

GÜNEY AFRIKA CUMHURİYETİ'NDE APARTHEID REJİM'DEN GÜNÜMÜZE KÜRTAJ YASALARI: KÜRTAJ HAKLARINDA EŞİTSİZLİKTE EŞİTLİĞE (Mİ?)

Ummahan YÜCEL*

Özet

Kürtaja yönelik uygulamalar, politikalar ait olduğu toplumun ekonomi-politikaları ve onun taşıyıcısı olan hükümetlerin politikalarının bir sonucudur. Bu nedenle makale, Güney Afrika Cumhuriyeti'ndeki 1948-1994 yılları arasında iktidarda olan Apartheid (ırkçı) rejim, Nelson Mandela'nın iktidarda olduğu 1994-1999 yılları ve 1999'dan günümüze Ulusal Afrika Kongresi (ANC) hükümeti döneminde istenmeyen gebeliklerin durumunu, kürtaj ile ilgili mevzuatları ve sonuçlarını incelemeyi amaçlamıştır. Makalede ayrıca, ırkçı Apartheid rejiminden kaynaklanan ve ANC hükümetinin bağlarını koparamadığı kapitalist sistemde devam eden yoksulluğun ve cinsiyet eşitsizliğinin istenmeyen gebelikler ve kürtaj üzerindeki etkileri de değerlendirilmiştir. ırkçı Apartheid rejiminin tüm yasal ve toplumsal uygulamalarının dayandığı beyazların lehine olan ayrımcı yaklaşımı, kürtaj ile ilgili uygulamaları da önemli ölçüde olumsuz etkileyerek yaşamın bütün alanlarında eşitsizliklere yol açmıştır. Bu ırkçı rejim yıkılıp, ANC hükümeti yönetime geldikten sonra 1994'de yapılan yeni anayasa öncelikle eşitlik vaadi üzerine kurulmuştur. Ancak, ülkenin içinde bulunduğu sosyal, ekonomik, siyasal vb. koşullar nedeniyle bu vaatler yerine getirilememiştir. ANC Hükümeti, kadınlara karşı ayrımcılığın kaldırılması ve üreme sağlığı hakları çerçevesinde 1996 yılında İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası'nı kabul etmiştir. Nelson Mandela'nın imzası ile yasallaşmış olan bu yasa, dünyanın en kapsamlı ve en liberal kürtaj yasalarından biri olarak kabul edilmektedir. Ancak ekonomi-politik uygulamalar ve ırkçı rejim döneminde şekillenen ve günümüz kapitalizmin sonuçları ile de devam eden pek çok faktör yasanın gerçek yaşamda tam karşılığını bulamamasına neden olmaktadır. Ülkede halen kürtajların %58'i sağlıksız koşullarda gerçekleşmektedir. Yoksulluk, şiddet-tecavüz ve cinsiyet eşitsizliği, kadınların başta doğurganlık olmak üzere üreme sağlığındaki öz kararlarını ellerinden almıştır.

Anahtar kelimeler: Güney Afrika Cumhuriyeti, kürtaj, Apartheid rejim, Ulusal Afrika Kongresi

Induced Abortion Laws from Apartheid Regime and African National Congress Government Period to the Present in the Republic of South Africa: Is It a Transformation from Inequality to Equality?

Abstract

Practices and policies concerning induced abortion are the result of the economic policies of the society and the result of government policies which carrier them. For this reason in this study, it was aimed to examine unplanned pregnancy, induced abortion legislation and their practice outcomes during the Apartheid (racist) Regime of Republic of South Africa between 1948-1994 and Nelson Mandela served as President of South Africa from 1994 to 1999 and African National Congress (ANC) government from 1999 to present. In addition, the impacts on poverty, gender inequality, unplanned pregnancies and induced abortion proceeding in the capitalist system with which ANC government was not able to break off the connections and the effects stemming from apartheid regime were analyzed. Discriminatory approach in favour of caucasians based on all legal and social practices of apartheid regime has affected induced abortion conditions on a large scale and has led to inequalities in all areas of life. After the collapse of the apartheid regime and ANC government was in power in 1994, a new constitution was established primarily on the promise of equality. However, in this country, due to the social, economic, cultural and other circumstances not met these promises. ANC government adopted "Choice on Termination of Pregnancy Act" in 1996 within the scope of reproductive health rights and elimination of discrimination against women following the regime. Nelson Mandela's signature enacted, this law is one of the most comprehensive and liberal examples of induced abortion legislation in the world. But it could not find their consideration in the real life under the period of political economy shaped by the racist regime and effects applications and a lot of factors that continues today. 58% of induced abortions still occur under unsafe conditions in the country. Poverty, violence-rape and gender inequality in the country have taken the regulation power of women's sexuality from their hands.

Key words: The Republic of South Africa, abortion, Apartheid Regime, African National Congress

*Arş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

Giriş

Kürtaj, hukuki, ahlaki dini, tıbbi ve kültürel yönleri ile dünya genelinde tartışmalı ve pek çok sorunu içinde barındıran bir konudur. Çünkü kürtaj, toplumların sosyo-ekonomik yapısı, buna bağlı olarak hükümetlerin ekonomik-politikaları, sağlık politikaları, toplumun inanç biçimleri, kültürel durumları gibi pek çok faktör ile yakın ilişki içindedir. Bu faktörler, kadının üreme sağlığı durumunda, kadının kürtaj olup olmamasında ve sağlıklı koşullarda kürtaja maruz kalmasında doğrudan belirleyicidir. Nitekim bu durum, kadının sağlık ve sosyal göstergelerine nesnel olarak da yansımaktadır. Kadınlar cinsel ilişkiden kaçınmadıkları ve/veya kondom kullanarak güvenli hale getirmedikleri için istenmeyen gebelik, HIV/AIDS riskleri ve sağlıklı koşullarda gerçekleşen kürtaj sıklığı yüksektir (Braam, 2004). Örneğin, Güney Afrika'da 4.2 milyon kişi, diğer bir deyişle her on kişiden biri HIV/AIDS'li olarak yaşamaktadır (Ackermann, 2002). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2008 verilerine göre, Afrika ülkelerinde 6.4 milyon kürtajın %97'si sağlıklı koşullarda gerçekleşmiştir. Sağlıklı koşullarda yapılan bu kürtajların neden olduğu 29.000 ölüm, anne ölümlerinin %14'ünden sorumludur (WHO, 2011; Guttmacher Enstitüsü, 2012). Kürtaja bağlı ölümlerin yanı sıra, 1.7 milyon kadın, sağlıklı koşullarda yapılan kürtaj komplikasyonlarından dolayı hastaneye yatmıştır. Afrika'da doğurganlık dönemindeki kadınların %92'si kısıtlayıcı kürtaj yasalarının olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu kıta ülkelerinde kürtaj sıklığının (15-44 yaş arası 1.000 kadında 15) ve sağlıklı koşullarda gerçekleşen kürtaj nedeni anne ölümlerinin (500) en düşük olduğu bölge Güney Afrika Cumhuriyeti'nin (bilinen adıyla Güney Afrika), bulunduğu Güney Afrika Bölge'sidir (Cohen, 2009; WHO, 2011). Güney Afrika, bölgenin en büyük ülkesidir ve bölgedeki kadınların %90'ı bu ülkede yaşamaktadır. Güney Afrika, Afrika'daki 55 ülke arasında isteğe bağlı kürtajın yasal olduğu üç ülkeden birisidir. Bu durum, Tablo 1'de açık olarak gösterilmektedir. Afrika ülkelerinin 14'ünde ise kürtaj tamamen yasaktır (Guttmacher Enstitüsü, 2012; WHO, 2011). Güney Afrika Bölgesi'nin kürtaj ve sağlık sonuçlarının Afrika bölgesindeki diğer ülkelere göre daha iyi durumda olmasının, ancak diğer dünya örneklerinden oldukça kötü olmasının nedenleri, bu ülkede kök salmış, ırkçı rejim ve kapitalist toplum biçimi ile şekillenen ekonomik- politikalar, bunlara karşı kısa bir dönem Nelson Mandela'nın liderliğinde verilen ulusal mücadele sonucu kurulan Ulusal Afrika Kongresi (ANC) hükümetinin uygulamalarıdır.

Bunlardan en önemlileri arasında eşitlikçi bir anayasa ve liberal bir kürtaj yasası çıkarılması vardır.

Bu nedenlerle makalede, Güney Afrika'daki kürtaja ilişkin süreç, ülke tarihi ile paralel olarak, ırkçı Apartheid (1948-1994) rejim, Nelson Mandela'nın iktidarda olduğu (1994-1999) ve Nelson Mandela'dan sonraki 1999'dan günümüze ANC hükümeti olmak üzere üç dönemde incelenmiştir. Makalede adı geçen hükümetler döneminde istenmeyen gebeliklerin durumu, kürtaj ile ilgili mevzuatları ve sonuçları incelemek amaçlanmıştır. Makalede ayrıca, ırkçı Apartheid rejiminden kaynaklanan ve ANC hükümetinin bağlarını koparamadığı kapitalist sistemde devam eden yoksulluğun ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin istenmeyen gebelikler ve kürtaj üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir. Kürtaj hakkının oldukça sınırlı olduğu 1975 yılı öncesi döneme ait kürtaj, üreme sağlığı ve kadın sağlığı gibi konularda literatür yok denecek kadar az olduğundan, makalede bu döneme çok kısa değinilmiştir.

