

# Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış

Ayşe Akın

## Özet

Cumhuriyet döneminde Türkiye, önce pronatalist daha sonra anti natalist nüfus politikası izlemiştir. Pronatalist politikanın değişmesinde en büyük etken toplumun talebinin yanı sıra yasadışı olarak sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin anne ölümlerine yol açması olmuştur. Türkiye, aile planlamasında pek çok ülkeye örnek olabilecek başarılı uygulamalar gerçekleştirmiştir. Elde edilen başarılarda, Sağlık Bakanlığının öncülüğü, bilim insanları, STK’lar ve diğer sektörlerin işbirliği ve bilimsel araştırma sonuçlarının savunuculuk amacı ile zamanında ve yerinde kullanılması etkili olmuştur. Özellikle 2827 sayılı yasanın uygulanması ile anne ölümleri içinde çok yüksek olan isteyerek düşüklerin payı % 2 lere düşmüştür. Günümüze dek Türkiye’de aile planlaması hizmetleri bireylerin sağlık haklarının bir parçası olarak verilmiş olup, bu yaklaşımın sürdürülmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Antinatalist politikalar, pronatalist politikalar, üreme sağlığı hizmetleri

## Future perspectives on induced abortion and reproductive health services in light of the changing population and health policies in Turkey

### Abstract

During the history of the Republic of Turkey, first pronatalist and then antinatalist population policies have been followed. Beside the public demand the major factor in changing population policy in Turkey was the high frequency of unsafe abortions causing maternal mortalities. Turkey has been very successful in implementing family planning activities which can stand as a good example for many countries. The factors which have been effective in the success were leading role of the Ministry of Health and collaboration between the relevant sectors including NGOs and scientists also timely utilization of the research results for advocacy purposes. In particular number 2827 law was very effective to decrease the share of induced abortion in maternal mortalities to 2% which used to be too high. Up to now FP services are provided as a part of health rights of the individuals which that approach should be maintained.

**Key Words:** Antinatalist policy, pronatalist policy, reproductive health services

---

**Sorumlu Yazar: Prof.Dr. Ayşe Akın**, Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM),Ankara, E-posta: ayse.akin@gmail.com

## **Giriş**

Hızlı nüfus artışı, birlikte getirdiği ekonomik, çevresel, hızlı kentleşme ve diğer sosyal sorunlar nedeni ile ülkeler için çok önemli bir konudur ve "sağlığı" *dolaylı* olarak olumsuz etkilemesinin yanı sıra "*aşırı doğurganlık*" nedeni ile de "sağlığı" *doğrudan* olumsuz etkileyen bir durumdur.

Sağlık yönüyle de son derece önemli olan nüfus olgusu, ülkelerin izlediği nüfus politikalarından, bireylerin fertilitite davranışlarından, aile planlaması hizmetlerinin yasal durumundan, yasal olduğunda bile hizmetlerin varlığı, ulaşılabilirliği ve kabul edilebilirliğinden etkilenmektedir. Yapılan hesaplamalar gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenirse anne ve çocuk morbidite ve mortalitelerinde %30-40 oranında azalma meydana geleceğini göstermektedir. Diğer bir ifade ile eğer gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmetleri başarılı olarak verilebilirse, aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin azalmasına bağlı yaklaşık %30-40 oranında anne ve bebek ölümleri önenebilecektir <sup>1-5</sup>.

## **Dünyada Üreme Sağlığı Sorunlarının Boyutları**

Tüm dünyada her yıl 500.000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle ölmekte, bunların sadece % 1'i gelişmiş ülkelerde, geri kalan %99'u ise gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Son yirmi yılda çocuk sağlığında belirgin gelişmeler kaydedilmesine karşın, aynı iyileşme anne sağlığında ne yazık ki gözlenememiştir. Anne ve çocuk ölümlerinin en az üçte birini önleyebilen aile planlaması hizmetleri dünyada 300 milyon çift için halen ulaşılamayan hizmetlerdir <sup>4,5</sup>.

Anne sağlığı bebek ve çocuk sağlığını da çok yakından etkilemektedir. Dünya Doğurganlık Araştırması bulguları, kısa doğum aralığının, bebeklerin yaşam şansını %60-70, çocukların beş yaşına kadar yaşam şansını ise %50 azalttığını ortaya koymuştur. Yirmi yaşından küçük

annelerden doğan bebeklerin ilk ay içinde ölüm riski, 25-34 yaş grubundaki annelerden doğanlara göre, yüzde 24 daha fazladır <sup>6</sup>.

Sağlıksız koşullarda yapılan düşükler, Dünyada, önemli bir kadın sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün son hesaplamalarına göre, çoğu gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, istenmeyen gebeliklerin sonucu olarak bir yılda dünyada yaklaşık 42 milyon gebeliğin isteyerek düşükle sonlandığı tahmin edilmektedir. Bu sayının 20 milyonu sağlıksız koşullarda yapılan düşükler olup, bunlara bağlı binlerce anne ölümü ve sakatlık meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranı gelişmiş ülkelerin 100-200 misli daha yüksektir. Yine mevcut istatistik bilgilere göre anne ölümlerinin % 13'ü sağlıksız düşükler nedeni ile meydana gelmektedir. Bu bilgi her 10 anne ölümünden en az birinin bu nedene bağlı olduğunu göstermektedir. Dünya nüfusunun yüzde 25'i oldukça katı düşük yasalarının bulunduğu ülkelerde yaşamaktadır. Bu da yasa dışı ve güvenli olmayan düşük işlemlerine başvuruyu, kaçınılmaz olarak, artırmaktadır <sup>5,6,7</sup>.

Uluslararası çabalar, İkinci Dünya Savaşı sonrasında, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümleri azaltmaya, özellikle de çocuk ölümlerini azaltmaya odaklanmıştır. 1960'lı yıllarda ise, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere tüm dünyada, kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri konusunda artan bir duyarlılık gelişmeye başlamıştır. 1970'lerdeki demografi ağırlıklı yaklaşım 1980'lerde yerini sağlıkla ilgili kaygılara, 1990'larda ise insanların hakları ve ihtiyaçları üzerine odaklanmaya bırakmıştır. Bu süreçte; çok sayıda hükümetin ve uzman kuruluş temsilcilerinin katılımıyla, Bükreş'te(1974), Mexico City'de(1984) ve Kahire'de(1994) yapılan üç büyük konferansta, nüfus ve aile planlamasının sürdürülebilir kalkınmanın ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya konmuştur <sup>8</sup>.

