

HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMALARI DERGİSİ

www.hasaud.com

DERLEME MAKALESİ

Bedensel Özerklik ve Bütünlüğün Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına Etkisi

The Effect of Bodily Autonomy and Integrity on Sexual and Reproductive Health

Onur Topçu¹, Pınar Okyay²¹ Araş. Gör. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, ORCID: 0009-0003-6479-2967² Prof. Dr., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye, ORCID: 0000-0002-3565-1490

ÖZET

Bu derleme makalesi ile cinsel sağlık ve üreme sağlığını bedensel özerklik ve bütünlük kavramları açısından incelemek, üreme adaleti ve önündeki engelleri vurgulamak amaçlanmaktadır. Bedensel özerklik ve bütünlük, tıp etiği ve hukuku açısından önemli kavramlardır. Bedensel özerklik, hastanın kendi kararlarını verebilme hakkını temsil ederken, bedensel bütünlük hakkı kişinin bedeninin fiziksel müdahalelerden arınmış olmasını ve bu konuda karar verebilme yetkisini korumasını sağlar. Bu ilkelere dayalı olarak bilgilendirilmiş onam doktrini ve hastanın özerkliğine saygı, modern tıp etiğinin temelini oluşturur. Kişinin özerkliği ve bütünlüğüne saygı, hekim ve hastanın birlikte hareket ederek karşılıklı rızaya dayalı bir karara varması gerektiğini vurgular. Bu süreçte kullanılan 'Ortak Karar Alma' modeli, hastaların yaşam deneyimleri ve toplumsal algıları dikkate alınarak bilinçli tercihler yapmasını sağlayan, klinisyenlerin hastalar ile en iyi kanıtları paylaştığı ve hastaların bilinçli tercihlerini desteklediği bir yaklaşımdır. Üreme adaleti kavramı ise bedensel özerklik, çocuk sahibi olma veya olmama hakkı ve çocuklarına güvenli bir ortamda ebeveynlik yapma hakkını içermektedir. Üreme adaleti mücadelesi, 1960'lardan bu yana sağlık hizmetlerinde ve toplumsal alanda sistematik eşitsizlikleri ele alarak kadınların ve kız çocuklarının yaşamın her alanında özgürce karar verebilmelerini hedefler. Ancak, ataerkil güç sistemleri ile beslenen toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve ırk, cinsel yönelim, yaş, engellilik vb. diğer ayrımcılık biçimleri, bu hakların önündeki engelleri oluşturmakta ve kadınların ve kız çocuklarının bedenleri üzerinde kontrol sahibi olamamalarına dolayısıyla da özerkliklerini sürdürmemelerine neden olmaktadır. Bu bağlamda, bedensel özerklik ve bütünlük haklarının güvence altına alınması, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın hakları mücadelesinde temel adımdır.

Anahtar Kelimeler: Bedensel özerklik, Bedensel bütünlük, Üreme sağlığı, Üreme adaleti, Bilgilendirilmiş onam

ABSTRACT

This review article aims to examine sexual and reproductive health in terms of bodily autonomy and integrity and to emphasise reproductive justice and the obstacles in front of it. Bodily autonomy and integrity are important concepts in medical ethics and law. While bodily autonomy represents the patient's right to make his/her own decisions, the right to bodily integrity ensures that one's body is free from physical interventions and protects the authority to make decisions in this regard. Based on these principles, the doctrine of informed consent and respect for the patient's autonomy form the basis of modern medical ethics. Respect for the autonomy and integrity of the person emphasises that the physician and the patient should act together to reach a decision based on mutual consent. The 'Shared Decision Making' model used in this process is an approach that enables patients to make informed choices taking into account their life experiences and social perceptions, where clinicians share the best evidence with patients and support patients to reach informed choices. The concept of reproductive justice includes bodily autonomy, the right to have or not have children and the right to parent their children in a safe environment. Since the 1960s, the struggle for reproductive justice has addressed systematic inequalities in health care and society, aiming to enable women and girls to make free decisions in all areas of life. However, gender discrimination fuelled by patriarchal power systems and other forms of discrimination such as race, sexual orientation, age, disability, etc. constitute obstacles to these rights and cause women and girls not to have control over their bodies and thus not to maintain their autonomy. In this context, securing the rights to bodily autonomy and integrity is a fundamental step in the struggle for gender equality and women's rights.

Keywords: Bodily autonomy, Bodily integrity, Reproductive health, Reproductive justice, Informed consent

Sorumlu Yazar: Onur Topçu, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

E-posta: onur.topcu@adu.edu.tr

Geliş tarihi: 24.06.2024; Kabul tarihi: 10.09.2024

© Halk Sağlığı Araştırma ve Uygulamaları Dergisi, HASUDER tarafından yayınlanmaktadır. Telif Hakları HASUDER'e aittir.

GİRİŞ

Etimoloji

Özerklik kelimesi Türk Dil Kurumu (TDK) Güncel Türkçe Sözlükte 'bir kişinin, bir topluluğun kendi uyacağı yasayı kendisinin koymas ve uygulaması, yad erklik karşıtı' anlamına gelirken İngilizce karşılığı olan 'autonomy' kelimesi, Yunanca autos=kendi ve nomos=yasa kelimelerinden köken almaktadır (1). Özerklik, kelime anlamıyla kendi kendini yönetme anlamına gelmektedir (2). Bedensel özerklik, kişinin kendi bedeniyle ilgili olarak kendi kararlarını verme kapasitesini korumaktadır (3).

Bütünlük kelimesi ise TDK Güncel Türkçe Sözlükte 'bütün olma durumu; tümlük' olarak tanımlanmaktadır (1). Etimolojik olarak bütünlük (İngilizce karşılığı: integrity) Latince "integer" kelimesinden gelir ve bütünlük, tamlık veya bozulmamış birlik anlamına gelmektedir. Bedensel bütünlük hakkı, kişinin vücudunun bir bütün olarak, sağlam ve fiziksel müdahalelerden arınmış olmasını sağlayan ve dolayısıyla kişinin kendi bedeninin özel kullanımını ve kontrolünü sağlayan haktır (2). Bedensel özerklik ile yakından ilişkili olan bedensel bütünlük hakkı, bireylerin rıza göstermedikleri fiziksel müdahalelerden kaçınarak yaşama özgürlüğünü korumalarını sağlar (4).

Onam açısından tedavi kararına ilişkin bilgi sağlama görevi, özerklik ilkesine dayanan bir görevdir. Bilgilendirilmiş onam gerekliliği, kişinin kendi bedeniyle ilgili olarak kendi (bilgilendirilmiş) kararlarını verme kapasitesinden (bedensel özerkliğinden) kaynaklanmaktadır. Buna karşılık, hastanın bir tedavi seçeneğinde yer alan eylemin niteliği hakkında bilgi sahibi olması gerekliliği, bedensel bütünlük hakkından kaynaklanmaktadır (3).

