktım hiç kimse istemiyor, hemşireler istemiyor, doktorlar istemiyor ama (...) buradaki insanların sınıf atlaması için sertifika lazım, dedim ben gidiyorum. (...) Yok ben [RİA] takmıyorum, buranın koşullarını uygun bulmuyorum. Ben 12 günlük kursla da RİA takılmasını doğru da bulmuyorum açıkçası (Kadın, aile hekimi - aile hekimi olmadan önce acil serviste çalışmış, orta gelir seviyesinde bir semt, meslekte yeni)

Özellikle AÇSAP döneminde faal olarak aile planlaması alanında çalışmış hekimler bahsettiğimiz değişimi daha belirgin olarak görmektedirler. AÇSAP'ta çalışan ve uzun yıllardır üreme sağlığı ve aile planlaması eğitimleri veren aile hekimi uzmanı eğitimlerin kalitesi konusundaki değişimi şu şekilde ifade etmiştir:

İstedığımız kalitede eğitim veremiyoruz çünkü hem eğitim yaptığımız alanlar hem eğitime bakış açısı çok değişti. (...) Eskiden toplantılar olurdu ve biz o toplantılarda eğitimle ilgili olsun buradaki çalışma koşullarımız veya yaptığımız işle ilgili olsun ya da bize verilen görevlerle ilgili olsun fikir beyan edebilirdik. Bizim görüşlerimiz alınırdu. (...) Şimdi öyle bir şey yok, şimdi üstte bir planlama var ve o üstteki planlamayı alta dayatma var, alta dayatırken de ara kademelere karşı ciddi bir baskı var. (Kadın, aile hekimi uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt, mesleki deneyimi olan)

Sağlık personelinin yöntemlerle ilgili kişisel düşünceleri

Daha önce belirttiğimiz gibi AP hizmetleri sistematik uygulamalardan ziyade sağlık çalışanlarının inisiyatifi ile yürüdüğünden, hekimlerin dünya görüşleri ve AP hizmetleri hakkındaki kişisel yaklaşımları hizmet sunumlarını belirleyebilmektedir. Görüşmelerimizin de gösterdiği gibi yöntemlerle ilgili kişisel düşünceler, yaklaşımlar ve aynı zamanda bilgi birikimi aile planlaması hizmetini önemli ölçüde etkileyen bir etkidir. Örneğin, cerrahi yöntemler denince akla genellikle sadece kadının tüplerinin bağlanması gelmekte, görüştüğümüz pek çok aile hekimi, aşağıdaki örnekteki gibi, vazektomiden bir yöntem olarak danışanlarına bahsetmemektedir:

Gerçekten [vazektomiyi] söylemiyoruz bile, yani eşin de bir cerrahi müdahaleyle korunabilir demiyoruz bile. (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Bu noktada sadece bu hekim özelinde ya da sadece cerrahi yöntemlerle ilgili değil, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerinin genel olarak sadece kadınları hedef aldığı ve erkekleri büyük ölçüde sürecin dışında bıraktığının altını çizmek gerekmektedir.

Hekimlerin kişisel görüşleri yasaları ve yönetmelikleri farklı şekilde yorumlamalarına bile yol açmaktadır. Örneğin bir aile hekimi (erkek, orta gelir seviyesinde bir mahalle) evli olmayan kişilere gebeliği önleyici yöntemler konusunda hizmet vermenin yönetmeliklere aykırı olduğunu anlatmıştır. Hekimin yorumuna göre üreme sağlığıyla ilgili tüm yönetmelikler tek eşlilik ve evlilik durumunda hizmeti işaret etmektedir. Oysa tam aksine, gençlere hizmet verdiğini ya da gençlerin hizmet ihtiyacının önemli olduğunu vurgulayan hekimler de olmuştur.

Bir başka tartışılmalı konu ise tüplerin bağlanması yöntemi olmuştur. Hekimler son yıllarda tekrar çocuk sahibi olma istemiyle tüplerini açtırmak için başvuran kadınlar olduğunu söylemiş; bazı hekimler bu nedenle belli bir yaşın (genellikle 30 yaş) altındaki kadınlara bu yöntemi uygulamaya sıcak bakmadıklarını dile getirmişlerdir. Örneğin, Avrupa yakasında üreme sağlığı hizmetlerini kapsamlı bir şekilde sunmaya devam eden bir hastanede görüştüğümüz uzman hekim (erkek, kadın doğum uzmanı), 'daha fazla çocuk istemiyorum' diyerek tüplerini bağlatmak isteyen 26 yaşında bir kadının bu talebini karşılama konusunda istekli davranmadıklarını aktarmıştır.

Öte yandan bir aile hekiminin, kadın doğum uzmanlarının neden genç yaşta tüplerin bağlanmasına sıcak bakmadıklarıyla ilgili gözlemi işin diğer boyutunu görmemize olanak tanımaktadır: hekimler üreme sağlığı konusunda hizmet sunarken malpraktis davalarıyla karşılaşmaktan çekindikleri için hizmeti vermekten imtina edebilmekte ya da kendilerini korumak için yasalarla belirlenmemiş bazı koşullar getirebilmektedirler.

Ayrıntılı bir şekilde anlatmasına rağmen ileride, özellikle genç yaşta birinin tüplerini bağlarsa ileride daha ciddi sıkıntılar, tazminat falan filan, durumu doğabileceğini düşünerek biraz daha frenliyorlar kendilerini. Gözlemlerim öyle yani. (Erkek, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Tüplerin bağlanması yönteminin son döneme ait yöntem kullanımı yüzdeleri içerisinde kondom ile birlikte artan bir paya sahip olması sezaryen doğumların yaygınlığı ile de ilgili bir durumdur. Ancak sezaryen doğumlarda da ikinci ya da üçüncü doğumdan sonra tüp ligasyonunun tercih edildiği hem göstergelerde hem de araştırma için yaptığımız görüşmelerde ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin yaklaşımını özetlemesi açısından aşağıdaki iki örnek yararlı olabilir.

[Tüp ligasyonu] kendi kararı, isteyebilir, yapılabilir. (...) hani bu kadar yöntem varken invaziv bir girişime gerek var mıdır? (...) Çünkü %100'e yakın koruyan bir sürü yöntem var, birinden biri mutlaka uyuyordur o hastaya araştırılsa,

hani eğitimleri yapılırsa, analizi iyi bir şekilde alınsa. (...) [Tüp ligasyonunun] köprüden önce son çıkış olması gerektiğini düşünüyorum. (Kadın, ebe, hastane)

Sezaryen olup da bundan sonra doğum yapmak istemeyen bir grup oluyor. Mesela 2., 3. sezaryen. Her hastaya diyoruz, tüplerini bağlayalım mı diyoruz. (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Hekimlerin yönlendirme konusundaki tercihleri üzerine düşünmek günümüzün yöntem örüntüsünü anlamakta yararlı olabilir. Örneğin görüştüğümüz hekimlerden biri (kadın, kadın ve doğum uzmanı, Avrupa yakasında bir hastane, meslekte yeni olan) en büyük endişesinin HPV ve buna bağlı kanser olasılığı olduğunu vurgulamış ve bu nedenle de danışanlarına kondom kullanmalarını tavsiye ettiğini belirtmiştir. Son yıllarda kondom kullanımının RİA kullanımını geçtiği başka hekimler tarafından da bize iletilen bir durumdur.

Kadınların yöntemlerin yan etkileri konusundaki kulaktan dolma değerlendirmeleri gibi hekimlerin kendilerinin de bu yan etkiler konusunda farklı, tıbbi olarak ortaklaşılmamış değerlendirmeleri bulunmakta ve bu durum yöntemler konusundaki yönlendirmelerini etkileyebilmektedir. Sürekli makale okuduğunu belirten deneyimli bir aile hekimi, 3 aylık iğnelerin gebe kalmayı engellediğini ancak hekimlerin iş yükünden kurtulmak için yine de bu yöntemi önerdiklerini söylemiştir.

[Yan etkisi] var, 3 yıla kadar gebe kalmayı engellediğine dair, bunun ciddi Amerika'da yapılmış çalışması da var, o yüzden çoğu genç nüfusta önerilmiyor, aynı cerrahi yöntem gibi düşünebilirsiniz ama bizim hekimlerimiz öneriyor. 3 aylık iğne, neden? (...) Çünkü bizim hekimlerimiz hastayı her ay görmek istemiyor, 3 ayda bir gelsin, aman yaptırın da, olmasın da başıma ekşimesin. (Erkek, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Öte yandan uzun etkili iğnelerin daha koruyucu olduğunu düşünen mesleğe yeni başlamış aile hekimleri de vardır:

Bir de aylık iğnelerimiz var, üç aylık yok. Üç aylıklar daha koruyucu oluyor ama onlar yok, aylığımız var. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Bu tür fikir ayrılıklarının yanı sıra, sadece hekimlerin değil, ebeler ve eczacıların da dâhil olduğu sağlık çalışanları birbirlerini yöntemlere karşı ön yargılı olmaları nedeniyle aşağıdaki şekilde eleştirebilmektedir:

Hala kıramadığımız kalıplar olduğunu görüyorum toplum olarak da. Mesela çok sağlık personeli arkadaşlar da var, çok genç hastaların OKS almasına hala ön yargılar var. (Kadın, ebe, hastane)

Gözlemlediğimiz önemli noktalardan biri de hekimlerin özellikle acil kontraseptifler konusunda bilgi eksikliği olduğu ve görüşmelerimizin bu hekimleri düşünmeye ittiğidir. Hekimlerin kendileri de bu konuda bilgi edinmeleri gerektiğini açıkça dile getirmiştir.

Ama [acil kontrasepsiyona] ihtiyaç var mutlaka ve hatta böyle bir şeyin olduğu bilgisine de ihtiyacı var kişinin. Şimdi siz söyleyince bu konuda biraz eksik olduğumu da anladım, yani bunu da aktarmak lazım insanlara evli olup olmadığını bilmeksizin, yani evli olsa da olmasa da. Yani kendi özel hayatını bilmeye gerek olmaksızın böyle bir şeyin var olduğunu bence bilmesi lazım hastanın, bence çok da önemli. Yani istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından önemli, eğer başvuru olursa tabii ki. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Buna ek olarak, yöntemlerin kendisiyle değil ama dağıtımıyla ilgili fikir beyan eden bir hekim, çalıştığı hastanede kondom ve oral kontraseptifin ücretsiz olarak verilmemesini olumlu bir durum olarak değerlendirmiş ve bu görüşünü hizmet alanların yöntemleri doğru kullanamayacakları yönündeki yargısına dayandırmıştır:

Bence [kondom ve oral kontraseptifin ücretsiz] verilmemesi daha iyi, çok yanlış kullanan çıkar, komplikasyonlar çıkar, sana veririm, sen alırsın, ona verir o kullanır, sonra bir embole olur, bir şey olur, allah korusun, yanlış, sıkıntılı şeyler çıkar boşuna. Hap bence biraz tehlikeli. Prezervatifi de bilmiyorum gerçekten, balon yapıp uçurabilirler. (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Hizmet sunumu ve kalitesinin izlenmesi ve denetlenmesi

Verilen hizmet ve hizmetin kalitesi konusunda, görüştüğümüz bazı hekimler aile planlaması hizmetlerinin kendilerine geri bildirimini olmadığından ve hizmetlerin herhangi bir şekilde denetlenmediğinden bahsetmiştir.

AP hizmetlerinde, üreme sağlığı konusunda bizleri denetleyen hiçbir yer yok. (...) Aile planlaması koruyucu hekimlik adına aile hekimliklerinde çok da taranmıyor, yapılıyor mu yapılmıyor mu taranmıyor. (Kadın, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Hekimlerin görüşüne göre, AP hizmetlerinin izlenmemesi hizmet sunum kalitesini olumsuz etkilemekte ve sağlık sistemi üzerinden ileriye dönük strateji belirlemeyi güçleştirmektedir.

Şimdi bizim sistemimizde geri bildirimler çok yok, aile hekimliğinde. Aile hekimliğine geçtiğiniz zaman neyi azalttınız, nede başarılısınız falan takibi yok. (Erkek, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Mevcut durumu değerlendirirken hekimler aynı zamanda hizmet sunumunun nasıl iyileştirilebileceği ile ilgili birtakım önerilerde bulunmuş, bunların içinde randevu sistemine geçilmesi gerektiğinin altını çizen hekimler olmuştur. Günde 80 poliklinik hizmeti veren bir aile hekimi (kadın, orta gelir seviyesinde bir semt), hekimlerin üzerindeki yükün fazla olduğu bu koşullar altında herhangi bir konuda derinlemesine bilgi ve/veya danışmanlık vermenin mümkün olmadığını vurgulayarak 'randevu sistemi olmadan aile planlaması da olmaz' demiştir.

Alt gelir seviyesinden bir gruba hizmet veren başka bir aile hekimi ise ASM'deki hekimler rotasyon yapar ve her hekim haftanın bir günü bir öğleden sonrasını ayırırsa üreme sağlığı hizmetlerinin düzenli bir şekilde ve her kadına verilebileceğinden bahsetmiştir.

4.2.2. Kürtaj hizmeti sunumu

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde AÇSAP temelli hizmet sunumundan aile hekimliği temelli hizmet sunumuna geçişin bir sonucu olarak istenmeyen gebeliklerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında sonlandırılması günümüzde artık mümkün değildir. Bu durum nedeniyle, görüşme yaptığımız aile hekimlerinin çalıştıkları sağlık kuruluşlarının hiçbirinde isteğe bağlı gebelik sonlandırılmamaktadır. Daha önce de bahsedildiği gibi, yasaya göre kürtaj yalnızca kadın hastalıkları ve doğum uzmanı çalıştıran sağlık kuruluşlarında yapılabildiğinden, aile hekimlerinin gebelik sonlandırmaya yönelik bir sertifikası olsa bile birlikte çalıştıkları bir kadın ve doğum uzmanı olmadığından bu işlem birinci basamaktan tamamen kalkmış durumdadır. Bu değişimin önemi görüşme yaptığımız bazı hekimler tarafından da vurgulanmış ve aşağıdaki hekimin aktarımında olduğu gibi, üreme sağlığının aile hekimliğinin merkezinde yer almaması ile ilişkilendirilmiştir.

O zamanlar 1. basamakta daha fazla şey vardı, sağlık ocağı olan yerde üreme sağlığı hizmeti veriliyordu, şeyine kadar yani, MR'larına [kürtaj] kadar (...) Sonradan hepsi geri çekildi ama. (...) O zaman daha şeydi, yani bizim alanımızın içindeydi (...) şimdi daha gündelik pratiğimizin içinde çok fazla yok artık, yeni yeni (...) üreme sağlığı ile alakalı değil de smear taramaları falan başladı (...) ama aile hekimliğinde eskisi kadar üreme sağlığı yok, AÇSAP'lar da azaldı... (Erkek, aile hekimliği uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt)

Özellikle mesleki deneyimi daha uzun olup AÇSAP'ta çalışmış olan hekimler bu karşılaştırmayı daha net yapabilmektedir.

Aile planlaması hizmetlerine benzer şekilde kürtaj için de SGK kapsamında ödeme sisteminin bir dönem bulunmaması hizmetin verilememesine neden olmuştur. Bu süre içerisinde bazı hekimler işlem yapabilmek için sosyal güvenlik sistemine geçerli, yani sistem tarafından ödenen başka bir kod girip isteyerek düşük yerine gebeliğin tıbbi zorunluluk nedeniyle sonlandırıldığını kayda geçerek işlemi gerçekleştirmek zorunda kalmışlardır.