“Üreme Sağlığı-ÜS” ilk kez 1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda (International Conference on Population and Development-ICPD), tanımlanmış olan bir kavram olup tüm dünyada kabul görmüştür. Devletlerin ve hükümetlerin kadın erkek eşitliğini temel alarak, aile planlaması ve cinsel sağlığı da içeren üreme sağlığı hizmetleri dahil tüm sağlık hizmetlerine ulaşabilirliğin sağlanması için bütün önlemleri alması gerektiği evrensel ilkesi de bu konferansta kabul edilmiştir. ICPD’nin ÜS hizmetlerindeki *yeni* yaklaşımında ki bu neredeyse yirmi yıl önceyi işaret ediyor; Hizmetlerin tüm yaşam boyu, herkesi hedefleyerek, birey ve toplumun gereksinmelerine uygun, kontraseptif seçenekler sunarak, insanların bilinçli-özgür seçim yapmalarını sağlayarak, hizmet veren ve alan arasında etkileşimi olası kılan, üreme hedeflerinin gerçekleştirilmesine yardımcı ve üreme organları ve işlevleri ile ilgili hastalık ve yaralanmaları önleyici nitelikte olması vurgulanmıştır.

Kahire konferansında ele alınan kavramlardan bir diğeri de “üreme haklarıdır. Bu kapsamda; bireylerin ve çiftlerin, çocuklarının sayısı ve aralığına özgürce ve sorumlu olarak karar vermeleri ve bunu sağlayabilmek için gerekli bilgiye sahip olabilmeleri, en yüksek üreme ve cinsel sağlık standardına ulaşabilmeleri, şiddet, baskı ve ayırimcılık olmaksızın kararlarını verebilmeleri, özellikle adolesan dönemden başlanarak, postmenopozal ve yaşlılık dönemi de dahil üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanma haklarının insan hakları kapsamında ele alınması gereği vurgulanmıştır. Günümüzde üreme sağlığı hizmetlerinin, cinsel sağlık ve aile planlamasını da içine alacak şekilde, hükümetlerin ve toplum katılımlı politika ve programların, “herkes için” bu haklar temelinde olması önerilmektedir <sup>6,8</sup>.

### **Geçmişten Günümüze Türkiye’nin İzlediği Nüfus Politikaları**

Osmanlı imparatorluğu döneminde askeri insan gücüne duyulan ihtiyaç ve geleneksel olarak büyük aile normunun benimsenmesi gibi faktörlerle nüfus sorunu, üzerinde durulan bir konu olmamıştır <sup>9,10</sup>.

Türkiye Cumhuriyeti’nin tarihinde ise 1923’den 1965’e kadar pronatalist, 1965 yılından sonra ise antinatalist olmak üzere iki tür nüfus politikası izlenmiştir. Türkiye’nin nüfusu 1927-2000 yılları arasında sürekli artış göstermiştir. Nüfus yapısındaki değişiklikler izlenen nüfus politikalarına göre şekillenmiştir.

Türkiye’de her konu da olduğu gibi “nüfusla” ilgili olarak da bir ilk adım, M.Kemal Atatürk’ün imzası ile 1926 yılında atılmış ve “Merkezi İstatistik Dairesi” adı ile bu günkü TÜİK kurulmuş ve hemen 1927 yılında genç Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk genel nüfus sayımı gerçekleştirilmiştir. Toplam nüfusun 13 648 270 kişi olarak tespit edildiği 1927 nüfus sayımından sonra ikinci nüfus sayımı 1935 yılında yapılmış ve bu tarihten sonra her beş yılda bir olmak üzere 1990 yılına kadar nüfus sayımları düzenli olarak sonu sıfır ve beş ile biten yıllarda yapıla gelmiştir. 1990 yılından sonra ise nüfus sayımının sonu sıfır ile biten yıllarda uygulanması kanun ile belirlenmiş ve bu kapsamda 22 Ekim 2000 tarihinde ülkemizde gerçekleştirilen 14. nüfus sayımında nüfus 67 803 927 kişi olarak tespit edilmiştir <sup>11</sup>.

### **Pronatalist Nüfus Politikasının İzlendiği Dönem**

Türkiye’de nüfus sorununu ulusal bir politika olarak ilk ele alan ve üzerinde duran Atatürk’tür. Atatürk 1920 yılında yaptığı bir konuşmada, “Milletimizin sıhhatinin muhafaza ve takviyesi, ölümlerin azaltılması, nüfusun artırılması, bu suretle efradı milletin dinç, çalışkan ve kabiliyetli bir halde yetiştirilmesi lazımdır” sözleriyle nüfus artışı gereğine dikkat çekmiştir. Atatürk bundan sonra da nüfusu artırma isteğini birçok kez dile getirmiş, böylece 1924’de Büyük Millet Meclisi’nin açılış konuşmasında belirttiği gibi nüfusu artırma yaklaşımı yani “pronatalist nüfus politikası” devlet politikası haline gelmiştir <sup>12</sup>.

Türkiye’nin nüfus politikası 1920’lerin başlarında nüfusu hızla artırmak üzere oluşturulmuştur. Bu politika gereği kontraseptiflerin ithalatı yasaklanmış, isteyerek düşükler yasadışı olarak kabul edilmiş, kontraseptif yöntemlere ilişkin reklamlar ve halk eğitimi engellenmiş ve

büyük aileler için parasal teşvikler sağlanmıştır ( altı çocuk ve fazlasına sahip annelere ikramiye ve madalya verilmesi çok çocuklu ailelerin yol vergisinden muaf olması, gibi) <sup>2,12,13</sup>.

Pronatalist nüfus politikasının izlendiği bu dönemde Türkiye nüfusunda belirgin demografik değişiklikler meydana gelmiştir. Nüfusun hızla arttığı ve doğurganlık hızının dikkat çekici bir düzeye ulaştığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ek olarak yasa dışı düşüklerde ciddi ve hızlı bir artış meydana gelmiştir. Bütün bunlar toplumun, özellikle de kadın sağlığını belirgin olarak olumsuz etkilemiştir.

Esasen Türkiye’de nüfus sorunu, aşırı doğurganlığın, çocuk düşürmelerinin artması ve anne ölümlerine neden olması biçiminde ortaya çıkmıştır. 1927-1945 arasında binde 18 olan nüfus artış hızı 1950’de binde 22 olmuştur.

Cumhuriyet’in ilk yıllarında 5,6 olan toplam doğurganlık hızı yapılan teşvik ve uygulanan politikalarla ilk sayım yılı olan 1927 yılında 6,6’ya daha sonra 1930-1935 aralığında Türkiye tarihinin en yüksek noktasına, ortalama 7,1 çocuğa çıkmıştır. 1950-1955 tarihine kadar ise iniş-çıkışlı değişimler görülmüş 1950-1955 dönemi için toplam doğurganlık hızı 6,54 olarak tahmin edilmiştir. Bütün bu süreçte, ne yazık ki, ülkeyi yönetenler konunun olumsuz olan sağlık boyutunu görememişlerdir (Tablo 1). Ancak 1958 yılında Ankara Doğumevi Başhekimi olan Dr. Zekai Tahir Burak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına yukarıda belirtilen olumsuzlukları yazılı bir rapor halinde bildirerek Türkiye’de gebeliği önleyici araç gereç ve ilaçların satış ve kullanımının serbest bırakılmasını önermiştir <sup>12-14</sup>.