1- 1948-1994 Yılları Arasında Apartheid (Irkçı) Rejim Döneminde Güney Afrika ve Kürtaj Yasaları

1.1. Apartheid Rejim Yasaları ve Toplumsal Sonuçları

Güney Afrika, Afrika kıtasının güney ucundaki stratejik konumu ve değerli madenlerinden dolayı sömürgecilik döneminde her ülkenin sahip olmak istediği bir toprak parçası olmuştur. Ülke, uzun yıllar kıtanın sömürgeleşmesinde aslan payını almış olan İngiltere'nin sömürgesi olmuştur (Coovadia, 2009). Dünya elmas üretiminin %90'ını gerçekleştiren De Beers Consolidated şirketinin ve Güney Afrika'daki Cape Town kolonisinin Başkanı Cecil Rhodes'in 1877'de ırk ayrımcı rejimin temel yasalarını şöyle dile getirmiştir: "Biz onların patronları olacağız. Bu benim politikamdır; bu Güney Afrika'nın politikasıdır. Yerlilere çocuk gibi davranacağız ve oy hakkı vermeyeceğiz. Güney Afrika'da işleyecek bir despot rejim gereklidir. İngilizler yeryüzünün en üstün ırkıdır; bizler ne denli çok yere yerleşirsek, insanlık için o denli iyi olur" (Uçkan, 1986). Rhodes'in istediği olmuş, 1948 yılında Ulusal Parti Hükümeti tarafından yeryüzünün ilk yasal ırkçı rejimi olan Apartheid rejim kurulmuştur. Apartheid rejim, politikalarıyla ırka dayalı katı bir hiyerarşik yapı oluşturmuştur. Bu hiyerarşik sınıflama, bir kişinin nerede yaşayacağını, çalışacağını, okula gideceğini, kiminle evleneceğini, oy kullanıp kullanmayacağını, eğitim, sağlık ve emekli geliri gibi imkanlardan yararlanıp yararlanmayacağını belirlemiştir (Coovadia, 2009). Bu hiyerarşik sınıflamanın tüm yaşamsal alanlarda geçerli olması yasalarla da garanti altına alınmıştır.

Tablo 1. Afrika ülkelerinde kürtajla ilgili 2008 yılındaki yasal durum*

Neden	Ülkeler
Tamamen yasak/kadının yaşamını korumak için yasal istisna yok	Angola, Merkez Afrika Cumhuriyeti, Kongo, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Mısır, Gabon, Gine Bissau, Lesoto, Madagaskar, Moritanya, Mauritius, Sao Tome ve Principe, Senegal, Somali
Kadının yaşamını korumak	Fildişi Sahili, Libya(e), Malavi (f), Mali (a,b), Nijerya, Sudan(a), Tanzanya, Uganda
Kadın fiziksel sağlığını ve yaşamını korumak	Benin (a, b, c), Burkina Faso (a, b,c), Burundi, Kamerun (a), Çad (c), Komorlar, Cibuti, Ekvator, Gine (e, f), Eritre (a, b), Etiyopya (a, b, c, d), Gine (a, b, c), Kenya, Fas (f), Mozambik, Nijer (c), Ruanda, Togo (a, b, c), Zimbabve (a, b, c)
Kadının mental sağlığını ve yaşamını korumak	Cezayir, Botsvana (a, b, c), Gambiya, Gana (a, b, c), Liberya (a, b, c), Namibya (a, b, c) Seyşel Adaları (a, b, c), Sierra Leone, Svaziland (a, b, c)
Sosyo-ekonomik nedenler (ve yukarıdaki tüm nedenler)	Zambiya (c)
İsteğe bağlı (herhangi bir nedenle kısıtlama yok)	Yeşil Burun Adaları, Güney Afrika Cumhuriyeti, Tunus

Kaynak: Guttmacher Enstitüsü, 2012

*Bazı ülkeler belli şartlarda kürtaja izin verir; (a) tecavüz, (b) ensest ilişki, (c) fetal anomali veya (d) diğer nedenlerle, (e) eşin onayının veya (f) eş tarafından sözü geçen kişinin onayının gerekmesi. Sosyo ekonomik nedenler veya herhangi bir neden olmayan sadece isteğe bağlı kürtaja izin veren ülkelerde gebelik haftasında sınırlama vardır (genellikle ilk trimestir). Ancak, tıbbi gereklilik durumunda belli gebelik haftalarından sonra da kürtaja izin verilen ülkeler vardır.

Irkçı yönetim, 1960'lı yıllarda 200'ü aşkın ırk ayrımcı yasa çıkarmıştır (Uçkan, 1986). Bu rejimin kurulması ile dünya kapitalistleri, hem elmas, altın, uranyum, bakır gibi madenleri hem de en az onlar kadar değerli ucuz işgücüne sahip sağlam bir yatırım ülkesine kavuşmuştur. II. Dünya Savaşı sırasında Amerika Birleşik Devletleri'ne karşı ağır borç altına giren İngiltere, daha çok borçlanmamak için gereksinme duyduğu silahları, araç-gereçleri Güney Afrika'da parasının egemen olduğu yerde üretmeye başlamıştır. İngiltere ve diğer pek çok Avrupa ülkesinden yabancı sermayenin Güney Afrika'ya gelişinde ülkedeki kanlı olayların bile caydırıcılığı olmamıştır. Irkçı rejimin güçlülüğüne güvenen kapitalistler, yatırımları artırmak için adeta birbirleriyle yarış içine girmiştir (Uçkan, 1986). Bunların sonucunda, beyazlar bu hiyerarşik yapının en tepesinde, bir başka ifadeyle korunanları, tanınan hakların ve olanakların sahipleri olmuştur (Cooper, 2004). Siyahlar ise her türlü ayrımcılığa maruz kalan hiyerarşik yapının el altındakileridir. Bu nedenle

siyah Güney Afrikalılar, politik, sosyal, ekonomik ve sağlık haklarından mahrum bırakılmıştır. Irkçı hükümet, politikalarını beyaz azınlığın siyah, melez, Hintliler, Malaylar ve diğer renkteki ırkların ve milletlerin ayrı ayrı bölgelerde yaşamasını ve birbirlerinin bölgelerine geçmemesini, birbirleriyle evlenmesini yasaklayan, özetle beyazların kayıtsız şartsız üstünlüğü tezi üzerine inşa etmiştir. 1913'de çıkarılan Toprak Yasası beyazlara ve siyahlara ait toprak parçalarını ayırmıştır. Siyahların payına toprakların sadece %8'i düşmüştür. Topraklarından koparılan siyahlar, kentlerde ucuz işgücü olarak çalışmaya ve evlerinden uzakta "Bantu Kentleri" (zorunlu ikamet yasası ile) adı verilen yerleşim yerlerinde yaşamaya zorlanmıştır. Siyahların zorla yerlerinden edilmelerinin temelinde ekonomik, politik ve ideolojik nedenler vardır. Ekonomik nedenin temelinde ise siyah ırktan olan emekçilerin çok düşük ücretlerle çalıştırıp, beyaz azınlık için zenginlik üretmesi isteği olmuştur (Uçkan, 1986). Bantu kentlerinde yaşayan erkek nüfusu %60-80'e

ulaşmıştır. Beyazların kendileri için zenginlik üretilmesi isteğinin kaçınılmaz olarak gerçekleşmesini sağlayan diğer bir yasal düzenleme iş yasalarıdır. İş yasaları maden sahiplerine, madenlerden büyük zenginlikler üreten siyah işçilere yaşamaları için gerekenden çok daha az ücret ödemesinin yolunu açmıştır. Örneğin, 1935 yılında beyaz işçiler siyahlardan 11 kat, 1970 yılında ise 20 kat daha fazla ücret almıştır (Coovadia, 2009). İşçi ücretleri 1940 yılında beyazlar için ayda 90 rand'dan 1980'de 1500 rand'a çıkmasına karşılık, siyahların aylık ücretleri, aynı süre içinde 5 rand'dan ancak 250 rand'a yükselbilmiştir. Devlet özellikle maden ocaklarından elde ettiği gelir ile güçlü bir devlet kapitalizmi kurarken, eğitim, sağlık, istihdam gibi tüm toplumsal hak ve fırsatlardan mahrum bırakılan siyahlar toprak yasası ve iş yasası gibi yasalar aracılığıyla yoksullaştırılmıştır. Diğer önemli bir yasa geçiş yasalarıdır. Ülke içinde serbest dolaşımı bir çeşit yurtiçi pasaportlarına bağlamayı amaçlayan bu yasa 1950'de yürürlüğe girmiştir. Siyahların hareketlerini kontrol altında tutmak için tasarlanan bu yasaya göre, 16 yaş üstü tüm erkeklerin kişisel bilgi ve istihdam bilgilerini içeren belge taşımaları zorunlu tutulmuştur (Uçkan, 1986).

