

Bir bütünün parçaları: Gebelikten korunma ve isteyerek düşük

Nuriye Ortaylı^a, Levent Çağatay^b

Özet

Son aylarda kürtaj yasası olarak tartışılan yasa aslında 1983 yılında yürürlüğe girmiş olan “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”dur. Bu yasa ve ilgili yönetmelik ve tüzük gebelik sonlandırmasını, ya da yaygın olarak bilinen adıyla “kürtajı” belirli koşullarda yasal hale getirmiş ayrıca aile planlaması hizmetlerinin kadın hastalıkları ve doğum uzmanları dışındaki sağlık çalışanları tarafından da sunulmasını sağlamıştır. Bu sayede kürtajın sağlıklı koşullarda yapılması ve bu yola başvuran kadınların aile planlaması hizmetleriyle tanışması ve bu hizmetlerden yaygın olarak yararlanmaya başlaması sağlanmıştır. Bu yazı, yasanın uygulamaya konmasını izleyen yıllarda Sağlık Bakanlığı’nın öncülüğünde yürütülmüş gebelikten korunma ve isteyerek düşük çalışmalarını bir bütün olarak ele almış ve bunların sonuçlarını özetlemektedir. Yasayı izleyen on yıl içinde modern kontraseptif kullanımındaki özellikle kırsal kesim ve Doğu bölgesindeki hızlı artış yasanın izin verdiği uygulamaların başarısı olarak yorumlanabilir. Ayrıca yasallaşmasını izleyen yıllarda, özellikle doksanlı yıllarda “kürtaj” sayıları gittikçe azalmış; isteyerek düşük hızı 1987’teki 100 gebelikte 24’ten 2008’de 100 gebelikte 10’a kadar düşmüştür. Bununla birlikte aile planlaması hizmetlerinin kalitesinde süregiden sorunlar ve hizmetlere ulaşmada da bölgeler, yaş grupları ve gelir grupları arasında da farklılıklar vardır. Yakın zamanda uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ve kullanımı üzerindeki etkilerinin ivedilikle araştırılması gerekmektedir. Ülke nüfus artışının azalması ve durması yönündeki kaygılar genellikle kötü sağlık sonuçlarına yol açan yasakçı politikalarla değil sosyal destek politikalarıyla karşılanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta dönüşüm programı, üreme sağlığı hizmetleri, aile planlaması hizmetleri, nüfus artış hızı

Contraception and induced abortion: Two indispensable pieces of a whole

Abstract

The law that is currently being discussed under the name of “abortion law” is in fact the “Population Planning Law” that was enacted in 1983. Along with decrees and bylaws, this law not only legalized voluntary termination pregnancy (named as “curettage” in lay media) ; but also introduced task-shifting. The law permitted general physicians, nurses and midwives to insert intrauterine devices, general physicians to perform vasectomies, and abortions using Manual Vacuum Aspiration, after being trained and certified.

^a MD, Ob/Gyn, MPH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Halk Sağlığı Uzmanı

^b Aile Hekimliği Uzmanı, İşletme Uzmanı

Sorumlu yazar: Op.Dr. Nuriye Ortaylı, E-posta: nortayli@gmail.com

This has enabled the provision of abortion services under safe conditions and allowed women undergoing abortion to get introduced to and start using family planning services. This article summarizes the efforts led by the Ministry of Health and their results in the years following the enactment of this law. Most of these efforts have been internationally published and shown as model for other developing countries. As a result of these policies, modern contraceptive use has showed a substantial increase all over the country, but especially in rural areas and eastern region. In addition abortion rate has decreased from 24 per 100 pregnancies in 1987 to 10 per 100 pregnancies in 2008. Nevertheless, there are ongoing quality of care issues in Family Planning services, and inequities in access to contraception between different regions of the country, age groups, and wealth quintiles continue. The effects of the recently-initiated “Health Transformation Program” on the offer and use of reproductive health services still needs to be explored. Concerns about the slowing down or stall of population increase should be addressed through appropriate social support policies rather than prohibitionist ones that lead to poor health consequences.

Key Words: Health Transition Program, Reproductive Health Services, Family Planning Services, Population Growth rate

Giriş

İçinde bulunduğumuz yılın Mayıs ve Haziran ayları hükümet yetkililerinin başlattığı “kürtaj” tartışmalarıyla geçti. Tartışmalar nasıl sonuçlanacak, ne gibi yasa ve politika değişikliklerine yol açacak henüz bilmiyoruz, ama her şeyin bir iyi noktası vardır felsefesiyle yaklaşırsak, Başbakanın sözleri üreme sağlığı ile ilgili çok önemli bir konunun, üstelik isteyerek düşük/gebelik sonlandırma (kürtaj) gibi genellikle tabu olan bir olgunun, kamuoyunun bugüne kadar benzerini görmediğimiz genişlikte kesimleri tarafından açıkça tartışılmasına yol açtı. İsteyerek düşük; halk sağlığı, üreme ve kişilik hakları, toplumsal cinsiyet rolleri, etik, nüfusbilim vb birçok alan gözönünde bulundurulmadan tartışılmayacak bir konu. Doğası gereği, cinsellik, cinsiyet rolleri, gebelik, gebelikten korunma ve doğum ile doğrudan ilintili. Biz bu yazıda, kamuoyunun “kürtaj yasası” adı altında tanıdığı “2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanunun”¹ kabul edildiği 1983 yılından başlayarak, son otuz yıl içinde, gebelikten korunma

ile isteyerek düşük arasındaki karşılıklı ilişkiyi incelemeye çalıştık.

2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun 27 Mayıs 1983 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girdi. Yasanın uygulanması bugüne kadar geçerliliği süren 507 sayılı ve 10 Eylül 1983 tarihli “Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütecek Personelin Eğitimi, Görev, Yetki ve Sorumlulukları hakkında Yönetmelik”, 509 sayılı ve 9 Ekim 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği², 510 Sayılı ve 18 Aralık 1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzük ile düzenlendi³. 2827 sayılı yasa kamuoyunda son zamanlarda esas olarak “kürtaj yasası” olarak tartışılrsa da amacı ve içeriği gebeliğin yasal olarak sonlandırılmasının çok ötesinde, “fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımladığı “nüfus planlaması”ydı. Bu tanımlama nüfus planlamasından daha çok, yasanın çıkmasından yaklaşık on yıl sonra, uluslararası alanda kabul edilen “aile planlaması” tanımına uygundur⁴.