**Tablo 1. Türkiye’de Yıllara göre Kaba Doğum,Kaba Ölüm ve Toplam Doğurganlık Hızları**

YILLAR	Kaba Doğum Hızı (Binde)	Kaba Ölüm Hızı (Binde)	Toplam Doğurganlık Hızı (Bir kadına düşen çocuk)
1960-1965	42.9	16.4	6.19
1965-1970	39.0	13.5	5.31
1970-1975	34.5	11.6	4.66
1975-1980	32.2	10.0	4.33
1980-1985	30.8	9.0	4.05
1989*	29.0	7.0	3.39
1990	29.7	7.9	3.4
1993**	23.0	7.0	2.7
1998***	23.4	7.0	2.6
2003	22.2	6.0	2.5
2008	19.0	6.0	2.16

Kaynak: DPT, T.KOCAMAN’ın çalışmaları, \*DİE1989 Türkiye Nüfus Araştırması

\*\* Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

Bu öneri üzerine Bakanlık, konuyu incelemek üzere bir bilim kurulu kurmuştur. Bu kurul da Dr. Burak’ın önerilerini desteklemiştir. Ancak bu önemli adım bürokratik mekanizmanın çarkına takılıp kalmıştır.

Pronatalist nüfus politikası döneminde gebeliğin isteyerek düşükle sonlandırılması, her zaman hassas bir konu olmuştur. Düşükleri önlemeye, hatta yasaklamaya çalışan bir dizi yasa çıkarılmıştır. Ne var ki, çeşitli çalışmaların da gösterdiği gibi, yasa dışı olmasına karşın

isteyerek düşük uygulamaları yaygın olarak devam etmiştir. O dönemde yaklaşık her beş gebelikten biri düşükle sonuçlanmaktaydı. Türkiye’de pronatalist nüfus politikasının izlendiği dönemde isteyerek düşükler anne ölüm nedenlerinin başında geliyordu.

### **Antinatalist Nüfus Politikasının İzlendiği Dönem** <sup>2,5:</sup>

Pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi kolay olmamıştır. Oldukça uzun bir zaman almış ve ancak çeşitli sektörlerin, kişilerin ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) çabaları ve işbirliği ile mümkün olmuştur.

Türkiye’de bilimsel kanıtları ortaya çıkarmak için araştırmalar yapmak ve bu kanıtları politikacıları ve diğer karar vericileri, gerekli politik ve yasal değişiklikleri gerçekleştirmeleri için ikna etmek amacıyla kullanma geleneği oldukça eskidir. Mevcut pronatalist politikayı değiştirmek için karar vericileri etkilerken yapılan tam da budur. Bu süreçte medya, bilim toplumu, kanaat önderleri, Sağlık Bakanlığı (SB), Kadın Hastalıkları ve Doğum Dernekleri ve halk sağlığı uzmanları çok yakın işbirliği yapmışlardır. Örneğin, Dr. Zekai Tahir Burak, provoke düşüğe bağlı olarak ölümcül durumda hastanesine başvuran çok sayıda kadın olduğunu ve bunların çoğunun kaybedildiğini fark etmiş ve istenmeyen gebeliklerin ve güvenli olmayan düşüklerin kadın sağlığı için olumsuz sonuçlarını hastaneye başvuran vakaların bulgularını derleyerek göstermiştir. Bu bulgular Türkiye’deki nüfus politikasını değiştirmek için yapılan savunuculuk çalışmalarında kullanılmıştır. Dr. Z.T. Burak yukarıda da değinildiği gibi SB’na araştırma sonuçlarını bildirerek, maternal mortalitenin güvenli olmayan düşüklere bağlı olarak arttığını, bu nedenle bu ölümleri önlemek için gerekli önlemlerin alınması ve kontrasepsiyonun yasallaştırılması gerektiğini belirtmiştir. Bunun üzerine Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından düşük sorununu incelemek, yasadışı düşüklerin neden olduğu tıbbi sorunları belirlemek ve gerekli önlemleri tartışmak üzere bir Komite oluşturulmuştur. Bu Komite raporunda, Türk Ceza Kanununun çok katı

hükümlerine rağmen, düşüklerin yaygın olarak uygulandığını, bu vakaların çoğuna yasal bir işlem uygulanmadığını ve düşüklerin çoğunun yetersiz tıbbi koşullarda uygulandığını ve ciddi tıbbi sonuçlara ve ölüme yol açtığını belirtmiştir. Komite istenmeyen gebelikleri önlemek için kontrasepsiyonun yasallaşması gerektiğini ve kadınların diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi kontraseptif yöntemlerden yararlanmalarını sağlamak üzere, yasanın değiştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Benzer şekilde 1959 yılında Orta Anadolu’nun 137 köyünde Prof. Dr. Nusret Fişek’in yönetiminde bir araştırma yürütülmüştür. Bu araştırmanın sonuçları kırsal alanda bebek ölüm hızı bir canlı doğumda 165, ana ölüm oranı ise yüz bin canlı doğumda 280 civarında olduğunu göstermiştir. Dahası, anne ölümlerinin yüzde 53’ünün düşüklere bağlı olduğu tahmin edilmiştir. Bu çalışma toplumda düşük ve maternal mortalite arasındaki ilişkiyi belirleyerek SSYB Komitesinin düşükler hakkındaki görüşünü güçlendirmesi açısından özellikle önemliydi. Prof. Dr. Fişek’in 1960’dan sonra SB müsteşarı olması ve altı yıl bu görevi sürdürmesi de konu ile ilgili ek çalışmaların yapılmasında etkili olmuştur <sup>12</sup>.

Bu süre içinde, Türkiye’de halk sağlığının pek çok alanında öncü olan ve yeni antinatalist yasanın hazırlanmasındaki liderliği son derece değerli olan Prof. Dr. N. Fişek, konunun ulusal ve uluslar arası platformlarda savunuculuğunu yapmış, Dr. Z. T. Burak, Prof.Dr. Hüsnü Kışınışçi, Prof.Dr. Naşit Erez, Dr. Necdet Erenus gibi etkili kanaat önderleri ve ülkedeki STK’lar ile yakın iletişimde bulunmuş, böylece Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak yasal değişikliklerin gerçekleşmesi için gösterilen çabalara öncülük etmiş, daha sonra da 1965 yılında kabul edilen Nüfus Planlaması Kanunu’nun taslağını kaleme almıştır.