Apartheid rejimin beyazların üstünlüğüne dayalı toplumun her alanındaki eşitsiz ve ayrımcı politikaları nüfus politikaları ve kürtaj uygulamalarında da belirleyici olmuştur. Örneğin, bu yasalar doğrudan bir yandan siyahların yoksullaşmasına, diğer yandan ailelerin parçalanmasına yol açmıştır. Dolaylı olarak ise yoksullaşan ve parçalanan ailelerin cinsel yaşam pratiklerini etkileyerek istenmeyen gebelik sıklığını ve kürtaja olan talebi artırmıştır. Erkekler çalışmak için kente göç etmek ve buralardaki bantu kentlerinde yaşamak zorunda kalınca, kentlerde ikinci bir aile kurmuşlardır. Kırsalda çocukları ile tek başına kalan kadınlar, çoğunlukla ekonomik nedenlerle eşleri dışında cinsel partner edinmişlerdir (Coovadia, 2009). Bunlara ek olarak kadınlar, Apartheid rejiminde etnisite, cins ve sınıf olmak üzere üç boyutlu mağduriyet yaşamışlardır (Afrika Stratejik Araştırmalar Merkezi, 2012).

1. 2. 1996 Yılına Kadar Nüfus Politikaları ve Kürtaj Yasaları

Güney Afrika'da kürtaj yasası, 1975 yılına kadar Roma-Hollanda hukukuna göre düzenlenmiş ve sadece gebeliğin anne yaşamı için tehdit oluşturduğu durumlarda kürtaja izin verilmiştir (Grelewicz, 2011). 1970'li yıllar, kapitalizmin yapısal krizini aşmak için neoliberal ekonomi politikaları yaşama geçirdiği yıllardır. 1967-1987 yılları arasında çok

sayıda kapitalist ülkede özellikle annenin ve fetusun sağlığını tehdit eden durumlarda kürtaja yasal izin verilerek genel bir uzlaşma sağlanmıştır (Özkan, 2012). Dünya genelindeki bu yaklaşımla uyumlu olarak, Güney Afrika'da 1970'li yıllarda Kürtaj Reform Eylem Grubu gibi kadın örgütlerinin ve tıbbi çevrelerin kürtajla ilgili yasal kapsamın genişletilmesine yönelik baskıları artmıştır. Bu baskılar yeni bir kürtaj yasasının yapılmasını gündeme getirmiştir. Ancak Güney Afrika'nın 1994 yılına kadar nüfus politikaları ve kürtaj yasalarında, toplumsal ihtiyaçlardan ve baskılardan daha çok parlamentodaki bakanların beyaz nüfusun artmamasına yönelik endişeleri belirleyici olmuştur. Ulusal Parti Hükümeti, beyazlar, siyahlar ve melezler olmak üzere farklı etnik gruplara farklı nüfus politikaları uygulamıştır. Beraberinde beyazların nüfus artış hızının durgunlaştığı, siyah nüfusun çok hızlı büyüdüğü, siyah ve melez nüfusun ülke kaynakları üzerinde büyük bir yük haline geldiğini ileri süren ırkçı propagandalar yapılmıştır. Bantu Yönetimi Kalkınma Bakanı Botha'nın beyaz vatandaşlardan Afrika kıtasında bir batılı ve Hıristiyan ülke olarak varlıklarını sürdürebilmeleri için yeterli sayıda çocuk sahibi olarak fedakarlık yapmalarını istemesi hükümetin bu görüşünün somut örneğidir. Hükümet ayrıca beyaz kadınları çocuk doğurmaya cesaretlendirmek için vergi teşvikleri uygularken, siyah ve melez kadınlar için gebeliği önleyici yöntem kullanımını teşvik etmiştir. Doğum kontrol yöntemi Apartheid hükümetin ırkçı politikalarına hizmet eden bir araç haline dönüşmüştür. Hükümetin bu doğrultudaki politikalarına dini kurumlar da destek olmuştur. Tahmin edilebileceği gibi, ülkedeki pek çok dini grup kürtaja karşı olmuştur. Hollanda Reformist Kilise, Güney Afrika resmi kilisesi dini nedenler yanında, ırkçı nedenlerden dolayı, yeni bir yasaya karşı çıkmış ve beyaz nüfusun üstünlüklerini korumak için nüfuslarının artması gerektiğine yönelik propaganda yapmıştır (Guttmacher, 1998).

Üyelerinin tümü beyaz erkeklerden oluşan bir komite, 1973'de hükümetin beyaz nüfusa yönelik pronatalist tutumuna uygun bir kürtaj yasa taslağı hazırlamıştır. Yasa taslağı 1975 yılında 72 nolu Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası olarak kabul edilmiştir. Bu Yasa'ya göre kürtaja dört koşulda izin verilmiştir. Bunlar: 1) gebeliğin kadının yaşamını tehdit etmesi 2) gebeliğin kadının fiziksel ve mental sağlığını tehdit etmesi 3) çocukta fiziksel veya mental anomaliye neden olacak önemli bir riskin olması 4) gebeliğin tecavüz, ensest ilişki ya da zihinsel engelli kişi ile ilişki gibi yasa dışı ilişki sonucu oluşmasıdır (Guttmacher, 1998). Yine bu Yasa'ya göre, kadınların tıbbi

koşullara dayanarak, yasal kürtaj yaptırabilmeleri için iki hekimden onay alması zorunluluk olmuştur. Kürtaj kadınının mental sağlık sorunu nedeni ile yapılacaksa bu durumda psikiyatri uzmanından onay zorunluluk olmuştur (Gutmacher, 1998). Dördüncü koşul nedeni ile kürtaj olmak istendiğinde ise yasadışı ilişkinin kanıtlanması gerekliliktir. Tecavüz veya ensest ilişki sonucu oluşan bir gebeliğin sonlandırılması için kadın, ilişkinin gerçekleştiği yerdeki bölge mahkemesinin durumu polise bildirildiğini gösteren belgeyi kürtajın yapılacağı hastane yönetimine sunmak zorundadır (Grelewicz, 2011). Böyle olunca, yasadaki katı şartlar ve gerekli prosedürler yasadaki koşullar altında bile siyah kadınların kürtaj yaptırmasını engellemiştir (Benson, 1996; Blanchard, 2003). Yasa sınıf, ırk ve ekonomik nedenlerden dolayı kadınların güvenli kürtaj olanaklarına ulaşmasında eşitsizliklere yol açmıştır (Grelewicz, 2011). Yasadan çoğunlukla kentli, zengin ve beyaz kadınlar yararlanmıştır (Mhlanga, 2003). Apartheid politika, eğitim ve iş imkanlarını siyah kadınlar için sınırlandırırken, beyaz kadınlar için kolaylaştırmıştır. Fırsat ve avantajlardan yararlanan beyaz kadınlar için küçük aile daha cazip hale gelmiş ve aile planlaması yöntemleri ve kürtaj hizmetlerine talepleri artmıştır. Bu kadınlar kürtaj için ya "yasal koşullara uygun" özellikle gebeliğin mental iyilik haline zarar verme koşuluna dayanarak kamu hastanelerinde ya da maddi imkanlarını kullanarak özel sektörde kürtaj yaptırabilmiştir. Yasadaki şartları sağlama ve prosedürleri tamamlama zengin beyaz kadınlar için daha kolay olmuştur. Hatta bu kadınlar gerektiğinde kürtaj için İngiltere'ye dahi gidebilmişlerdir (Gutmacher, 1998). Buna karşılık, düşük ücretli ve güvencesiz işlerde çalışan siyah ve melez kadınların istenmeyen gebeliği sonlandırma şansları neredeyse yoktur. 1980'li yıllarda kürtaj olmak isteyen bu kadınların %60'ının talebi reddedilmiştir (Grelewicz, 2011). Durban'da bir hastanede 1989-1994 yılları arasında sadece 62 yasal kürtaj yapılmıştır (Matchaba, 1995). Her yıl gerçekleşen 1000-1500 yasal kürtaj yaptırılanların hemen hemen tamamı beyaz kadınlardır (Gutmacher, 1998). Siyah bir kadının kürtaj maliyetini karşılayabilse bile kürtaj yapmaya istekli eğitilmiş bir hekim bulması oldukça zor olmuştur. Bu durumda yoksul ve bürokratik işlemleri yerine getiremeyen kadınlar için iki seçenek kalıyordu: sağlıksız koşullarda kürtaj yaptırmak ya da hayatlarını tehlikeye atarak, örgü şışı, deterjan gibi tehlikeli yöntemlerle gebeliklerini sonlandırmak (Gutmacher, 1998; Grelewicz, 2011). 1975-1996 yılları arasında yılda 120.000-250.000 güvensiz kürtaj yapılmıştır (Benson,

2011). Sonuç olarak, "Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası" kısıtlayıcı koşullarından, zorunlu prosedürlerinden dolayı kadın sağlığı açısından önemli bir gelişme sağlayamamıştır. Ülkede sadece yüz kürtajdan biri yasal kürtaj olarak gerçekleşmiştir. Yasal kürtaj haklarından yararlanarak, sağlıklı koşullarda kürtaj yaptıranlar ise zengin beyaz kadınlardır. Ülkedeki kürtaj yasaının kırsalda yaşayan, yoksul ve eğitimsiz siyah kadınlar aleyhine yarattığı bu eşitsizlik yeni kürtaj yasaının çıkmasında önemli bir gerekçe olmuştur (Mhlanga, 2003).