2827 sayılı yasa ve 509 sayılı yönetmelik bir paket olarak şu ana konularda tanımlamalar ve değişiklikler içermektedir:

- Nüfus Planlaması,” fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” olarak tanımlanmış ve devlet bu amaca ulaşılması için gerekli hizmetleri sağlamak ve tedbirleri almakla sorumlu tutulmuştur (Madde 2).
- Bu amacın sağlanmasının yalnızca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının (SSYB) çabalarıyla gerçekleşmeyeceği görülmüş ve hem sektörler arası, hem de kamu kuruluşlarıyla sivil toplum örgütlerinin işbirliği önerilmiştir (SSYB koordinatörlüğünde Milli Savunma, Milli Eğitim, Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu, Sosyal Güvenlik Kurumları, Meslek Odaları ve Gönüllü Kuruluşlar) (Madde 3).
- Erkek ve kadınlarda gönüllü sterilizasyonun tanımı yapılmış ve hangi koşullarda yapılacağı düzenlenmiştir.
- Gebeliğin onuncu haftasına kadar isteğe bağlı, daha ileri haftalarda da anne ve doğacak çocuğun sağlığını korumak amacıyla gebelik sonlandırma hakkı tanınmıştır.
- Hizmetlerin yaygınlaştırılabilmesi amacıyla, daha önce yalnızca uzman hekimlerin gerçekleştirebildiği bazı işlemlerin, özel eğitimden geçmiş, başarılı olmuş ve sertifikalandırılmış pratisyen hekimler, ebeler, ebe-hemşireler tarafından yapılabilmesi için gerekli tanımlar yapılmış ve uygulamaya yönelik tedbirler alınmıştır. Bu bağlamda eğitilmiş pratisyen hekimler kamu kuruluşlarında ve Kadın Doğum Uzmanları denetiminde gebelik sonlandırma, Üroloji uzmanı denetiminde erkeklerde sterilizasyon, görev yerlerinde

(kamu sektörü dışında da) Rahimiçi araç uygulama ve takibi yapabilir. Benzer şekilde eğitilmiş ve sertifikalandırılmış ebeler ve ebe-hemşirelerin, yalnızca kamu kurumlarında Rahimiçi Araç uygulaması ve izlemi yapabilmeleri kabul edilmiştir.

- Erkek ve kadınlar için sterilizasyon ve diğer kontraseptif yöntemlerin ve gebelik sonlandırma hizmetlerinin hangi düzeydeki sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilebileceği tanımlanmıştır.

Bu özellikleriyle 2827 sayılı yasa, nüfus planlamasını bireylerin hak ve isteklerini esas alan bir zemine oturtmuştur. Öngördüğü sektörler arası işbirliği, sivil toplum kuruluşlarının katılımı, gebelikten korunma hizmetlerinin sunumunda sağlık personelinin görev ve yetkilerinin yeniden paylaşımı (task-sharing) gibi özellikleriyle, 1980’lerde Türkiye’yi birçok geliştirmekte olan ülkenin ilerisinde bir yasal düzenlemeye kavuşturmuştur. Bu yasal düzenlemeyle, hızla şehirleşmekte, modernleşmekte ve bunlara bağlı olarak aile yaşamı konusundaki sosyal norm ve değerleri de hızla değişmekte olan topluma, gereksinim duyduğu hizmetleri aynı hızla sunmakta sıkıntı çeken sağlık sektörünün etkinliğinin artırılması amaçlanmıştır. Böylece gereksinimlerle, hizmetler arasındaki açıktan kaynaklanan, istenmeyen doğumlar, yasa dışı ve güvensiz koşullarda yapılan gebelik sonlandırmalara bağlı anne ölümleri de önlenebilecektir.

Yöntem

Bu yazıda 2827 yasanın uygulamaya girmesinden sonraki yıllarda, gebelikten korunma yöntemlerinin kullanımında gözlenen değişimi, Hacettepe Üniversitesi Nüfus

Etüdüleri Enstitüsünün (HÜNEE) her beş yılda bir yaptığı Nüfus ve Sağlık Araştırmalarına (NSA) dayanarak inceledik. Ayrıca gebelik sonlandırma hizmetlerini gebelikten korunma (daha sonraki yıllardaki adıyla aile planlaması) hizmetleri için bir giriş noktası olarak kullanma girişimlerinin sonuçlarını, sayıları maalesef çok fazla olmayan yayınlara bakarak değerlendirdik. HÜNEE'nin beş yıl aralıklarla Türkiye çapında bir örneklem kullanarak, hane bazında yaptığı NSA'larından 1983 yılında yapılanı, 2827 sayılı yasanın kabulünden hemen önceki dönemde 15-49 yaş grubunda, en az bir kez evlenmiş kadınların, doğurganlık, gebelikten korunma ve benzeri konulardaki bilgi, tutum ve davranışları hakkında önemli bilgiler vermektedir⁵. Gebelikten korunma yöntemleri hakkındaki bilgi, gebelikten korunma yöntemi kullanmış olmak, halen bir yöntem kullanıyor olmak bilgi ve davranış ölçütü olarak kullanılabilir. O yıllarda henüz 'karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı'ⁱⁱ kavramı ve ölçütü geliştirilmemiş olduğu için, ideal çocuk sayısıⁱⁱⁱ, son gebeliğin istenmiş ya da istenmemiş olması, son bir yıl içinde isteyerek gebelik sonlandırmış olmak hakkında yapılan analizler, "karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı" yerine değerlendirilmiştir.

Yasayı izleyen yaklaşık otuz yıllık uygulama süresince gebelikten korunma yöntem bilgisi, kullanımı ve doğurganlık

tutumları ile ilgili bilgiler ise 1988, 1993, 1998, 2003 ve 2008 yılları NSA'larından alınmıştır⁶⁻¹⁰.