... isteğe bağlı kürtaj yapılmıyor. Yapılabilmesi için hani ücret getirmediği için hastane bunu AP içerisine, biliyorsunuz isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması ücretsiz bir hizmet, yani AP'nin hepsi ücretsiz olmak zorunda, yasada böyle, şimdi öyle olunca bunu yapmak istemiyor. Ne oluyor; [hekimler] tıbbi endikasyon uyduruyorlar (...) ve o şekilde sonlandırıyorlar, o da arkadaşların tamamen vatandaş mağdur olmasın diye ürettiği çözüm aslında, çok şık olmayan ama... (Kadın, aile hekimliği uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt)

Hekimlerin genel olarak doğurganlığı kontrol etmeye yönelik hizmetlerin ve özellikle kürtajın sağlık kuruluşları için gelir getirmeyen hizmetler olmasının bu hizmetlerin ötelenmesine neden olduğu yönünde kaygıları bulunmaktadır.

Doğurganlığı düzenlemeye yönelik tüm işlemlerin son yıllarda geri plana düştüğü görülse de kürtaj hizmeti, gebeliği önleyici yöntem hizmetlerine göre daha çok aksamakta, hekimler de bu konudaki görüşümüzü doğrulamaktadırlar:

Kontrasepsiyon için [taleplerin] karşılandığını düşünüyorum, yani gebe kalmak istemeyen bir grup kadında spiral, RİA takılıyor, bunu devlet ödüyor, yani yapılabilecek nokta budur zaten, onda bir sıkıntı yok. Ha, gebe kalan ve devam ettirmek istemeyen bir hasta grubu olabilir, ona biz kontrasepsiyon demiyoruz tam, yani o kürtaja giriyor, orada ciddi bir sıkıntı var. (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Türkiye'de kürtajı ilgilendiren yasal düzenlemede herhangi bir değişiklik olmasa da bu konuda kulaktan kulağa yayılan ve uygulamalar ile pekişen bir “yasa dışı” olma algısı oluşmuş durumdadır. Özellikle dikkat çekici olan bu algının yalnızca hizmet talebi olan ve hizmet talebi reddedilen kadınlar arasında değil, bizzat hizmet vermekten sorumlu kurumlar ve kurumlarda çalışan sağlık personeli arasında da yaygınlaşmış olmasıdır. Bu durum yasal haklara göre uygulamaların bulunması gereğinin aksine, yasalar hakkında günlük uygulamalara gerekçe oluşturacak bir bilgi kirliliğine neden olmuş durumdadır.

Mevzuatla ilgili değişiklik olmasa da siyasi söylemlerle sanki bir değişiklik varmış gibi bazı algılar yaratıldı. Şu an birçok halkımızdan vatandaşta bu algının yanı sıra, bazı bizim sağlık çalışanları, hatta bazı doktorlarda bile bu algının oluşmuş olduğunu biz fark ettik. Mevzuat değişmemesine rağmen

mevzuatın değiştiğini zannediyorlardı. Çünkü siyasiler böyle konuştuğu zaman, sonuçta siyasi partiler ve hükümet böyle konuştuğu zaman, hükümet yönetmeliği veya mevzuatı çok rahat değiştirir gözüyle değiştirdiğini sanıyorlardı. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Kürtajın yasal olmadığı algısındakine benzer şekilde, yasal sürenin kaç hafta olduğu ile ilgili de bir bilgi kirliliği vardır. Öncelikle yasadaki “onuncu haftanın sonuna kadar” vurgusu “onuncu haftaya kadar” olarak yanlış yorumlanmaktadır. Üstelik hekimlerin bizzat kendileri bile yasal gebelik sonlandırılma süresini yanlış bilebilmekte ve belki de bu durumu gerekçe göstererek bir talebi geri çevirebilmektedir. Özellikle süreyi 8 haftaya indirme konusunda yapılmış tartışmaların bilgi kirliliğine neden olduğu bir ebe ile yaptığımız görüşmede de öne çıkmakta:

8 haftalık yasal süreç ama şu an yapan yer yok bildiğim kadarıyla devlette, kamuda yok. (Kadın, ebe, hastane)

MR yöntemiyle gebelik sonlandırma daha önce AÇSAP'lar ve hastanelerde anestezi yapılabilmekteyken günümüzde bu konuyla ilgili yasal düzenlemede herhangi bir değişiklik olmamasına rağmen anestezinin sürece dahil edilmesi ve dolayısıyla kürtajın yapılabileceği zamanın daralması veya anestezi uzmanının bulunmaması kürtaj yapmamak için bir başka gerekçe olarak gösterilebilir hale gelmiştir:

Birkaç hastamın başına geldi de (...). 6-7 haftada fark ediyor, randevu alıyor, herhangi bir yerden randevu almak için 1 hafta falan en erken alınabiliyor, o zaten 8. hafta olmuş oluyor. Gidiyor hastaneye, hastanelerde zaten çok büyük bir direnç var. Anesteziyle yapılması gerekir deniyor, yani şey değişmedi, ne diyeyim, o uygulamanın kliniği değişmedi ama bir anesteziyle yapmak lazım diye bir bariyer konuyor, 'biz burada anestezi yapamıyoruz'a geliyor o cümlelerin devamı. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Kürtajın halen yapılabildiği bir Avrupa yakası hastanesine başvuran kadınlar önce anestezi uzmanına görünmek durumunda kalmakta ve bu işlemler hem 2-3 günlerini almakta hem de işlem için gidip gelmelerini zorunlu kılmaktadır. Bu da özellikle uzaktan gelen kadınlar için önemli bir bariyer teşkil etmektedir.

Kamuya bağlı hastanelerde kürtaj hizmeti verilir verilmemesi neye bağlı?

Yukarıdaki bulguların da işaret ettiği gibi, günümüzde kürtaj hizmeti çok az sayıda devlet hastanesinde verilmeye devam etmektedir. Uzman hekim ve fiziki koşulları sağlayan sağlık kuruluşlarında kürtajın yapılmıyor olmasının resmi bir gerekçesinin olmadığı hekimlerle yapılan görüşmelerden anlaşılmaktadır. Örneğin bu tip kurumlarda görüştüğümüz hiçbir hekim kürtaj yapmasını engelleyen bir yazılı talimattan söz

etmemiştir. Aynı durum kürtajın 8 haftaya kadar yapıldığı veya sadece tıbbi zorunluluk durumunda yapıldığı hastanelerde çalışan hekimler için de geçerlidir. Hekimler çalıştıkları hastanelerde kürtaj yapılmamasının sebebini daha ziyade yapmak isteyen doktor olmamasıyla veya “bu hastanede yapılmıyor” gibi genel ifadelerle anlatmıştır. Yasal bir hizmet olmasına rağmen kamu hastanelerinin pek çoğunda dayanaksız bir biçimde kürtajın yapılmıyor oluşu hizmet ihtiyacındaki kadınlar kadar sağlık personeli tarafından da pek sorgulanmamakta ve bu hal bir nevi kabul edilmiş durumdadır.

Kamuoyuna yansıyan bazı haberlerde hekimlerin kişisel olarak kürtaj yapmaya karşı olmalarının sağlık kurumlarında bu hizmetin azalmasının gerekçesi olarak gösterildiğini biliyoruz. Ancak yaptığımız görüşmelerde hizmetin sunulmasını belirleyen hekimin kendisinden ziyade hastanenin genel politikası olduğunu ve idarecilerin bu konuda önemli rol oynadığını görmekteyiz.

Hangi hastaneler isteğe bağlı gebelikleri sonlandırmaya devam ediyor ve bu hastaneleri diğerlerinden farklı kılan nedir?' sorularına hekimlerin verdiği en net yanıt şöyle özetlenebilir: "[Hastane ismi] ruhuyla ilgili. Başhekim bu kurumdan; kurumun eğitim, hizmet ve bilim anlayışı gereği" (Erkek, kadın doğum uzmanı).

Aşağıdaki ifadede olduğu gibi kürtaj yapılmayan hastanelerde hekimlerin hiçbirinin hizmeti vermeye yönelik bir ısrarı olmamaktadır.

Doktorun bireysel tercihi de olabiliyor ama hastanede AP'de öyle bir hizmet yok, yani hastane politikası da o. Şahsen ben kendim de yapmam. Arkadaşlarımın çoğu da öyle düşünüyor (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Aynı şekilde, kürtaj yapılan hastanelerde de hekimler çok istekli olmasalar da işlerinin bir parçası olarak bu hizmeti vermeye devam etmekte. Hastane politikası değişse muhakkak kürtaj yapacak doktorların olacağını, hatta Anadolu yakasında görüştüğümüz hekim gibi kendisinin de kürtaj yapacağını belirten hekimler de vardır:

Olabilir, yani hastane politikası etkiliyor olabilir. 'Yap' deseler, şimdi bana deseler ki 'şimdi biz bu hastanede kürtaj yapıyoruz kardeşim, sen de burada çalışmak istiyorsan bunu yapacaksın' deseler, istemeden de olsa, herhalde istifa etmem yani o sebepten. Mecburen yaparım. (Kadın, kadın ve doğum uzmanı)

İsteyerek düşük hizmeti verilmeyen hastanelere başvuran kadınlar için sistemli bir yönlendirme de bulunmamaktadır. Sevk sistemi içinde istenmeyen gebelik durumunda kadınları ilgili bir sağlık kuruluşuna yönlendirmeye dair işleyiş olmadığı için, kadınların nereye başvurmaları gerektiği konusunda alabileceği bilgi sağlık personelinin inisiyatifine

kalmaktadır. Sadece aile hekimleri ve ebeler değil, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları bile kürtajın yapıldığı kurumları bilmeyebilmekte, yanlış bilebilmekte ya da farklı kaygılarla bu konuyla ilgili bilgi vermekten kaçınabilmektedir. Bu koşullar altında kadınlar genellikle başka kadınlardan duydukları bilgilere dayalı olarak hizmetin sunulmaya devam ettiği az sayıda sağlık kuruluşuna ulaşmaya çalışmaktalar.

Avrupa yakasında görüştüğümüz bir kadın doğum uzmanının, hizmet talebi olan kadınları yönlendiren bir mekanizmanın olmadığına dair anlatısına değinebiliriz:

Yani 'bizde yok' diyoruz. Bizde yok deyince zaten hasta kendisine bir B planı yapıyor. Belki devlet kurumlarına başvuruyordur, AP merkezlerine, belki özele, bilmiyorum ama (...) [Talep] oluyor ama öyle bir hizmetimiz yok, medikal bir sebep yoksa, ancak onlar. Başka yere gidebilirler, medikal sebebi varsa o zaman sonlandırılabilir. Bebek ölmüş, annede bir şey var falan filan, o gibi durumlarda.” (Kadın, kadın ve doğum uzmanı, hastane)

Hastanelerde çalışan uzman hekimler kişisel bilgi ve tutumlarına göre kadınları ya doğrudan hizmet veren veya verdiğini düşündüklerini hastanelere ya da bilgi almaları için bir başka kuruma, özellikle de aile sağlığı merkezlerine yönlendirmekteler. Birinci basamaktaki hekimlerin bu konudaki bilgileri de sınırlı olduğundan onlar da danışanlarını hastanelere yönlendirmeyi tercih etmekteler. İstenmeyen gebeliklerin nerede sonlandırılabilceği konusunda sağlık personelinin dikkate değer bir kısmı güncel bilgiye sahip değildir ve sonuç olarak istenmeyen gebeliği olan bir kadının bu gebeliği sonlandırmak için yönlendirmelerle doğru adrese zamanında ulaşması zor görünmektedir.

Önemli bir diğer nokta ise her ne kadar birinci basamak sağlık kuruluşları isteyerek düşük hizmeti vermiyor olsa da istenmeyen gebelikle aile hekimliklerine başvuran kadınların varlığıdır. Görüştüğümüz bir aile hekimi ikinci basamağa yönlendirilen kadınların karşılaştıkları sorunları şu şekilde aktarmıştır:

...hani gönderiyoruz biz, genellikle almama taraftarlar, yani mümkün olduğunca isteğe bağlı almamak istiyorlar yani. Kürtaj yapan hekim sayısı bayağı azaldı, işte gönderiyoruz, dolaşıyorlar ve devlet hastanelerinde bununla ilgili bir defans var, onun için çoğu özele gidiyor, orada gebeliklerini sonlandırıyorlar, onu biliyorum. Devlet hastanesine giden birkaç kişi de işte bu 8 haftayı geçmiş, alamayız falan dedikleri bir hastam geri döndü... (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt, mesleki deneyimi olan)

Örneğin aile planlaması polikliniği hali hazırda kapalı olan doğumevlerinden birinde aile planlaması yöntemleri için hizmetin nereden alınacağı konusunda yönlendirme yapılırken, gebelik sonlandırma için yönlendirme yapıl(ma)mamaktadır. Hizmeti ver(e)meyen bir hekim hizmet verilen bir yeri işaret etmek yerine kadınları bir nevi kendi başlarının

çaresine bakmaya yönlendirmektedir.

Üreme sağlığı konusunda sağlık personeli temelli bilgiyi destekleyen bir anlayışın tam aksine kadınlar istenmeyen gebelik durumunda kulaktan dolma şekilde yollarını bulmak zorunda kalmaktadırlar. Aşağıdaki alıntıda da ifade edildiği gibi sağlık kuruluşlarından alınabilen gerçek bir bilgi yoktur:

Muhtemelen hepimiz sağlık ocaklarına danışın filan diyoruz, çünkü hastaya bir adres vermezseniz ortada kalıyor. Bilmiyorum ne kadar devam ediyorlar, gidiyorlar ama biz böyle diyoruz. (...) Hiç bilmiyorum [yönlendirecek yer], ben böyle şeyleri de birazcık tabii ki geç başlamış olmamın da etkisi mi bilmiyorum ama yani.. Sağlık ocaklarından öğreniyorlar gibi düşünüyorum ben daha çok, onlara diyorum hani devlet diyorsanız sağlık ocaklarına sorun, onlar bilir herhalde ya da kadın aile sağlığı poliklinikleri onlara sorun diyorum. (Kadın, kadın ve doğum uzmanı, hastane, meslekte yeni)

Öte yandan, sistemdeki bu eksiklikten sağlık çalışanları da etkilenmiş: yalnız ve bir nevi çaresiz kalmışlardır. Görüştüğümüz bir ebe, kürtaj için doğru adresi bulamama konusundaki kişisel deneyimini bizimle şu şekilde paylaşmıştır:

[Talep] oluyor ama nerede karşılandığını da inanır mısınız, hiç bilmiyorum. Çünkü hani bir dönem bir yakınım için araştırdık biz (...) Biz bulamadık yapan, muayenehane de bulamadık, biz bulamadık gerçekten, hani nerede yapılıyor da bilmiyorum ama yaptıran bir grup olduğu da aşikâr. (...) Çok küçüktü bebeği, sezaryenle doğum yapmıştı ama doğurmak zorunda kaldı. (Kadın, ebe, hastane)

Konu, sağlık sistemi içerisinde rutin işleyişe sahip bir yapıdan çıktığı için hekimler farklı yöntemlerle de olsa benzer kaygılarla konudan uzak kalmaya çalışmakta; çareyi, örneğin kadın doğumdan ziyade kadın hastalıklarına yönelmekte bulabilmekte:

Allahtan ben şimdi kendim birazcık soyutlandım işin Onkoloji adına, çok böyle aşırı taleplerle karşılaşmıyorum, talep geldiği zaman da diyorum, ben yapmıyorum diyorum, yapan bir arkadaşına gidebilirsin diyorum. Sormalarını söylüyorum. (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Aile hekimleri arasında ise genel bir değerlendirme ile kürtaja bir nevi mesafeli olma çabası bulunmaktadır. Bu çaba bazı hekimlerin söyleminde fetüsün canlı olması ile ilişkilendirilmiştir:

Ya tamamen şahsa kalmış, eğer maddi durumu gerçekten hiç elvermiyorsa, hani annenin sağlığı söz konusuysa, o durumda tahliye edilebilir ama ben de çok tahliye edilmesi taraftarı değilim açıkçası. Hani normal bir gebelikse..