Hasta özerkliğine saygı ilkesi, modern tıp etiğinin merkezi olarak kabul edilmektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarının, hastanın tıbbi bakım konusunda kendi kararını belirli sınırlar dahilinde destekleme ve özellikle hastanın vücut bütünlüğüne saygı gösterme yükümlülüğü olarak anlaşılmaktadır. Bu anlayışın merkezinde bilgilendirilmiş onam doktrini yer almaktadır. Rızanın bireylerin kendi kaderini tayin etme hakkını temsil etmesi için, herhangi bir zorlama veya aldatmacadan uzak, bilinçli bir seçime olanak tanıyacak yeterli bilgiye dayanması gerekir (2). Ayrıca, hastanın tıbbi müdahaleyi ve hatta potansiyel olarak hayat kurtarıcı olabilecek müdahaleyi reddetme hakkının tanınması da gereklidir (5).

Tıp hukuku ve etik alanında özerkliğe saygı, kendi kaderini tayin etme veya seçme özgürlüğü anlamına gelmektedir. Karar verme yetkisinin hekimden hastaya geçmesi, 18. yüzyılda demokrasi kavramının ortaya çıkmasından bu yana batı dünyasında gelişmektedir. Tıp etiğinde yasal ve felsefi açıdan bedensel özerkliğin ön plana çıkmasında rol alan sosyopolitik faktörler:

- Nürnberg Mahkemeleri
- Demokrasinin yaygınlaşması
- Otoriteye karşı artan şüphecilik
- Halkın eğitim düzeyinin artması
- Sivil hakların yaygınlaşması
- Hukuk, ekonomi ve ticaretin tıbbi kararlara etkisi şeklinde sıralanabilir (2).

Karar veren kişilerin özerkliğine saygı ve bu kararların sorumluluğunu üstlenme, İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinin 1. maddesiyle yakından ilişkilidir: *"Tüm insanlar özgür; onur ve haklar yönünden eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler ve birbirlerine karşı kardeşçe davranmalıdırlar."* Bu doğrultuda, bilgilendirilmiş onam doktrininin, işlemin riskleri ve alternatifleri tam olarak açıklanmadan hastaya hiçbir teşhis veya tedavi amaçlı işlem yapılmamasını gerektiren bir hukuk kuralına dönüştüğü ileri sürülebilir (6,7).

Herkesin tıbbi tedavi sırasında kendi vücuduna ne yapılabileceğine karar verme hakkına sahip olduğu yönündeki bu etik ilke, birçok ulusal sağlık mevzuatında ve uluslararası etik kurallarda bilgilendirilmiş onam doktrini aracılığıyla ifade edilmiştir. Bilgilendirilmiş onam, tıbbi uygulamalarda özerkliğe saygı ilkesinden türetilen yasal ve etik bir doktrindir: *"Her yetişkinin herhangi bir tıbbi tedaviyi kabul etme veya reddetme hakkı, tıbbi tedaviyi reddetmek ölümle sonuçlanabilecek olsa bile buna karar verebilme hakkı vardır."* ifadesine dayanmaktadır (6,8).

UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi'nin [International Bioethics Committee (IBC)] rızaya ilişkin raporu 'özerkliğin sorumluluğu gerektirdiğini' öne sürmektedir. Kişinin kendi adına karar verme yetkisi, kişinin eylemlerinin sonuçlarının kabul edilmesini gerektirir. Bu nedenle kişinin tercihinin sonuçları konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir ve bu da rızanın alınacağı koşulların dikkate alınmasına yol açmaktadır (6,9).

Tıbbi Bakım ile Hasta-Hekim İlişkisinde Bedensel Özerklik ve Bütünlük

Fiziksel hastalıkla birlikte bedensel bütünlük parçalanır. Tüm organizmanın işlevsel bütünlüğü hasta bir organ, organ sistemi veya metabolik mekanizma tarafından bozulur. Hastalık kişinin psikolojik bütünlüğünü de duygusal hastalık, anksiyete, obsesyon ve diğer psikopatolojik bozukluklar ile tehdit edebilir (3). Kişinin bütünlüğünün yeniden tesis edilmesi hasta-hekim ilişkisinin ahlaki temelidir. Bu nedenle ahlaki açıdan hasta-hekim ilişkisi tanımı gereği *"holistik"* olmalıdır (2). Hem iç hem de dış kısıtlamalar özerk kararları ve eylemleri engelleyebilir. İç kısıtlamalar arasında düzensiz metabolik durumlar, ilaçlar, yaralanmalar, zekâ geriliği, psikozlar, obsesif-kompulsif nevrozlar vb. neden olduğu beyin hasarı veya işlev bozukluğu gibi faktörler

yer alır. Bu durumlarda, özerkliği kullanmak için gerekli olan fizyolojik temel, bazen geri döndürülebilir, bazen de geri döndürülemez şekilde zarar görmüş olabilir (2).

Alternatif olarak, özerklik içsel olarak bozulmamış olsa da zorlama, fiziksel ve duygusal yanıltma veya temel bilgilerden mahrum bırakma gibi dışsal olaylar tarafından da engellenebilir. Bu durumlarda, birey kendi kendini yönetme kapasitesine sahiptir, ancak bu kapasite özerk bir eylem olarak gerçekleştirilemez (2). Ne kadar temel olursa olsun, hastanın kendi bütünlüğüne ve özerkliğine saygı gösterilmesi yönündeki ahlaki talebi mutlak değildir. Hastanın ahlaki iddiası, diğer kişiler tarafından yapılan bütünlük iddiası ile çatıştığında ortaya çıkan çeşitli sınırlamalar vardır:

1. Bu sınırlamalardan biri, hekimin bir insan olarak kendi özerkliğine ilişkin iddiasıdır. Hasta, hekimin kişi olarak bütünlüğünü ihlal edemez. Örneğin, hekimin kürtaj, ötanazi veya suni dölllenme gibi bir uygulamaya ahlaki olarak karşı olması halinde, hastanın özerkliğine uymasını ve kendi kişisel bütünlüğünü yok sayması beklenemez. Hem hekim hem hasta, birbirlerinin kişilik bütünlüğüne saygı göstermekle yükümlüdür; hiçbiri kendi değerlerini diğerine dayatamaz. Böyle bir durumda hekimin, hastanın hizmet alacağı yere yönlendirilmesi sorumluluğunun yanı sıra hastanın sağlığını koruma yükümlülüğü de olduğu göz ardı edilmemelidir.

2. Hastanın özerk kararına yönelik bir başka sınırlama da eylemin başka bir kişiye doğrudan zarar verebileceği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Örneğin, HIV-pozitif olan ve bu durumu partner(ler)ine açıklamayı reddeden bir hasta ele alındığında, hekim hastanın HIV pozitif olma durumunu önce hastanın kendisine partner(ler)ine söylemesi için gerekli fırsatı sunduktan sonra risk altındaki bireyi bilgilendirmekle yükümlüdür. Aynı sınırlama, pilot ya da cerrah gibi sorumluluk gerektiren bir mesleği yerine getirme kabiliyetini tehlikeye atabilecek bir sağlık sorununu gizlemek isteyen bir hasta için de geçerlidir (2).