Bulgular

Yasanın hemen öncesinde gebelikten korunma bilgi, tutum ve davranışları: Gebelikten korunma isteği ile gebelikten korunma yöntemi kullanımı arasında büyük farklılık

NSA 1983'e göre 15-49 yaş grubunda en az bir kere evlenmiş kadınların %94'ü en az bir gebelikten korunma yöntemi biliyordu, %51'i en az bir kez modern bir kontraseptif, %20'si de en az bir kez geleneksel yöntem kullanmışlardı⁵. Örneklemin yaklaşık üçte biri (%29) o zamana kadar hiç gebelikten korunmayı denememişti. Araştırma sırasında kadınların %78.5'u artık gebe kalmak istemediğini açıklamasına rağmen, yalnızca %61.5'u bir yöntemle korunuyordu ve onların da ancak yarısından azı (gebelik riski altındaki tüm kadınların %27'si) modern bir yöntemle korunuyordu. En sık kullanılan hap ve Rahim İçi Aracın (RİA) kullanılma oranları, her ikisi için de, %9, kondom için %5 ve kadınlarda tüp ligasyonu için %1 idi. Gebelikten kaçınma arzusu ile gebelikten korunma yöntemi kullanma arasındaki açığın istenmeyen gebeliklerle sonuçlanması kaçınılmazdı, ve kadınların yaklaşık yarısı son gebeliklerinin istenmeyen bir gebelik olduğunu bildirmişlerdir (kentlerdeki kadınların %43'ü, kırsal bölgedekilerin %47'si). İleri yaş gruplarında ve eğitim düzeyi düşükçe istenmeyen gebelik oranları artmaktaydı. Henüz yasallaşmamış olmasına rağmen araştırmadan önceki bir yıl içinde (1 Eylül 1982- 31 Ağustos, 1983) her yüz gebelikten 12.1'i isteyerek düşükle sonlandırılmıştı (her yüz kadın için 4.6 isteyerek düşük). İdeal çocuk sayısı (ortalama 2.7) ile Toplam

ⁱⁱ Başka bir çocuk sahibi olmadan önce en az iki yıl beklemek isteyen ya da artık başka çocuk sahibi olmak istemeyen ve buna rağmen gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayan, doğum yapabilme yetisine sahip halen evli kadınların "karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı" olduğu kabul edilir.

ⁱⁱⁱ İdeal çocuk sayısı, görüşülen kadınlara, aile kurma sürecinin en başına dönebilselerdi kaç çocuk sahibi olmak istedikleri sorusu yöneltilerek saptanmıştır.

Doğurganlık Oranı (4.1) arasındaki açık bir çocuktan daha fazlaydı⁵.

Yasadan sonraki ilk on yılda gebelikten korunma tutum ve davranışları: Kontraseptif yöntem bilgisi ve modern kontraseptif kullanımında hızlı artış

Yasadan sonraki on yılda kontraseptif yöntemlerin bilinme oranları artmaya devam etmiş ve 1993 yılında %99'a ulaşmıştır⁷. Kontraseptif kullanma oranları 1988'de %63'e ulaşmış⁶ ve 1993'de de aynı oranda kalmıştır⁷. Modern kontraseptiflerin kullanımı ise on yıl içinde hızlı ve istikrarlı bir yükseliş göstermiştir (1988'de %31, 1993'de %34.5). Özellikle, 2827 sayılı yasanın, pratisyen hekimler, ebe-hemşire ve ebelerce de uygulanmasına izin verdiği RİA'ların kullanımı bu on yılın içinde yüzde yüzden fazla artış göstermiştir (1983'de %9, 1988'de %14, 1993'de %19). Benzer bir şekilde, tüp ligasyonu kullanımı da %1'den %3'e yükselmiştir. Aynı yıllar içinde hap kullanımı (1983'de %9, 1988'de %6, 1993'de %5) ve geri çekme yöntemi kullanımı (1983'de %20, 1988 ve 1993'de %26) biraz gerilemiştir (Grafik 1). RİA kullanımı bütün bölgelerde artış göstermiş olmakla birlikte özellikle de doğu bölgesinde, beş yılın içinde üç katına çıkmıştır (1983'de doğu bölgesinde kadınların %5'i RİA kullanırken, 1988'de %15'i ve 1993'de %17'si RİA kullanmaktadır). 1983-88 arasındaki beş yıl içerisinde Batı ve Güney bölgelerinde de RİA kullanımı iki kat artış göstermiştir (1983'de sırasıyla %9 ve %8; 1988'de her ikisinde de %19; 1993'de sırasıyla %19 ve %21). Kırsal kesimde yaşayan kadınlar arasında RİA kullananların oranları da artış göstermiştir (1983'de %7, 1988'de %12.4 ve). Kırsal kesimde ve doğuda yaşayan kadınların çoğu RİA uygulamalarını kamu kuruluşlarında

yaptırmışlardır (kırsal kesimde %67, doğuda %63'ü)⁶.

Aynı dönemde ideal çocuk sayısı da düşmeye devam etmiş ve 1988 araştırmasında bu sayı ortalama 2,14 olarak hesaplanmıştır. Gebelikten korunma yöntemi kullanma oranlarındaki artışa rağmen istenmeyen gebelikler, ve gebelik sonlandırmanın yasallaşmasına rağmen de istenmeyen doğumlar bir sorun olmaya devam etmektedir (Son doğumu istenmeyen bir gebelik sonucu olanların oranı %27, yanlış zamanlanmış bir gebelik olduğunu söyleyenler %10)⁶.

Yasadan sonraki ikinci on yıl: "Aile Planlaması" hizmetlerinin kalitesini arttırma ve gebelik sonlandırma işlemini, gebelikten korunma hizmetlerinin sunumu için bir giriş noktası olarak kullanma çabaları

Sağlık Bakanlığı, 1990'ların başlarından itibaren gebelikten korunma hizmetlerinin ulaşılabilirliğini arttırmak, ve karşılanmayan gereksinimi azaltmak için; yöntem çeşitliliğini arttırmak (enjekte edilen yöntemler-Depo Medroksiprogesteron Asetat- ve implantlar -Norplant), yöntem sunumu için danışmanlık hizmetini yaygınlaştırmak ve ilgili sağlık personelinin bu yeni hizmet anlayışına uyumu amacıyla hizmetiçi eğitimi yaygınlaştırmak için çaba sarfetti. Aynı yıllarda gebelik sonlandırma (GS) hizmetlerini gebelikten korunma hizmetlerinin sunumu için bir giriş noktası olarak kullanmak fikri ve uygulamaları yaygınlaştı.