Çünkü o içerideki de bir canlı hani, biraz insan o açıdan da düşünüyor, özele on hafta ve üzeriyse zaten kalp atışı da başlamıştır, yani ben biraz daha duygusal düşünüyorum bu konuda. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Görüştüğümüz kadın doğum uzmanlarının çoğunluğu gebeliklerin isteğe bağlı sonlandırılmasına daha çok da vicdani nedenlerle karşı olduklarını söylemişlerdir. Bir doktor olarak yaşamı savunması gerektiğini düşünen bir hekim (erkek, kadın doğum uzmanı) kişisel olarak neden karşı olduğunu ve genel tutumun nasıl olduğunu şöyle açıklamıştır:

Dini şeyleri çok kuvvetli birisi değilim ama (...) bir gebeliğin sonlandırma işlemini ben kendim aracılık etmek istemiyorum. (...) Bu birazcık bizim şeyle de örtüşmüyor, hani ne için geliyorsun doktorluk yaparken? Sağlık hizmeti vermeye, yaşatmaya, daha iyi yaşamasını sağlamaya ama orada bir müdahale yaptığın zaman, her ne kadar daha canı olmasa bile, ileride insan olacak bir kişinin hayatına son veriyorsun. Vicdani olarak ben çok istemiyorum (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Aynı hekim diğer meslektaşlarının tutumlarını değerlendirmiş; istemli düşük yapmayan hekim sayısındaki artıştan ve bu sayının git gide artacağından bahsetmiştir:

[Hekimlerin] bir kısmı dini sebeplerden [kürtaj] yapmıyor, bir kısmı benim gibi düşünüp ben böyle bir şey aracılık etmek istemiyorum diyor. Bu oran belki 10 sene önce %40 falandı, şimdi %70-75'e doğru gitti, o kadar gitti yani. (...) Hiç kimse cerraha bunu zorla yapacaksın diye bir şey diyemez. (...) bir hekim kürtaj yaptı diye başına bir iş geldi, o yüzden yapmıyoruz diye bir şey değil. (...) bence giderek daha artacak Türkiye'de bu işlemi yapmak istemeyen. Çünkü ben yapmıyorum, öbürü yapınca belli bir süre sonra o da düşünmeye başlıyor, ya ben niye onun sorumluluğunun altına giriyorum diyor. (...) belki bu hizmet için dışarıdan doktor gelecek, surf bu hizmet için ya da az bir kesim yapacak, o kesim sürekli bu işle uğraşacak, bence öyle olacak.

Hekimlerin tıp eğitimi ve asistanlıkları esnasında hangi sağlık kuruluşlarında ve hangi hekimlerle çalıştıkları, asistanlık sırasında kazandıkları tecrübe gibi konular da kişisel tavırları açısından oldukça önemlidir. Dolayısıyla, mesleki deneyim de tutum üzerinde ciddi bir rol oynamaktadır; asistanlığı süresince gebelik sonlandırması yapmamış olması ve haliyle bu işlemin kendisi için 'normalleşmemesi' de hekimin kürtaj yapmama yönündeki tercihini etkileyen etkenler olarak öne çıkmaktadır.

Aslında, hekimler açısından konu birbiri içine giren birkaç faktörün bir arada etkin olması ile işlemektedir. Ancak işleyişin isteyerek düşük işleminin yapılmasını temelde nasıl etkilediğini bir kez daha değerlendirmek için bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile yapmış olduğumuz görüşme oldukça öğreticidir:

Bu işi yani bu konuda bir şeyiniz olması lazım, evet ben yani bir iddiamız, bir şeyimiz olması lazım ki hani natürel, kendiliğinden kapanan bir yeri tekrar açmayı ve orada insanları çalıştırmayı şey yapmak için, anlatabildim mi yani, bir politikanız bir şeyiniz olması lazım. Kimsede öyle bir şey yok şu anda yani. Yani ben şimdi tutup da şefime veya başhekime AP polikliniği açalım, ben çalışacağım orada desem, herhalde sıkıntı olmaz ama böyle istekte, bu şeyde olan pek yok yani. Şefim açısından olmaz, belki başhekim zaten odamız az filan diyebilir, istemeyebilir, bilemiyorum yani. Yani sonuçta hani bu AP kötü bir şeydir dendiikten sonra AP'yi sahiplenip de artırmak için bir çaba göstermek...(...) biraz daha yokuş yukarı bir şey götürüyorsunuz ve bunun hiçbir getirisi bir şeyi yok yani, aksine manevi olarak beni hoşlandırmadığı bir durum... (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Her ne kadar gebeliği önleyici yöntem konusunda hizmetlerin kürtaja oranla daha iyi olduğunu söylemiş olsak da hizmete erişimde sorun yaşayan kadınlar için bu iki konu birbirine geçişli olarak çaresizliğe neden olmaktadır. Bir hekimin aktardığı deneyim, hamilelik yasal sınır dâhilinde olmasına ve hekimin bizzat resmi yazışmalar ile iki farklı hastaneye hastasını yönlendirmesine rağmen isteyerek düşük hizmetinin gerçekleştirilemediğini anlatırken hizmete erişimin güçlüğü de gözler önüne sermekte. Kişisel çabalarına rağmen sistemin oluşturduğu engelleri bertaraf edememiş bu aile hekiminin tek tesellisi gebeliği sonlanmadığı takdirde kendine zarar vermesinden endişe ettiği kadının hala hayatta olmasıdır.

Bir 4 tane çocuğu var, 4 kızı vardı, burada çöp toplayan Roman bir aile, bizim de hastamız değil üstelik, aile hekimi ben değilim, bugün gideceğim yarın gideceğim, kayıt da alamadığımız için, ona buradan hap veriyorduk kullansın diye. Bir gün hap bitti, yok dedik, eczaneden al dedik, 25 TL verip eczaneden almadı ilacını, hamile kaldı. Hamile kaldı, ben bu çocuğu istemiyorum doğurmayacağım dedi. O zaman dedi doğurmayacağım, bunu aldırma istiyorum dedi. Tamam o zaman eşinle birlikte başvur eşinle, (hastane isimleri) gitti, orada almadılar çocuğu. İşte sosyal nedenleri vardı almamalarının tahmin ediyorum, çünkü kendi soyadıyla eşinin soyadı farklı mıydı neydi, tam bilmiyorum. Ama sonuçta bana geldi, dedi ki bu çocuğu ben aldırma gittim, kimse almıyor, ben bunu doğurmayacağım, kendi başımın çaresine bakacağım, istemiyorum falan dedi, böyle depresifhalde falan geldi. Kendi başımın çaresine bakacağım demek, kendime zarar vereceğim demek. Yani bir anne ve çocuk ölümünü yaşayabiliriz kuşkusuyla ben işte onunla ilgili yazışmalar yaptım, konuştum, onları tekrar yazıyla, müdürlük vasıtasıyla hastanelere yönlendirdik. Neyse konuşuldu edildi, şimdi 5. çocuğumuza bakıyoruz. Sonuçta yani istemedi ama bir şekilde çocuğu almadılar da, 5. çocukları doğdu, şu anda büyüyor” (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Kürtaj hizmetinin gerekliliğine dair tutumlar

Sağlık çalışanları arasında bazı koşullarda kürtajın kabul edilebileceğini bu nedenle de ilgili hizmete ihtiyacın olduğunu düşünenler vardır. Örneğin kabul gören bir koşul kadının yöntem kullandığı halde gebe kalmış olmasıdır:

İlk önce korunmayı öğretsek diye düşünüyorum. Yani bunu öğretmeliyiz, çünkü toplum da çok suistimale açık, hani bunu korunma yöntemi gibi görenler var. Ama şunu da düşünüyorum, mesela hasta bir yöntem kullanıyor zaten, hani RİA'sı var ya da oral kontraseptif kullanıyor, buna rağmen gebe kaldıysa da sanki yardımcı olmalıymışız gibi hissettiğim anlar da oluyor. (Kadın, ebe, hastane)

Bunun yanı sıra, gebelik sonlandırma talebi olan kadınların talepleri karşılanmadığı zaman sağlıklı veya yasal olmayan yollardan gebeliklerini sonlandıracaklarından kaygılanan bazı hekimler de bulunmaktadır. Bu sebepten, devletin yasal çerçevesi için, tam da olması gerektiği gibi, konunun hekimin kişisel çözüm arayışına bırakılması değil, sağlık sistemi içerisinde ve sistemli olarak ele alınması ihtiyacı gündeme gelmektedir. Yalnızca bu durumda istenmeyen gebeliğin ve denetimsiz kürtajın oluşturacağı sağlık risklerinden kaçınılabilecektir. Görüştüğümüz bir aile hekimi bu kaygıyı detaylı bir biçimde bizlere aktarmıştır:

Ama bunlar için de mutlaka devletin desteklediği, teorik olarak hani yetişmiş, iyi insanların çalıştığı merkezlerin olması gerektiğini düşünüyorum, bu bir gerçek. İnsanlar, eşlerinden haberli habersiz, sahip oldukları bazı gebelikleri istemiyorlar, sonlandırmak için abuk sabuk şeyler yapacaklarına, bildik bil-medik yerlere gideceklerine, bir muayenhanede kürtaj olacaklarına, kayıtlı bir şekilde gitsin devlet kurumunda bunu ücretsiz yaptırın. Bunun fazlasını da kullanırlar, ondan sonra bir korunma yöntemi olarak bunu kullananlar da çıkabilir ama yapacak bir şey yok. Burada sahip çıkacağız vatandaşa çünkü onlar muayenhanede kürtaj oluyor ya da büyütüyor, gidiyor abuk sabuk şeyler yaptırıyor, yapıyor kendisine, onları aldırılmak için, aldırılması lazım mesela. Devletin yani bazı kurumlarının bunu yapması gerektiğini düşünüyorum, bazı belki böyle AP'nin bazılarında, hepsine değilse de. En azından bir güvencesi olsun insanların yani. Ama ben kendim hani çok istemem ama gerektiği durumlarda da gönderilecek yerler olmasını isterim. (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Bununla birlikte, görüştüğümüz hekimler arasında geçerli yasanın unutulmaması ve yasaya uygun uygulamalar yapılması gerektiğini az sayıda da olsa savunanlar olmuştur:

Yani istenmeyen gebeliklerin süresi var, yasal çerçevesi dâhilinde bence eğer istenmiyorsa alınabilmeli, o yasal çerçevesi dışında kaçak yollarla da alınmalı diye düşünüyorum, yani özel yasal durumları dışında. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Yasal ve güvenli kürtaj hizmetinin kadın haklarının bir parçası olduğunu ifaden eden bir hekim ise istenmeyen gebeliğin kadın açısından sonuçlarının altını çizmiştir:

[yöntemleri] ne kadar doğru kullanırsa kullansın, (...) gebe kalan hastalarımız oluyor, görüyoruz örneğin (...) o zaman da kadın bunu doğurmasın, yazıktır. Çünkü çok böyle hastamız var ve çok mağdurlar çünkü bu genellikle bu ülkede maalesef kadına yük çocuk, yani erkeklerin özellikle birçok alanda öyle ama hani biraz daha bu eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük bölgelerde erkeğin çocuk bakımına hiçbir katkısı yok, kadınlar bu çocuklarla perişan oluyor. İstemiyorsa da doğurmasın, hani kadının bedeni üzerinde hakkı olması lazım. (Kadın, aile hekimi uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt)

4.2.3. Sağlık sisteminin ve önceliklerinin mekân, ekip ve ekipmana yansımaları

Doğurganlığı düzenleyici hizmetlere yönelik denetim ve teşvikin olmaması sağlık sistemi içerisinde bu konunun önceliğini kaybettiğini düşündürmektedir. Bu değişim özellikle hizmetin sunulduğu mekâna, hizmeti veren ekibe ve hizmeti verebilmek için ihtiyaç duyulan ekipmana yansımış durumdadır. Raporun bu bölümünde hizmet sunumuyla ilgili sorunların somutlaştığı bu üç ana alana odaklanacağız. Görüşmelerde mekan konusu, kapanan poliklinikler ve aile planlaması odalarının koşullarıyla; ekip başlığı, aile hekimlikleri ve kadın doğum polikliniklerindeki hekim, ebe ve hemşirelerin özellikleriyle; ekipman konusu ise malzemelerin yetersizliği veya düzensiz teminiyle gündeme gelmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesi üzerindeki etkisini gördüğümüz hekimler farklı şekillerde değerlendirmiştir. Bu değerlendirmelerinde hali hazırda çalıştıkları kuruluşun koşullarının yanında SDP öncesindeki deneyimleri etkilidir. Aile hekimliğini AÇSAP'ların yaygın olduğu dönemle karşılaştırmadan değerlendiren hekimler, SDP sonrası sistemden genellikle memnun olup bu hekimler aktif mesleki deneyimlerini daha çok aile hekimliği sistemi içinde edinmiş olan hekimlerdir. Ancak, daha uzun süredir meslekte olan ve AÇSAP döneminde de çalışmış olan hekimler AP ve kürtaj hizmetleri konusunda gördükleri pek çok olumsuz durumu ve eksikliği dile getirmiştir.

Yani AÇSAP'lara halkın talebi çok fazladır, özellikle kadın doğum ve çocuklar için de çok fazladır. Bu şeyle birlikte, sağlıkta dönüşümle birlikte AÇSAP'ların içi boşaldı, bir kere artık uzman hekim yok, içinde bir tane veya iki tane, iki hekim bile yok, bir hekim var. O eski deneyimli, bu işle uğraşan hemşireler, ebeler de artık yok. Eskiden kendi binaları vardı, artık binaları yok, Toplum

Sağlığı Merkez'leri içinde bir odaları var artık, o konuma düşürüldü, ya haliyle zaten etkisizleştirildiği ortada yani. (...) Sağlık ocaklarının bu hizmeti [aile planlaması hizmeti] biraz daha ön plandaydı, eskiden daha ön plandaydı. Bu konuda malzeme bolluğu çok fazlaydı, eğitim bolluğu çok fazlaydı. Eğitim de yapılıyordu, yani gönüllüsü daha fazlaydı, şimdi yok. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Deneyimli hekimler AÇSAP-aile hekimliği karşılaştırmasını yaparken günümüzde mekânlarda gördükleri eksiklikleri, aile planlamasının sağlık politikası içerisindeki önemini kaybetmiş olmasına, hatta sağlık politikasından çıkarılmış olmasına bağlamaktalar. Daha önce AÇSAP'ta çalışmış, sistemi yakından tanıyan deneyimli bir aile hekimi bugünkü durumu politikayla aşağıdaki şekilde ilişkilendirmiştir:

Bu o zaman çok bir, hem biz motiveydik, hem daha kuvvetle işimizi yapıyorduk ama şimdi bakıyoruz, çocuk sayısının bir artma politikası, arttırma çalışma politikaları, AÇSAP'ın şey yapması, yani nasıl diyeyim, yerinden edilmesi. Mesela burada öyle oldu, [yerin adı] AÇSAP orada kapatıldı, burada ufacak, daracak bir yere getirildi, kondu, hiç hasta bakmıyorlar şu anda, yani tümünden kapatıldı diyebiliriz, yani bu inanılmaz bir şey. O kadar çok aktif, o kadar çok hastası olan, o kadar bilinen, tanınan etrafta bir yerin tümünden kapatılabiliyor olması aslında bir politikanın göstergesi. Yani politik olarak aile planlaması şu anda çok şey yapılmıyor, desteklenmiyor duygusu yaratıyor insanda. Tabii mutsuzuz, eski bir çalışan olarak. (Kadın, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

AÇSAP'ın üç temel hizmet ayağı olarak nitelendirilebilecek istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, gebelik ve doğum, çocuk sağlığı hizmetleri aile hekimliği sistemine transfer edilirken ilk ayak zayıflamış ve neredeyse ortadan kalkmış; diğerleri ise güçlenmiş ve ön plana gelmiştir. Görüştüğümüz bir sağlık idarecisi, sağlıkta dönüşümün bir süreç olduğuna ve zaman içinde ASM'lerin sayısının artması ile hizmet kalitesinin iyileşeceğine dikkat çekse de AÇSAP gibi dikey örgütlenmelere Türkiye'de halen ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Öte yandan hekimler AP konusunda sistemi eleştirirken doğum ve doğum öncesi bakım hizmetlerindeki değişimi olumlu görmektedirler.