Küresel düzeyde halk sağlığı açısından ciddi bir tehdit oluşturan HIV pozitif bireylere ilişkin kişisel tıbbi bilgilerin korunmasına yönelik güven eksikliği, HIV'nin yayılmasında önemli bir faktördür. Mahremiyet hakkı ile HIV pozitif bireylerin partner(ler)inin potansiyel enfeksiyon riski hakkında bilgilendirilme hakkı arasında denge sağlanmalıdır. Partner(ler)in bilgilendirilmemesi sadece kendi haklarını ihlal etmekle kalmaz, aynı zamanda önlenemez bulaş ve tedavide gecikme gibi sağlık sorunlarına yol açmaktadır (10).

HIV pozitif bireylerin, partner(ler)ine vermesi gereken bilgilerin içeriği ve bu bilgileri hassas ve anlaşılır bir şekilde iletme stratejileri konusunda danışmanlık almaları gerekmektedir. Bu süreçte bildirim için bir zaman çizelgesi oluşturulmalı ve hekim, bildirim gerçekleştirildiğinden emin olmak amacıyla hastayı takip etmelidir. HIV pozitif bireyin partner(ler)ine bildirimde bulunması için tüm seçenekler tüketildiğinde, hekim

hastanın partner(ler)inin kimlik/kimliklerini biliyorsa, kanunen ve/veya ahlaki yükümlülük gereği partner(ler)i potansiyel enfeksiyon riski hakkında bilgilendirmek için harekete geçmek zorundadır (10).

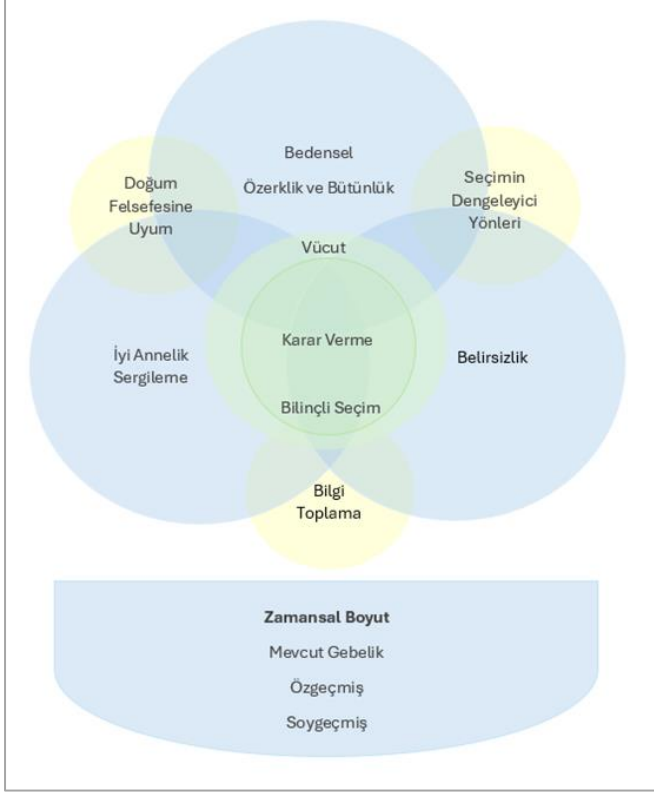
Tıbbi bakımdaki en zorlu senaryolardan birisi, hamile bireyin kendisinin, fetüsün veya her ikisinin sağlığını desteklemeyi amaçlayarak önerilen tıbbi tedaviyi reddetmesi durumunda ortaya çıkar. Bu tür durumlarda, kadın doğum uzmanının hamile kadının özerkliğini korumaya yönelik etik yükümlülüğü, fetüsün sağlığını en iyi duruma getirmeye yönelik etik istekle çatışabilir. Hamile bir kadının önerilen bakımı reddetmesine yönelik en uygun etik çerçeve, hamile kadın ile fetüsün birbirine bağlılığını tanıyan ancak merkezi bileşen olarak hamile kadının özerk karar verme sürecine saygı duyulması şeklindedir (11).

Tıbbi tavsiyelere ve yönergelere uyan kadınların, önerilen bakımı kabul ettikleri ölçüde 'özerkliğe' sahip oldukları görülebilir. Bilgilendirilmiş onam uygulaması, kişinin önerilen tedaviye veya müdahaleye rıza göstermesi veya reddetmesi için tam ve tarafsız bilgi vermekten ziyade hâlâ büyük ölçüde rızanın alınmasına yöneliktir. Hamile bir kadın, kendi vücudu ve bebeğinin sağlığı hakkında tıbbi olarak tavsiye edilen kuralların dışında bir karar verdiğinde; ikna edilme, zorlama, tehdit edilme ve bakımın geri çekilmesine kadar uzanan bir yelpazede belirlenen kurallara uyum sağlaması için tasarlanmış bir dizi davranışa maruz kalmaktadır. Bu nedenle kadınlar, kendi özerk kararları yerine kurumun 'akışına göre hareket ederek' hastane politikaları ve uygulayıcı tercihleriyle uyumlu seçimler yapmaktadır (12).

Karar Verme ve Bilinçli Seçim Sürecinde 'Ortak Karar Alma' Modeli

Karar verme ve bilinçli seçime ilişkin kavramlar karar vericinin mevcut tüm seçenekleri değerlendirmesini ve karar vermek için rasyonel bir süreç kullandığını varsaymaktadır. 'Ortak Karar Alma [Shared Decision Making (SDM)]' adlı sağlık hizmeti modeli, "karar verme aşamasıyla karşı karşıya kalındığında klinisyenlerin ve hastaların mevcut en iyi kanıtları paylaştığı ve hastaların tüm seçenekleri göz önünde bulundurarak bilinçli tercihlere ulaşmaları için desteklendiği bir yaklaşım" olarak tanımlanmıştır. 'Ortak Karar Alma' yaklaşımı, sağlık profesyonellerinin hizmet kullanıcılarını 'başlangıç tercihlerinden' 'bilgilendirilmiş tercihlere' geçişini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır (13). Verilen karar hastanın yaşamış ve yaşamakta olduğu olaylardan ve söz konusu kararla ilişkili olarak kendini, ailesini ve toplumu algılama biçiminden soyutlanamaz. Kişilerin bütünlüğüne saygı aynı zamanda hekim ve hastanın birlikte hareket ederek karşılıklı ve rızaya dayalı bir karara varmalarını gerektirir. Kişinin bütünlüğüne saygı, sadece kişinin özerkliği sayesinde alınan bir karar değil, hekim ve hastanın birlikte hareket ederek bir karara vardığı anlamına gelmektedir (2).

Kişinin tedavi seçeneğindeki eylemin niteliği hakkında bilgi sahibi olmasının sağlanamaması, tedavi seçenekleriyle ilgili bilginin açıklanmamasına kıyasla daha çok problemi içinde barındırmaktadır. Yanlış bilgi, kişinin kendi bedeniyle ilgili özerk kararlar almasını engeller. Vücuda yapılacak eylemin niteliğine ilişkin bir yanlış anlaşılma, kişinin bedeninin kullanımı üzerinde artık kontrol sahibi olmadığı anlamına gelir; vücudunun kendisi tarafından değil de bir başkası tarafından kullanılması demektir (3).