İsteyerek düşük yapan kadınların ezici çoğunluğu yakın gelecekte bir gebelik istemeyen kadınlardır, ve düşüklerden hemen sonra (iki ila üç hafta içinde) yeniden gebe kalabilirler. Bu yüzden GS sırasında ya da hemen sonrasında gebelikten korunma

danışmanlığı ve hizmeti almayan kadınların tekrar istenmeyen bir gebelikle karşılaşması ve yeniden GS gereksinimi duyması çok büyük olasılıktır¹⁰. Bunun yanı sıra GS hizmetleri bu kadınları, sağlık sistemi, ve özellikle de üreme sağlığı hizmetleri ile temasa getirir, dolayısıyla bu kadınlara iki hizmeti (GS ve gebelikten korunma) bir arada ve iki ayrı hizmetin ayrı ayrı toplamından daha düşük maliyetle sunma olanağı sunar. Bu konuda değişik girişim modellerini sınavan birçok uluslararası araştırma yapılmıştır¹². GS hizmetleri sonrasında gebelikten korunma yöntemi kullanımını arttırmak konusunda en başarılı olan model, bu yöntemler konusunda bilgi verme/danışmanlık hizmetinin ve yöntem sunumunun GS işleminin yapıldığı klinikte, GS işleminin yapıldığı klinikte çalışan personel¹², ve tercihen de kontraseptif danışmanlık ve hizmet sunumu konusuna zaman ayıran, bu konuda bilgi ve beceri sahibi, ve motive yardımcı sağlık personeli (ebe, hemşire, Aile Planlaması danışmanı)¹³ tarafından gerçekleştirildiği modeldir.

Gebelik Sonlandırma işleminin kontraseptif kullanımıyla ilgisini, ilk olarak, 1993 yılında yapılan NSA incelemiş ve isteyerek düşükle sonuçlanan gebeliklerin yaklaşık %15'inin bir modern yöntem kullanılırken (%4 hap, %5 RİA, %3 diyafram/köpük/jel, %5'i kondom) yöntem başarısızlığına bağlı meydana geldiğini bulmuştur. Bu gebeliklerin %45'i geri çekme yöntemi kullanımı sırasında oluşmuştur. Kadınların üçte biri ise gebe kaldıkları sırada bir yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. GS'dan bir ay sonra kadınların %39'unun hala bir yöntem kullanmadığı, %27'sinin geri çekme, üçte birinin ise çeşitli modern yöntemler kullandığı bildirilmiştir. (%9 hap, %11 RİA, %2

diyafram/köpük/jel, %9 kondom, %0.5 tüp ligasyonu).

Bu veriler (ve onların öncesindeki gözlemler) GS hizmetlerini kontraseptif danışmanlık ve sunumu hizmetleri ile birleştirmenin önemine işaret etmiş, ve 1990'lı yıllarda, Türkiye'de üreme sağlığı alanında çalışan bir grup araştırmacının ve uluslar arası kuruluşun, bu tezin geçerliliğini sınamak ve uygulamada ortaya çıkabilecek sorunları/fırsatları değerlendirmek için bir dizi yönelem araştırması ve pilot program geliştirmesine yol açmıştır.

Ayşen Bulut ve Nahid Toubia'nın Population Council ve Dünya Sağlık Örgütü Desteğiyle 1990-1991 yıllarında İstanbul'daki iki büyük kamu hastanesinin GS kliniklerinde yürüttüğü çalışma, hem GS hizmetlerindeki kalite sorunlarına dikkat çekmiş, hem de GS hizmeti sırasında RİA uygulamak gibi tek bir seçeneğin bile, GS'dan sonraki dönemde kontraseptif kullanımını arttırdığını ve hizmeti kullanan kadınlarca, hizmet kalitesi algısını arttıran olumlu bir unsur olarak değerlendirildiğini göstermiştir¹⁴ İstanbul Üniversitesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi'nde, 1994 Nisan'ında hizmete girdiği tarihten itibaren, GS için başvuran bütün kadınlar, eğitilmiş hemşirelerden danışmanlık hizmeti almış ve seçimlerine göre RİA, hap, implant, enjeksiyon, kondom, diyafram yöntemleri GS viziti sırasında, TL ve vazektomi ise GS'yı izleyen ilk haftalar içinde sunulmuştur. Bu klinikteki bir örnekleme göre kadınların %80'i klinikten bir modern kontraseptifle (%50 RİA, %20 hap, %5 kondom, %4 implant) ayrılmış, %6'sı geri çekme yöntemi kullanmayı, %13'ü de hiçbir yöntem kullanmamayı seçmiştir. Bu kadınların %77'si altı ay sonra da

modern yöntem kullanmaktaydı. Ayrıca 6 ay içinde tekrar gebe kalma oranları yukarıda bahsedilen Bulut, Toubia araştırmasının yaklaşık yarısı kadardı. (%11'e karşılık %6.4)¹⁵.

Sağlık Bakanlığı, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Population Council ve AVSC International'ın 1994 yılında birlikte yürüttüğü "Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetleri Durum Analizi Araştırması'nda GS hizmeti sunulan birçok kamu kuruluşunda GS hizmetleri ile Aile Planlaması hizmetleri arasında bağ kurulmadığı, GS hizmeti veren sağlık görevlilerinin çoğunun, kontraseptif yöntemlere başlamak için en az birkaç hafta beklenmesi gerektiği şeklinde yanlış bilgiye sahip olduğu ve dolayısıyla GS hizmeti alan kadınların çoğunun kliniklerden, hiçbir kontraseptif yöntem almadan ayrıldığı saptanmıştır¹⁶. GS hizmetlerinin kadınları, sağlık sistemi, özellikle de aile planlaması hizmetleri ile temasa getirmesi, Sağlık Bakanlığı'nın bu iki hizmeti (GS ve gebelikten korunma) birarada ve daha düşük maliyetle sunmaya odaklanmasına yol açmıştır.

Sağlık Bakanlığı "düşük sonrası aile planlaması programı"nı 1991 yılının sonlarında Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başlattı. Program öncesinde isteyerek düşük yapan kadınlar hastanede ayrı bir birimde sunulan aile planlaması hizmetlerinden sadece talep ederlerse yararlanıyorlardı. Bu şekilde, bir aile planlaması yöntemi (çoğu kondom olmak üzere) olarak hastaneden ayrılan kadınların oranı 1991'de %65'i geçmiyordu. Hastanede GS ve aile planlaması hizmetlerinin fiziki olarak aynı ortamda sunulmaya başlanması, sağlık personelinin düşük sonrasında rahimiçi araç uygulamasına karşı direncinin kırılması için bilimsel bir araştırma yapılması, düşük yapan

kadınlara aile planlaması danışmanlığının rutin olarak verilmeye başlanması ve hastanede sunulan aile planlaması yöntem çeşitliliğinin artırılması ile GS hizmetinden sonra kontraseptif yöntem olarak hastaneden ayrılan kadınların oranı hızlı bir şekilde yükseldi. Hemen bir yıl sonra 1992'de bu oran %97'ye ulaştı. Buna paralel olarak 1991'den 1998'e kadar hastanede gerçekleştirilen yıllık GS sayısı 4100'den 1709'a düştü¹⁷.