Ben aile hekimliği sistemini çok beğeniyorum gerçekten, çünkü önceden yine böyle oturunca konuşuyoruz, önceden bir gebe hiç takibi olmadan, hiçbir şey olmadan gelip doğum yapabiliyordu, bir anda kanaması olabiliyordu, anne kaybı çok fazla oluyordu, bebe kaybı çok fazla oluyordu. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

4.2.4. Mekânın etkisi

“Bugünkü vaziyet 'sağlıkta dönüşüm' ile değil 'kentsel dönüşüm' ile alakalı”

Hizmet sunumuyla ilgili önemli bariyerlerden biri de mekândır. Çok sayıda eski kamu binası deprem yönetmeliğindeki koşulları sağlamadığından boşaltılmış ya da tadilata alınmıştır. İstanbul'da aynı zamanda uzun yıllardır kentsel dönüşüm kapsamında eski binalarda yıkım ve yeniden yapım devam etmektedir. Yeniden yapılmakta veya tadilatta olan pek çok hastanede aile planlaması hizmetleri sekteye uğramış durumdadır. Resmî olarak poliklinikler kapatılmasa da kaliteli hizmet sunmak için gerekli koşullar sağlanmayarak, örneğin küçük mekânlara sığdırılmaya çalışılarak işlevsiz hale getirilmiş ve hizmet sunumu bu durumdan büyük ölçüde etkilenmiştir. Aşağıdaki örnekte bir kadın doğum hastanesinde AP kliniğinin inşaat dolayısıyla kapatılmasından sonraki dönemin sıkıntıları aktarılmıştır:

Biz inşaat nedeniyle küçüldüğümüz için biz zorlandık o dönemde, çünkü çok büyük bir kitleye hitap ediyorduk. O kitlenin tabii diğer taraflara kayması sıkıntılı oldu. (...) Bu hastanenin müdavimleri vardı (...) 3-4 hastaneyi geçerek gelen hastalarımız vardı bizim. (...) kendini burada güvende hisseden, buradaki her şeyin çok doğru yapıldığını düşünen. Hani bir kesildi ayakları hastaların açığı, gitmediler [yönlendirildikleri hastanenin adı] bence. (...) hastalarımız bir gönül koydular; (...) sonra herkes kabullendi, inşaat sebebiyle olduğunu. Sonra toparlandık ama ilk başta gerçekten çok zor kabullenildi. (Kadın, ebe, hastane)

Uygulamadaki farklılıklar ve kişisel girişime dayanan hizmet sunumu anlayışı mekân kısıtlamasının aynı şekilde etkilediği kurumlarda bile görülmektedir. Anadolu yakasının aile planlaması polikliniği son dönemde kapanan büyük hastanelerinden birinde hiçbir aile planlaması hizmeti verilmediğini öğrendik. Burada sadece, SGK kapsamı dışında isteğe bağlı tüp ligasyonu yapılmakta ve yalnızca bir sağlık gerekçesi olması durumunda hormonlu RİA takılmaktadır. Görüşme yapmak üzere ziyaret ettiğimiz sağlık kuruluşunda kısaca görüşünü bize aktaran Kayıt dışı olarak görüştüğümüz bir yönetici bize bu konuda yetkileri olmadığını, Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden destek almadıklarını, o nedenle de hastanelerinde bu hizmeti sunamadıklarını söylemiştir. Ancak aynı durumdaki bir diğer hastanede AP için ayrılmış bir oda ve bu konuda çalışan, dağıtılan malzemenin kaydını tutan bir hemşire bulunmaktadır.

İnşaat veya tadilat nedenli sıkıntılar birinci basamak sağlık kuruluşlarında da yaşanmaktadır. Binası yeniden inşa edilmekte olan bir ASM'de çalışan aile hekimi, AP hizmetlerinin bu durumdan doğrudan etkilendiğini ifade etmiştir:

Kendi ASM binamız depreme dayanıksız olduğu için yıkıldı, orası yıkıldıktan sonra geçici olarak buraya geçtik ama her bürokratik şeyde olduğu gibi, yaklaşık iki yıldır filan binamız yapılmadı. Dolayısıyla 2 yıldır verdiğimiz hizmetlerde aksama oluyor. Yani üreme sağlığı ile ilgili verdiğimiz hizmetlerde de aksama oluyor dolayısıyla. RİA filan takamıyoruz ya da o tarz bir konuda çok fazla danışmanlık veremiyoruz ama diğer konularda yardımcı oluyoruz elimizden geldiğince, daha çok yönlendirme yapıyoruz diyebilirim, şuraya gidebilirsin, bunu yapabilirsin gibi, öyle. (Kadın, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Görüştüğümüz deneyimli bir aile hekimi uzmanı aile planlaması hizmetleriyle ilgili bugünkü vaziyetin sağlıkta dönüşüm ile değil 'inşaatla/kentsel dönüşüm' ile alakalı olduğunu, mekânlarla ilgili problemlerin ağır bastığını dile getirmiştir. Yer kısıtlamasından dolayı sadece üreme sağlığı hizmetlerinin değil tüm hizmetlerin etkilendiğinin altını çizmiş, konuya yalnızca aile planlaması gözüyle bakmanın hatalı olacağını söylemiştir. Buna göre, genel olarak cerrahi branşı ve ameliyathaneler bina ve inşaat meselelerinden çok olumsuz etkilenmiştir. Burada bir noktayı netleştirmek gerekmektedir: Aksayan hizmetler ameliyathaneler gibi doğrudan tedavi amaçlı olduğu durumda, kişiler mecburi olarak hizmeti başka yerden bulup alırken, aile planlaması gibi önleyici/koruyucu hizmetlere dair talepler daha kırılğan olduğundan hizmetteki kesinti nedeniyle talep ortadan kalkabilmektedir. Bu durum görüşmelerde zaman zaman verilen örneklerle ön plana çıkmıştır.

Hastanelerdeki AP kliniklerinin kapanması üstesinden kolay gelinebilecek fiziki bir problem olarak görünse de hizmet sunumunun bütünlüğüne zarar vermektedir. Örneğin AP kliniği kapatıldığı için RİA takma ve çıkarma işleminin aynı yerde yapılamaması hizmet alımında kadınları istenmeyen gebeliklere maruz bırakabilecek kesintilere neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra, AP hizmetleri cinsellikle doğrudan ilişkili ve mahremiyetin önemli olduğu hizmetler olduğu için kadınlar yıllardır güvendikleri sağlık kuruluşlarını tercih etmek istemekte ancak aşağıdaki örnekte olduğu gibi daha önce hizmet aldıkları ve güvendikleri yere gidip hizmet alamayan kadınlar mağdur olmaktadır:

Mesela şöyle; on yılı dolmuş, e biz kapanalı (...) 4-5 yıl oldu, mesela ara süreçte bilmiyor hasta burayı. Ben spiralimi çıkartmaya geldim, ama burada taktırmıştım diyor, ha çıkarma işlemini yapabiliyoruz, hani bunun için illa ÜS gerekmiyor, bizim polikliniklerimizde de yeterli malzememiz var ama çıkartıp tekrar taktırmak istediği için hasta, eş seanslı, o hizmeti veremediğimizde o yıkım oluyor. (Kadın, ebe, hastane)

“O küçük odada yine bir jinekoloji masası yerleştirip (...) hınca hınç tıka tıka doldurduk, neredeyse odada adım atacak yer kalmadı”

Hastanelerde AP kliniklerinin kapanması veya ASM'lerde AP hizmeti alınabilecek bir odanın olmaması gibi sorunlara ek olarak, kâğıt üzerinde var görünüp fiziki olarak işlemeyen mekânlardan söz etmek de mümkündür. İstanbul'da orta gelir seviyesine hizmet veren bir aile sağlığı merkezinde görüşme yapmak için beklediğimiz odanın koşulları, mekânın hizmet üzerindeki kısıtlayıcı etkisi konusunda çarpıcı bir örnektir. Bu küçük oda hem sağlık çalışanlarının dinlenme odası hem de malzemenin stoklandığı yerdir. Ayrıca odanın içinde bir jinekolojik muayene masası bulunmaktadır. Bu ASM'de RİA takılmakta ve kadınlar bu hizmeti almak için AÇSAP'a yönlendirilmektedir. En azından HPV ve smear almak için kullanılması gereken bu masa, durum böyleyken hekimin söylediğine göre kadınlar bu koşullar altında hizmet almayı tercih etmediğinden hiç kullanılmamaktadır. Ancak sistemin işleyişi açısından daha da vahim olan bir nokta, Sağlık Bakanlığı'ndan denetime gelindiğinde, “jinekolojik masa var” olarak işaretlenmesi; mekân her ne kadar yeterli olmasa da merkezin bu kriteri kâğıt üzerinde karşılamasıdır:

Birçok ASM'deki konum, mekân şartları itibariyle hastanın mahremiyetini çok da gözetmeden yapılan farklı odalarda farklı işlemler sunulan AP odaları olduğu için hastalar genelde smear aldırma istememekte veya bunu kendi kadın doğumcusunun yapmasını istemekte. (...) Mevcut ASM'mizde herhangi bir AÇSAP odamız yokken böyle bir şart getirildiği zaman hem emzirme odası hem AÇSAP odası olarak bir tane odayı ayırabildik. Aynı zamanda o oda da bizim malzeme odası gibi bir odamız, orada bazen biz dinlenme ihtiyacımızı da orada gidermekteyiz. Odanın şartları; çok küçük bir oda, o küçük odada yine bir jinekoloji masası yerleştirip aynı zamanda hani bebeğin altının değişmesi için bir beşik, alt değiştirme masası, benzeri koltuk, sandalyeler, hepsini hınca hınç tıka tıka doldurduk, neredeyse odada adım atacak yer kalmadı, küçük küçük adımlarla yürüyebiliyoruz. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Sağlık kuruluşlarındaki mekânsal sorunlar ve bazı kliniklerin kapatılması sadece danışan veya hastaları değil, aynı zamanda orada görev yapan sağlık personelinin de olumsuz etkilemektedir. AÇSAP deneyimi olan hekim ve ebelerle yaptığımız görüşmelere göre, daha önce bilfiil AP hizmeti veren sağlık personelinin yeni sağlık sisteminde kendine yer bulamaması, hizmette mekânsal kısıtlamalardan kaynaklı aksamalarla işini yapamaması, çalıştığı merkezin kapanma ihtimali ve sürekli geçici görevlendirmelerle çalışmak zorunda kalmaları güvensizlik duygusunu öne çıkarmaktadır.

4.2.5. Ekibin etkisi

Aile hekimleri, ebeler, hemşireler, kadın doğum uzmanları ve pratisyen hekimler çalıştıkları sağlık kuruluşlarına göre farklı ekipler halinde doğurganlığın kontrolüne yönelik hizmet vermektedirler. Bu ekipteki herkes AP danışmanlığı verebilirken RİA takabilmek için kadın doğum uzmanları dışındaki sağlık çalışanlarının RİA sertifikası alması gerekmektedir. Benzer şekilde kürtaj yapabilmek için de aile hekimleri ve pratisyen hekimlerin MR sertifikası alması ve işlemi yapabilmesi için çalıştığı kurumda mutlaka bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının bulunması şartı vardır. Bu koşullar altında ekibin birbirine bağımlı bir halde ve işbirliği içinde çalışması beklenmektedir. Sistemdeki değişimin ekibe olumsuz yansması bu konuda çalışan uzman sayısının giderek azaltılması, emekli olanların yerine başka hekimlerin atanmaması veya çalışanların başka birimlere kaydırılması şeklinde gerçekleşebilmektedir.

Kadın doğum uzmanları AP konusundaki tüm danışmanlık ve uygulamalar için tek başlarına yeterliken uzmanlıklarının cerrahi yükü nedeniyle konuyu ana işleri olarak görmemektedirler. SDP öncesinde de günümüzde de hastanelerdeki AP kliniklerinde kürtaj dâhil verilen hizmetler bu hekimlerden çok pratisyen hekimlerin, aile hekimlerinin, ebe ve hemşirelerin işi olarak görülmektedir. Bu durumda hastanelerdeki AP polikliniklerinden pratisyen hekimlerin veya aile hekimlerinin uzaklaşması, hala hastanede kadın doğum uzmanı olsa bile AP hizmetinin aksamaması, hatta bazı hizmetlerin sonlanması anlamına gelmektedir. Görüştüğümüz bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı kendi hastanesindeki AP ekibindeki değişimi aşağıdaki gibi anlatmıştır:

Ben ilk başladığımda burada özel bir AP polikliniği vardı, ayrı bir poliklinikti. Orada iki aile hekimi uzmanımız vardı, bizim kadın-doğum bünyesinde çalışıyorlardı. Onlar bayağı (...) hevesli götürüyorlardı çünkü tek ilgilendikleri alan oydu, yani bizim gibi işte bir gün doğum, yarın ameliyat ve benzeri gibi değildiler, sadece o AP polikliniğinin yürütmesiyle ilgileniyorlardı, dolayısıyla istemli kürtaj, RİA, kondom, hatta oradan da hastalara anket çalışmaları, bilimsel çalışmalar filan. Yani o zaman güzel bir AP hizmeti veriliyordu burada. Daha sonra o doktor hanımlar kadın-doğum bünyesinden başka bir şeyde, yine aile hekimliği ile ilgili işte eğitim veriyorlar, kendi asistanları falan oldu, o yüzden o şeye daha odaklandılar. Sonra bizim uzman arkadaşlardan bir tanesi bir müddet götürdü onu, sonra o da geçti başka bir hastaneye. Dolayısıyla AP polikliniğimiz de böylece dağılmış oldu, kapanmış oldu. (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Bazı durumlarda hastanelerde AP danışmanlığı ve hizmeti verebilecek ebe ve hemşireler bulunmaktadır. Ancak bu kişilerin çalışabilmesi kurumda AP polikliniği veya konuyla ilgili bir hekimin bulunmasıyla doğrudan ilgili olduğu için görev yerleri veya birlikte

çalıştıkları hekim değişince AP konusundaki bilgi ve becerileri atıl durumda kalabilmektedir. Örneğin uzun yıllar AP kliniğinde hizmet vermiş bir ebe, onkolojik jinekoloji bölümüne geçince donanımını ve edindiği deneyimi AP hizmeti için kullanamamaktadır.

Sağlık sistemindeki değişimin sağlık kuruluşlarındaki ekip kompozisyonuna, bu ekip kompozisyonunun ise verilen hizmetlere yansımalarının önemli bir göstergesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında kadın ve doğum uzmanlarının artık yer almaması nedeniyle bu kuruluşlarda isteyerek düşük hizmetinin verilememesidir. Mevcut sistemde aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi, ebe ve hemşireler sağlık hizmeti sunmaktadır.

Hastanelerde AP hizmetlerinin kadın doğum uzmanlarınca kendilerinin değil, aile hekimlerinin görevi gibi görünmesine benzer bir şekilde, birinci basamakta da aile hekimleri özellikle hasta bakma yüklerinin fazlalığı nedeniyle bu işi daha çok ebe veya hemşirelerin işi olarak görmekteler.