Türkiye’de 27 Mayıs 1960’da yapılan askeri devrimden sonra ulusal kalkınma ile ilgili her alanda planlama kurumsallaşmış, düzenleyici ve yasal değişiklikleri de içeren bir dizi reform gerçekleştirilmiştir. Nüfus planlaması, bu doğrultuda, hükümetin ciddi hedeflerinden biri haline gelmiştir.

Türkiye’de nüfus politikasının değiştirilmesinin önemli nedenlerinden biri her yıl çok sayıda isteyerek düşüğün meydana gelmesi olmuştur. Kesin rakamın belirlenememesine rağmen bu yıllarda yasadışı olarak gerçekleşen isteyerek düşüklerin yarım milyona yaklaştığı ve kadınların kendi müdahalesi ile yapılan düşüklerin komplikasyonlarına bağlı yılda binlerce ölümün meydana geldiği tahmin edilmiştir <sup>3,12</sup>.

1960 lı yılların başında yeni nüfus planlaması yasası için yapılan hazırlıklarda, SB çalışanları ile Türkiye’nin gerçekleri hakkında duyarlık sahibi olan STK’lar ve uzmanlar arasında yakın işbirliği sağlanmıştır. Türkiye Aile Planlaması Derneği ve Ankara Jinekoloji Derneği çok aktif ve etkili bir şekilde konunun savunuculuğunu yapmış, bu süreçte çok sayıda konferans ve ulusal aile planlaması toplantısı düzenlenmiştir. Böylece pronatalist nüfus politikasını değiştirme konusu ülke içinde giderek daha fazla destek bulmaya başlamıştır. Yine de bu duyarlı konuda tıp çevreleri ve karar vericilerin ikna edilebilmesi için daha fazla kanıt gereksinim duyulmaktaydı.

1963 yılının başlarında Türkiye hükümeti, Birleşmiş Milletler (BM)- Nüfus Konseyi’nden bir saha araştırması yapılması için destek talep etmiştir. BM-Nüfus Konseyi 1963 yılında, tüm ülkeyi temsil eden bir örnekleme, Aile Planlamasında Bilgi, Tutum ve Davranış (BTD) Araştırması düzenlemiş, yaklaşık 300 köy ve kentte 5000’in üzerinde kişi ile görüşülmüştür. Bu, araştırma, doğurganlık konularında yapılan ülke düzeyindeki ilk araştırma olup önemli bilgiler sağlamış, daha sonraki aile planlaması programları için de yol gösterici olmuştur <sup>1.9,12-14</sup>.

1963’deki ulusal BTD araştırması ve diğer çalışmalar ülkedeki aşırı doğurganlığın boyutunu ve olumsuz sonuçlarını, aynı zamanda Türkiye’deki ailelerinin, aile planlaması (AP) konusundaki olumlu tutumunu da ortaya koymuştur.

1964 yılında, antinatalist nüfus politikası TBMM’de kabul edilmeden önce, Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de “aile

planlaması” teşkilatını kurmuş ve başına deneyimli bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olan Dr. Turgut Metiner’i getirmiş ve bu dönemde konu ile ilgili sağlık personelinin çeşitli düzeylerde eğitilmesini sağlamıştır.

Bütün bu hazırlık aşamalarından sonra hazırlanan 557 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası Meclis ve Senato’dan geçerek, 10 Nisan 1965’de Cumhurbaşkanı tarafından imzalanmıştır <sup>15</sup>.

Yasa ile belirlenen çerçevede ulusal Aile Planlaması programı oluşturulmuştur. Yasada nüfus planlamasının amacının kişilerin istedikleri sayıda çocuk sahibi olmalarının sağlanması olduğu ve gebeliğin önlenmesi için koruyucu önlemler kullanılmasının serbest olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda sadece tıbbi nedenlerle düşük yapabilmek ve kalıcı olarak cerrahi yöntemle gebelikten korunmak için izin verilen sınırlı durumlarla yasanın ihlal edildiği durumlarda uygulanacak cezalar da yasa kapsamına alınmıştır.

Kırk yıl boyunca ülkede uygulanmış olan güçlü bir pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur.

Bu sürecin başarısında birkaç anahtar faktör bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri şunlardır;

- Demografik ve sağlık konuları ile ilişkili olarak sorunun bilimsel yaklaşımla doğru değerlendirilmesi ve doğru tanı konulması (Dr. Z. T. Burak ve Dr. Fişek’in araştırmaları ile Birleşmiş Milletler Nüfus Konseyi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yürütülen 1963 Bilgi Tutum Davranış Araştırması)

- Liderlik, araştırma sonuçlarını ve diğer kanıtları kullanarak çeşitli sektörler ve disiplinler tarafından yürütülen güçlü savunuculuk çalışmaları

- Toplum katılımı ve desteği

- Popülist yaklaşımlardan uzak bir hükümetin olması.

- Sağlık Bakanlığı’nda ileri görüşlü yöneticilerin olması

**İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının kabul edilmesinden sonra ülkede gerçekleşen durumlar aşağıda özetlenmiştir;**

Aile planlaması (AP) yöntemleri hakkında toplumun bilgisi, genel olarak bu yöntemlerin kullanılma sıklığı, modern AP yöntemlerinin kullanımı artmış, bununla beraber geleneksel AP yöntemleri de daha yaygın olarak kullanılmaya devam etmiştir. Yasa, kısıtlamalara rağmen, isteyerek düşük yapmayı ve buna bağlı olumsuz durumları önleyememiş, yasadışı isteyerek düşüklerin sıklığı da artmıştır <sup>12,13</sup>.

1963’de doğurganlıkla ilgili konularda yapılan ilk ülke çapındaki araştırmadan sonra, her beş yılda bir benzer ulusal araştırmaların yapılması tekrarlanmıştır. Böylece Türkiye’de nüfus ve üreme sağlığı konularındaki eğilimler iyi izlenebilmiştir. 1980’lerin başlarında yılda 300 bin isteyerek düşük gerçekleştiği, bunun yaklaşık 50 bininin sağlıksız yöntemlerle olduğu tahmin edilmiştir. Bu dönemde isteyerek düşüklerin çoğu özel kliniklerde, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından ve yüksek ücretlerle gerçekleştirilmiştir. Güvenli olmayan düşükler ise Türkiye’de bu olanaklara sahip olmayan kadınlar için bir sağlık sorunu olmaya devam etmiştir.