Program, ikinci aşamada, 1992 - 1998 yılları arasında on kamu hastanesinde daha uygulandı. Bu hastanelerin altısında, düşük sonrası modern kontraseptif yöntem başlama oranları %90'lara ulaştı. Diğer üçünde, çok yüksek olmasa da, belirgin bir artış gözlemlendi. Bir hastane bu programı sürdüremedi.

1998 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Türkiye'de her dört gebelik sonlandırmasından birinin gerçekleştiği İstanbul iline odaklanarak, özel sektörde düşük sonrası aile planlaması programını başlattı. On iki özel ve iki kamu hastanesindeki GS modern kontraseptif kullanma oranları bu program öncesinde %37 iken, birinci ayın sonunda %44'e, dokuzuncu ayın sonunda ise %72'ye çıktı. Bu programda sağlık çalışanlarının eğitiminin yanısıra, GS hizmetleri ile kontraseptif hizmetlerinin idari ve fiziki olarak birleştirilmesi sağlanmıştır. Ayrıca hizmeti kullanan kadınlar için yazılı bilgi kaynakları geliştirilerek dağıtılmıştır. Programın uygulaması özel sektörde; klinik başına hizmet sunulan kadın sayısının daha az olması, özel sektördeki hekim ve sağlık personelinin eğitimde vakit "kaybetmek" istememesi, kar motivasyonlu işletmelerde GS ile kontraseptif hizmetleri birlikte vermenin finansal açıdan kazanca değil kayıba yol açacağı algısı ve o dönemde

özel kuruluşlarda kayıt tutma sisteminin zayıflığı gibi nedenlerle daha zor olmuştur¹⁷.

2003 yılına gelindiğinde Türkiye’de kontraseptif yöntem bilme oranı yüzde yüze yaklaşmış (%99.7), ortalama bilinen yöntem sayısı 8.5 olmuştur⁹. 15-49 yaş arası evli kadınların %71’i herhangi bir yöntemle korunmakta, %43’ü modern kontraseptif kullanmaktadır (%20’si RİA, %11’i kondom, %6’sı tüp ligasyonu, ve %5’i hap). Modern yöntem uygulamalarında kamu kurumlarının payı artmıştır (RİA uygulamalarının %71’i, tüp ligasyonlarının %82’si kamu kurumlarında yapılmıştır. Hapların ve kondomların üçte biri de kamu kurumlarından alınmıştır). Geri çekme yöntemi %26 ile en sık kullanılan yöntem olmaya devam etmektedir. Toplam doğurganlık hızı 2.2’dir (1983’de 4.05) ve ideal çocuk sayısına (ortalama 2.5) yaklaşmıştır⁹.

Gebeliklerin sonlandırılması, 1983 yasasından sonraki beş yıl içinde artış gösterdiyse de, daha sonraları istikrarlı bir şekilde azalmaktadır (Tablo 1). 2001 yılında yayınlanan ve 1993 ve 1998 NSA’larının verilerinin ileri analizine dayanan bir çalışma, GSlardaki düşüşün üç faktöre bağlı olduğunu göstermiştir; birinci olarak geleneksel yöntem (neredeyse tamamı geri çekme) kullanıcılarının, yöntem başarısızlığına bağlı gebeliklerinin daha düşük bir oranını sonlandırmaları, ikinci olarak geleneksel yöntem kullanımındaki başarısızlık oranlarının düşmesi, ve daha az bir oranda da geleneksel yöntemden modern kontraseptif kullanımına kayma. Araştırmacılar, bulgularını Türkiye’de GS’larındaki düşüşü, kontraseptif kullanımındaki artıştan çok kontraseptiflerin daha düzgün kullanılmasına bağlamışlardır¹⁸. Gebelik sonlandırma hizmetleri ile

kontraseptif sunumunu birleştirme konusunda, yukarıda anlatılan araştırmalara ve pilot programlara rağmen, ülke çapındaki veriler bu doğrultuda bir değişiklik olmadığını düşündürmektedir. NSA’larında, gebelik sonlandırdıktan sonra modern yöntem kullanımı, ilgili araştırmalar ve pilot programlarda gözlenen düzeylerin yarısından daha azdır (RİA %16, Hap %10, Kondom %9, kadın ve erkek sterilizasyonu toplamı %2)⁹.

Son on yıl ve sağlık sisteminde değişiklikler

Son on yılın ilk yarısındaki durumu inceleyen 2008 NSA’da¹⁰ 15-49 yaşlarındaki evlenmiş kadınların neredeyse tamamının en az bir kontraseptif yöntem bildiği ve bilinen yöntem sayısının ortalama 7.7 olduğu görülmüştür. Kontraseptif kullanım oranları %73’ü, modern kontraseptif kullanım oranı %46’yı bulmuştur. Modern yöntem kullanımındaki artış daha önceki beş yıllara göre daha azdır. En çok kullanılan yöntem %26 ile hala geri çekme yöntemidir. Modern yöntemler arasında RİA’nın baskınlığı azalırken (%17), tüp ligasyonu (%8) ve kondom (%14) kullanımında önemli artış olmuştur. İmplant ve enjekte edilen kontraseptif kullanım oranları ihmal edilebilir derecede düşüktür (0 ve %0.9). Yöntem kullanımı oranları açısından bölgeler (Doğu Anadolu aleyhine), eğitim düzeyleri (düşük eğitim grupları aleyhine), yaş grupları (15-19 yaş grubu aleyhine), yerleşim yeri (kır aleyhine), hanehalkı refah düzeyleri (düşük refah düzeyindeki kadınlar aleyhine) arasındaki farklılıklar sürmektedir. Modern yöntemlerin büyük çoğunluğu kamu sağlık kuruluşlarından temin edilmiştir ve kamunun payı 2003 NSA’da rapor edilen oranlardan daha da yüksektir (RİA’ların %78’i, tüp ligasyonlarının %80’i,

kondomların %39'u ve hapların %37'si kamu sağlık kuruluşlarından sağlanmıştır).

İsteyerek düşükle sonlanan gebeliklerin olduğu ayda kadınların %34'ü hiç bir yöntem kullanmadığını, %39'u geri çekme yöntemi kullandığını, %5'i hap, %5'i RİA, %11'i kondom olmak üzere toplam %27'si modern yöntemler kullandığını bildirmişlerdir. İsteyerek düşükten sonraki bir ay içindeki yöntem kullanımı da 1998 ve 2003 NSA'larında bildirilen sonuçlara benzerdir.