Şekil 1. Obstetrik Bakımda Birbirini Etkileyen Eylemlerin, Temaların ve Zamansal Boyutların İlişkisini Gösteren Bulguların Kavramsal Haritası (13) [Not: Bu şeklin Türkçeleştirilmesi tarafımızca yapılmıştır.]

Hekim, hastanın kendi kaderini tayin etme kapasitesini geliştirecek ve koruyacak konumdadır. Etik açıdan en uygun karar verme formülü; kararın doktor ve hasta arasında alındığı durumdur. Karar ne hastanın yerine hekim tarafından ne de hekimden ya da toplumdan soyutlanmış hasta tarafından verilmelidir. Hekim, kararı hasta için ve hastayla birlikte vermelidir; "için" ifadesi "hastanın yerine" değil, "hastanın çıkarları doğrultusunda" anlamına gelir. Bu formülasyon yasal mahremiyet hakkını, özerkliğe ve kişilik bütünlüğüne ilişkin ahlaki talebi korumuş olur. Bu nedenle hekim; hastayla ilgili kararların, eylemlerin ve politikaların geçmesi gereken yoldur (2).

Kadınlarda Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Bedensel Özerklik ve Üreme Adaleti

a) Kadınların Bedensel Özerklik ve Üreme Adaleti Mücadelesi: Uluslararası Gelişmeler ve Hedefler

1960'lardan beri kadınlar özerklik mücadelesi etrafında bir araya gelmiştir. Kadınların kendi bedenleri hakkında karar verme haklarının güçlendirilmesi amacıyla geliştirilen bedensel özerklik kavramı 1970'lerde ortaya çıkmış ve sonrasında cinsel sağlık ve üreme hakları hareketi tarafından ele alınmıştır. Bu dönemden itibaren insan hakları savunucuları, uzmanlar ve aktivistler, kadınların ve kız çocuklarının kendi kaderlerini belirleme ve özerklik haklarını gerçekleştirme gücünün ellerinden alınması durumunda, yaşamlarının diğer alanlarını da kontrol edemeyeceklerini savunmuşlardır (4).

Uluslararası antlaşmalar ve bildirgeler, bedensel özerklik ve bütünlük hakkının temelini oluşturmaktadır. Bedensel özerklik; cinsellik ve üreme sağlığı konusunda bilinçli seçim yapabilme ve ayrımcılık, zorlama veya şiddetten uzak olarak karar alabilme hakkını içerir. Bu haklar ilk olarak 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı [International Conference on Population and Development (ICPD)] Eylem Programı ve 1995 Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Platformu'nda dile getirilmiştir (14,15).

2015'te çoğu ülke tarafından kabul edilen 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında, toplumsal cinsiyet eşitliğinin bir hedef olarak belirlenmesiyle önemli bir adım atılmıştır. 2019 yılındaki ICPD25 Nairobi Zirvesi'nde hükümetler, sivil toplum kuruluşları, akademisyenler ve özel sektör temsilcileri, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı'ndaki tüm hedeflere ulaşma sözü vermesiyle bedensel özerklik daha da önem kazanmıştır ve uluslar, sivil toplum örgütleri ve diğer paydaşlar, "tüm bireylerin bedensel bütünlük, özerklik ve üreme haklarını koruma ve destekleyen temel hizmetlere erişim sağlama" gerekliliğini belirten Nairobi Bildirisi'ni kabul etmiştir (4,15-17). Ayrıca, Nairobi Zirvesi'nde hükümetler 2030'a kadar sıfır anne ölümü, sıfır karşılanmamış doğum kontrolü ihtiyacı ve sıfır cinsel ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet ve zararlı uygulamaları şeklindeki 'üç sıfır hedefi'ni gerçekleştirmeyi taahhüt etmiştir. Böylece tüm kadın ve kız çocuklarının bedensel özerkliğinin tam olarak sağlanması hedeflenmiştir (4,17).

b) Üreme Adaleti Kavramı

Üreme Adaleti terimi, 1994'te Mısır'ın Kahire kentinde düzenlenen Birleşmiş Milletler Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'ndan kısa bir süre sonra beyaz olmayan kadınlar tarafından ortaya atılmıştır (18). Üreme haklarının küresel düzeyde en kapsamlı onayı sayılan dönüm noktası niteliğindeki Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın 1994 Eylem Programı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimi artırmayı hedeflemiş ve kadınların ve kız çocuklarının yaşamlarının her alanında kendi kararlarını vermesinin önündeki engellere dikkat çekmek için "kadınların güçlendirilmesi ve özerkliği ile siyasi, sosyal, ekonomik ve sağlık durumlarının iyileştirilmesi" hedefi kabul

edilmiştir. Bu terim, günümüzde çeşitli alanlarda kullanılarak geniş bir anlam kazanmış ve konuyla ilgili insan hakları savunucuları, uzmanlar ve aktivistler tarafından sağlık, üreme hakları, cinsel yönelim, cinsiyet kimliği, taşıyıcı annelik, engellilik durumu ve kürtaj gibi konularda kullanılmaktadır (4,15).

Kökleri insan haklarına dayanan toplumsal bir hareket, teori ve uygulama olan üreme adaleti, bir nüfusun üreme ve sivil haklarının eleştirel analizine olanak tanır (19). Üç temel ilkesi vardır:

1. Bedensel özerklik hakkı
2. Çocuk sahibi olma veya olmama hakkı
3. Kişinin çocuklarına güvenli, sürdürülebilir ortamlarda ebeveynlik yapma hakkı