İlk antinatalist nüfus planlaması yasasının artık toplumun ihtiyacını tam olarak karşılayamadığı ve değiştirilmesi düşünülerek yasanın yenilenmesi için girişimler başlatılmıştır. Bu aşamada aşağıda ayrıntıları belirtilen stratejiler izlenmiştir;

- Yasadışı olarak gerçekleştirilen isteyerek düşüklerin yan etki ve olumsuz sonuçları çeşitli yerel ve ulusal epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir. Örneğin, ülke çapında beş yıl aralıklarla yapılmasına devam edilen “Nüfus ve Sağlık Araştırmaları”. İsteyerek düşük ve kadın sağlığı konularında yürütülen çeşitli yerel, topluma dayalı araştırmalar, yasadışı düşüklerin sağlık sistemi üzerindeki maliyeti konusunda Dünya Sağlık Örgütü

(DSÖ) Üreme Sağlığı Araştırma Birimi (WHO/HRP) ile DSÖ İşbirliği Merkezi olan Hacettepe Halk Sağlığı AD tarafından yapılan çok merkezli çalışma vb. <sup>16</sup>.

- Diğer taraftan, WHO/HRP ve Hacettepe Halk Sağlığı AD tarafından yürütülen Dr.Akın’ın temel yürütücü olduğu hizmet araştırmaları ile “Hekim ve hekim dışı sağlık personeli için” AP eğitim yöntemleri ve araçları geliştirilmiş; Bu personelin hizmet sunumunda yaygın olarak kullanılması amacı ile gerçekleştirilen, aşamalı bir dizi hizmet araştırması ile eğitilmiş Ebe ve Hemşirelerin, RİA uygulamasını pratisyen hekimler kadar başarılı bir şekilde uygulayabildikleri gösterilmiştir <sup>14,17</sup>.

- Aynı şekilde, “Elle Vakum Aspirasyonu – MVA (Menstrual Regülasyon-MR)” yöntemiyle gebeliğin sonlandırılması konusunda pratisyen hekimlerin eğitilebildikleri ve bu yöntemi başarılı bir şekilde uygulayabildikleri de yine Dr. Akın’ın temel araştırmacı olduğu bir çalışma ile 35 pratisyen hekim eğitilerek eğitimden sonra bir yıl süre ile izlenerek belirlenmiştir <sup>14</sup>.

Yukarıda özetlendiği gibi ilk NP yasası isteyerek düşüklere bağlı anne ölümlerini önlemekte yeterli olamamış, AP’ da karşılanamayan gereksinim yüksek kalmaya devam etmiştir. Bu nedenle ilk NP yasasının var olan gereksinimleri karşılamak için daha geçerli olacak yönde değiştirilmesi ciddi olarak ele alınmıştır. Bu süre içinde yine Türkiye’de antinatalist nüfus politikasına öncülük eden Prof. Dr. Nusret Fişek ekibiyle birlikte ilgili etkinlikleri yönlendirmiştir (12-14). Ancak, mevcut NP yasasının değiştirilmesi süreci de, 1960’larda ilk NP yasasında olduğu gibi Sağlık Bakanlığı önderliğinde gelişmiştir.

Türkiye Büyük Millet Meclisine (TBMM) sunulan 2827 sayılı yasa 24 Mayıs 1983’de mecliste görüşülerek yapılan bazı tartışmalar sonunda kabul edilmiştir <sup>18</sup>.

Bu yasa ile

- On haftaya kadar olan gebelik suresinde isteyerek düşüklükler

yasallaşmış, Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiş,

- Gerekli eğitimden sonra sertifikalandırılan pratisyen hekimler gebelik sonlandırılması için yetkilendirilmiş,
- Kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyonun (tüp ligasyonu ve vazektomi) isteğe bağlı olarak yapılması yasallaşmıştır.

Kolayca fark edileceği gibi, yeni yasadaki sözü edilen tüm maddeler yıllardır ülkede yürütülen ve sonuçları son derece zamanlı olarak savunuculuk amacıyla kullanılan çalışmaların veya sağlık hizmet araştırmalarının konularıydı ve bütün bu bilgiler yasada yer alan değişikliklerin gerçekleşmesinde çok önemli kanıtlar olmuştur.

1983 yılında kabul edilmiş olan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasasının Türkiye’de kadın-anne sağlığı ve AP uygulamaları üzerine olan etkileri aşağıda sıralanmıştır<sup>12,14</sup>

- Düşüğün yasallaşması, ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesini sağlamış, güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri yok denilecek kadar azalmıştır.
- İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmıştır.
- İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgali ortadan kalkmıştır.
- İsteyerek düşüklerin bireylere olan maliyeti azalmıştır.
- Yasadan hemen sonra isteyerek düşük prevalansı artmış, 1990’lardan sonra bu artış azalmaya

başlamıştır. Azalma eğilimi devam etmektedir (Tablo 2, Şekil 1)

- Yeni yasadan sonra RİA kullanma prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır.
- İlk kez, etkili kontraseptif yöntem prevalansı geleneksel yöntemlerin prevalansını geçmiştir (Tablo 2)

Diğer taraftan bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranında olan düşüşlerde de izlenen nüfus politikasının önemli etkisi olmuştur<sup>6,19-21</sup>.

### **Türkiye’de Kalkınma Planlarında Nüfus Planlaması ile ilgili stratejiler:**

- 1960’lı yıllar Türkiye’nin planlı kalkınma dönemine geçtiği yıllardır. Bu tarihte doğurganlık düşüşü de başlamıştır. Türkiye pro-natalist nüfus politikasını bırakıp, kararlılıkla anti-natalist nüfus politikasını ortaya koymuştur<sup>11</sup>:

**Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda (1963-1967)** yeni bir nüfus politikasından söz edilerek; hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği, nüfus planlamasına dayalı bir nüfus politikasının gerekli olduğu, mevcut nüfusun ekonomik döngüyü ve diğer ülke dinamiklerini sağlayıcı bir yapıda olduğu, artık nüfusun niteliğini artırmak için daha farklı çabalar içerisine girilmesi gerektiğine işaret edilmektedir.

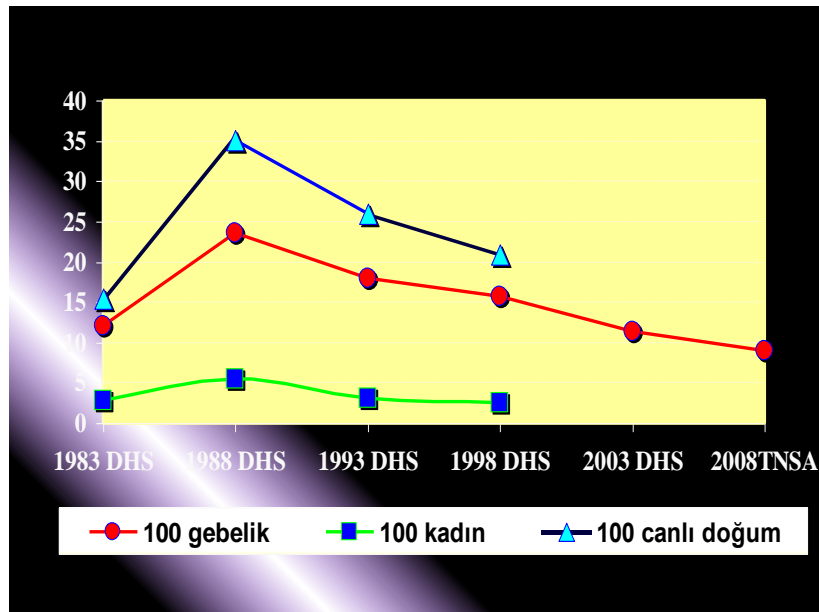
Yeni nüfus politikasıyla anti-kontraseptif yasalar (*doğum kontrolünü engelleyen yasalar*) değiştirilmiş; sağlık personeli - başta kendileri olmak üzere- nüfus planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda isteyenleri eğitmişlerdir. .