Tablo 1. 1983-2008 yılları arasında, araştırmanın yapıldığı andan önceki bir yıl içerisinde her yüz gebelik ve 15-49 yaşında en az bir kez evlenmiş kadın başına isteyerek düşük oranları

NSA yılı	100 gebelikte	100 kadın için
1983	12.1	2.8
1988	23.6	4.5
1993	17.9	3.3
1998(*)	14.5	2.5
2003(*)	11.3	-(**)
2008(*)	10.0	-(**)

(*) Araştırmadan önceki toplam beş yıl için yayımlanmıştır.

(**) 2003 ve 2008 NSA raporlarında 100 kadın başına isteyerek düşük hızı yayımlanmamıştır.

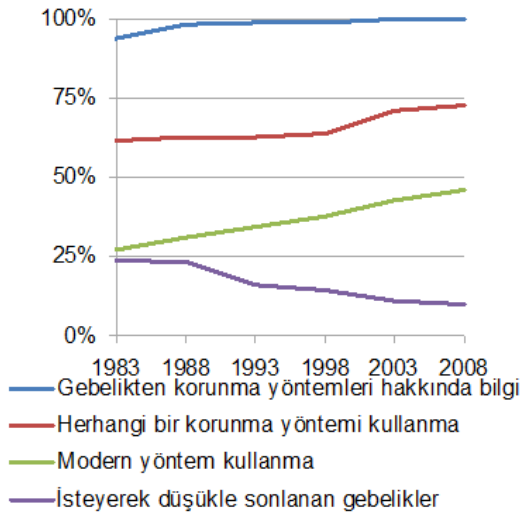
2008 NSA'nda da , GS'yı takip eden bir ay içinde kadınların %32'si hiç bir yöntem kullanmamakta, %22'si Geri Çekme yöntemi, % 12'si RİA, %14'ü hap, %15'i kondom kullanmaktadır¹⁰.

2008 yılında yapılan NSA, modern yöntem kullanan kadınların aldığı danışmanlık hizmetlerini değerlendirmek için bilgi toplamıştır.

Gebelikten korunma hizmetlerindeki kalitenin önemli bileşenlerinden biri olan danışmanlık, gebelikten korunmak istemiyle kliniklere başvuran kadınlara bütün yöntemler hakkında bilgi verilmesi, kendilerine en uygun yöntemi seçmeleri için yol gösterilmesi ve seçtikleri yöntemi nasıl kullanacakları ve olası yan etkileri konusunda bilgilendirilmesi gibi öğeleri içerir. 2008 yılında halen bir yöntem kullanmakta olan kadınların %57'si kullandıkları yöntemi alırken diğer yöntemler hakkında bilgi verilmediğini, %50'si kullanacakları yöntemin yan etkileri hakkında bilgi verilmediğini, %56'sı ise yan etkiler ortaya çıkarsa ne yapmaları gerektiği hakkında bilgi almadıklarını söylemişlerdir¹⁰ (Grafik 1).

İkibin sekiz yılı NSA'sı ideal çocuk sayısı ortalamasını 2.5 olarak bulmuştur ve toplam doğurganlık hızıyla (2.2) arasındaki açık oldukça azalmıştır. Karşılammış aile planlaması ihtiyacı da azalarak %6 oranında bulunmuştur¹⁰.

Son on yıl değerlendirilirken 2005 yılından itibaren uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" dikkate alınmalıdır¹⁹. Genel Sağlık Sigortası, Aile Hekimliği Uygulaması, Sağlık Çalışanlarının ücretlenmesinde performans dayalı sistem gibi bileşenleri olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın üreme sağlığı, özellikle de aile planlaması hizmetlerinin nitelik, yaygınlık ve ulaşılabilirliği üzerinde önemli (olumlu ya da olumsuz yönde) sonuçları olabilir. Bu programın diğer koruyucu hizmetler yanında aile planlaması ve GS hizmetlerine olan etkisinin izlenip değerlendirildiğine, bu konuda araştırma(lar) planlandığına ilişkin bir bilimiz yoktur.



Grafik 1. 1983 - 2003 Yılları arasında gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi, yöntem kullanımı ve isteyerek düşükler (NSA'daki verilere dayanarak)

Tartışma

Bireylerin istek ve tutumlarıyla hükümet politikalarının örtüştüğü yıllar

Son kırk yılda Türkiye'de toplum, önemli sosyal değişime uğradı. Bu değişimin göstergelerinden ve önemli sonuçlarından bir tanesi, istenen çocuk sayısında ve onu izleyerek toplam doğurganlık hızındaki hızlı düşüştür.

Toplumun ve onu oluşturan bireylerin, politika yapıcılarından daha önce değişmeye başladığı bu yıllarda, ilk önce bireylerin aile büyüklüğü konusundaki istek ve tutumları değişmiş, onu izleyerek, yasalar, politikalar ve hizmetler gelişmiştir. Yine de bu dönemin esas özelliği toplumun/bireylerin istek ve beklentileriyle yasa ve politikaların önemli ölçüde paralellik göstermeleridir. Bu sayededir ki, Türkiye özellikle 1980'lerden sonra istenmeyen gebeliklere bağlı anne ölümlerinin önemli ölçüde önünü alabilmiş, istenen aile büyüklüğü ile gerçekleşen aile büyüklüğü arasındaki farkı çok azaltmış, gebelikten korunma

bilgi ve hizmetlerine ulaşmada, özellikle dezavantajlı bölgelere (Doğu Anadolu) ve kırsal kesimdeki kadınlara ulaşma konusunda bir sıçrama yapabilmıştır. Bunda 2827 sayılı yasanın uygulanmasıyla gebelikten korunma hizmetlerinin uzman hekimler dışında, özel eğitimden geçmiş pratisyen hekimler, ebeler ve ebe-hemşireler tarafından sunulmasının, böylece daha geniş kesimlere ulaşılmasının rol oynamış olduğu düşünülebilir.