Danışmanlık için şu anda benden çok hemşirem şey yapıyor, hani sanki böyle bir iş bölümü yapmışız gibi onun daha çok şeyi var, hastalarla iletişimi, benden daha fazla zamanı var. Ben biraz hastaya fazla boğulmuş durumda olabiliyorum, çokça hasta, mesela bugün 85 olmuş. (...) Zaten daha önce hizmet almışsa eğer, biliyorsa, direkt ona [hemşireye] başvurabiliyor. Daha önce, yeni yöntem almak için gelmiş olabiliyor mesela, danışmanlık, hemşire hanım bir yere kadar tabii şey verebiliyor, onu aşan durumlarda o yine bana gönderiyor hastayı, son ben müdahale ediyorum. RİA konusunu ben yapıyorum zaten, o takmıyor RİA. (Kadın, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

“Erkek olmanın belki bir dezavantajı olabilir”

Erkek aile hekimlerinde AP konusunu ikincil görev olarak görmenin ötesinde cinsiyetlerinin bu hizmeti vermelerine engel teşkil ettiğine dair bir bakış açısı mevcuttur. Hekimlerin bir bölümü kadınların kendilerine danışmaktan çekindiğini düşünürken, bazıları ise kendileri erkek hekim olarak bir kadına cinsellikle ilişkili bir konuda hizmet vermektan çekindiklerini ifade etmişlerdir. Kadınların kendilerine danışmaktan çekindiğini söyleyen bir hekim durumu kadınların eğitim ve gelir düzeyiyle ilişkilendirmiştir:

Bir erkek hekim olarak diyeyim ben size, danışanların çok büyük oranı eğitilmiş bir kere, yani üniversite düzeyinde eğitim alan kişiler (...) işte sosyal, kültürel, eğitim yönünden biraz daha şeyi olan, geri mi diyeyim, düşük mü diyeyim, olanlar daha çok hemşire hanımlarla bu işi biraz daha fısıldayarak paylaşmak isteyenler onunla paylaşıyorlar. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Hekimler özellikle genç ve bekâr kadınlara AP danışmanlığı vermekten çekinmektedir:

Ben hiç sormuyorum, korkarım yani, bekâr kadına cinsel sağlık, üreme sağlığı demeye filan çekinirim ben yani, çekinirim, bilmiyorum, riskli gibi geliyor böyle bir konuyu konuşmak. Yani sonuçta rutinimde olan bir şey değil, bu niye sordu'ya geliyor olay, gelir diye korkuyorum. (...) Burada zaten muayene yapılmaz, burada ilaç yazılır. Burada zaten üreme sağlığı, cinsel sağlık, zaten konuşulmaz, onların konuşulacağı yer burası değil, bu niye soruyor falan gibi bir şey olabilir. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Erkek hekimlerin, danışanların çekiniyor olması konusundaki paylaşımlarının mutlaka haklılık payları vardır. Ancak sağlık hizmetlerinin tamamının insanın mahremiyetiyle ilişkili olduğu ve hastaların ve danışanların kişisel özelliklerinin her tür hizmet talebini etkileyebileceği düşünüldüğünde tüm kesimlere kapsayıcı ve sürekli bir hizmet sunumu için hastalardan ziyade hekimlerin kendi cinsiyetlerini bariyer olarak görmemesi, hastalardan gelebilecek bariyeri de bertaraf etmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, görüştüğümüz bazı erkek hekimler cinsiyet unsurunun hastadan ve danışandan ziyade hekimlerin kendi algılarıyla ilgili olduğunu belirtmiştir:

Erkek olmanın belki bir dezavantajı olabilir, hastalar için var mı bilmiyorum da benim için var. Bir iletişim problemi gibi bir şey oluyor, sanki bir bariyermiş gibi geliyor. Genelde o bizle alakalı oluyor. Daha sanki böyle bu mahrem konuymuş gibi oluyor, cinsel sağlıkta öyle bir şeydi. Kimse tabii şöyle de bir şey var üreme danışmanlığı için gelmiyor esasen bana. İşte evlilik raporu verirken konusu açılıp söylüyor ya da işte başka bir şey için gelmişken- yani benim konuyu açmam gerek, bir ÜS meselesini ortaya getirip sormam gerekiyor. Hasta o bağlamda gelmediği için benim onu açmam lazım, şey gibi olmuyor, sigara içiyor musunuz, içiyorsanız bırakmanız lazım demek kadar benim için kolay olmuyor, doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz falan diye. O kadar gündelik dilimin içine yerleşmiş değil ama hastayla alakalı değil, hiçbir hastadan da böyle bir şey problemi yaşamadım, hiçbir zaman yani, buradayken de öncesinde de. Yani her zaman böyle, hasta rahatsız olmuyor, biz rahatsız oluyoruz, böyle bir şey var. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Görüştüğümüz bir aile hekimi (erkek, alt gelir seviyesinde bir semt) her ne kadar yöntem kullanımı danışmak ve danışmanlık vermek konusunda kadınlarla karşılıklı bir çekince yaşasa da kadınların kendisine RİA taktırma konusunda çok büyük bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Kendisi ASM'de RİA sertifikası olan tek hekimdir ve bu iş için özel olarak bir oda tahsis edilmiş durumdadır. Dolayısıyla kadınlar bazı koşullarda veya bazı koşullar sağlandığında hekimin cinsiyetini bir bariyer olarak görmüyor olabilirler. AÇSAP'ta çalışan deneyimli bir hekim verdiği üreme sağlığı eğitimlerini göz önüne alarak hekimin

cinsiyetinin kendi yaklaşımıyla ilişkili olarak bir rol oynadığından ve aşılabilecek suni bir engel olduğundan bahsetmiştir:

Cinsiyet faktörü şöyle, bölgesel olarak etkili oluyor mesela bizim bölgede erkek doktora çok şey bu tarz şikâyetlerini söylemek istemeyebiliyorlar ama (Hemşire: Burada biraz doktorun yaklaşımı da etkili) Evet, hekim arkadaşların yaklaşımı da bu konuda çok etkili (...) Yani şöyle bir bakış açısı var; biz çok yüz yüze bakıyoruz, çok iç içeyiz, sürekli bize gelip gidiyorlar ve biz hastamıza bir jinekolojik muayene veya bir meme muayenesi yaptığımız takdirde bir daha yüz yüze bakamayız, gibi bir hekimlerde de böyle bir bakış açısı var. (...) bir de bana yaptırmaz ki bunu diyor, aslında buraya bize kursa gelen erkek arkadaşlarla hiçbir sıkıntı yaşamıyoruz, yani hastalarıyla diyalogu iyiyse, danışmanlığını baştan o vermişse ve gerçekten hani düzgün, seviyeli bir şekilde bu işi götürmüşse (Hemşire: Yanında eşi olup da eşi böyle kesinlikle olmaz diye vurgu koymamışsa) Koymamışsa, çok rahat işlemini yaptırtıyor, bir sıkıntı da yaşamıyor aslında. Yani bunların biraz suni engeller olduğunu düşünüyorum ben açıkçası, bahaneler gibi geliyor. (Kadın, aile hekimi uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt)

Görüştüğümüz başka bir aile hekimi uzmanı, erkek hekim – kadın hasta arasında karşılıklı çekingenlik ve iletişim sıkıntısı durumunda hekimin hastaya yaklaşımının ve iletişiminin önemli olduğunu ifade etmiş ve bu konuda hekimlerin kendini geliştirmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Bir başka aile hekimi ise hastalarıyla güven ilişkisi olduğunu, bunun da bilgili olmasından kaynaklandığını söylemiştir. Bu hekimin de belirttiği gibi hem kadınlara hem gençlere yaklaşımda etkin yöntemlerin kullanılması hastalarda olabilecek olası ön yargıları ortadan kaldıracaktır.

AP ve kürtaj hizmetlerinde ekip konusunun oluşturduğu aksamaları özetleyecek olursak; aile planlaması danışmanlığı çoğu yerde, hastane ve ASM fark etmeksizin, zaman kısıtlaması nedeniyle doktorlardan ziyade ebe ve hemşirelere bırakılmaktadır. Aile hekimliği sistemi her yaşta ve cinsiyetten bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığının bütününe birinci basamak sağlık hizmeti ve danışmanlık vermeyi amaçlayan bir sistemdir. Aile hekimlerinin odağı kadın doğum uzmanları gibi doğrudan üreme sağlığıyla ilişkili olmadığından,- diğer konularda sağlık hizmeti verdikleri kadınlara bu konularda hizmet vermeye çekindiklerini söylemektedirler. Yine de ebe ve hemşirelerin AP konusundaki aktif rolü sadece erkek hekimlerle beraber çalıştıkları durumlarla sınırlı değildir. Ekip işi olan bu hizmet için, tüm sağlık kuruluşlarında farklı görev ve yetkilerden sağlık çalışanlarının bir arada bulunamaması, AP hizmetinin kapsayıcı ve kesintisiz devam edip etmemesini belirleyen unsurun ekipte yer alan sağlık çalışanlarının uzmanlıklarından ziyade hem kendilerinin hem hastane yönetiminin kişisel ilgisine bağlı olmasına neden olmaktadır.

4.2.6. Ekipmanın etkisi

“Devletin çok fazla kontrasepsiyona desteği yok son zamanlarda, o konuda bir negatif tutum var”

Gebeliği önleyici yöntemlerin ücretsiz ve kesintisiz olarak sağlanamamasının yöntem kullanımı üzerinde etkisine değinen hekimler olmuştur. Bu hekimler çoğunlukla AÇSAP dönemini ve yöntem kullanımının artırılması konusuna öncelik verilen yaklaşımı tecrübe etmiş hekimlerdir.

Bununla ilgili yasalarda da çok fazla bir şey yok ama devletin çok fazla kontrasepsiyona desteği yok son zamanlarda, o konuda bir negatif tutum var, yani o açık, onda bir şey yok. Dolayısıyla işte bu şeylerin kapatılması, işte bu AÇSAP'ların, tüp ligasyonun SGK kapsamından çıkarılması, bu malzemelerin bize gelmemesi mesela RİA takılması için gerekli işte materyalin gelmemesi, bunların verilmemesi, bu tabii bir mağduriyet de oluşturuyor yani. Bu imkân-lara sigorta kapsamında ya da önceden ücretsiz sahip olan vatandaş bugün sahip değil. Bu da yani olumlu bir şey değil, mağduriyetler olacaktır. (Kadın, kadın ve doğum uzmanı, hastane)

Polikliniklerinin kapalı olduğu birkaç kurum dışında, hastane ve aile sağlığı merkezlerinde büyük ve kalıcı bir malzeme sıkıntısı yaşanmadığı dikkatimizi çekmiştir. Yine de özellikle yeni alımların yapıldığı belli dönemlerde ve başta oral kontraseptifler olmak üzere bazı yöntemlerle ilgili yokluklar ve gecikmeler olabilmektedir.

Çok fazla takılmadığı için RİA ellerinde kalıyor ama onun dışındaki işte enjektabl, işte mesigyna'ydı, OK'lardı, kondomlardı filan daha kısıtlı sayıda geliyor, yani kısıtlı sürede geliyor, 6 ayda bir geliyor, 3 ayda bir geliyor, öyle canları istedikleri zaman, bir düzeni yok, atıyorum. Aşılar bize her hafta Perşembe günü gelir, biz aşıları bir hafta önce isteriz ve aşılar Perşembe günü gelir ama doğum kontrol yöntemlerinde öyle bir düzen yok, sıkıntımız bu. (Erkek, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Deneyimli bir hekim, İstanbul'un merkezden uzak küçük bir semtinde çalıştığı dönemde malzeme konusunda yaşadıkları sıkıntının kontraseptif talebini nasıl olumsuz etkilediğini hatta bu talebi ortadan kaldırdığını bizimle paylaşmıştır:

Eski çalıştığım yerde hap olmadığı olurdu, sonra gel derdik. Orası daha küçük bir yerd, daha köy sağlık ocağı gibi bir yerd, bir de daha uça bir yerdedik. Şimdi git sonra gel yaptığımız oluyordu, doğum kontrol yöntemi için biraz riskli bir şey ama, bir açık kapı bırakmış oluyorsunuz yani. (...) Yani çok çok sık olmuyordu ama oluyordu, yani bir kişi sonuçta onunla karşılaşır da öyle bir

algıyla da devam edebilir hayatına, yani orada yok gibi (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Aynı hekim şu an hizmet verdiği orta gelir seviyesindeki mahallede malzeme sıkıntısı yaşandığında kadınları yakında bulunan AÇSAP'a yönlendirebildiği için kendini şanslı hissettiğini dile getirmektedir: “[Malzeme sıkıntısı] oluyor ama AÇSAP olduğu için yanımızda, biz o açıdan daha şanslıyız.”

Bunun yanı sıra, malzeme konusundaki dönemsel yokluklar genel olarak hekimler tarafından kabullenilmiş görünmektedir:

Malzeme olarak da birçok ASM'de mutlaka kondom vardır, kondom yönünden malzeme sıkıntısı çok çekmiyoruz. Ara sıra da, sıkıntısını çeksek de, ama ortalama olarak hemen hemen her zaman gene düzenli olarak oral kontraseptif haplar da bulunmaktadır. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Hekimlerin son dönemde yaşanan geçici temin sorunlarını ve aksaklıkları kabullenmelerinin bir nedeni de birkaç yıl önce, aile hekimliğinin ilk yıllarında, malzeme konusunda daha büyük sıkıntı ile karşılaşmış olmalarıdır.

İyi olan şey, son 2 yıldır malzeme eksikliği yaşamıyoruz. 3 yıl önce spiral takma kursu için koltuğumuzun altında 40 tane spiralle gelip o 40 tane spiralden sonra 5-6 ay spiralsiz çalışıyoruz, yine o 40 spiralle gelip- yani 40 spiral bizim için 3 gün falan demek. 3 kursiyere 40 tane olsun da zayi olanlarla falan diye bize 1 sene, yalan olmasın, belki 1,5 sene hiç RİA verilmedi. 1,5 sene malzemesiz kaldık biz, bugünlerimize şükür. (Kadın, aile hekimi, TSM)

Aynı hekim malzeme temininde yaşanmış olan büyük kesintiyi sağlık sisteminin yapılanmasındaki değişim ve bu değişim sırasındaki kötü yönetim ile ilişkilendirmiştir:

O dönem de öyle olmasının sebebi ilçe sağlık müdürlüğü ile halk sağlığı müdürlüğünün ayrılması ve herkesin koltuk sevdasına veya kavgasına düşmesi, artı, yeni koltuğa geçenlerin de beceriksiz olması, ya da acemi olması diyeyim, işi bilmemesi ya da işte AP tamamen zaten bitiyor, biz buna önem vermeyelim modu da olabilir bilmiyorum ama. Şu an o moddan çıkıldı, şu an malzememiz var, öyle diyebilirim.

4.3. Üreme sağlığı talebi

Yöntem kullanımının artmaması ve kürtajın düşmesi akla talepte bir değişim olup olmadığını getirmektedir. Görüşmelerimiz boyunca hekimler talepte gördükleri farklılıklara değinmiş, bu konuyu aktarırken kendilerine danışanların profilinden, aile planlaması hizmet talebinin şu anki durumundan, yıllar içinde hizmet talebindeki değişimden ve bu değişimi açıklayan faktörlerden bahsetmişlerdir.