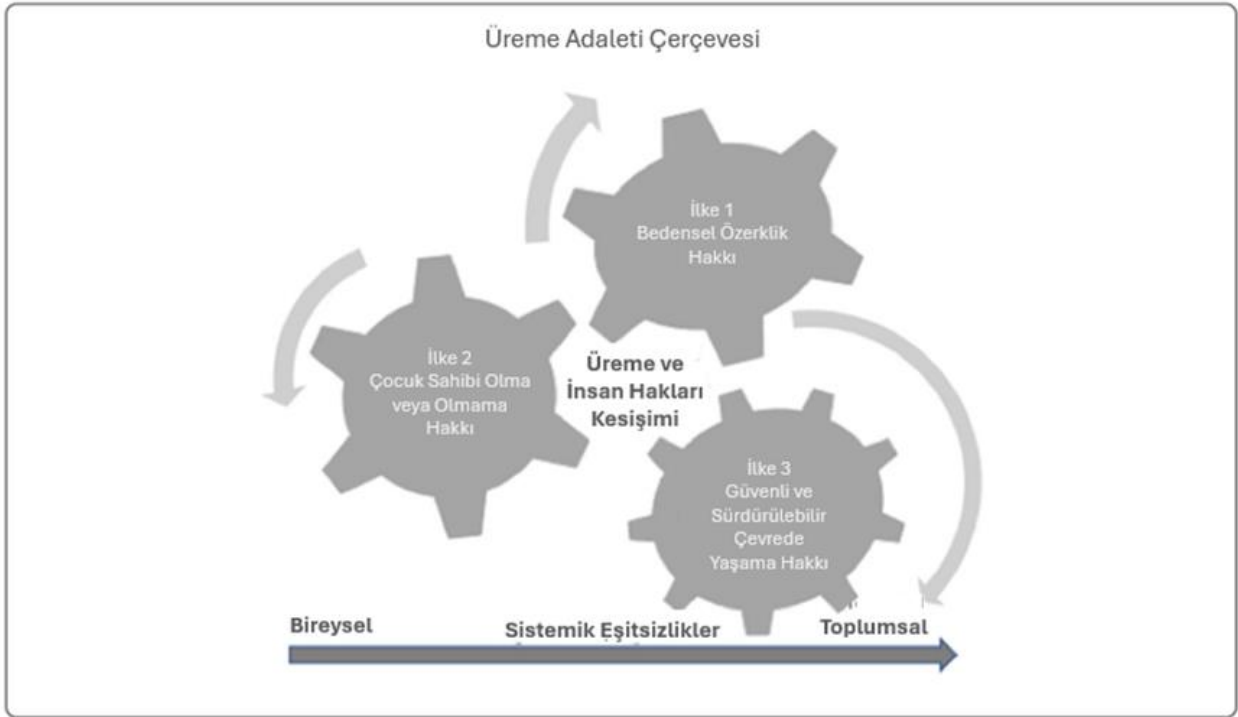
"Üreme adaleti" terimi ile, kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin, sadece kürtaj değil, aynı zamanda doğum kontrolü, doğum öncesi ve sonrasında verilen hizmetler, infertilite, kanser taramaları, bebek ve anne sağlığı, eş veya partner şiddeti, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları içermesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu nedenle sağlık hizmeti planlarının geniş bir yelpazeyi kapsamaması gerektiği vurgulanarak üreme hakları ve sosyal adalet kavramları birleştirilip "üreme adaleti" terimi oluşturulmuştur (18,20,21). Üreme adaleti, kadınların ve kız çocuklarının tam iyilik halini kapsayan fiziksel, ruhsal, politik, ekonomik ve sosyal özgürlükleri vurgulamaktadır. Bu, kadınların ve kız çocuklarının hayatın her alanında kendi kararlarını özgürce alabilmeleri için gerekli ekonomik, sosyal ve

politik güç ve kaynaklara sahip olmalarını içermektedir (22).

Üreme adaleti, sistemik eşitsizliğin özellikle savunmasız kadınların çocuk doğurma ve ebeveynlikle ilgili kararlarını etkilediği inancına dayanmaktadır. Toplumlar, ırkçılık, cinsiyetçilik ve yoksulluk gibi durumlar, bireysel özgürlükleri etkileyen önemli faktörlerdir. Göçmenlik durumu, hapsedilme, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim ve yaş gibi diğer faktörler de bireylerin özerk karar almasını etkileyebilmektedir (18,20,21).

Çocuk sahibi olma hakkının önemini vurgulayan bu hareket, bu hakla birlikte çocuk sahibi olmama hakkını da değerlendirir. Nüfus kontrolü, üremenin suç sayılması, genç annelerin kültürel olarak dışlanması ve yardımcı üreme yöntemlerine erişim gibi konular, çocuk sahibi olma hakkının çeşitli yönlerini kapsamaktadır. Hapsedilen bireylerin üreme haklarını kaybetmesi, tıbbi olmayan doğum seçeneklerine erişim, zorla doğum yaptırılması onurlu ebeveynlik hakkıyla ilgili önemli konular arasında yer almaktadır (23).

Aynı zamanda üreme adaleti, yeterince hizmet alamayan gruplarda üremeyi cezalandırıcı biçimde düzenlenen güç ve ayrıcalıkların sistematik bir analizine olanak tanımaktadır. Cinsiyet, sınıf ve ırk sorunları üreme adaletinin merkezinde yer alır ve üreme adaleti çerçevesi; adalet sistemleri, barınma, çocuk sağlığı ilgili engelleri ve otoritenin tarihsel nüanslarını değerlendirmek için kullanılmıştır (24).



Şekil 2. Üreme Adaleti Çerçevesi (24) [Not: Bu şeklin Türkçeleştirilmesi tarafımızca yapılmıştır.]

Üreme adaleti, beyaz olmayan, yoksul, hapsedilmiş, göçmen, genç veya engelli kadınlara ve üreme konusunda baskı ve ayrımcılığa maruz kalan diğer kadın ve kız çocuklarının sesinin duyurulmasına aracılık etmektedir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri; ırk, kültür, sosyoekonomik durum, cinsiyet kimliği, cinsel yönelim, göçmenlik durumu, dini inançlar, yaş ve diğer faktörlere bağlı olarak ortaya çıkan ayrımcılık ile ilişkilidir. Bunun yanı sıra, üreme sağlığı sonuçlarının kötüleşmesine katkıda bulunmakta ve kadının kendi vücudu, ailesi ve toplumu ile ilgili karar alma sürecini tehdit etmektedir (18,20,21).

Bu hareket, sadece kürtaj hakkına odaklanan hareketin ötesine geçerek, kadınların ve kız çocuklarının cinsel ve üreme haklarına bağımsız bireyler olarak karar verebilmelerini amaçlamaktadır (18). Üreme adaleti kavramı klinik konuları, sosyal ve çevresel faktörlerle (yoksulluk, tıbbi bakıma erişim, aile içi şiddet, damgalanma ve madde bağımlılığı vb.) ilişkilendiren bir çerçeve sunmaktadır. Ayrıca beyaz olmayan, yoksul, genç, göçmen ve engelli kadınların, aile planlaması ve kürtaj bakımı dahil olmak üzere temel üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerini engelleyen sosyal adaletsizlikleri de vurgulamaktadır (18,21).

Üreme adaleti hareketi, çocuk doğurma ve ebeveynliği etkileyen unsurları göz önünde bulundurarak, üreme kısıtlamalarını çeşitli politika alanlarında incelemeye odaklanmaktadır. Bu politika alanları arasında göçmenlik, sağlık sistemleri, eğitim fırsatları, sivil özgürlükler gibi konulardaki kısıtlamalar yer almaktadır. Neredeyse her sektör, ülkelerin insan gücüne olan ihtiyacından dolayı üreme politikalarını etkilemekte ve bu politikalarından etkilenmektedir (20).

Sağlık hizmetlerinin üreme adaleti çerçevesine entegre edilmesi, kırılğan nüfusların sağlık hizmetlerine erişimini artırma ve yaşam kalitesini yükseltme potansiyeline sahiptir. Sağlık profesyonelleri, meslek örgütleri ve akademik araştırmacılar, halk eğitimini destekleyerek, tıp eğitim müfredatında üreme adaletini ele alarak, üreme adaleti konusundaki farkındalığı arttırarak ve kamu politikalarında değişiklikler ile üreme adaletini koruma konusunda etkili rol oynayabilir (21).