Sonraki yıllarda yöntem çeşitliliğini arttırmak, danışmanlık hizmetlerini gebelikten korunma hizmetlerinin bir parçası haline getirmek, ve GS hizmetlerini gebelikten korunma hizmetleri için bir giriş noktası olarak kullanmak yönünde önemli çabalar gösterilmiş olsa da, bu pilot programların büyük sağlık kuruluşları ve birkaç büyük şehirde yürütülüp bunlarla sınırlı kalması, NSA'ları ile ölçülebilecek büyüklükte, ülke çapında değişikliklerin sağlanamamasına yol açmıştır. Hizmetlerin, bireylerin isteklerine yetismeye çalıştığı bu dönemde, aradaki açığı, toplumun kendisi kapatmaya çalışmıştır. Örneğin, yöntem çeşitliliğinin sınırlı kaldığı (RİA, hap, kondom ve son on yılda tüp ligasyonu) şartlarda, geri çekme yöntemi hizmete ulaşamayanların, ya da ülkede sunulan yöntemlerden hiç birini kendine uygun bulmayan, ya da erkeğin gebelikten korunma konusunda daha çok sorumluluk alması gerektiğini düşünen çiftlerin tercih ettiği bir yöntem olmuştur²⁰. Sağlık Bakanlığının, etkili olmadığı düşünüldüğü için, uzun yıllar boyunca, kullanımını azaltmaya çalıştığı geri çekme yöntemi, son otuz yıl boyunca en çok kullanılan yöntem olmaya devam etmiştir. İki binli yıllara yaklaşırken yapılan bir analiz, isteyerek düşüklerin azalmasındaki en önemli etmenlerden birisinin geri çekme

yönteminin başarısızlık oranlarındaki azalma (ya da gebelikten korunma motivasyonu yüksek kullanıcıların geri çekmeyi daha başarılı, daha düzenli ve daha doğru kullanması) olduğunu göstermiştir¹⁸.

Son otuz yılda kaydedilen gelişmeler, kuşkusuz önemlidir, ama varılması gereken noktaya ulaşıldığı söylenemez. Gebelikten korunma hizmetlerine ulaşmada bölgeler, eğitim grupları, farklı refah düzeyi grupları, ama özellikle de 15-19 yaş grubundaki gençlerle diğer yaş grupları arasındaki eşitsizlikler devam etmektedir. Evli olmayan gençlerin “karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı” hesaplamalarının dışında bırakıldığı düşünülürse, bu eşitsizliğin gerçekte daha da keskin olması büyük olasılıktır.

Bu sorunlar devam ederken uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” genelde koruyucu hizmetler, özellikle de üreme sağlığı hizmetleri üzerindeki etkisinin izlenmemiş ve/ya da bu değerlendirmelerin kamuoyuyla paylaşılmamış olması, yukarıda sözü edilen sorunların ve yeni uygulamanın ortaya çıkarabileceği yeni sorunların çözümü için plan yapmayı ve politika geliştirmeyi güçleştirmektedir.

Bireylerin istek ve tutumlarıyla hükümet politikalarının paralel olmama olasılığı?

İkibinli yılların Türkiye’sinde küçük aile norm haline gelmiş, istenen doğurganlık hızı 1.6’ya düşmüştür (NSA 2008). Gerçekleşen doğurganlık hızı hala 2.16’dır ve bu verilere dayanarak yapılan nüfus projeksiyonları, halen çok genç bir nüfusa sahip olan Türkiye’nin nüfusunun 2050’ye kadar artmaya devam ederek yüz milyona ulaşacağını göstermektedir²¹. Yine de mevcut hükümetin çeşitli açıklamaları, bu artış

hızını yeterli bulmadığını, ya da bizim bilmediğimiz başka kaynak ve projeksiyonlara dayanarak nüfusun azalacağına ilişkin kaygıları olduğunu düşündürmektedir. Bilimsel verilere dayanarak, ülkenin uzmanları, akademisi ve sivil kuruluşların katkılarıyla bir nüfus politikası oluşturmak hükümetlerin hem hakkı hem görevidir. Nüfus projeksiyonları ve nüfus artış hızı ile sosyal ve ekonomik kalkınma ve toplumsal refah arasındaki ilişkileri tartışmak ise bu yazının sınırları dışındadır. Bizim dikkat çekmek istediğimiz nokta kısa yoldan ve “kolayca”(!) nüfus hedeflerine ulaşmak istenirken yol açılacak üreme hakkı ihlalleri ve hizmet aksamalarının, kadınların, çocukların ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyecek olmasıdır. Hem Türkiye’nin 1980 öncesi deneyimleri, hem yakın çevremizdeki Romanya’nın 1960-90’lardaki deneyimi²² yasaklar ve hizmet kısıtlamalarının anne ölümlerini, kurumlara terkedilen ve buralarda ölen çocuk sayısını arttırmakla kalmayıp, nüfus artışını sağlamak açısından da hiç bir işe yaramadığını göstermektedir. Bütün bu deneyimler sonucunda 1994’de Kahire’de toplanan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 179 ülkenin imzaladığı Eylem Programında, “çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısına ve sıklığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar vermeye, bu konuda gerekli bilgi ve araçlara ulaşmaya, bilinçli seçimler yapmaya ve bilinen güvenli ve etkili bütün yöntemlerin kendilerine sunulmasına” hakları olduğunu kabul etmiş ve hükümetleri bu hizmetleri bütün vatandaşlarına ulaştırmakla yükümlü kılmıştır⁴. Hükümetlerin nüfus politikalarını, bireylerin üreme haklarını zedelemeyecek bir zemine oturtmaları gerekir. Çocuk sahibi olmak istedikleri halde sosyoekonomik engeller yüzünden

gebelikten kaçınan çiftleri, özellikle de kadınları, gebelik, doğum ve çocuk bakımı sırasında destekleyecek sosyal politikalar, üreme haklarını kısıtlamak, yasaklar getirmek, ya da üreme sağlığı hizmetlerinin ulaşılabilirliğini azaltmaktan daha etkili olacaktır.

Gebelik sonlandırma ("Kürtaj") için yeni yasal düzenlemeler bütüncül hizmet sunumunu nasıl etkiler?

Sağlık Bakanlığı İsteyerek Düşüklerle ilgili yasal bir düzenleme içindedir. Bu yazının hazırlandığı güne kadar kamuoyuyla paylaşılan herhangi bir taslak olmadı. Ancak basında çıkan haberlere göre, GS hizmetlerinin "kalitesinin yükseltilmesi" için bu hizmetlerin yalnızca kadın doğum uzmanları tarafından ve yalnızca hastanelerde sunulması planlanmaktadır. Yukarıda tartıştığımız gibi GS hizmetlerinin, kontraseptif hizmetlerinin sunumu ile entegrasyonu ve ulaşılabilirliği hala bir sorun olmaya devam ederken, bu tür "kalite yükseltme" önerileri, kaliteyi yükseltmekten çok, engel oluşturma potansiyelini taşımaktadır. Birincisi gerek GS hizmetlerinin, gerekse gebelikten korunma yöntemleri sunumunun, uzman hekimler dışındaki sağlık personeli tarafından da, aynı derecede, hatta daha başarılı olarak sunulduğunu gösteren sayısız uluslararası çalışma vardır¹³⁻¹⁴. İkincisi ve daha önemlisi bu hizmetler Türkiye'de otuz yılı aşkın bir süredir uzman hekimler dışındaki sağlık çalışanları tarafından güvenli bir şekilde ve başarıyla sunulmuştur, aksi yönde hiç bir kanıt yoktur. Üçüncüsü GS hizmetlerini yalnızca uzmanların, yalnızca hastanelerde verdiği durumlarda, uzmanların vakitlerini Aile Planlaması danışmanlığı ve yöntem sunumu dışında kullanmak gereği, AP hizmetleri konusuna duydukları ilginin

ve motivasyonlarının düşük olması vb nedenlerle, GS ile gebelikten korunma yöntem sunumunun entegrasyonu başarılı olamayabilir.