Güney Afrika'daki 1996 yılına kadar olan dönemdeki diğer bir kürtaj yasağı 1985'de Ciskei'de çıkarılmış olan "Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası"dır (Cook, 1988). Ciskei, Güney Afrika'daki 1983'de sözde "bağımsızlık" verilen dört bantu devletinden biridir. Dış politikada tümüyle Güney Afrika'ya bağlı olan sınırları içinde en küçük iş olanağı bulunmayan bu bölgeler başka ülkelerce "bağımsız" olarak kabul edilmemektedir (Uçkan, 1986). Ciskei'deki Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası 1975 yasağındaki gibi anne ve fetusun sağlık durumu tehlikede ise ve fetusun anomali ya da malformasyon riski varsa, tecavüz ve diğer cinsel suçlar söz konusu ise kürtaja yasal olarak izin vermiştir (Cook, 1988).

2- 1994 Sonrası Güney Afrika: Afrika Ulusal Kongresi Yöntemi ve Kürtaj Yasası

2.1. Nelson Mandela Dönemi (1994-1999)

İrkçi Apartheid rejimin geniş ölçüde yıkıldığı 1990'lü yıllardan sonra ülkede önemli gelişmeler yaşanmıştır (Sak, 2007). İlki, 27 Mayıs 1994'de yapılan ve siyahların ilk kez oy kullandığı, ilk demokratik seçim sonucu Apartheid rejimin yıkılmasıdır. Nelson Mandela'nın lideri olduğu ve ırkçı beyaz rejime karşı mücadelenin bayraktarlığını yapan merkez sol çizgideki Afrika Ulusal Kongre (ANC) hükümeti yönetime gelmiştir (Özkan, 2009). ANC, 1999, 2004 ve 2009 yıllarında düzenlenen seçimleri tek başına hükümet kurabilecek çoğunlukla kazanmıştır. Bu hükümet, Nisan 2009'da yapılan seçimlerde oyların yüzde 65'ini alarak beş yıllığına yeniden iktidara gelmiştir. Gelecek seçimler 2014 yılında yapılacaktır (Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı, 2011). Genel olarak 1994 sonrası Güney Afrika politikaları üçe ayrılabilir: Mandela Dönemi (1994-1999), Mbeki Dönemi (1999-2009) ve Zuma Dönemi (2009'da günümüze) (Özkan, 2009; http://tr.wikipedia.org/wiki/Jacob_Zuma, 2012). Apartheid rejimi 1994 yılında yıkıp ilk demokratik seçimle Nelson Mandela liderliğinde yönetime

gelen ANC hükümeti Apartheid rejim döneminde yaşanan acıları silmek ve eşitsizlikleri gidermek için Anayasayı insan hakları ve eşitlik üzerine inşa etmiştir. Nelson Mandela dönemi Güney Afrika toplumu için uzlaşma, dönüşüm ve demokratik bir ortama adapte olma süreci olarak tanımlanabilir (Özkan, 2009). Mandela döneminin bu özellikleri nedeni ile 1994 sonrası ANC hükümeti döneminde kürtaj konusu Mandela (1994-1999) ve Mandela sonrası (1999'de günümüze) dönem olarak ikiye ayrılarak incelenmiştir. Kürtajın yasal olarak serbestleşmesi, kadın hakları ve halk sağlığı sorunu olarak gündeme alınması ANC siyasi programının bir parçası olmuştur (Grelewicz, 2011). Mandela döneminde yeni anayasa ile kadınlara karşı ayrımcılığın kaldırılması ve üreme sağlığı hakları güvence altına alınmıştır. Hükümet'in vermiş olduğu insan haklarını genişletme ve önceden baskı gören nüfusu özgürlüğüne kavuşturma sözü yeni kürtaj yasasını da şekillendirmiştir (Benson, 2011).

2.2. İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası

ANC siyasi kampanya yürütürken, kürtajı suç kapsamından çıkarmaya ve pek çok Güney Afrikalı kadın için yasal kürtajı imkansız hale getiren katı koşulları ortadan kaldırmaya söz vermiştir (Grelewicz, 2011). Yapılan araştırma sonuçları da bu yeni düzenlemelere zemin oluşturmuştur. Güney Afrika Tıbbi Araştırma Komisyonu'nun yaptığı kürtaj araştırmasına göre, 1994 yılında yaklaşık 45 bin kadın düşük nedenli sağlık sorunlarından dolayı hastaneye başvurmuştur. Bunlardan 12 bini düşük nedenli ciddi sağlık sorunları yaşamıştır. Yaklaşık yarım milyon kadın ise yasal olmayan kürtaj komplikasyonları sonucu ölmüştür. Bu rakamlar kadın sağlığı açısından yaşanan kötü sonuçların ipuçlarını vermekle birlikte, aslında buzdağının sadece görünen yüzüdür. Çünkü kürtaj sonrası hastaneye ulaşmadan ölen veya herhangi bir nedenle sağlık hizmetlerine ulaşamayan özellikle yoksul ve kırsal alanlarda yaşayan kadınlar bu rakamlara dahil değildir. Komisyon'un yaptığı araştırma kürtajla ilgili sağlık sorununu yansıtanın yanı sıra, iki önemli konuyu da açıkça göstermiştir. Birincisi; gençler daha fazla risk altındadır. 20 yaş altı kadınlarda tamamlanmamış düşük nedeniyle hastane başvuruları üç kat daha fazladır (Gutmacher, 1998). İkincisi ise eşitsizliktir. Kürtaj komplikasyonları nedeni ile hastaneye başvuran kadınların sadece %1'i beyaz, %84'ü siyah kadınlardır. Zengin beyaz kadınlar yasal kürtaj yaptırdıkları veya yasa dışı kürtajı daha eğitilmiş sağlık çalışanlarına yaptırdıkları

için komplikasyon görülme olasılığı daha düşüktür. Beyaz kadınlar ülkedeki üreme yaşındaki kadınların %10'unu oluşturmaktadır. Üreme yaşındaki on kadından sadece biri beyaz kadın olmasına rağmen, 1994'de gerçekleşen 2180 yasal kürtajın %61'ini beyaz kadınlar yaptırmıştır. Komisyon tarafından yapılan bu araştırma sonuçları, 1996 yasasının kabul edilmesinde önemli rol oynamıştır (Mhlanga, 2003; Blanchad, 2003). Yeni yasa hazırlıkları kapsamında hükümet ayrıca yürürlükte olan Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası'nı ve ülkedeki kürtaj durumunu incelemek için Özel Amaçlı Kürtaj ve Sterilizasyon Komisyonu oluşturmuştur. Yirmi altı üyeden oluşan komisyonun on beş üyesi kadındır. 1975 yasası için kadınların görüşünün alınmadığı dikkate alındığında, bu yeni yasa çalışmalarında kadınların varlığı önemli bir gelişmedir. Komisyon, yaptığı incelemelerin sonuçlarını rapor olarak hükümete iletmış ve 1975 Yasası'nın iptalini önermiştir. Raporu dikkate alan ANC hükümeti on dört hafta kadar isteğe bağlı kürtajın yapılmasına izin verilmesi için parlamento yasa tasarısı sunmuştur. Taslak, kürtaj yanlısı ve kürtaj karşıtı gruplar arasında ateşli tartışmalara neden olmuştur (Benson, 2011). Yeni kürtaj yasasını destekleyen kadın sağlığı ve hakları grupları Üreme Hakları Birliği'ni kurarak, daha liberal bir yasa için mücadele etmişlerdir. Birlik 1995 ve 1996 yıllarında yaptıkları toplantılarda konuyu halk sağlığı ve eşitlik temelinde tartışmıştır. Toplantılara katılan parlamento üyelerine 1975 Yasası'nın değişmesi gerektiğini başarılı şekilde anlatmış ve yeni yasa için plan hazırlamıştır (Blanchad, 2003). Bu Yasa'nın tam olarak iptali ve 1996 yılında yeni kürtaj yasasının kabul edilmesi uzun bir süreç almıştır. ANC hükümetinin kadın haklarını gündemine almasına rağmen, hükümet içinde kürtajın liberalleşmesine karşı farklı düşüncede olanlar vardır. Nitekim bu farklı düşünceler yasanın oylama sonuçlarına da yansımıştır. Yasa 209'a 87 oyla kabul edilirken, parlamento üyelerinin beşi çekimser, 99'u boş oy kullanmıştır (Benson, 2011). Bunun sonucunda, yasa taslağında bazı değişiklikler yapılarak, Nelson Mandela'nın onayı ile İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası (The Choice on Termination of Pregnancy Act-CTOP, No:92) 12 Kasım 1996 tarihinde yasalasmıştır (Benson, 2011; Grelewicz, 2011). Yasa 1 Şubat 1997 tarihinde uygulamaya geçmiştir (Benson, 2011). Yasasının amacı istenmeyen gebeliklerin neden olduğu ölümleri önlemek ve kürtaj hizmetlerini özellikle kırsal bölgelerdeki kadınlar olmak üzere tüm kadınlar için ulaşılabilir hale getirmek ve eşitsizlikleri önlemektir. Bu nedenle, ebelere kürtaj yapma yetkisi

verilmiştir (Moodley, 2003; Grelewicz, 2011). Yasada ayrıca kürtajın, uygun malzeme ve acil hizmetlerin bulunduğu lisanslı kurumlarda çalışan eğitimli ebeler ve hekimler tarafından yapılabileceği belirtilmiştir (Choice on Termination of Pregnancy Act, 1996). Yasa kadınların yaşlarına, evlilik durumlarına bakmadan ve eş/partner/ebeveyn izni istemeksizin kürtaj koşullarını üç döneme göre tanımlamıştır:

I- 12 haftalık gebeliklerde: isteğe bağlı kürtaj olabilir

II- 13-20 haftalık gebeliklerde: bir hekim onayı ile dört koşulda kürtaja izin verilir:

a- gebeliğin kadının fiziksel veya mental sağlığı için risk oluşturması

b- fetusta fiziksel veya mental anomaliye neden olabilecek önemli bir riskin varlığı söz konusu ise

c-gebeliğin tecavüz veya ensest ilişki sonucu oluşması

d- gebeliğin devam etmesi durumunda kadının sosyal ve ekonomik koşullarının önemli ölçüde etkilenecek olması

III- 20. gebelik haftasından sonra: iki hekim veya bir hekim ve bir ebenin gebeliğin devamının kadının hayatını için tehlikeli olduğu veya fetüste ciddi bir anomali ile sonuçlanacağını onaylaması ile kürtaja izin verilmiştir (Grelewicz, 2011).

2.3. İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası'nın Anayasal Dayanakları

Kürtaj hakkı Güney Afrika Anayasa'sının pek çok maddesinde desteklenmektedir. Anayasa'nın önsözündeki: "geçmişte yaşanan adaletsizliklerin farkındayız; adalet ve özgürlük için açtığımız çekenleri saygıyla anıyoruz; geçmişte yaşanan bölünmüşlükleri onarmak ve demokratik değerlere, sosyal adalete ve temel insan haklarına dayalı bir toplum inşa etmek amacıyla bu Anayasa'yı Cumhuriyetimizin en üst yasası olarak kabul ediyoruz" ifadesinde de bu görülmektedir. Anayasa'nın birinci bölümünde Güney Afrika'nın kuruluş değerleri dört maddede belirtilmiştir. Bunlardan birincisi insan onuru, eşitliğinin sağlanması ve insan hak ve özgürlüklerinin geliştirilmesi, ikincisi ırkçılık ve cinsiyet ayrımcılığıyla mücadeledir. Anayasa'nın ikinci bölümünde ise Temel Haklar Bildirgesi'ne yer verilmiş ve bu hakların Güney Afrika demokrasisinin temel taşı olduğu belirtilmiştir. Bu bölümdeki eşitlik (9. Md), kişi

özgürlüğü ve güvenliği (12. Md), sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik (27. Md) hakları kadınların kürtaj haklarının anayasadaki dayanaklarıdır. Anayasadaki bu maddelere göre: herkesin; eşitlik hakkı-9(1) md; cinsiyet, gebelik, medeni durum ...nedenli ayrımcılıktan korunma hakkı-9(3) md.; çocuk sahibi olma konusunda karar verme hakkı-12(2-a) md; kendi bedeninin güvenliğini ve denetimini sağlama hakkı-12(2-b) md.; üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma hakkı-27(1-a) md. vardır. Yasa ayrıca herkese üreme sağlığı, aile planlaması ve gebeliği sonlandırma hizmetlerini sağlama ve kişilerin bu haklarından yararlanması için gerekli tedbirleri alması için devlete sorumluluk yüklemiştir-27(2) md. (Güney Afrika Cumhuriyeti Anayasası, 1996).

2.4. İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası'nın Kadın Sağlığına Etkileri

Kürtaja izin veren yasaların, kürtaj yasağının yol açtığı hastalık ve ölümleri önemli ölçüde azalttığı bir gerçektir. Güney Afrika'da 1996 yılında çıkan kürtaj yasası bu gerçeği doğrulamaktadır. Bu tarihten sonra ülkede güvensiz koşullarda yapılan kürtajlar azalmıştır (Moodley, 2003). Grafikte de görüldüğü gibi, 1994 yılında güvensiz kürtaj sonrası oluşan sağlık sorunları 1.000 kürtaj'da 32.69 ölüme neden olurken, 1998 yılında bu, 0.80 ölüme düşmüştür. Daha sonraki yıllarda bu sayı sabit kalmış veya çok az azalmıştır. 1994 yılı ile karşılaştırıldığında 1998-2001 döneminde güvensiz kürtaj nedeni ile ölümler %91 azalmıştır. 2005-2007 döneminde yıllık kürtaj nedeni ölümler tüm anne ölümlerinin sadece %3.3'ünden sorumludur (Benson, 2011).

1996 sonrası tamamlanmamış kürtaj nedeni ile hastane başvuruları ve yoğun bakım yatışları da azalmıştır. Durban'daki bir hastanede 2003'de tamamlanmamış kürtaj nedeni ile jinekoloji servisine başvurular %5, septik abortus nedeni ile yoğun bakım servisine yatışlar %2'dir (Moodley, 2003; Mhlanga, 2003). 1996 yılından önce aynı hastanede aynı nedenlerle jinekoloji servisine başvurular beş kat, yoğun bakım servisine yatışlar ise on üç kat daha fazladır (Shweni, 1992).

3- 1999 Yılından Günümüze ANC Hükümeti Dönemi ve Kürtaj ile İlgili Durum

Mandela ülkede eşitlikçi bir yapı oluşturmak için çok çabalamış ve bunu hukuksal olarak başarmıştır. Ancak dünyanın en demokratik anayasalarından birine sahip Güney Afrika'da toplumsal alandaki durum çok farklıdır. Güney Afrika, Afrika'nın

en zengin ülkesidir. Batılı şirketlerin Afrika'da bulunan genel merkezlerinin neredeyse tamamı Güney Afrika'dadır. Ancak aynı zamanda dünyada eşitsizliğin en yoğun olduğu ülkedir. Özellikle siyah nüfusun yoksulluk içinde yaşadığı ülkede işsizlik %40 düzeyindedir. Nüfusun %10'luk kesimi ülkede üretilen zenginliğin yarısından fazlasına sahiptir (Tören, 2009). Ülkedeki bu durum sömürge ve ırkçı rejim dönemi uygulamaları ve günümüz politikalarının sonucudur. ANC hükümeti, sömürge döneminin ve ırkçı Apartheid rejiminin toplumun her alanında ürettiği ırk üstünlüğü, cinsiyet hiyerarşisi, sınıf şovenizmi, şiddet kültürü, yoksulluk ve eşitsizlikleri miras olarak almıştır. Hem bu miras hem de yeni hükümetin kapitalist sistemle bağlarını devam ettirmek zorunda kalması ile günümüzde halen yoksulluk ve eşitsizlikler devam etmektedir. Ülkenin siyahlar aleyhine olan kötü tarihinin tersine çevrilememesinin nedeni ülkelere dayatılan Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) kaynaklı ekonomik politikalarıdır (Altıntop, 2011). ANC hükümetinin verdiği ulusal özgürlük mücadelesine bölgedeki emek hareketlerinin zorlaması ile batılı kapitalist çevreler insan hakları bağlamında destek vermiştir. Bu destek karşılığında istedikleri diye: piyasa dostu bir ülkedir. Diyet ödenir ve DB gibi sermaye sınıfının kuruluşlarıyla birlikte ekonomi programları yürütülmeye başlanır. Liberalleşme, serbestleşme, özelleştirme gibi söylemleri ve uygulamaları içeren politika ile birlikte birçok kamu kuruluşu özelleştirilmiştir. Kamuda özelleştirme, taşeronlaştırma gibi uygulamalarla binlerce kişi işsiz kalmıştır (Tören, 2009). Ülkedeki durumu Güney Afrika'da aktivist Mandeeze'nin sözleriyle özetlemek mümkün: "Elvada ırk ayrımcılığı hoş geldin sınıf ayrımcılığı" (Çiçek, 2012a).