Danışan profili

Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına üreme sağlığı hizmeti almak için başvuran kadınların profili genellikle sağlık kuruluşunun bulunduğu mahallenin sosyo-ekonomik seviyesine göre değişmekte ve bu, özellikle de aile sağlığı merkezleri düşünüldüğünde, daha da önem kazanmaktadır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar sağlık kuruluşunun bulunduğu bölgede yaşayanlarla sınırlı değildir; bu hastanelerin çoğuna özellikle de eski ve büyük hastane ve doğumevlerine, İstanbul'un ve hatta Türkiye'nin değişik yerlerinden kadınlar başvurmaktadır. Dolayısıyla, hastanelerin taşınması başvuran profilini aşağıdaki örnekteki gibi etkileyebilmektedir:

Daha çok böyle sosyo-ekonomik seviyesi düşük ya da orta, çok böyle bu yöntemi hani SGK kapsamında yapmak isteyen, çok para ödemek istemeyen bir gruptu. Ama şimdi [hastanemiz] yer olarak da çok böyle merkezi (...) Yani o dönem birkaç üniversiteye çok yakınız, çok merkezimiz, bir tarafımız [mahallenin adı], hani o gruptan da çok hasta gelebiliyordu ama büyük bir çoğunluğunu dediğim gibi. (Kadın, ebe, hastane)

Aile hekimliği düşünüldüğünde sosyo-ekonomik seviyesi daha düşük mahallelerde kadınların üreme sağlığı hizmeti almak için bu merkezlere gitmekten başka alternatifleri olmadığını görmekteyiz. Oysaki orta sosyo-ekonomik seviyedeki mahallelerde yaşayan kadınlar, özellikle de düzenli bir işte çalışıyorlarsa, özel hastanelere gitmeyi tercih etmektedirler. Bu noktada İstanbul'un bazı semtlerini/mahallelerini orta veya düşük sosyo-ekonomik seviye olarak ayırmanın kolay olmadığını, genellikle mahallelerin bir şekilde bu iki grubu da barındırdığını ve sınıflandırmaları yaparken görüştüğümüz hekimlerin hangi grubun ağırlıkta olduğu yönündeki beyanlarını esas aldığımızı tekrar belirtmeliyiz.

Bu doğrultuda, görüşmelerde merak ettiğimiz bir nokta, üreme sağlığı hizmet talebinin danışan profiline ve hizmet sunulan kadınların eğitim ve gelir durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı olmuştur. Hekimler arasında kadınların yöntem tercihlerinin değil yöntem seçimindeki yaklaşımlarının farklı olduğunu belirtenler olmuştur.

20-40 yaş arası, evli, 2-3 çocuğu olan hasta geliyor. (...) bu bölgede, nasıl diyeyim, genelde ev hanımı, eşi çalışan, 2-3 çocuğu olan, yanında gelir hep çocuklar mesela, (...) düşük sosyo-ekonomik seviyede olan hasta geliyor. (...) [Farklı sosyo ekonomik seviyeden gelenlerin] tercih [yöntem tercihi] olarak çok değişmiyor. (...) daha düşük sosyo-ekonomik seviyedeki hastalar daha az soru soruyorlar çünkü onun komşusu şuyu buyu RİA kullandığı için çok fazla soru sormaz, çok fazla detaylandırmaz ama daha yüksek sosyo-ekonomik seviyedeki hasta sorar (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Aile planlaması talebinin şu anki durumu

Pek çok hekim aile planlaması talebinin azal(tıl)dığının altını çizmiştir. Talebin azalması hizmet sunumuyla doğrudan ilgili olup şu anki durumu talebin hizmet sunumu aracılığıyla söndürülmesi şeklinde özetleyebiliriz. Birinci basamakta aile hekimleri kişisel inisiyatifleriyle hizmeti ayakta tutmaktadır. Oysaki hastanelerdeki kadın doğum uzmanlarının özellikle kürtaj konusunda benzer bir tavrı yoktur. Örneğin kürtajın nerede yapılabileceği konusunda yönlendirme sistematik olarak yapılmamakta, “bizde yok, aile hekimine sorun” denebilmektedir. Bu tavrın kadın doğum uzmanlarının sıklıkla karşılaştığı malpraktis davaları ile bağlantılı olabileceğini düşünmekteyiz.

Talepteki değişim

Üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunda, özellikle de istemli düşük konusunda, belirgin bir değişim olmakla birlikte bu hizmetlere talebin de değiştiği, azaldığı, birçok hekim ve ebe/hemşire tarafından gözlemlenen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ama bir talep azalmış, [hastane adı] de, mesela hasta talebi de az, çok az. Mesela ben 30 gün gittim oraya, bir tamamlamam gereken program vardı, neredeyse uzaması söz konusuydu, talep azdı, gelen hasta çok azalmıştı, hani öyle bir azlığı fark ettim açıkçası. (Kadın, ebe, hastane)

Hizmet talebindeki azalma hekimler arasında genellikle siyasi söylemin etkisiyle, çiftlerin daha çok çocuk sahibi olma yönündeki arzusu ve dolayısıyla yöntem kullanımının azalmasıyla ilişkilendirilmiştir. Aile planlaması hizmetine olan talepteki bu azalmanın aynı zamanda evliliklerin azalmasıyla, sağlık kuruluşlarından bağımsız olarak kolayca temin edilen yöntemlere -özellikle kondoma- yönelinmesiyle ve internette aile planlaması konusunda bilgiye erişimdeki kolaylıkla ilgili olduğu da düşünülmektedir.

Acaba çocuk mu doğurmayı tercih ediyoruz ya da çok böyle evlilik müessesesi de çok fazla yok artık. Evlilik olmadığı için de olabilir, hani insanlar farklı korunuyorlardır, kondom mesela çok ben öne çıktığını düşünüyorum son zamanlarda, hem enfeksiyonlardan koruduğu için, hem ulaşımı kolay, sizin dışınızda hiç kimsenin bilmesine gerek yok. O kaygıları da olabilir hastaların, danışanların. Ona da bağlıyor olabiliyorum. Ondan sonra internette her şeyi görebiliyorlar artık, hani bir sanal ortamda her şeyi öğrenebiliyorlar, onun için de bir profesyonele gitmiyor olabilirler, ben hani oral kontraseptifleri bile kendi kendilerine kullanabildiklerini düşünüyorum açıkçası. Çünkü her yerde yazıyor ne zaman başlanacağı, bir sürü reklamı var, o şekilde, ondan olabilir diye düşünüyorum açıkçası. (Kadın, ebe, hastane)

Aile planlaması yöntemleri açısından bakıldığında, kadınlar modern yöntem kullandıkları durumlarda bir kere taktırıp 5-10 yıl gibi uzun bir süre korundukları için RİA'yı tercih etmektedirler. Hekimlerin aktarımına göre, kadınların büyük bir kısmı düzenli kanama görmek istemekte ve bu da üç aylık iğnelere talebi olumsuz etkilemektedir.

Spiral daha çok tercih ediyorlar, hap devamlılığı az, tüp bağlanmasını isteyen var, 3 aylık iğne gibi bir yöntemi genellikle tolere edemiyorlar, istemiyorlar, aylık iğne çok çok nadir. Bir de tabii geleneksel yöntemlerle korunuyorlar çoğunlukla (Kadın, kadın doğum uzmanı, hastane)

Kadınlar arasında yöntemlerin yan etkileriyle ilgili hekimlerin bize aktardıkları pek çok mit mevcuttur. Oral kontraseptiflerin kilo yapması, RİA'nın sırta kaçması bunlardan bazılarıdır. Görüştüğümüz bir ebe bu yanılmanın bilgisizlikten kaynaklandığını, yan etki sanılan şeylerin (örneğin göğüste şişkinlik) aslında yöntemlerin beklenen etkileri olduğunu söylemektedir.

Tüp ligasyonundan dönme isteği konusunda araştırmada bizimle paylaşılan deneyimlerin işaret ettiği, daha önce bu operasyonu yaptırmış kadınların bir bölümünün son yıllarda tüp ligasyonuna karşı siyasi söylemden ve bu söylemin gerekçesi olarak sunulan dini referanslardan etkilenmiş olduklarıdır.

Çok çok [talep var]. Niye tüp ligasyonundan geri döndürmek istiyorlar biliyor musunuz? Bir grup tekrar gebe kalmak için, bir grup caminin imamı demiş ki tüp bağlanmaz, haram, ziyan, geliyor tüplerini açtırmak istiyor. (...) Bir de, karın ağrısı, kasık ağrısı çekip de bunu ona bağlayan bir grup var. (Erkek, kadın doğum uzmanı, hastane)

Hizmete erişimde dezavantajlı olan gruplar

Gençler ve evli olmayanlar

Gençler söz konusu olduğunda hekimler üreme sağlığı hizmeti sunarken yukarıda da bahsedildiği gibi çekingen davranabilmektedirler. Karşı taraftan bir talep gelmedikçe, gençlere bilgi vermelerinin 'uygunsuz' karşılanacağını düşünen hekimler vardır. Kimi zaman da aile hekimlerinin gençleri ailelerinden ayrı görme fırsatları olmamaktadır. Diğer taraftan gençler de cinsel aktif olsalar bile bu mahrem konuda aile hekimlerine başvurmada/danışmada istekli ve rahat gözükmemektedirler. Doğrudan gençlere yönelik kapsayıcı bir hizmet modeli olmadığından hizmeti yönlendiren aşağıdaki aktarımda olduğu gibi genellikle gençlerden gelecek taleptir.

Ne alaka, niye yani böyle bir şey soruyorsunuz gibilerinden işte, sonuçta bekâr insanlara da bizim bunu sormamız gerekiyor. Sonuçta bekâr insan dediğin sonuçta cinsel aktif olabilir, gayet de normal bir şeydir. İşte cinsel aktif misin

diye sorduğunuz zaman mesela direkt tepkiyle karşılaşılabiliyorsun, onun dışında bekâr biri gelip ben RİA taktırmak istiyorum deyip RİA da taktırebiliyor ama ne alaka şimdi, ben bekârım işte falan deyip de tersi bir cevap verebiliyor, onun da ayarını iyi tutturabilmek lazım yani (Erkek, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Öte yandan hekimler arasında doğurganlığı düzenlemeye yönelik hizmetlerin kimi kapsayabileceği konusunda yorum farklılıkları da mevcuttur. Örneğin görüştüğümüz genç bir hekim, gençlere aile planlaması konusunda danışmanlık verebildiklerini fakat malzemeyi yasal olarak veremediklerini belirtmektedir:

Yalnız bekârlara bunu veremiyoruz, sadece evlilere, doğum kontrol yöntemlerinin birçok konuda hem malzeme olsun hem eğitim olsun desteği sunabiliyoruz. (...) Şu anki bizim Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı politikasına göre bekârlara herhangi bir şekilde üreme, yani aile planlaması malzemeleri vermemiz yasak. (...) Danışmanlık olarak verebiliyoruz fakat malzeme veremiyoruz. Danışmanlık da hani evlilik öncesi cinsel ilişki yine uygun olmadığı tarzı bir danışmanlık. (...) yazılı olarak elimizde olan tek cümle şeydir, eşler tek eşli olmalıdır, tek eşlilik ne demektir? Evliliktir. (...) Yani birçok şeyde yazmaktadır, bulaşıcı hastalıklardan tutun cinsel yolla bulaşan hastalıklar genelgesi, yönetmeliği veya bunlarla ilgili yapılmış birçok yayında yazar. (Erkek, aile hekimi, orta gelir seviyesinde bir semt)

Gençlerin hangi aile planlaması yöntemlerini ve neden tercih ettiklerini onlarla yakın ilişki kurmuş olan bir ebe şu şekilde ifade etmektedir:

Şimdi talepleri nasıldı gençlerin; kondoma çok sıcak bakmıyorlardı, partnerlerinin kullanmak istemediğini, onun dışında bir yöntem istediklerini söylüyorlardı. En özel talepleri, şimdi buraya geldiğimi ailem öğrenecek mi? (...) % 100 korunmak istiyorlar. (...) Gençlerden hani ben daha çok şeyle karşılaştım (...) böyle yap bırak yöntem istiyorlar, mesela mesigyna istiyorlar, yap bırak, ne üstünde taşı, ne yanında taşı, ne birisi bilsin, partneri çok etkilenmesin, hani daha kolay yöntemler istiyorlar. (Kadın, ebe, hastane)

Bu gençlerin güven ilişkisi kurdukları bir sağlık çalışanının bulunduğu merkezin kapanmasından diğer danışanlara göre daha olumsuz etkilendiklerini düşünmek yanlış olmaz. Aynı ebe bu durumu şu şekilde açıklamaktadır:

[Gençler] gittilerse yönlendirdiğim yere aksaklık olacağını düşünmüyorum ama gitmeyebilirler, başka türlü çözmüş olabilirler.

Göçmenler

Birkaç görüşmemizde özellikle Suriyeli göçmenler üreme sağlığı hizmetine ihtiyaç duyan ancak erişimde sorun yaşayan grup olarak ön plana çıkmıştır. Göçmen polikliniğini içinde barındıran Toplum Sağlığı Merkezleri'ndeki göçmenlerle olan diyalogda malpraktis riski önemli bir rol oynuyor gibi gözükmektedir.

Suriyelilerle ciddi bir dil problemimiz var, aşağıda göçmen polikliniğimiz var ve çok fazla gebeleri var, anlaşıyoruz, yani anlaşımadığım hastaya bu hizmeti vermek beni yasal anlamda da ciddi sıkıntıya sokabilirdi. (Kadın, aile hekimi uzmanı, alt gelir seviyesinde bir semt)

Hiç dil bilmeyen birisiyle baş başasınız ve ona vereceğiniz ilaçtan vesaire sorumlusunuz. Malpraktis dediğimiz, biliyorsunuz, kişisel hatalar konusunda da çok ciddi risk altındasınız. Çünkü gebe misin diye sorman gerekiyor, ona göre ilaç yazman gerekiyor ve çoğu da maalesef gebe, yani bayağı sıkıntı. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Öte yandan göçmenlere 'bizden olmayan' olarak bakan hekimler görmekteyiz; Avrupa yakasındaki bir hastanede görev yapan bir kadın doğum uzmanının belirttiği gibi, böyle bir durumda hekimin kaygısı, Suriyelilerin “bizim [sağlığımız] için” sisteme katılması ve gebe takibinin yapılmasıdır. Bu konuda da sistemli bir işleştiren ziyade hekimlerin kişisel bilgi ve ilgileri olayın seyrini değiştirebilmektedir. Daha önce de bahsi geçen bir örnekte olduğu gibi, kendi mahallesindeki Roman bir kadının istemediği bir gebeliği kendi kendine sonlandırarak hayatını tehlikeye atmasına seyirci kalmamak için yetkililerle uzun yazışmalar yapmayı göze alan hekimler de vardır.

İsteyerek düşük talebi

İstenmeyen gebelik durumunda hizmet almanın önünde sıralanan engelleri raporun önceki kısımlarında dile getirmiş bulunmaktayız. Öte yandan bazı hekimler karşılanamayan hizmet talebine yönelik deneyimlerinin yanı sıra kadınların gebelik sonlandırmaya dair taleplerinin de azaldığını gözlemlemişlerdir. Burada dikkat çekici olan bu taleple gelen kadınlar olmadığı ve dolayısıyla bu tarz deneyimlere hâkim olunmadığı halde istenmeyen gebelikleri olan kadınlara yönelik bazı yargıların bulunmasıdır.

Zaten kürtaji çok fazla tercih etmiyor insanlar, inançları gereğince. Daha önceden bunu yöntem olarak kullanmış insanlar da var ama belki (...) Bey'in dediği dönemlerdir, korunmak yerine gidin kürtaj olun, öyle bir şey gibi ama şimdi insanlar inançları gereğince, yani hamileysen doğururum, kaç yaşına gelirse gelsin bunu düşünüyor. Ama tabii yaş ilerlemişse, gebelik ihtimali varsa, sağlık problemi varsa, çocuk doğurmasının sakıncası varsa tabii ki o

insan, artık o yaştan sonra çocuk doğurmuyor, onlar artık kürtaj istiyor, öbür türlü kürtaj çok fazla tercih edilmiyor. Sağlık sorunu olduğunu bildikleri bebekleri bile aldırarak istemiyorlar. Mesela biz ikili tarama testinde, down sendromu olma olasılığı çok yüksek ama ben doğuracağım diyor. Biraz daha insanların kürtaj konusunda fikirleri değişti diye düşünüyorum. (Kadın, ebe, alt gelir seviyesinde bir semt)

Kadınların hiçbir tıbbi koşulda gebeliği sonlandırmak istememeleri hekimlerin daha kapalı ve muhafazakâr olarak tanımladıkları mahallelerde karşımıza çıkmaktadır.