Sonuç

Konu ile ilgili bilgilerimiz, araştırma bulguları ve bunlara dayanarak yapılan tartışmalarla, aşağıdaki öneriler yapılması gerekenleri özetlemektedir:

- Bir an önce Üreme Sağlığı hizmetlerinin son durumunu ve sağlıkta dönüşümden nasıl etkilendiğini gösteren bir araştırma başlatılmalıdır. Özellikle bölgeler, yaş grupları ve farklı gelir grupları arasında gebelikten korunma hizmetine ulaşmadaki eşitsizliklerin, yeni uygulamalardan nasıl etkilendiğine dikkat gösterilmelidir.
- Veriler, Aile Planlaması hizmetlerinde kalite sorununun sürdüğünü göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ve ilgili kuruluşlar, yöntem çeşitliliğini arttırmak, gebelik yöntemlerinin sunumunu nitelikli danışmanlık hizmetleri ile güçlendirmek ve dezavantajlı grupların (özellikle alt gelir grupları ve 15-19 yaş grubundaki gençlerin) hizmetlere ulaşımını kolaylaştırmak için gerekli uygulamaları bir an önce başlatmalıdır. Gebelik Sonlandırma hizmetlerinin, isteğe dayalı gebelikten korunma hizmetleri ile birleştirilmesi ülke çapında gerçekleştirilmelidir
- Zora dayalı yasaklı politikalar yerine, kamuoyunun ve ilgili tarafların katılacağı fikir alışverişleriyle geliştirilecek sosyal destek politikalarına başvurulmalıdır.

- Gebelikten korunma hizmetleri ne kadar gelişirse gelişsin, sayısı azalsa bile yine de istenmeyen gebelikler, dolayısıyla isteyerek düşük gereksinimi olacaktır. Tüp ligasyonu ve vazektomi dahil bütün yöntemlerin başarısızlık riski, yani kullanımları sırasında gebelik oluşma olasılığı vardır. Onun dışında yöntemi kullananların yapabileceği

kullanım hataları, hizmetlerin ulaşılabilirliğindeki eksiklikler, ve kadınların/çiftlerin sosyal, psikolojik, cinsel hayatlarındaki değişiklikler nedeniyle her zaman istenmeyen gebeliklerle karşılaşabileceği unutulmamalıdır. Gebelik Sonlandırma hakkının korunması hem bireysel haklar açısından hem de toplum sağlığı açısından vazgeçilmezdir.

Kaynaklar

1. 827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/613.html> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
2. 509 sayılı ve 9 Ekim 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği. <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/acsap/mevzuat/509sayilyonetmelik.pdf> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
3. 510 sayılı ve 18 Aralık 1983 tarihli, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/mev/mev_tuz/rahim_tahliyesi.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
4. ICPD Programme of Action, paragraph 7.12. <http://www.unfpa.org/public/home/site/emap/icpd/International-Conference-on-Population-and-Development/ICPD-Programme#ch7b> , 20 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Westinghouse Health Systems. 1983 Turkish Population and Health Survey. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/1983_TPHS.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Centers for Disease Control. 1988 Turkish Population and Health Survey. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma/1988_TPHS.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Macro International Inc. Demographic and Health Survey, 1993. <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR57-DHS-Final-Reports.cfm> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, USAID-Macro International Inc., Sağlık Bakanlığı, UNFPA. <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR108-DHS-Final-Reports.cfm> Demographic and Health Survey, 1998.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.shtml> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.

11. Huntington D. 2000. Meeting Women's Health Care Needs After Abortion. Program Briefs 1. Washington, DC: Population Council, FRONTIERS
12. Nahla Abdel-Tawab. Challenges and Opportunities in Providing Postabortion Family Planning Services. Presented at IUSSP 2009, September 30, 2009. iussp2009.princeton.edu/download.aspx?submissionid=91644 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
13. McDougall J, Fetters T, Clark KA, Rathavy T. Determinants of contraceptive acceptance among Cambodian abortion patients. *Stud in Fam Plann*, 2009;40(2):123-132
14. Bulut A, Toubia N. Abortion services in two of public sector hospitals in Istanbul, Turkey: How well do they meet women's needs?. In: *Abortion in the Developing World*, eds: Mundigo A.I., Indriso C. London, England , Zed Books, 1999: 259-78.
15. Ortayli N, Bulut A, Nalbant H. The effectiveness of preabortion contraception counseling. *Int J Gyn Obs* 2001; 74: 281-285.
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratراسi_acilimler_2011/upsem/turkiyeSDP.pdf 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.
16. Ministry of Health , Gazi University Medical Faculty, Population Council and AVSC International. Turkey Situation Analysis of Selected Reproductive Health Care Services: Condensed English Report, Ankara, Turkey, 1995.
17. Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. Bridging the gap: Integrating Family Planning with Abortion Services in Turkey. *Int Fam Plann Perspectives*. 2000; 27(2):90-95.
18. Senlet P, Curtis SL, Mathis J, Raggars H. The role of changes in contraceptive use in the decline of induced abortion in Turkey. *Studies in Fam Plann* 2001; 32(1):41-52.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008.
20. Ortayli N., Bulut A., Cokar M., Ozugurlu M. Why withdrawal? Why not withdrawal? Men's perspectives. *Reprod Health Matters*. 2005; 13(25): 164-173.
21. TÜSİAD, UNFPA. Türkiye'nin Fırsat Penceresi -Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri. Aralık 2011. <http://www.tusiad.org/rsc/shared/file/firsat.pdf> , 22 Ağustos 2012 tarihinde indirildi. Bianet. Kürtaj Yasası Dersleri. Stephenson P, Wagner M, Badea M, Serbanes F. makalesinden Türkçeye tercüme. 6 Haziran 2012. <http://bianet.org/bianet/bianet/138889-romanyadan-kurtaj-yasagi-dersleri> 22 Ağustos, 2012 tarihinde indirildi.