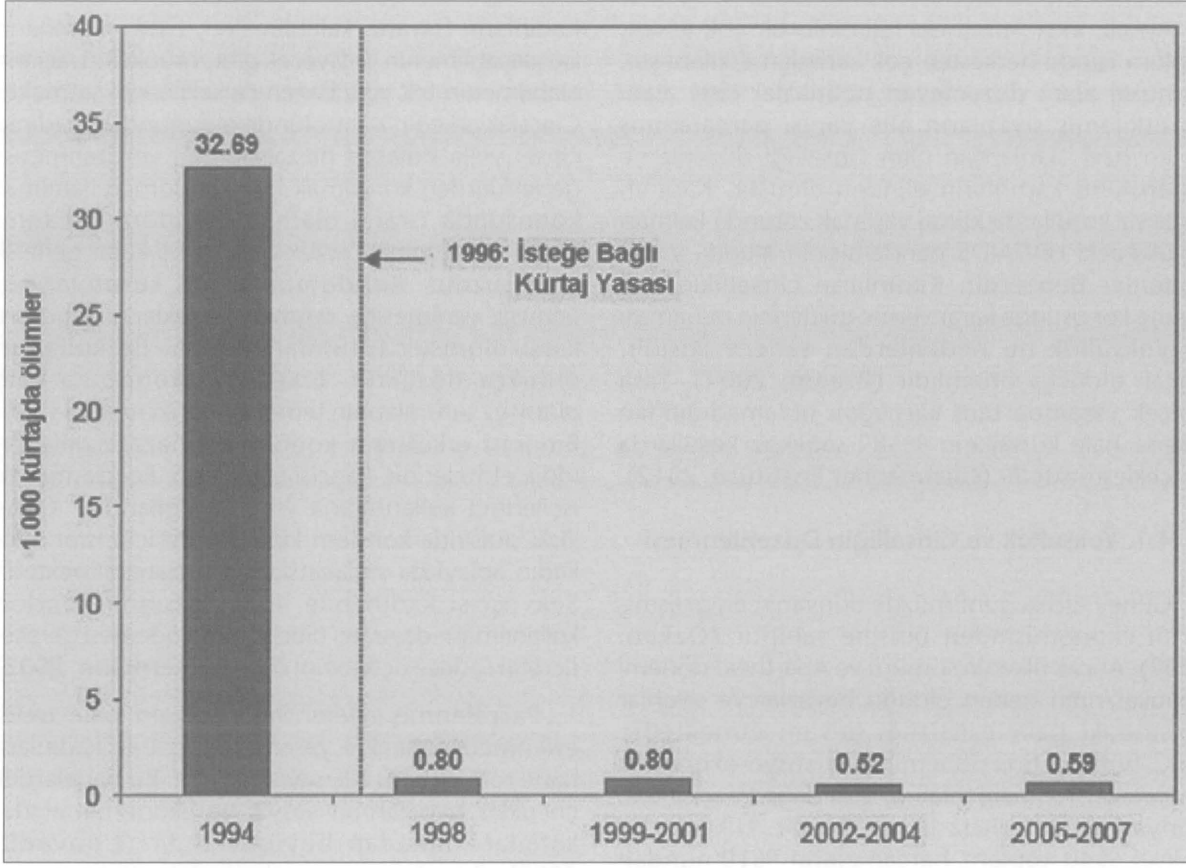
İkibinsekiz yılında 196 ülkedeki düşük yasaları incelendiğinde, 56 ülkede kısıtlama olmaksızın kürtaja izin verildiği görülmektedir. Bu ülkeler dünya nüfusunun %40'ını oluşturmaktadır ve bu ülkelerden biri de Güney Afrika'dır (Boland, 2008; Özkan, 2012). İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasa'nın tanıdığı kürtaj hakkını kadınların kullanabilmesi Sağlık Bakanlığı'nın kürtaj hizmeti verecek sağlık çalışanı yetiştirmek ve kürtaj klinikleri açma çalışmaları olumlu sonuç vermiştir. Ancak kadın sağlığında görülen olumlu gelişmeler istenen düzeye ulaşamamıştır. Kürtaj hizmetlerini verecek çalışan niceliği ve niteliği, kurum yetersizliği, kürtaj hizmetlerine yeterli bütçe ayrılmaması gibi nedenler yanında, bazı önemli toplumsal nedenlerden dolayı da istenmeyen gebelikler ve sağlıksız koşullarda gerçekleşen kürtaj halen yaygındır (Moodley,

2003). Güney Afrika'da her sekiz gebelikten biri kürtajla sonlanmaktadır. Günde 233, yılda 85.000'den fazla kürtaj gerçekleşmektedir. Güney Afrika'da 1997 yılında 26.519 olan kürtaj sayısı 2006 yılında 83.913'e yükselmiştir. On yıllık sürede kürtaj yaklaşık %300 artmıştır. Bu artışta kürtajların kayıt altına alınmasının önemli rolü vardır (<http://www.abort97.co.za>). Bu yüksek rakamlar aynı zamanda kürtaja olan talebi ve istenmeyen gebeliklerin fazlalığını göstermektedir. Aile planlaması hizmetlerini kamu sağlık kurumlarından ücretsiz olarak verilmesine rağmen, cinsel aktif kadınların %61'i bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır. En sık kullanılan doğum kontrol yöntemleri enjekte edilen kontraseptifler ve oral kontraseptifler ve kadın sterilizasyonudur. Kadınların çok az kısmı (%7) hem cinsel yolla bulaşan hastalıklardan hem de gebelikten korunmak için kondom kullanmaktadır (Cooper, 2004).

Güney Afrika'da kürtaj hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmak için 2004'de İsteğe Bağlı Gebeliği Sonlandırma Yasası'nda değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerden birisi, yasanın uygulandığı ilk beş yıl içindeki ebelerin kürtaj uygulamaları değerlendirilmesi sonucu hemşirelere 12 haftaya kadar olan gebelikleri sonlandırma yetkisi verilmesidir. Diğer bir düzenleme kürtaj klinikleri üzerindeki düzenleyici yetkinin yerelleştirilmesidir. Kürtaj kliniklerine onay verme yetkisi sadece Sağlık Bakanlığı'na ait iken, yeni düzenleme ile yerel yöneticilere de yetki verilmiş ve kurulmaları için gereken şartlar hafifletilmiştir. Düzenleme 24 saat kadın sağlığı hizmeti veren sağlık kurumlarına bakanlığın izni olmadan birinci trimestir kürtaj hizmetleri sunma yetkisi vermiştir (Boland, 2008; Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act, 2004).

4. Yasa Neden Yaşamda Karşılığını Bulamıyor?

Güney Afrika Bölgesi'nin kürtaj ve sağlık sonuçlarının diğer Afrika bölgelerine göre daha iyi durumda olmasının nedeni, Güney Afrika'nın ekonomik ve politik yapısı ile onun üreme sağlığı ve kürtaj uygulamasına yansımalarıdır. Ancak, emperyalist ve ataerkil ideolojinin cinsiyet alanındaki varlığının en somut görüntüsünü de Güney Afrika örneğinde incelemek mümkündür. Çünkü ataerkil yapı ve yoksulluk nedeni ile kadınların cinsel ve üreme yaşamları hakkında karar verme güçleri ellerinden alınmıştır. Kadınlar cinsel ilişkiden kaçınmadıkları ve/veya kondom kullanarak güvenli hale getirmediikleri için istenmeyen gebelik ve HIV/



Şekil 1. Güney Afrika'da 1994-2007 yılları arasında 1.000 kürtajda, kürtaj nedeni ile anne ölümleri

AIDS riskleri ve sağlıksız koşullarda gerçekleşen kürtaj sıklığı yüksektir (Braam, 2004). HIV/AIDS epidemisi örneğinde net olarak ortaya çıkan sağlık, yoksulluk ve küresel yeniden yapılanma arasındaki toplumsal cinsiyet bağlantılarının önemini kürtaj konusu için de söylemek mümkündür. Yoksulluk ve cinsiyet eşitsizliği nedeni ile kadınların güvenli olmayan sekse itiraz edememeleri veya kendileri ve çocuklarının hayatta kalma koşullarının ortadan kalkması durumunda ücret karşılığında seks yaparak geçinmek zorunda kalmaktadır (Çiçeklioğlu, 2012). Güney Afrika, bu gerçeklerin açık bir şekilde ortaya çıktığı bir ülkedir. Güney Afrika'da 4.2 milyon kişi, diğer bir deyişle her on kişiden biri HIV/AIDS'li olarak yaşamaktadır. Yoksulluk ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kürtaj konusuna olumsuz etkisi ülkedeki HIV/AIDS sorununa etkisi ile benzerdir (Ackermann, 2002). Bu doğrultuda Güney Afrika'nın ırkçı ve sömürüye dayalı tarihinin kürtajla ilgili sorunlara ülkeye özel sorunlar eklediği görülmektedir. ırkçı tarih, tüm mekanizmaları ile toplumun her alanında kök salmıştır. ırkçı Apartheid rejiminin geçiş yasaları, toprak yasaları ve zorunlu ikamet yasaları ailelerin parçalanmasına ve yoksullaşmasına neden

olmuştur. Parçalanmış ve yoksul ailelerdeki genç kızlar ve kadınlar geçinebilmek için bedenlerini satmak zorunda kalmıştır. Nelson Mandela'nın liderliğinde verilen ulusal mücadele sonucu kurulan ANC hükümetindeki Mandela'nın kısa yönetimi döneminin bu köklerin tamamen söküp atılmasına yetmediğini söylemek gerekir. Bu nedenle ırkçı rejim ve kapitalist ideoloji ile şekillenen ve kadın sağlığına kürtaj özelinde yansıyan sorunlar bugün de devam etmektedir. Böyle olunca, ülkedeki aile planlaması ve kürtajla ilgili yasal çerçeveye rağmen, halen istenmeyen gebelikler ve sağlıksız koşullarda gerçekleşen kürtaj sayısı oldukça fazladır. Kürtajın yasal olması ve aile planlaması yöntemlerinin ulaşılabilir olması kadınların doğurganlık üzerindeki kontrolünü tek başına garanti altına almaz. Ataerkil, yasal, ekonomik, dinsel ve kültürel güç yapıları, kadınların cinselliklerini düzenleme, gebeliklerini planlama, kürtaj konusunda karar verme haklarını ellerinden alabilmektedir. 1996 kürtaj yasası, dünyanın en liberal kürtaj yasalarından biri olmasına rağmen, ülkenin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik nedenlerden dolayı yaşamda tam karşılığını bulamamaktadır.