Üreme Sağlığında Bedensel Özerklik ve Bütünlük

Bedensel özerklik hakkı ve ayrımcılığa uğramadan karar verme kapasitesine sahip olmak insan haklarının temelini oluşturmaktadır. Özerklik hakkı, kişinin fiziksel ve zihinsel bütünlüğü korumaya yönelik temel bir haktır ve kişinin özgürlüğü, güvenliği, dokunulmazlığı ve insan onuruna saygı gibi kavramlarla ilişkilidir. Bu haklar, kişinin bedensel ve zihinsel bütünlüğüne yönelik işkence, aşağılayıcı muamele ve insanlık dışı uygulamalardan korunmasını sağlar. Ayrıca bedensel özerklik hakları cinsellik ve üreme sağlığıyla ilgili çeşitli konuları da kapsar. Bunlar arasında, gebeliği önleyici hizmetler, anne sağlığı, kapsamlı cinsellik eğitimi,

infertilite, hormon ve cerrahi tedavi gibi müdahalelere erişim hakkı yer almaktadır (4).

Üreme sağlığı hakları, kadınlar ve kız çocukları için bedensel özerklik ve bütünlüğün doğrudan ilişkilendirildiği temel bir konudur. Ataerkil uygulamaların kadınların cinsellik ve üreme tercihleri üzerindeki baskısı, kadınların hayatının diğer alanlarına da etki eden bir kontrol noktası haline gelmektedir. Bu durum, ne zaman kaç çocuk sahibi olacağını belirleyemeyen veya aile içi şiddeti kabul etmek zorunda kalan bir kadının işgücünde, toplumsal karar alma mekanizmalarında veya başka herhangi bir yerde güçlenme şansını azaltmaktadır. Ayrıca kadınlar haklarını kaybetme durumuyla yalnızca belirli bir dönemle sınırlı olmaksızın yaşamın her aşamasında karşı karşıya kalmaktadır (4).

Bedensel Özerklik ve Bütünlük Haklarını Engelleyen Faktörler

Kadınlar ve kız çocuklarının bedensel özerklik ve bütünlük haklarını engelleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerin temel nedenlerinden biri, ataerkil güç sistemlerinin yansıttığı toplumsal cinsiyet ayrımcılığıdır. Bu ayrımcılık, kadınların ve kız çocuklarının bedenleri üzerinde kontrol sahibi olamamalarına ve özerkliklerini sürdürememelerine yol açmaktadır. Ayrıca, toplumsal cinsiyet ayrımcılığına ek olarak ırk, cinsel yönelim, yaş ve engellilik gibi diğer ayrımcılık türleriyle birleştiğinde daha da zararlı hale gelebilmektedir (4).

Ayrımcı normlar genellikle toplum tarafından sürdürülmekte ve siyasi, ekonomik, yasal, sosyal kurumlar ve hatta cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti verenler de dahil olmak üzere sağlık hizmetleri gibi çeşitli alanlarda pekiştirilebilmektedir. Bu durum, kadınların ve kız çocuklarının haklarında kısıtlamalara neden olarak özerkliklerine zarar verebilmektedir (4).

Kadınlar ve kız çocukları, genellikle erkeklerin ve ebeveynlerin görüşlerine daha fazla değer veren sosyal ve kültürel kalıplaşmış inançlar nedeniyle kendi kararlarını alma haklarından mahrum bırakılmaktadır. Uluslararası insan hakları hukuku, bu inanç ve tutumları kadın sünneti, çocuk yaşta evlilik, zorla evlendirme ve zorla çocuk doğurma gibi zararlı uygulamalarla ilişkilendiren toplumsal cinsiyete dayalı önyargılar olarak tanımlamaktadır (4,25).

Evlilik veya partnerlik ilişkileri ile geniş aile üyeleri arasındaki iletişim, bir kadının özerk karar alma yeteneğini önemli ölçüde etkileyebilir. Genellikle hane reisi olarak kabul edilen erkekler karar alma yetkisini elinde tutmaktadır ve bu kararlar genellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi konuları da içerebilmektedir. Bu konular ne kadar "kadın meselesi" olarak algılansa da aslında çoğu kararı erkekler vermektedir. Toplumsal cinsiyet eşitliğine aykırı uygulamalar, kadının kontraseptif yöntem kullanıp kullanmama tercihiyle ilgili kendi kararını vermesini engelleyebilmektedir. Örneğin

bazı ülkelerde, özellikle de kırsal kesimlerinde, kadının eşi ya da partneri daha fazla çocuk istemekte ve doğum kontrol yöntemlerinin kullanılıp kullanılmayacağı veya ne zaman kullanılacağı konusunda karar vermenin kendi hakkı olduğunu düşünmektedir. Bu durum, kadınların bedensel özerklik haklarını engellemekte ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğine katkıda bulunmaktadır (4,26–29).

Zorla veya çocuk yaşta yapılan evlilik, evlilik içi tecavüz, kadın sünneti gibi uygulamalar, kadınların ve kız çocuklarının özerk karar alma gücünü zayıflatan toplumsal cinsiyet eşitsizliği normlarının birer örneğidir. Bu tür saldırılar, kadınları mali bağımsızlıktan yoksun bırakan yasal ve ekonomik sistemlerden, miras geleneğindeki erkek egemen aktarım biçimlerine ve kadınlara cinsel ve üreme hakları hakkında yetersiz bilgi veren eğitim sistemlerine kadar çeşitli alanlarda görülmektedir. Zorla yapılan evlilikler; başlık parası, gelin kaçırma, dul mirası, dul kadınların kayınbiraderleriyle evlendirilmesi ve tecavüz mağdurlarının saldırganlarıyla evlendirilmesi gibi kurumsallaşmış ataerkil uygulamalar aracılığıyla sürdürülmektedir. Bu uygulamalar yoluyla kadın ve kız çocukları, hakları ve özerklikleri göz önünde bulundurulmadan, edinilen, alınan, satılan bir 'meta' olarak sayılmaktadır (4,30).

Kadın sünneti, kadınların ve kız çocuklarının insan haklarının ihlali ve bir şiddet biçimidir. Bu uygulama aynı zamanda, toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayanan ve kadınların ve kız çocuklarının cinsel kimliklerini, bedenlerini ve cinsel ve üreme haklarını kontrol etmeyi amaçlayan daha geniş ataerkil uygulamaların bir parçasıdır (4,25,31).

Kadınların cinsel ilişkiye hayır deme gücü, eğitim düzeyleri ile yakından ilişkilidir ve bu güç, gebelikten korunma ve sağlık hizmetleri konusundaki karar verme yetisiyle bağlantılıdır. Aynı şekilde, partnerlerinin eğitim seviyeleri de kadınların bu konulardaki karar alma süreçlerine katılımını etkilemektedir. Eğitim düzeyi partnerinden daha düşük olan bir kadının cinsel şiddete maruz kalma riski, eğitim seviyesi partnerine eşit olan bir kadına göre daha yüksektir (4,26,32).