[Gebelik sonlandırma talebiyle gelen] Hiç olmadı. Yani çok ona şey olduklarını düşünmüyorum ya, böyle dini inançları olarak çok o konuda, hani her türlü hatta gebeliğe, normal, engelli olabileceğini bilse bile, normal gebeliğine devam edeceğini düşünüyorum. Birinin down sendromu oranı yüksek çıkmış mesela, işte hani normal aminosentez falan yapıyor yani, ona falan hiç gerek yok diyor, biz devam edeceğiz zaten, kalp atışı var, biz devam edeceğiz, hayırlısı olsun diyor. Hiç aldırarak isteyen duymadım (...) İnsanların etrafında hep şu tarz insanlar da var; işte bize de demişlerdi ki oran çok yüksek ama bebek çok sağlıklı oldu, hiçbir sıkıntı olmadı, bu testlere güvenmeyin diyen çok fazla insan oluyor. (Kadın, aile hekimi, alt gelir seviyesinde bir semt)

Ancak isteğe bağlı gebelik sonlandırma işlemi yapılmayan hastanelerde ya da aile hekimliklerinde çalışan hekimler, talebi sistemli bir şekilde yönlendirmediklerini açık olarak anlatmışlardır.



**SONUÇ
ve ÖNERİLER**

Ana bulgular

Türkiye'de doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin hizmetleri sağlık sunucuların deneyimleri üzerinden değerlendiren bu çalışma hizmetlere hak perspektifinden bakmaktadır. Uluslararası anlaşmalarla güvence altına alınan beden bütünlüğünün korunması gibi bazı temel haklar gözetildiğinde ve garanti altına alındığında kadınların istemeden gebe kalması, demografik ya da sosyal olarak kendilerine uygun olmayan koşullarda anne olması ve sağlıklı olmayan koşullarda istenmeyen gebeliklerini sonlandırması engellenmiş olur. Dünya geneline baktığımızda doğurganlığı düzenlemeye yönelik aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilir ve kesintisiz olduğu durumlarda anne bebek ölümlerinin ve istenmeyen gebeliklerin önüne geçildiğini görüyoruz. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu Türkiye eski temsilcilerinden Zahidul Huque, 2013 yılında sunulan AP hizmetleri sonucunda 218 milyon istenmeyen gebeliğin önlendiğini, 55 milyon planlanmayan gebeliğin önlenmiş olduğunu ve de 138 milyon düşüğün önlendiğini belirtmiş, 'bunların 40 milyonu da güvensiz düşük olacaktı' demiştir (UNFPA, 2014). Ayrıca bu yolla 118 bin annenin hayatının kurtarılmış olduğunu da vurgulamıştır. Bu şekilde aslında 2013 yılında 1,1 milyon neonatal bebek ölümü ve yaklaşık 700 bin postneonatal bebek ölümünün önlendiği belirtilmiştir.

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemlerin kullanılması ve uygulanması ile istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasına ilişkin yasal çerçeve 1965 ve 1983 yıllarında kabul edilen iki kanun ile belirlenmiştir. Bu kanunlar günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Kanunların kabulüne ilişkin arka plan incelendiğinde, o dönemin koşulları ile de ilgili olarak üreme haklarına ilişkin bir kaygıyla değil kalkınma ve ana-çocuk sağlığı konularındaki hedeflerin hayata geçirilmesine yönelik bir kaygı ile kabul edildikleri görülebilir. Nitekişel saha çalışmasına dayanan araştırma sonuçları doğurganlığın düşürülmesinin bir kalkınma hedefi olmadığı günümüz Türkiye'sinde aile planlamasının ve isteyerek düşüklerin sağlık hizmet sunum içerisinde öncelikli hizmetler olmaktan çıktığını bize göstermiştir.

Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği sistemi ile birlikte daha önce bir talep oluşturmak amacı ile sunulan aile planlaması hizmetleri, sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının uygun olduğu durumlarda verilen bir hizmete dönüşmüştür. Bu durumun bir sonucu olarak belirli bir hizmet talebi ile sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar, başvurdukları kuruluşun uygun koşulları taşıması halinde hizmet alabilmekte ya da daha ısrarcı olmaları durumunda başka sağlık kuruluşlarına başvurabilmekte ya da özel sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Ancak özellikle aile planlaması konusunda bilgi ihtiyacı olan bireyler bu şekilde doğrudan kurumlara başvurmadıklarından bilgi ve hizmete erişmeleri çok zordur. Sağlık ocağı sisteminde bunu önlemeye yönelik ev takipleri mevcutken aile hekimliği sisteminde hekim ASM'lere gelen danışanlara bile aile planlamasını sorma veya anlatma

fırsatı bulamamaktadır. Hekimler için zaman sıkıntısı hizmet vermede önemli bir bariyer olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca, aile hekimliği sisteminde sunulan diğer koruyucu sağlık hizmetlerinin izlemi/takibi yapılırken, aile planlaması hizmetleri için bu geçerli değildir. Günümüzde gebelik konusu merak uyandırırken aile planlaması ve korunma konusunda aynı meraktan söz etmek mümkün değildir. Tüm bu nedenlerle uygulamada bir tıkanıklık olduğundan bahsedilebilir.

Aile hekimliği sisteminin en büyük avantajı hizmet vereceği grubun evli kadınlarla sınırlı olmaması ve tüm nüfusun sistemin hedef kitleleri olmasıdır. Bu avantajın iyi değerlendirilerek yalnızca evli kadınlara değil, bu hizmetlerde hep unutulmuş erkeklere, evli olmayan özellikle genç kadın ve erkeklere ayrıca nüfusun sosyal ve ekonomik olarak daha dezavantajlı gruplarına örneğin yoksul semtlerin sakinlerine ve göçmenlere hizmetin sunulması önemlidir. Mevcut haliyle, aile hekimliği sisteminin bu potansiyelinden yararlanılmamaktadır. Hizmet talebini iletmede daha zorlanan, gençler ve evli olmayan kadınlar hizmete ulaşmakta dezavantajlıdır. Erkekler ise aile planlaması konusunun içinde neredeyse hiç ele alınmamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi başarı ile yaygınlaştırılan genç dostu sağlık hizmet sunumu modeli, program ile birlikte kapanmış ve yapılan uzun çalışmalara karşın, günümüzde halen bu eksikliği ve boşluğu dolduracak bir hizmet sunumu ya da modeli geliştirilmemiştir. Bu da nüfusunun yaklaşık dörtte birini (19 milyon) genç insanların oluşturduğu ülkemizde çok önemli bir karşılanmamış ihtiyacı ortaya koymaktadır. Üstelik ergenler ve gençler müfredatta yeterince yer verilmediği için, bu alandaki temel bilgileri ve güvenli davranışlara ilişkin yaşam becerilerini eğitim yaşamlarında da kazanamamaktadırlar.

Doğurganlığın düzenlenmesine ilişkin hizmetlerin talebi cinsellik ve üremeye dair olduğu için diğer sağlık hizmetlerine göre daha kırılığandır. Örneğin kadınlar hizmet sunumu aksadığı noktada talep etmeyi bırakabilmekte böylece istenmeyen gebelik riski altına girmektedir. Dolayısıyla, sağlık çalışanlarının gözlemlediği talepteki azalmanın bir bölümü arzadaki sıkıntılarla açıklanabilir.

Mevcut sistem içinde hizmetin sunumu ve devamlılığı öncelikli olarak ilgili sağlık kurumunda çalışanların kendi kişisel ilgileri ve bilgi düzeyiyle belirlenmektedir. Daha önce aile planlaması konusunda çalışmış ve bu konuyu önemli gören aile hekimlerinin çalıştığı kurumlarda bu hizmet kaliteli olarak sunulurken, ilgili bir hekim bulunmaması halinde bu hizmet ihtiyacı yok sayılabilmektedir. Kurumsallaşamadan kaynaklı olarak idarecilerin söylemleri, kürtaj ve aile planlamasıyla ilgili, çocuk sayısı ile ilgili söylemler, hizmet sunumunda oldukça etkilidir. Ancak sağlık ocağı sisteminde devam edilseydi de söylemin hizmetler üzerinde etkisi olurdu. Bunun çözümü hangi hizmet sunum modelinin geçerli olduğundan bağımsız olarak hizmetlerin kurumsallaşması ve devletin güvencesinde olmasıdır.

Gebeliği önleyici araçların alımı, depolanması, dağıtımı, izlenmesi ve raporlanmasına yönelik Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi varolan ulusal lojistik yönetim bilgi sisteminin de ortadan kaldırılması bugün özellikle birinci basamakta malzemeye erişimde birçok soruna yol açmakta ve hizmet sunucular malzemesiz kalabilmektedirler.

Hekimler aile planlaması konusunu daha ikinci bir iş olarak görmekte, bu nedenle de sadece erkek hekimler değil kadın hekimler de başvuran kadınların aile sağlığı elemanı (ebeler/hemşireler) ile daha kolay diyalog kurduğu konusunda ısrar etmektedir. Hekimler kimi zaman iş yükleri açısından danışmanlık hizmeti vermelerinin mümkün olmadığını direkt olarak söylemiş ya da danışmanlığı işleri olarak görmedikleri izlenimi vermiştir.

İstenmeyen gebeliklerin sonlandırılması ise daha büyük bir sorun alanı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kürtajın birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılması bu merkezlerde kadrolu kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olmadığından fiilen mümkün değildir. Gebelik sonlandırmanın mümkün olduğu ve kesinlikle mümkün olmadığı hastaneler vardır. Bu farklılığı belirleyen etkeni yönetimin tutumu ve ilgili hastanelerin doğurganlığı düzenleme konusundaki geleneği olarak özetlemek mümkündür. Bazı hastanelerde ise yönetimin özel bir karşı çıkışı olmadığı ancak hizmet vermeye gönüllü hekimin olmadığı belirtilmiştir. İstenmeyen gebelik yaşayan ve gebeliği sonlandırmak için başvuran kadınlar, gittikleri hastanelerde bu hizmet verilmiyor ise hizmeti alabilecekleri bir sağlık kuruluşuna sistematik olarak yönlendirilmemektedir. Kürtaja ilişkin yasal çerçeve değişmemiş olmasına rağmen hekimler arasında dahi kürtajın artık yasal olmadığını ya da 8. haftadan sonra yapılamayacağını düşünen hekimler vardır. Bu fiili durumu kadınlar gibi sağlık çalışanları da kabul etmiş gözükmektedir. Başvuran kadınları birinci basamağa yönlendiren, özel sağlık kuruluşlarına yönlendiren ya da hiçbir bilgi vermeyen hekimler bulunmaktadır. Bir hekimin bu hizmeti vermek istemeyebileceği kürtaj yapan hekimler arasında bile kabul görmektedir. Ancak hekimin bu hizmeti vermemesi durumunda “sağlık hizmetini sunan doktorların inanç özgürlüğünün, hastanın sağlık hizmetine erişim hakkını engelleyemeyeceği” (Mor Çatı Kadın Sığınma Vakfı, 2013) kuralına uygun olarak ve sistematik şekilde kadınların uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi gerekmektedir.

Hizmet sunumunda kopukluk veya tıkanıklık RİA takılamayan bir birinci basamak sağlık merkezinde kadınlar ikinci basamağa yönlendirildiğinde veya kürtaj hizmetini nerede alabileceğini öğrenmek isteyen bir kadın ikinci basamak sağlık kuruluşundan birinci basamağa yönlendirildiğinde ortaya çıkmaktadır.

Bütünlüklü hizmet sunumu hedeflenerek doğum ve kürtaj yapılan, postnatal hizmeti verilen her yerde AP hizmeti olmalıdır. Son yıllarda postnatal ve hastane doğumu sayılarında gözlenen artış, bu esnada ve aynı yerde AP hizmeti sağlanmasının hemen herkese ulaşılmasını garanti edeceğini göstermektedir.

Öneriler

- Türkiye'de üreme sağlığı hizmetlerinin sunumunun evrensel hak perspektifi üzerinden tanımlanması ve sağlanması gerekmektedir. Hizmetlerde kurumsallaşma olmalıdır.
- Aile planlaması danışmanlığı aile hekimleri tarafından sağlanmıyor ise resmi olarak ebe veya hemşirelere tanımlanmalı ve aile hekimliği sistemindeki rutine girmelidir. Aile Hekimliği sisteminde hizmet sunucuların tümü AP danışmanlığı yapabilecek düzeyde olmalıdır.
- Özellikle birinci basamakta gençlere yönelik gençlik dostu sağlık hizmet sunumu yeniden yapılandırılmalıdır.
- Aile planlaması araçları ve sarf malzemesi ihtiyacı ve dağıtımını izlemek üzere AP lojistik yönetim bilgi sistemi yeniden geliştirilerek aile hekimliği uygulamalarına dahil edilmelidir.
- Doğumların yaklaşık yarısının özel sağlık kuruluşlarında gerçekleştirildiği ülkemizde; diğer gebelik, IVF, doğum hizmetleri gibi aile planlaması hizmetleri de belirlenecek yöntemlerle genel sağlık sigortası kapsamında SUT aracılığı ile karşılanmalı ve insanlar bu hizmetlere özel sağlık kuruluşlarında erişemedirler.
- Doğum ve düşük sonrası karşılanmamış yüksek aile planlaması hizmetleri ihtiyacına yönelik özel uygulama ve müdahaleler bir an önce hayata geçirilmelidir.
- İsteyerek düşük hizmetlerinde
 - ▶ Hizmeti veren kuruluşların yaygın, net, birinci ve ikinci basamaktaki tüm sağlık çalışanları tarafından bilinir olması,
 - ▶ Her kadının erişimine uygun olarak konumlanması,
 - ▶ Hekimin işlemleri reddettiği durumlarda kadınların mağduriyet yaşamalarını engelleyecek bir sevk sistemi üzerinden işlemesi gerekmektedir.
- İsteyerek düşük hizmetinin gerçekte aksadığı politika yapıcılara görünür kılınmalı, bu durumun hem kadınları içine atabileceği türlü kişisel riskler hem de gebelik komplikasyonları ve anne ölümlerine yol açabileceği vurgulanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Akın, A. (2013) Türkiye için Yeni bir Seçenek “Tıbbi Düşük”, Ankara: Tutkun Ofset Baskı ve Matbaacılık Ltd.
- Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü (2004) Kontraseptif malzeme Hakkında Genelge. Tarihi: 14.05.2004 Sayısı: 2004/70-871.
- Altıok E, 1978. Population Policy and Formation (Nüfus politikası ve oluşturulması) içinde The Development of a Population Policy and its implementation in Turkey (Türkiye'de nüfus politikası geliştirilmesi ve uygulanması), ed. Levine N ve Üner S. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Birleşmiş Milletler (1995). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında kabul edilen eylem planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994. Ankara: TİSAMAT. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE; Türkiye İstatistik Kurumu), 1995. Türkiye Nüfusu 1923-1994 Demografi Yapısı ve Gelişimi, 21. Yüzyıl Ortasına Kadar Projeksiyonlar. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara.
- Büken E, Büken NÖ ve Büken B. 2004. Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. Journal of Clinical Forensic Medicine 11: 233-247.
- Çavlin A, Adalı T, Kumaş A, 2016. “Türkiye Nüfusuna Güncel bir Bakış”. Nüfusbilim Derneği. Son erişim: 10.12.2016. <http://www.nd.org.tr/images/other/285.pdf>
- DoktorMagazin, 2013. “Artık TUS'da Kadın Hastalıkları ve Doğum Yazılır Mı?”. Son erişim: 12.12.2016. <http://www.doktormagazin.com/artik-tusda-kadin-hastaliklari-ve-dogum-yazilir-mi/>.
- Etiler N ve Yavuz CI, 2004. Sağlık Reformlarının Ana Sağlığı Hizmetleri Üzerine Etkileri: Ülke Örnekleri. Toplum ve Hekim 19(4): 285-292.
- Fişek N, 1967. Türkiye'de Nüfus Planlaması. Tıpta Yenilikler. Eczacıbaşı İlaç Fabrikası Yayını, İstanbul.
- Habertürk, 2014a. “Kürtaj yeniden SGK'nın ödeme kapsamına girdi”. Son erişim: 31.12.2016. <http://www.haberturk.com/yazarlar/ali-tezel-1016/931620-kurtaj-yeniden-sgknin-odeme-kapsamina-girdi>
- Habertürk, 2014b. “Kürtaj, SGK kapsamından çıkarılabilir mi?”, Son erişim: 10.12.2016. <http://www.haberturk.com/polemik/haber/929189-kurtaj-sgk-kapsamindan-cikarilabilir-mi>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), 1989. 1988 Turkish Population and Health Survey (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1994). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara: HÜNEE. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (1999). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Ankara: HÜNEE.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), 2004. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği. Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), 2014. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. HÜNEE, Sağlık Bakanlığı, DPT ve TÜBİTAK, Ankara.