Ayrıca, ırkçı Apartheid rejiminin bir çok yasası, toplum içinde herkesten çok kadınları etkilemiştir. Kamusal alanı düzenleyen politikalar özel alanı da etkilemiş siyahların aile yapısı parçalanmış ve en özel alanlardan olan cinselliği düzenleme kontrolünü kadınların elinden almıştır. Kadının sağlıklı koşullarda kürtaj yapmak zorunda kalması ve ülkedeki HIV/AIDS pandemisinin altında yatan nedenler benzerdir. Kadınların cinsellikleri ve üreme konusunda karar verme güçlerinin olmaması ve yoksulluk bu nedenlerden sadece ikisidir. Ancak oldukça önemlidir (Braam, 2004). Yasa gerçek yaşamda tam karşılığını bulamadığından ülkede hale kürtajların %58'i sağlıklı koşullarda gerçekleşmektedir (Guttmacher Enstitüsü, 2012).

4.1. Yoksulluk ve Cinselliğin Düzenlenmesi

Güney Afrika günümüzde dünyanın en gelişmiş yirmi ekonomisinden birisine sahiptir (Özkan, 2009). Ancak ülkenin sömürü ve Apartheid dönemi politikalarının neden olduğu beyazlar ve siyahlar arasındaki gelir eşitsizliği devam etmektedir. ANC hükümetini dönemindeki sosyo-ekonomik gelişmelere rağmen, refah ve gelir dağılımı açısından dünyadaki en eşitsiz ikinci ülkedir. Ülkenin en yoksul %40 toplam harcamaların %10'nundan sorumluyken, en zengin %10'nu %45'inden sorumludur (Woolard, 2002). Yaklaşık 50 milyon nüfusu olan ülkede, 18 milyon kişinin günlük geliri iki dolardan azdır. Ülkenin yarısı yoksuldur. Afrikalılar nüfusun %78'ini oluşturmasına rağmen, %95'i yoksulken beyazların %5'inden daha azı yoksuldur. Yoksul hanelerin toplamı içinde kadın reisli haneler çoğunluktadır (Woolard, 2002). Erkekler çalışmak için göç etmek zorunda kaldığından ülkede 2003'de siyah hanelerin %40'nın hane reisi kadındır (Ackermann, 2002; Coovadia, 2009). Hane reisi erkek olan hanelerin %28'i yoksulken, hane reisinin kadın olduğu hanelerde bu oran %48'dir (Woolard, 2002). Kadınların eğitim seviyelerinin düşük olması ve işsizliğin çok yüksek olması, iş bulma şanslarını imkansız hale getirmektedir (Ackermann, 2002). Kadınların erkeklere ekonomik bağımlılıkları, güvenli cinsel ilişki yaşama şanslarını azaltmaktadır. Özellikle düşük sosyo-ekonomik durumundaki kadınların cinsel ilişkiyi reddetme ve ilişki sırasında kondom gibi bariyer yöntem kullanma konusunda partneri ile konuşma şansları oldukça azdır. Kadının böyle bir talebi karşısında erkeğin kadına sağladığı finansal kaynağını kesme olasılığı oldukça yüksektir. Bazı kadınların ise yaşamını sürdürmek için seks işçiliği yapmaktan başka seçeneği yoktur (Cooper, 2004).

Kadınların hayatta kalabilmeleri, okul masraflarını karşılayabilmeleri ve yiyecek gibi zorunlu ihtiyaçlarını alabilmeleri tek yolu bazen cinselliklerini satmaktır. Cinsellik erkeğin kontrolünde olduğundan, kadınlar cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve istenmeyen gebeliklerden korunmak için kondom kullanılması konusunda ısrarcı olamaz. Kondom kullanma kararını çoğunlukla erkek verir ve bu karar genelde olumsuzdur. Kondomun kamu kurumlarında ücretsiz verilmesine rağmen, erkeklerin kondoma karşı olumsuz tutumları nedeni ile kullanımı oldukça düşüktür. Erkeklerin kondoma karşı olumsuz tutumlarının temel olarak iki nedeni vardır. Birincisi erkeklerin kondomun hazzı azalttığını iddia etmeleridir. İkincisi erkeklerin, kondomu seks işçilerinin kullandığına yönelik algılarıdır. Cinsel ilişki sırasında kondom kullanılması için ısrar eden kadın kolaylıkla sadakatsizlikle suçlanabilmektedir. Seks işçisi kadın bile ilişki sırasında kondom kullanılmasında ısrarcı olursa, erkek ödemesi gereken ücretin sadece üçte birini öder (Ackermann, 2002).

Parçalanmış aileler veya yaygın hale gelen evlenmeden birlikte yaşama nedeni ile kadınların hane reisi olduğu aile sayısı fazladır. Bu hanelerdeki çocuklar babalarının sosyal ve ekonomik açıdan katkıları olmadan büyümektedir (Coovadia, 2009). Parçalanmış ve yoksul ailelerde hem anne hem de kızları yoksulluk ve şiddet-tecavüz nedeni ile sağlıklarını tehdit eden cinsel ilişki yaşamak zorunda kalmakta ya da buna zorlanmaktadır. Adölesanlar arasında istenmeyen gebelik oranları oldukça yüksektir. Güney Afrika Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre kadınların üçte biri 19 yaşına kadar en az bir kez gebe kalmaktadır. Gebeliklerin yarısından fazlası planlı değildir ve beş gebelikten biri istenmeyen gebeliktir (Cooper, 2004). Özellikle genç kızlar olmak üzere kadınlar arasında evlilik dışı gebelikler yaygındır. Kadınların yarısı 21 yaşına gelmeden evlilik dışı gebe kalmakta ve çoğunluğu kürtaj olmaktadır (Coovadia, 2009). Güney Afrika'da bir hastaneye tamamlanmamış düşük nedeni ile başvuran kadınların %84'ü bekar, %72'i işsizdir ve çoğunun sabit bir ilişkisi yoktur (Moodley, 2003).

4.2. Şiddet Kültürü ve Dünyanın Tecavüz Merkezi Güney Afrika

Kadınlar cinsel yaşamlarını düzenleyemedikleri için istemeden gebe kalmakta ve kürtaj olmaktadır. Cinsel yaşamı düzenleyememenin en ağır şekli tecavüz ve cinsel ilişkiye zorlanmadır. Güney Afrika, eşitlikçi ve şiddeti önlemeye yönelik

yasalara sahip olmasına rağmen, dünyadaki en fazla tecavüz vakasının gerçekleştiği ülkedir. Ülke, tecavüz vakaları nedeniyle dünyanın tecavüz merkezi olarak tanımlanmaktadır (Cooper, 2004). Erkekler, kondom kullanarak AIDS'ten korunmak yerine "bakire kızla seks" yapmanın, AIDS'i tedavi ettiğine inanmayı tercih etmektedir. Özellikle Kwazulu-Natal Bölgesinde yayılan bu efsane, artan çocuk tecavüz vakalarının nedeni olarak görülmektedir (Ackermann, 2002). Tecavüz olayının insan psikolojisi üzerindeki yıkıcı etkisi yanında, genç kızlar ve kadınlar, tecavüz sonrası oluşan gebeliklerde başlarının çaresine bakmak zorundadır. Bazen sağlıksız koşullarda kürtaj yaparak veya yaptırarak, hayatları pahasına. 2004'de Güney Afrika Polis Teşkilatı'na yaklaşık 53 bin tecavüz vakası bildirilmiştir (Cooper, 2004). Bu resmi kayıtlar tecavüz olgusunun sadece görünür yüzüdür. Ülkede vakaların sadece %2.8'i bildirilmektedir. Yapılan araştırmaların şiddet ve tecavüzün gerçek boyutunu daha iyi yansıttığı görülmektedir. Bir araştırmaya göre, kadınların %60'ı erkek arkadaşı veya eşi tarafından şiddete maruz kalmaktadır (Ackermann, 2002). Toplum tabanlı diğer bir araştırmaya göre ise, 17-48 yaş arası kadınlara tecavüz veya tecavüz girişimde bulunulma sıklığı 100.000'de 2.070'dir (Cooper, 2004). Genç kızların %30'u ilk cinsel ilişkilerini zorla yaşamakta ve sonra şiddet görek ilişkiye zorlanmaktadır (Ackermann, 2002). Anayasa ile güvence altına alınan hakların gerçek yaşamda karşılığını bulamamasının bir nedeni de ırk ayrımcılığı ve şiddet ortamında şekillenen ve toplumun hafızasına kazınan "erkeklik" algısıdır (Coovadia, 2009). Güney Afrika'da, "erkeklik", egemenlik, fiziksel güç, saldırganlık, askeri katkı gibi kriterlerle beslenmiş ve ırksal olarak da tanımlanarak şekillenmiştir (Coovadia, 2009; Çiçek, 2012b). Siyah erkekler bir taraftan bu erkeklik algısı ile yetişirken, diğer taraftan on yıllarca beyaz üstleri tarafından kendi "erkeklik" algıları altında aşağılanmaktadır (Çiçek, 2012b). Cinsel şiddetin bu kadar yaygın olduğu bir toplumda kadınların güvenli cinsel ilişki yaşama ve istenmeyen gebelik gibi sonuçlarından korunma şansları oldukça düşüktür (Ackermann, 2002).