Bir kadın kendi bedeni üzerinde kontrol sahibi olduğunda, hayatının diğer alanlarında güçlenme olasılığı artar. Diğer bir deyişle, bedensel özerkliğe sahip olan bir kadının veya kız çocuğunun sağlığı ve geleceği üzerinde kontrol sahibi olma ve yasal haklarından yararlanma ihtimali daha yüksektir. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadın haklarının sağlanması için temel adım, kadınların kendi bedenlerini kontrol etme hakkının güvence altına alınmasıdır. Bu nedenle, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için 5. Sürdürülebilir Kalkınma Amacının cinsel sağlık ve üreme haklarına evrensel olarak erişimi içermesi gerektiği küresel düzeyde kabul edilmiştir. Kadınlar ve ergenlik çağındaki kız çocukları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine daha fazla erişim

sağladıklarında, birçok olumlu sağlık sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında HIV'den korunma yollarının daha iyi anlaşılması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sayıda doğum öncesi ziyaretlerin gerçekleştirilmesi ve sağlık hizmeti sunucuları aracılığıyla gerçekleştirilen doğum sayısının artması gibi sonuçlar yer almaktadır (4,16).

Sürdürülebilir Kalkınma Amaçlarında Bedensel Özerklik

Birleşmiş Milletler, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündeminde hedefler arasında yer alan 5.6 numaralı 'Herkes İçin Cinsel Sağlık, Üreme Sağlığı ve Üreme Haklarının Sağlanması' hedefine yönelik ilerlemeleri izlemelerine yardımcı olacak göstergeler geliştirmiştir. Bu göstergelerden biri olan 5.6.1; 15-49 yaş arası kadınların cinsel ilişki, kontraseptif yöntem kullanımı ve üreme sağlığı bakımı konularında bilinçli kararlarını verme oranını ölçmeyi amaçlamaktadır. Diğer bir gösterge olan 5.6.2 ise; 15 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine eşit erişimi garanti eden yasal düzenlemelere sahip ülkelerin sayısını belirtmektedir. Bu göstergeler, kadınların özerkliğini ve üreme haklarını kullanma yeteneklerini ölçerek uluslararası ölçekte ilerlemeyi izlemeye olanak sağlamaktadır (4,16,26).

Gösterge 5.6.1; 57 ülkede 15-49 yaş arası kadınlara yöneltilen sorulara dayanan Nüfus ve Sağlık Araştırmaları [(The Demographic and Health Surveys (DHS))] verilerine dayanmaktadır. Bu gösterge, kadınların sağlık bakımı ile ilgili kararları, gebeliği önleyici yöntem kullanıp kullanmama kararı ve cinsel ilişkiye girip girmeme kararını kimin verdiği dair üreme sağlığına ilişkin özerkliklerini üç boyutta ölçmektedir. Bu üç alanda kendi kararlarını verdiğini belirten kadınların üreme sağlığına ilişkin bedensel özerkliğe sahip oldukları kabul edilir. Her ne kadar veriler dünya genelinde sadece dörtte birlik kesimi temsil etse de 2021 Dünya Nüfusunun Durumu (State of World Population) raporuna göre kadınların ve kız çocuklarının sadece %55'inin bedensel özerklik açısından kendi kararlarını verebildiği tespit edilmiştir. Özellikle Mali, Nijer ve Senegal gibi ülkelerde, kadınların %90'ından fazlasının bedensel özerklik hakkı engellenmektedir. Bu durum, milyonlarca kadın ve kız çocuğunun bedensel özerklik durumuna dair endişe verici bir tabloya işaret etmektedir. Veriler 57 ülkede ve muhtemelen dünya genelinde de kadınlar vücutları üzerinde tam kontrol sahibi olamadığını göstermektedir. Kadınların sadece %55'inin bedenleri hakkında karar verebilme yeteneğine sahip olması, yöneticiler ve politika yapıcılar için bir uyarı niteliği taşımaktadır ve cinsiyet eşitsizliği ve kadın hakları konusundaki mücadelede daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (4,26,33).

Pedriatri Etiğinde Bedensel Özerklik

Pedriatri etiği, ebeveynlere belirli sınırlar dahilinde çocuğu için tıbbi kararları alma hakkını ve bazen çocuğun itirazına rağmen kendisine fayda sağlayacak tıbbi veya cerrahi müdahalelerden yararlanma hakkını tanımaktadır. Çocuğun yaşı ve anlayışı arttıkça kendi sağlığıyla ilgili kararlarda giderek daha önemli rol alma hakkı tanınmaktadır, böylece rızaya verilen önem de artmaktadır. Bu da çocuğun olgunlaştıkça artan karar verme kapasitesinin kabul edildiğini yansıtmaktadır (5). 1995 tarihli Amerikan Pedriatri Akademisi [American Academy of Pediatrics (AAP)] Komitesi Pedriatri Uygulamalarında Bilgilendirilmiş Onam, Ebeveyn İzni ve Onayına İlişkin Biyoetik Politika Beyanı şunu belirtmiştir: “Çocuklar geliştikçe, aşamalı olarak tıbbi karar alma konusunda ana ortaklar haline gelmeli ve ebeveynlerinin sorumluluğunu üstlenmelidirler.” Yasal açıdan bakıldığında, ergenlere tıbbi sorunlarla ilgili olarak karar verme haklarının verildiği yaş sınırı (genellikle 18) vardır. Çocuk olgunlaştıkça onaya verilen önem, pedriatri pratiğinde karar verme yeteneğinin aniden değil yavaş yavaş geliştiğinin ve farklı insanlar için farklı yaşlarda ortaya çıktığının kabulünü temsil etmektedir (5).

Cinsiyet Gelişim Bozuklukları ve Bedensel Özerklik

İnterseks kişiler ve/veya cinsiyet gelişiminin farklı yönleriyle [Variations of Sex Development (VSD)] doğan kişiler için bedensel özerklik ve sosyal tanınma mücadelesi, insan yaşamının birçok sosyokültürel ve psikolojik yönüne değinen uzun ve tartışmalı bir mücadele olmuştur. Mayıs 2021'de Alman parlamentosu, cinsiyet gelişimi/cinsiyet özelliklerinde farklılıklar olan çocukları, kendi başlarına karar verebilecek yaşa gelene kadar tıbbi açıdan acil ve gerekli olmayan ameliyatlardan korumak için uzun süredir tartışılan bir yasayı kabul etmiştir. Bu yasa, son yıllarda diğer ülkelerde kabul edilen yasalarla benzerlik göstermekte ve farklı cinsiyet gelişimine sahip kişilerin kendi kaderini tayin etme ve bedensel özerklik haklarını tanımaktadır (34).

Cinsiyet gelişiminin farklı yönleriyle doğan kişiler, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından, bireylerin biyolojik cinsiyetinin iki farklı yol boyunca geliştiği ve cinsiyet kimliklerinin (farklı) cinsel özellikleri ifade ettiği ‘sözde’ doğal sosyal-bedensel düzenden sapan patolojik beden olarak algılanır. Cinsiyet gelişiminin farklı yönleriyle doğan kişilerin bedensel özerklik mücadelesi, yani yeterince özerk olduklarında tıbbi açıdan gerek olmayan genital ameliyatlara girip girmeyecekleri konusunda kendi bilinçli kararlarını alabilmelerine izin verilmesi 1990'larda başlamıştır. Çocuğun (gelecekteki) bedensel özerklik hakkını korumayı amaçlayan çeşitli Birleşmiş Milletler komiteleri, uluslararası hukuk organları ve yasalar sayesinde bu hakkın uygulamada güvence altına alınmasına yönelik mücadele devam etmiştir. Cinsiyet HASAUD 2024; 2(2): 61-69

gelişiminin farklı yönleriyle doğan bebekler, kendi rızalarını verebilecek yaşa gelene kadar tıbbi açıdan acil ve gerekli olmayan cerrahi müdahalelerden koruyan yasaları çıkaran Malta ve Portekiz'de bile, ebeveynler çocuklarını cerrahi müdahaleler için ülke içinde veya müdahalenin yapılabildiği başka bir ülkeye götürdüğü medikal turizm yoluyla devam etmektedir (34).