**Tablo 2.** Türkiye’de Yıllara Göre Kontraseptif Uygulamaları ve İsteyerek Düşükler (1963-2008)

Yöntem	1963	1983	1988	1993	1998	2003	2008
Herhangi bir Yöntem	22,0	61,5		62,6	63,9	71,0	73,0
RİA	0,0	8,9		18,8	19,8	20,2	16,9
KOK	1,0	9,0		4,9	4,4	4,7	5,3
Kondom	4,3	4,9		6,6	8,2	10,8	14,3
Tüp Ligasyonu	0,0	0,1		2,9	4,2	5,8	8,3
Geri Çekme	10,4	31,1		26,2	24,4	26,4	26,0
Diğer	12,0	8,6		3,2	2,8	4,1	1,1
Modern Yöntemler	5,3	27,2		34,5	37,7	42,5	46,0
Geleneksel Yöntemler	22,4	34,2		28,1	25,5	28,5	27,0
İsteyerek Düşükler (100 Gebelikte)	7,6	19,0		18,0	14,5	11,3	10,0

**Kaynak:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları



**Sekil1.** Türkiye’de yıllara göre isteyerek düşük hızları 1983 - 2008

Kontraseptifler (*doğum kontrol araçları*) isteyenlere ücretsiz dağıtılmıştır. **İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı** döneminde ise (1967-1972) en önemli değişiklik nüfus planlaması kavramının yerini aile planlaması kavramının almış olmasıdır. Bir yandan aile planlaması çalışmaları başlarken diğer yandan hükümetlerin doğurganlık planlamasına ilgisi azalmaya başlamıştır.

**Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı** döneminde (1973-1977) aile planlaması ile sağlık hizmetlerinin ayrılmayacağı fikri ön plana çıkmıştır. Bunun sonucunda, ana ve çocuk sağlığı ile aile planlaması hizmetleri birleştirilmiştir. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı düşmesine rağmen sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ve ilgili kuruluşlar arasında işbirliği sonucu ölümlerde kaydedilen düşüşler nüfus artış hızının

artmasına neden olmuştur. Bu politikanın uzantısı olarak, toplumsal, ekonomik ve demografik etkenler arasında etkileşim ve nüfus politikasının, toplumsal ve ekonomik politikaların bir bileşeni olduğu belirgin olarak ortaya konmuştur. Yüksek bebek ölüm hızının ve yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin birer nüfus sorunu olduğu belirtilmiş, aile planlamasının, ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gereği vurgulanmıştır.

**Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın** yürürlükte olduğu yıllar **(1979-1983)** Türkiye'nin ekonomik ve toplumsal açıdan zor yıllarıdır. Negatif iktisadi büyüme hızlarıyla karşılaşıldığı ve ülkenin karmaşa içinde olduğu bu plan döneminde, belirtilen doğrultudaki politika uygulamalarının başarılı olduğu söylenemez. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda** nüfus ve ilgili sorunlar ikinci plana atılmış, Planda sadece nüfus niteliğinin yükseltilmesi, temel ilke olarak öne çıkarılmıştır. **Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1985-1989)** ekonomik kalkınma ön plandadır.

**Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1990-1994)**, nüfus konusu yine tartışılmaya başlanmış; yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve toplumsal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, toplam doğurganlık hızının yanı sıra, nüfus artış hızının da azaltılmasına yönelik çabalar başlamıştır. Gerçekten 1990 yılından itibaren nüfus artış hızı da sürekli bir düşme eğilimi içinde olmuştur. 1985-1990 aralığında yıllık nüfus artış hızı önceki döneme göre ‰ 24,88'den ‰ 21,71'e düşmüştür.

**Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000)**, hala yüksek bulunan nüfus artış hızının, bireylerin ekonomik pastadan daha fazla pay alabilmesini, ekonominin gelişme ve değişme sürecini engellediği; sürdürülebilir kalkınma çabalarını güçleştirdiği; konut sağlık, altyapı ve eğitime olan gereksinimi arttırdığı belirtilmektedir. Bunun yanında aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet sunumunda etkinliğin artırılması gereksiniminin önemini koruduğu vurgulanmaktadır. Artık Türkiye, kalkınma hedefleriyle uyumlu

olacak biçimde- sürdürülebilir kalkınma kavramına uygun nüfus politikalarını uygulamaya koymuştur.

**Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)**, Türkiye’de net yenilenme hızının ne zaman 1,0’a düşeceği tartışmalarının başladığı dönemin planıdır. Yapılan projeksiyonlar nüfusun 2050 yılında yaklaşık 100 milyonu bulacağını ve yaklaşık dikdörtgen biçiminde bir nüfus piramidine ulaşmanın olası olduğunu göstermektedir. Bu nedenle **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda**;

- Dengeli ve sürdürülebilir kalkınma hedefiyle uyumlu bir nüfus yapısına ulaşmak yönünde nüfusun eğitim, sağlık ve insan gücüne ilişkin niteliklerinin iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve bu alanlarda bölgeler ve yerleşim yerleri arasındaki farklılıkların giderilmesinin temel ilke olduğu,

- Nüfus dinamikleriyle, doğal kaynaklar, ekonomik etkinlikler, teknolojik gelişme, toplumsal ve kültürel yapı arasındaki dengenin her düzeydeki planlama ve politika geliştirme süreçlerinde dikkate alınacağı,

- Nüfusa ilişkin veri kayıt sisteminin, tüm sektörlerce kullanılabilir tarzda ülke geneline yaygınlaştırılarak geliştirileceği, ilgili kuruluşlar arasında eşgüdümün, işbirliğinin ve bilgi akışının sağlanmasına yönelik yapılanmanın plan dönemi içinde sonuçlandırılacağı, nüfus yapısındaki gelişmeleri izlemeye yönelik araştırma etkinliklerinin destekleneceği,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri ile bütünleştirilerek, kaliteli bir biçimde, kadın-erkek ayırımı yapılmadan sunulmasının sağlanacağı,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde hedef kitle ve öncelikli hizmet alanları belirlemede ve hizmet sunumunda, - yerleşim yerleri ve bölgeler bakımından - demografik göstere farklarının ve nüfusla ilgili eğilimlerin dikkate alınacağı,

- Üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin hedef kitle açısından ulaşılabilirliği, devamlılığı ve

yaygınlığının artırılacağı hususları yer almıştır.

**Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, 2007-2013** dönemini kapsamakta, değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Bu dönemde küreselleşme her alanda etkili hale gelmiş, bireyler kurumlar ve uluslar için fırsatlar ve riskler artmıştır. “İstikrar içinde büyüyen, gelirini daha adil paylaşan, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB’ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye” vizyonu ile yola çıkan *Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı*’nda nüfus bağımsız bir başlık altında ele alınmamıştır. Nüfusun niteliğini artırıcı hedef ve planlamalardan söz edilmek yerine kalkınma ile ilgili ve planda yer alan konularda Türkiye’nin mevcut nüfusunun nasıl etkili olacağına irdelenmesi ve beklentilerin ortaya konması genel eğilim olarak görülmüştür. Plan döneminde akılda kalan Başbakanın “en az üç çocuk”, Sağlık bakanının ise “üreme sağlığına evet- aile planlamasına hayır” gibi söylemleridir. Bu doğrultuda nüfus ile ilgili olarak;

▪ Türkiye’nin genç nüfusu ve dinamik ekonomisi ile AB’ye katılımının, yıllık büyüme beklentisi %2 olan AB ekonomisine canlılık kazandıracığı ve sinerji yaratacağı beklentisi,

▪ Plan döneminde ülke genelinde hızlı nüfus artışının neden olduğu olumsuzluklar azalmasına rağmen, istihdamın artırılması ve işsizliğin azaltılması ile eğitime ilişkin sorunların çözülemediği, eğitimle istihdam arasındaki ilişkinin yeterince kurulamadığı,

▪ Sekizinci Plan döneminde Türkiye’de yaratılan istihdamın, çalışma çağı nüfusunun ve işgücünün gerisinde kaldığı,

▪ Türkiye’nin demografik yapısının, doğurganlık düzeyindeki ve yaş yapısındaki gelişmelerle, gelişmiş ülkelerin yapısına benzemeye başladığı, bu durumun eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal güvenlik alanlarındaki politikaların gözden geçirilmesine ihtiyaç doğurduğu,

▪ Sağlık hizmetlerine ulaşan nüfusla ilgili göstergelerde iyileşmeler sağlandığı ancak, bölgesel ve iller arası farklılıkların çok yüksek olduğu,

▪ Yaşlı nüfusta gözlenen artış ve aile yapısının değişime uğraması gibi nedenlerin, yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin önemini arttırdığı,

▪ Mevcut fiziki ve sosyal alt yapı ile kentlerin sunduğu istihdam imkânlarının, yoğun göç hareketlerinin yarattığı nüfus baskısını karşılamakta yetersiz kaldığı,

▪ 2005 yılından itibaren 0-14 yaş grubu nüfusunun oransal ve rakamsal olarak düşmeye devam edeceği, çalışma çağı ve yaşlı nüfusun oranının ve sayısının sürekli olarak artacağı gibi husular vurgulanmıştır.

### **2000’li yıllardan sonra Türkiye’de aile planlaması hizmetleri ile ilgili yaklaşımlar;**

Türkiye, bu yazı kapsamında da açıklandığı gibi, Cumhuriyet döneminin başlangıcından beri aile planlaması hizmetlerine, ülkenin demografik yapısının bir gereği, toplumun gereksinimi ve “hakki” bakış açısı ile gerekli politikaları oluşturmuş, oluşturulan politikaları son derece uygun stratejilerle uygulamalara yansıtmış, bu konuda politik kararlılığını sürdürebilmiştir. Bütün bu tutarlı politikaların sonuçları kadın anne ve çocuk sağlığına morbidite ve mortalitelerin düşmesi şeklinde olumlu olarak yansımıştır <sup>6,11,12,22</sup>.

2000 li yıllara dek Türkiye’nin bu politikasında ve hizmet yaklaşımlarında ciddi bir sorun olmamış ve benzer yaklaşımlar sürdürülmüştür. Aile Planlaması hizmetleri, özellikle 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun” çerçevesinde temel sağlık hizmetlerinin entegre bir bölümü olarak, ev ziyaretleri ile 15-49 yaş kadınların izlenmesi, gebelerin aynı şekilde izlemelerinde AP eğitiminin de yapılması, gereksinimi olan kadınlara Sağlık Ocaklarında ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile

Planlaması Merkezlerinde (AÇSAP), hastanelerin AP Kliniklerinde hizmet sunulması şeklinde verilmiştir. Bu hizmetlerde toplumun sağlık eğitimi ve AP yöntemleri konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesinde kilit personel, sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan pratisyen hekim, ebe ve hemşireler olmuştur. Bütün bu çabaların sonucunda

Türkiye’de AP ile ilgili olumlu yönler sıralanacak olursa;

- Halk, aile planlamasına motivedir ve bu hizmetleri almak istemektedir. İlk Nüfus Planlaması Yasası’ndan bu yana geçen 40 yılda toplumun konu ile ilgili bilgilendirilmesi, motivasyonu ve uygulamalarında önemli mesafeler alınmıştır.

- Nüfusun Aile planlamasına erişimi konusunda yasal bir engel bulunmamaktadır.

- Eğitim ve uygulama hizmetlerinin yaygın olarak sunulması için standartlar geliştirilmiş, belli kurallar konulmuş ve bütün bunlar yazılı hale getirilmiştir.

- Toplumun sosyal yapısındaki değişiklikler, Aile Planlaması uygulamalarını olumlu yönde etkileyecek şekilde gelişmektedir.

- Bebek ve Çocuk ölüm hızlarındaki azalma, ilk evlenme yaşında az da olsa ileriye kayma, kadının statüsündeki bir miktar yükselme, toplumda doğurganlığı düzenleme davranışının gelişimi açısından olumlu yönlerdir.

- Nüfus, doğurganlık, sağlık konularının bilimsel yönünü inceleyecek, araştırarak insan gücü ve teknik kapasite mevcuttur.

- İsteyerek düşük hizmetlerinin 1983 yılından bu yana yasal olarak ulaşılır olması, daha atravmatik yöntemlerin kullanılması sonucu, anne ölümleri içindeki düşüğe bağlı ölümlerin payı % 2 lere düşmüştür. Bu izlenen doğru politika/strateji sonucu ulaşılan “gerçek bir başarıdır”.

**Doğurganlığın Düzenlenmesi  
Hizmetlerinde Geleceğe Bakış**

Türkiye’de yakın tarihe dek nüfus planlaması / aile planlaması politikalarında yasal anlamda bir değişikliğe gidilmemesine rağmen; günümüzde aile planlaması ve kadınların geleneksel rolleri ile ilgili konularda geri gidiş olabilme potansiyeline sahip kimi uygulamalar içinde olduğumuz düşünülebilir.