Sonuç

Güney Afrika, diğer Afrika ülkelerine göre aile planlaması yöntem kullanımı ve kürtaj sonuçları açısından iyi durumdadır. Bu sonuçlarda 1996'da Nelson Mandela'nın imzası ile çıkan "İsteğe Bağlı Kürtaj Yasası"nın ve diğer sosyo-ekonomik faktörlerin önemli rolü vardır. ANC hükümeti yönetime geldiğinde, isteğe bağlı kürtaja yasal

olarak izin verilmiş ve kürtaj hakkını anayasal olarak da güvence altına alınmıştır. Yeni kürtaj yasası Apartheid rejiminin 1975 yılında çıkardığı "Kürtaj ve Sterilizasyon Yasası'nın yoksul siyah kadınlar aleyhine yarattığı eşitsizlikleri kısmen gidermiştir. Ancak Güney Afrika'nın 1994'den bu yana sahip olduğu eşitlikçi anayasası ve liberal kürtaj yasası kadınları ve kadın sağlığını gerçek yaşamda koruyamamaktadır. Apartheid rejim ve sömürge dönemlerinde yaratılan yoksulluk ve cinsiyet eşitsizliği günümüzde de devam etmektedir. Dünya genelinde uygulanan neoliberal ekonomi politikalar ve bunların dayattığı sağlık politikaları Güney Afrika'da da etkilidir. Çünkü mevcut neoliberal uygulamalar, Apartheid rejimdeki ırka dayalı ayrımcılığa ve eşitsizliklere sınıflar arası (emek-sermaye) ayrımcılığı ve eşitsizlikleri eklemiştir. Bunların kadınlara ve kadın sağlığına olumsuz etkileri ise giderek artmaktadır.

KAYNAKLAR

Ackermann, L., Klerk, G.W. (2002) Social factors that make South African women vulnerable to HIV infection. *Health Care for Women International*, 23(2):163-172.

Afrika Stratejik Araştırmalar Merkezi. (2012) Erişim adresi <http://www.afrika.com.tr/?pnum=46&pt=APARTHEİD> NEDİR Erişim tarihi: 06 Aralık 2012.

Altıntop, Ö. (2011) Dünya'yı Yöneten Gizli Örgütler. MYKitap, Altınoluk Matbaa, İstanbul

Benson, J., Andersen, K., Samandari, G. (2011) Reductions in abortion-related mortality following policy reform: Evidence from Romania, South Africa and Bangladesh. *Reproductive Health*, 8(39):1-12.

Benson, J., Nicholson, LA., Gaffucin, L., Kinotp SN. (1996) Complications of unsafe abortion in Sub-Saharan Africa: A review. *Health Policy and Planning*, 11(2):117-131.

Blanchard, K., Fonn, S., Xaba, M. (2003) Abortion law in South Africa: Passage of a progressive law and challenges for implementation. *Gaceta Medica de Mexico*, 139(1):109-114.

Boland, R. (2008) Developments in laws on induced abortion: 1998-2007. *International Family Planning Perspectives*, 34(3):110-120.

Braam, T., Hessini, L. (2004) The power dynamics perpetuating unsafe abortion in Africa a feminist perspective. *African Journal of Reproductive Health*, 8(1):43-51.

Choice on Termination of Pregnancy Act. (1996) No.92 of 1996, President's Office. Erişim adresi: <http://www.info.gov.za/acts/1996/a92-96.pdf>. Erişim tarihi: 8 Ekim 2012.

Choice on Termination of Pregnancy Amendment Act. (2004) Government Gazette, No. 27267, 11 February 2005. Erişim adresi: <http://www.info.gov.za/view/DownloadFileAction?id=67977> Erişim tarihi: 12 Kasım 2012

Cohen, S.A. (2009) Fact and consequences: Legality, incidence and safety of abortion worldwide. *Guttmacher Policy Review*, 12(4): 2-6.

Cook, R.J., Dickens, B.M. (1988) International developments in abortion laws: 1977-1988. *American Journal of Public Health*, 78(10):1305-1311.

Cooper, D., Morroni, C., Orner, P., Moodley, J., Harries, J., Cullingworth, L., Hoffman, M. (2004) Ten years of democracy in South Africa: Documenting transformation in reproductive health policy and status. *Reproductive Health Matters*, 12(24):70-85.

Coovadia, H., Jewkes, R., Barron, P., Sanders, D., McIntyre, D. (2009) The health and health system of South Africa: Historical roots of current public health challenges. *The Lancet*, 374(9692):817-834.

Çiçek, M. (2012a) Düz Saç ve Postkolonyalizm. Erişim adresi: <http://www.bianet.org/bianet/dunya/136425-duz-sac-ve-postkolonyalizm>. Erişim tarihi: 6 Aralık 2012.

Çiçek, M. (2012b) Güney Afrika Tecavüz "Rekortmeni". Erişim adresi: <http://www.yeniozgurpolitika.org/index.php?rupel=nuce&id=7039>. Erişim tarihi: 6 Aralık 2012.

Çiçeklioğlu, M. (2012) Kapitalizm kadın sağlığını nasıl etkiliyor?. *Toplum ve Hekim*, 27(4):295-303.

Grelewicz, L. (2011) Equality and abortion in post-Apartheid South Africa: Inspiration for choice advocates in the United States, Oregon. *Review of International Law*, 13(10):177-195.

Guttmacher Enstitüsü. (2012) Facts on abortion in Africa. Erişim adresi: www.guttmacher.org. Erişim tarihi: 8 Ekim 2012.

Guttmacher, S., Kapadia, F., Naude, J.T.W., Pinho, H. (1998) Abortion reform in South Africa: A case study of the 1996 choice on termination of Pregnancy Act. *International Family Planning Perspectives*, 24(4):191-194.

Güney Afrika Cumhuriyeti Anayasası. (1996) Anayasa Hukuku. Erişim adresi: <http://yenianayasa.tbmm.gov.tr/docs/guney-afrika.pdf>. Erişim tarihi: 06 Aralık 2012.

http://tr.wikipedia.org/wiki/Jacob_Zuma. (2012) Jacob Zuma. Erişim tarihi: 14 Ocak 2013.

http://www.abort97.co.za/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=18, (2008). Abortion Statistics in South Africa, Erişim tarihi: 06 Aralık 2012.

Matchaba, P., Moodley, J. (1995) Legal abortion: A five-year retrospective analysis at King Edward VIII Hospital, Durban, KwaZulu/Natal. *Obstetrics and Gynaecology Forum*, 2:29-33.

Mhlanga, R.E. (2003) Abortion: Developments and impact in South Africa. *British Medical Bulletin*, 67:115-126.

Moddley, J., Akinsooto, V.S. (2003) Unsafe abortions in a developing country: Has liberalisation of laws on abortions made a difference. *African Journal of Reproductive Health*, 7(2):34-38.

Özkan, M. (2009) Güney Afrika'nın uluslararası politikadaki yeri ve Güney Afrika dış politikası. *Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 5(14):19-36.

Özkan, Ö. (2012) Ülkelere göre kürtaja yönelik yasal düzenlemelere genel bir bakış. *Toplum ve Hekim*, 27(4):304-320.

Sak, G., Özçer, Ö. (2007) Anayasa Çalışma Metinleri 1/ Güney Afrika Anayasası: "Bir Ülkenin Ruhu". Erişim adresi: <http://www.anayasaplatformu.net/indir/guney-afrika-anayasasi.pdf>. Erişim tarihi: 08 Ekim 2012.

Shweni, P., Margolis, J., Monokwane, T. (1992) Abortions, the King Edward VIII hospital Experience. *Obstetrics and Gynaecology Forum*, 2:22-26.

Tören, T. (2009) Apartheid'ten Ulusal Demokratik Devrime (mi?). Erişim adresi: <http://www.bianet.org/bianet/dunya/113946-apartheid-ten-ulusal-demokratik-devrime-mi> Erişim tarihi: 6 Aralık 2012.

Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı (2011) Güney Afrika'nın Siyasi Görünümü. Erişim adresi: <http://www.mfa.gov.tr/guney-afrika-siyasi-gorunumu.tr.mfa> Erişim tarihi: 15 Ocak 2013.

Uçkan, G. (1986) Çağdaş Sömürgecilik ve Emperyalist Yayılma Örneği: Güney Afrika Cumhuriyeti. *Yarın Yayınları Yaşadığımız Dünya Dizisi*:23.05.02, İstanbul.

WHO. (2011) Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of The Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008. Geneva: World Health Organization. 6th ed. Erişim adresi: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf. Erişim tarihi: 08 Ekim 2012.

Woolard, I. (2002) An Overview of Poverty and Inequality in South Africa. Erişim adresi: http://sarpn.org/documents/e0000006/Poverty_Inequality_SA.pdf Erişim tarihi: 06 Aralık 2012.