SONUÇ

Sürdürülebilir ilerleme, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ve diğer ayrımcılık biçimlerinin nedenlerinin ortadan kaldırılmasına ve bu yapıları sürdüren sosyal ve ekonomik sistemlerin değiştirilmesine bağlıdır. Bedensel özerklik ve bütünlük bir insan hakkı olarak her bireyin cinsel ve üreme kararlarını özgürce alabilmesi ve bu kararları uygulamak için gereken araçlara sahip olmasıdır. Devletlerin cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerini ayrımcılıktan arındırarak sunmaları ve yasal standartlar oluşturarak bedensel özerkliği teşvik etmeleri gerekmektedir.

Okullarda kapsamlı cinsellik eğitimi ile başlayarak cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili bilgiye ve hizmetlere erişiminin artırılması, bu erişimdeki engellerin ortadan kaldırılması ve eşitliğin sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Internet]. Tdk. 2023. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
2. Pellegrino ED. The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics. Bull Pan Am Health Organ. 1990;24(4):361–71.
3. Herring J, Wall J. The nature and significance of the right to bodily integrity. Camb Law J. 2017;76(3):566–88.
4. UNFPA. My body is my own: Claiming the right to autonomy and Self-determination. UNFPA Div Commun [Internet]. 2021;160. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWP2021_Report_-_EN_web.3.21_0.pdf
5. Mercurio MR. Pediatric obstetrical ethics: Medical decision-making by, with, and for pregnant early adolescents. Semin Perinatol [Internet]. 2016;40(4):237–46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semperi.2015.12.013>
6. Chima SC. Evaluating the Quality of Informed Consent and Contemporary Clinical Practices by Medical Doctors in South Africa: An Empirical Study. BMC Med Ethics. 2013;14(SUPPL.1):1–17.
7. HSK. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi; 2023.
8. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. 1974;353(1):1418–9. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
9. International Bioethics Committee (IBC) of the United Nation. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on Consent. Jahrb für Wiss und Ethik. 2009;14(1):227–32.

10. World Medical Association. Wma Statement on Hiv / Aids and the Medical. 2017;(October).
11. ACOG. Committee Opinion No. 664. Obstet Gynecol [Internet]. 2016 Jun;127(6):e175–82. Available from: <https://journals.lww.com/00006250-201606000-00045>
12. Newnham E, Kirkham M. Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth. *Nurs Ethics*. 2019;26(7–8):2147–57.
13. Yuill C, McCourt C, Cheyne H, Leister N. Women's Experiences of Decision-making and Informed Choice about Pregnancy and Birth Care: A Systematic Review and Meta-synthesis of Qualitative Research. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):1–21.
14. Donaggio F. UN Fourth World Conference on Women, Beijing, 4-15 September 1995. Vol. 2, Transfer: European Review of Labour and Research. 1996. 206–209 p.
15. Haile Selassie A. International Conference on Population and Development, Cairo 5-13 September 1994 -- IAC presence. Newsletter (Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children). 1995. 19 p.
16. Masripatin N, Ginoga KL, Ridha DM, Purbo A, Wibowo A, Tobing LB, et al. Perubahan Iklim, Perjanjian Paris dan Nasionaly Determined Contribution. 2016;1–69. Available from: ditjenppi.menlhk.go.id
17. Beatrice KA. Accelerating the promise. *Afr Health [Internet]*. 2020;42(1):25–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=141641484&site=ehost-live>
18. Price K. What is reproductive justice? How women of color activists are redefining the pro-choice paradigm. *Meridians*. 2020;19:340–62.
19. Gomez AM, Downey MM, Carpenter E, Leedham U, Begun S, Craddock J, et al. Advancing Reproductive Justice to Close the Health Gap: A Call to Action for Social Work. *Soc Work (United States)*. 2020;65(4):358–67.
20. Ross LJ. Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls [Internet]*. 2017;19(3):286–314. Available from: <https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>
21. Gilliam ML, Neustadt A, Gordon R. A call to incorporate a reproductive justice agenda into reproductive health clinical practice and policy. *Contraception*. 2009;79(4):243–6.
22. Asian Communities for Reproductive Justice. A New Vision for Advancing Our Movement for Reproductive Health, Reproductive Rights and Reproductive Justice. Brief. 2005;12.
23. Luna Z, Luker K. Reproductive justice. *Annu Rev Law Soc Sci*. 2013;9:327–52.
24. Crawford AD, McGlothen-Bell K, Cleveland LM. "I Did Whatever They Wanted Me To Do": A Qualitative Secondary Analysis Using Reproductive Justice to Explore Sexual Violence Among Justice-involved Latina Mothers. *BMC Public Health [Internet]*. 2022;22(1):1453. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13865-8>
25. Toubia N., Sharief E. Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obstet [Internet]*. 2003 Sep;82(3):251–61. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1016/S0020-7292%2803%2900229-7>
26. UNFPA. Research on factors that determine women's ability to make decisions about sexual and reproductive health and rights. *United Nations Popul Fund*. 2019;l(October):9–11.
27. Habibov N, Barrett BJ, Chernyak E. Understanding women's empowerment and its determinants in post-communist countries: Results of Azerbaijan national survey. *Womens Stud Int Forum [Internet]*. 2017;62:125–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2017.05.002>
28. Fahmida R, Doneys P. Sexual coercion within marriage in Bangladesh. *Womens Stud Int Forum [Internet]*. 2013;38:117–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2013.03.002>
29. Hattori MK, Derosé L. Young women's perceived ability to refuse sex in Urban Cameroon. *Stud Fam Plann*. 2008;39(4):309–20.
30. McCarthy B, Benoit C, Jansson M. Sex work: a comparative study. *Arch Sex Behav*. 2014;43(7):1379–90.
31. Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation UNFPA is the United Nations sexual and health agency. 2020;(September).
32. Wodon Q, Tavares P, Fiala O, Nestour ALE, Wise L. Child Marriage Laws and Their Child Marriage Laws and Their. *ECPAT Int*. 2017;(October):1–10.
33. Assaf S, Davis LM. Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children? *DHS Analytical Studies No. 64. DHS Anal Stud No 64 [Internet]*. 2018;(July). Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AS64/AS64.pdf>
34. Danon LM, Schweizer K, Thies B. Opportunities and Challenges with The German Act for the Protection of Children with Variations of Sex Development. *Int J Impot Res*. 2023;35(1):38–45.