- Hekimedya, 2012. “Üreme Sağlığı Yasa Taslağı Tamamlandı: Bilerek Düşük Yapana İki Yıl Hapis”, Son erişim: 10.12.2016, <http://hekimedya.org/index.php/haberarsiv/1285-uereme-sal-yasa-tasla-tamamland-bilerek-dueuek-yapana-ki-yl-hapis.html>.
- Hürriyet, 2008. “Erdoğan: En az 3 çocuk doğurun”. Son erişim: 10.12.2016. <http://www.hurriyet.com.tr/erdogan-en-az-uc-cocuk-dogurun-8401981>
- Hürriyet, 2014. “Devlet tüp bebekte deneme sayısını 2'den 3'e çıkardı” Son erişim: 10.12.2016. <http://www.hurriyet.com.tr/devlet-tup-bebekte-deneme-sayisini-2den-3e-cikardi-27309129>.
- ICC (International Children's Center), T.C. Sağlık Bakanlığı, United Nations Population Fund (UNFPA), the World Health Organization (WHO) ve European Forum for Primary Care (EFPC). The Symposium on Sexual and Reproductive Health Care Services in Primary Health Care Report. Ankara, 9 Aralık 2010.
- IPAS, 2015. Women's access to safe abortion in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Advancing maternal health, gender equality, and reproductive right. Son erişim: 31.12.2016. http://www.ipas.org/~media/Files/PubsManual/SDAFCTE15.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=SDAFCTE15
- Karaömerlioğlu MA, 2012. “Türkiye'de Kürtajın Kısa Tarihi”. Bianet. Son erişim: 26.10.2016. <http://bianet.org/bianet/bianet/139903-turkiye-de-kurtajin-kisa-tarihi>
- Kaleci AO, Mete Ç, Ünsal C, Yıldırım AK. 2013. 1983 Tarihli “Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük”ün Hazırlanmasındaki Tarihsel Süreç. Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi XV. Öğrenci Sempozyumu, Bildiri Kitabı. Ankara.
- Koç İ, Eryurt MA, Adalı T ve Seçkiner P, 2010. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve Beş Yaş Altı Ölümlerdeki Değişimler 1968-2008, HÜNEE,
- Medimagazin, 2012. “Muayenehaneye kürtaj yasağı”. Son erişim: 10.12.2016. <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-muayenehaneye-kurtaj-yasagi-2-12-48415.html>
- Milliyet, 2016. “Hekimler Malpraktis davalarına nasıl yaklaşmalı?”. Son erişim: 12.12.2016. <http://www.milliyet.com.tr/hekimler-malpraktis-davalarina-nasil-yaklasmali--pembnar-yazardetay-saglik-2272000/>.
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, 2013. Polonya'dan tanıdık bir kürtaj hikâyesi. Son erişim: 25.12.2016. <https://www.morcati.org.tr/tr/yayinlarimiz/makaleler/248-polonya-dan-tanidik-bir-kurtaj-hikayesi>
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983. Kanun No: 2827, Resmi Gazete, 18059, s. 3-6. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>. Erişim tarihi: 30.04.2016.
- NTV, 2012. “Her kürtaj bir Uludere'dir”. Son erişim: 30.12.2016. <http://www.ntv.com.tr/turkiye/her-kurtaj-bir-uluderedir,z1M5Y2zmwEu6drogItVkiA>.
- Radikal, 2012. “Kürtaja 4 hafta sınırı”, Son erişim: 10.12.2016, <http://www.radikal.com.tr/turkiye/kurtaja-4-hafta-siniri-1089532/>
- Resmi Gazete, 1983. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük.
- Resmi Gazete, 1997. 06.12.1997 tarihli, 22900 Sayılı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği.

- Resmi Gazete, 2010. 30.10.2010 tarihli, 27801 Sayılı.
- Resmi Gazete, 2013. 25.01.2013. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
- Resmi Gazete, 2015. 5 Şubat 2015 tarihli. Toplum Sağlığı Merkezi Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5.htm>
- Sabah, 2014. "Sağlık Bakanlığı'ndan 'kürtaj' açıklaması". Son erişim: 10.12.2016.
<http://www.sabah.com.tr/saglik/2014/03/12/saglik-bakanligindan-kurtaj-aciklamasi>
- SağlıkAktüel, 2015. "Hekimler, malpraktis davaları nedeniyle normal doğumdan kaçıyor". Son erişim: 12.12.2016. <http://www.saglikaktuel.com/haber/hekimler-malpraktis-davolari-nedeniyle-normal-dogumdan-kaciyor-46034.htm>.
- Sağlık Bakanlığı, 1994. Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 589. Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013. 10. Kalkınma Planı, 2014-2018. Son erişim: 10.12.2016.
<http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2000. Sağlık İstatistikleri 2000. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 638. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2002. Türkiye Sağlık Hizmetlerinde 3 Yıl.
<http://www.saglik.gov.tr/Eklenti/1422,3frpdf.pdf?0> Son erişim: 12.12.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003. Sağlıkta Dönüşüm. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-9124/h/donusumturk2.zip>. Son erişim: 28.10.2016.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004. Sağlık İstatistikleri 2003. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 677. ISBN: ISBN 975-590-120-5. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005. Sağlık İstatistikleri 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 677. ISBN: 975-590-111-6. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010a. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 806. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010b. 2005–2015 Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına ilişkin Ulusal Stratejik Eylem Planı. Son erişim: 31.12.2016.
- <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1010. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016a. Aile Hekimliğine Uyum Birinci Aşama. Son erişim: 10.12.2016.
<http://www.shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/4108,aile-hekimligi-sep-standartlaripdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, 2016b. AÇSAP Birimleri. Son erişim: 12.12.2016. <http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/kurumsal/kuruluslar/acsap-birimleri>
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1965. Kanun No: 557. Son erişim: 30.04.2016.
https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc048/kanuntbmmc048/kanuntbmmc04800557.pdf
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016. Toplum Sağlığı Merkezleri. Son erişim: 25.01.2017.
<http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>

- O'Neil ML, Aldanmaz B, Quiles RMQ, Kılınç FR, 2016. Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri. Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi. Son erişim: 28.10.2016. <http://www.khas.edu.tr/w243/files/documents/abortion-tr.pdf>
- UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (2014). Aile Planlaması Hizmetleri ve Kontraseptif Yeterliliği Ulusal İstişare Çalıştayı Raporu. Ankara, 26.12.2016.
- Yavuzylmaz A, Topbaş M, Orhan B, Kaymaz N, Köse U, Çan G. 2010. Kontraseptif Yöntemlerin Maliyeti ve Finansmanı. Sağlık ve Toplum 20(2): 9-13.

EKLER

EK 1. GÖRÜŞME ÖZELLİKLERİ VE DAĞILIMI

TABLO 1. Görüşme Özellikleri

Görüşme numarası	Sağlık çalışanının cinsiyeti	Kurumun türü	Kurumun yeri veya bulunduğu yerdeki gelir seviyesi	Sağlı çalışanının mesleki deneyimi
G1	Kadın	2.basamak	Avrupa yakası	2011 sonrası
G2	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G3	Kadın	2.basamak	Avrupa yakası	2011 sonrası
G4	Erkek	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 öncesi
G5	Erkek	2.basamak	Avrupa yakası	2011 sonrası
G6	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 sonrası
G7	Erkek	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G8	Erkek	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G9	Kadın	1.basamak-AÇSAP/TSM	Alt gelir seviyesi	2011 sonrası
G10	Erkek	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 sonrası
G11	Kadın	1.basamak-AÇSAP/TSM	Alt gelir seviyesi	2011 öncesi
G12	Erkek	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 sonrası
G13	Kadın	2.basamak	Anadolu yakası	2011 öncesi
G14	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G15	Kadın	2.basamak-Ebe görüşmesi	Avrupa yakası	2011 öncesi
G16	Kadın	2.basamak	Avrupa yakası	2011 sonrası
G17	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G18	Kadın	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 sonrası
G19	Erkek	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 sonrası
G20	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G21	Kadın	1.basamak	Orta gelir seviyesi	2011 öncesi
G22	Kadın	2.basamak	Avrupa yakası	2011 öncesi
G23	Kadın	2.basamak-Ebe görüşmesi	Avrupa yakası	2011 öncesi
G24	Kadın	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 sonrası
G25	Erkek	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 öncesi
G26	Kadın	1.basamak	Alt gelir seviyesi	2011 öncesi
G27	Kadın	2.basamak-Ebe görüşmesi	Anadolu yakası	2011 öncesi
G28	Kadın	2.basamak	Anadolu yakası	2011 öncesi
G29	Kadın	1.basamak-Yönetici görüşmesi	Anadolu yakası	2011 öncesi

EK 2. GÖRÜŞME YÖNERGESİ

HEKİMİN ÖZELLİKLERİ

Bana biraz kendinizden ve kurumunuzdan bahseder misiniz?

- Temel demografik özellikleri (eğitim, cinsiyet..)
- Çalıştığı kuruma ilişkin özellikler, kurumdaki rolü, başlıca sorumlulukları

Alandaki mesleki deneyimi

Meslek hayatımız nasıl başladı ve gelişti?

- Tıp fakültesinde konuya ilişkin aldığı dersler
- Mesleğe ne zaman başladığı
- Nerelerde çalışmış, hangi sorumlulukları varmış
- Üreme sağlığı konusunda alınan hizmet içi eğitimler ve bunları ne zaman aldığı (üreme sağlığına ilişkin 5 modül), RİA ve MR sertifikasyonu

ÜREME SAğLIğI HİZMETLERİ

AP hizmetine yönelik çalıştığı kurumun uygulamaları

Kurumunuzda sunulan üreme sağlığı hizmetlerinden bahseder misiniz?

Zaman içinde bir değişim oldu mu? Olduysa ne yönde?

Ne tür hizmetler talep ediliyor? Karşılanabiliyor mu? Karşılanamadığı durumlarda neler yapılıyor?

Yönlendirmeye gelenler oluyor mu? (2.BASAMAK)

- Bu hizmetler için kurumunuzda ayrı bir mekan/oda var mı?
- Kurumunuzda hizmetlere yönelik bilgi materyali var mı?
- Aile sağlığı elemanının rolü ne?

Zaman içinde değişim

- Uygulamalar zaman içinde değişti mi: sağlıkta dönüşümden önce ve sonra
- Temel olarak neler değişti? Kendisine bunun yansımaları nasıl?
- Hizmet içi eğitim, aldıkları destek (yeterli uzman ve klinisyenin olması vs.) anlamında değişiklikler oldu mu?

Malzeme

- Kurumunuzda hangi kontraseptifler var?
- Kontraseptif malzeme nasıl sağlanıyor? Bir rutinle mi geliyor siz istemeden, siz mi

istiyorsunuz? Ne kadar çaba harcıyor bu iş için, gelmediğinde arıyor mu, nasıl oluyor? Hastaya malzeme aldırıyor mu?

- Son 1 yıl içinde malzemesiz kaldığımız oldu mu? (stock-out olmak)
- Diğer malzeme: Sterilizatör, klor solüsyonu vs. gibi malzeme temininde sorun oluyor mu?

AP hizmeti deneyimi ve yaklaşımı

Siz hangi üreme sağlığı hizmetlerini veriyorsunuz? Bunlardan bahseder misiniz? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Kimler size danışmaya geliyor? Size gelen/danışan kişilerden bahseder misiniz?

Özellikleri, talepleri nelerdir?

Danışmanlık hizmetini nasıl veriyorsunuz? Ne kadar süre ayırıyorsunuz?

Kontraseptifler

- Genelde hangi kontraseptifleri öneriyorsunuz? Neye göre? Elinde ne varsa o mu, kadını tanıyor öneriyor mu, kendi tercih ettiği belli bir yöntem mi var, nasıl? Ne kadar biliyor?
 - ▶ RİA, kondom ve hap. Ne düşünüyor? Olumlu mu buluyor, olumsuz mu? Yan etkilerle ilgili nasıl bilgiler veriyorsunuz? Ne tür dirençlerle/mitlerle karşılaşıyorsunuz?
 - ▶ Acil kontrasepsiyonla ilgili yaklaşımları ne (hap+RİA uygulaması)? Kurumda uygulanıyor mu, kendi yaklaşımları ne?
 - ▶ Geri dönüşü olmayan, Cerrahi yöntemlere yaklaşımı: Tüp ligasyonu, Vazektomi (özellikle 2. BASAMAK) Geri dönüş talebi oluyor mu?
- Gebelik takibine gelene doğum sonrası GÖY danışmanlığı veriyor mu?

İsteğe bağlı düşük

İsteğe bağlı düşük konusundaki deneyiminiz nedir? Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Hastanenin bu konuda bir politikası var mı? Evli olmayanlarla ilgili bir politika var mı?

Varsa nedir?

- İsteğe bağlı düşük deneyimi
- İsteğe bağlı düşüğe yaklaşımı
- Gebelik sonlandırmaya gelen hastayı nereye yönlendiriyor? (özellikle 1. BASAMAK)

Her ikisi için de

- Gelen talepleri karşılayabiliyor musunuz?
- Gelen talebi karşılayamazsanız ne yapıyorsunuz? Neden?

- Hizmetlere yönelik izleme-değerlendirme ziyareti yapılıyor mu? (yeşil defterler)
- Şu anda sunulan hizmetlere dair takip ettiğiniz bir rehber var mı? (BM ve ulusal AP rehberleri)

Bizden başka bu konularla ilgili görüşünüzü alan oldu mu?

Hastaları/danışanları kimler?

- Yaş, medeni durum, parite
- Sosyo-ekonomik koşulları
- İhtiyaçları/talepleri - kimler ne türlü ihtiyaçlar için geliyor?
- Zaman içinde gelen talepte bir değişiklik oldu mu?
- Doğum sonrası gelen kadın var mı? Kürtaj sonrası gelen kadın var mı? Bunlara yönelik danışmanlık/yöntem veriliyor mu?

Yasal mevzuat

- Aile planlamasına ilişkin yasal düzenlemelerden bahseder misiniz?
- RİA
- 2827 numaralı yasa, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ve Yönetmeliği
- Gençler/evli olmayanlar/reşit olmayanlar gibi özel gruplara ilişkin yasal mevzuatı biliyor mu?
- Son 5 yılda bakanlıktan yasal mevzuata ilişkin size gelen bir belge vs. var mı?



www.nd.org.tr



www.tapv.org.tr



Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

turkey.unfpa.org
www.unfpahumtr.org