Bu düşüncelerden ilki, sağlık hizmet sistemi ile ilgilidir; 2000’li yıllardan sonra Türkiye’de, her alanda ciddi bir küreselleşme akımının başladığına şahit olunmaktadır. Bu doğrultuda neo liberal düşünce akımlarıyla da desteklenen, ulus devlet yerine küresel güçlerin daha egemen olduğu, çok uluslu şirketlerin kuşkusuz kar amacıyla daha fazla alanda boy gösterdiği, hatta hakim olduğu uygulamalar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu tür uygulamaların “bir insan hakkı olan sağlık alanında yaygınlaşması, insan sağlığının da bir meta gibi görülmesi; aynı yaklaşımla sağlık hizmetlerinin ilaç ve ileri teknoloji tüketimine yönlendirilerek hizmetlerin bireye olan maliyetini artırıcı bir ortamda sunulması, her şeyden önce “Sağlık Hakkı” anlayışı ile ele alınması gereken “sağlıklı olma” kavramının tabiatına aykırıdır. Daha önce de değinildiği gibi, Türkiye’de aile planlaması hizmetleri, ilk yasanın çıktığı yıllardan beri “Temel Sağlık Hizmetleri” bütününe entegre bir bölümü olarak ekip hizmeti anlayışı ile topluma sunulmaktaydı. Sağlık Ocakları sisteminde hekim, ebe, hemşire, diğer sağlık elemanları ile toplumda sağlık eğitimi, ev ziyaretleri ile sunulan kadın-anne ve çocuklar için koruyucu ve erken tanı hizmetlerinin uzun süreli olumlu toplum etkileri yukarıda konu edilmiştir. Kırk yıl içinde elde edilen bu başarı övünülecek bir durumdur.

24 Kasım 2004 tarihinde, 5258 sayılı "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" adı altında kabul edilerek uygulamaya konulan önemli değişiklik, ilk kez 2005 yılında Düzce ilinde başlatılmıştır<sup>23</sup>. Sağlıktaki bu hizmet biçiminde ilk basamakta sağlık hizmeti bir ekip tarafından değil, nerede ise “tek hekim” tarafından sunulmaktadır. Sözü edilen sistemde sağlık hizmeti koruyucu, geliştirici etkinliklerle değil, “hastalıkla” başlatılmaktadır. Var olan uygulamada, ancak bir şikayeti olan Aile

Hekimine başvuracaktır. Sağlık ocakları sisteminde olduğu gibi “ev ziyaretleri yapılması” yönetmeliklerde yer alsa da, pratik olarak bu sistemin yapısı ile karşılanabilecek bir durum değildir. Büyük şehirlerde hekim başına düşen nüfusun yoğunluğu, Türkiye coğrafyası düşünüldüğünde de doğal koşullar, bu uygulamaya izin vermeyecektir. Sağlıkta devletin rolünü küçülten, hizmetlerde bireye olan maliyeti artıran, sağlıkta özellikle kadın, anne, çocuk, engelliler, yaşlılar ve yoksullarla ilgili sağlık düzeyi farklılıklarını daha da derinleştireceği kaçınılmaz olan “aile hekimliği sisteminin” Türkiye’de bilimsel bir değerlendirilmesi yapılmaksızın, yapıldı ise de bulguları paylaşılmadan, 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye’nin 81 iline yaygınlaştırılmış olması ilgili hizmetler yönünden endişe vericidir. Bu uygulama ile sağlık da “alınır satılır bir meta olarak” görülmektedir. Oysa Sağlık, bireylerin doğuştan sahip oldukları bir insan hakkıdır ve Devletin bireylerin bu hakkını koruma, çağdaş yaklaşımlarla gereğini yapma, görevi vardır- olmalıdır.

Türkiye’de yöresel bir özellik taşıma özelliği olmayan aile hekimliği sisteminin kadın sağlığı ile ilgili eşitsizlikleri derinleştireceğine dair görüşü bir örnek doğrultusunda açıklamak mümkün; 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması” verilerine göre; Türkiye’de Anne Ölüm oranı gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında en az on misli daha yüksek olup 100 bin canlı doğumda 28.5 dir. Bu araştırmaya göre Türkiye’de yaşam boyu gebelik ve doğuma bağlı ölüm riski 1536 kadında birdir. Oysa bu risk kentsel alanlarda 2391 kadında 1 iken, kırsal alanlarda 869 kadında 1 olarak bu risk bir kat daha fazla yükselmektedir. Aynı araştırmada, İstanbul’da yaşayan bir kadının gebelik ve doğuma bağlı ölüm riski 4876 kadında 1 iken bu risk Kuzeydoğu Anadolu’da on kat artarak 439 kadında 1e yükselmektedir <sup>21</sup>. Bu veriler, Türkiye’de yalnızca tedavi yaklaşımı ile değil , koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik ve ağırlık veren, sağlık hizmetlerinin çeşitli disiplinlerden oluşan bir ekiple “Temel Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı” ile sunulması gerektiğine işaret etmektedir <sup>6</sup>.

Aile Hekimliği Sisteminde en fazla zarar görecektir hizmetler, doğurganlığın düzenlenmesi / AP hizmetleridir. Bilindiği gibi aile planlaması sağlam kişiye verilen koruyucu hizmetlerdir ve gerek danışmanlık verilmesi gerekse uygulamalar özel bir bilgi ve beceri gerektirmekte, bazı uygulamalar da ise eğitimden sonra sertifikalandırılmış olma zorunluluğu vardır. 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye geneline yaygınlaştırılan bu sistemde aile hekimi görevini yürütecek hekimlerin AP uygulama sertifikasına sahip olma durumu bilinmemektedir. Bu durumda sertifikası olmayan hekimlere AP hizmeti için başvuran ve örneğin rahim içi araç uygulamak isteyen bir kadın bu hizmeti alamayacak, muhtemelen özel hekime başvurmak gibi kendisine daha pahalıya mal olacak ya da uygulama yapılan bir hastaneye başvurmak gibi zaman ve özel beceri isteyen çareler aramak zorunda kalacaktır. Sistemin başlangıcında aile planlaması hizmetlerini, Aile Sağlığı Merkezlerinin (ASM) bu eksiğini gidermek amacı ile “Toplum Sağlığı Merkezlerinin-TSM” vereceği belirtilmiştir. Ancak aile hekimlerinin kendisine kayıtlı bireyler AP hizmeti istediğinde onları sevk etmeleri beklenen TSM’lerle ilgili henüz böyle bir düzenleme yapılmadığı gibi, yapılsa da bu tür uygulamalar sağlık hizmetinde bütüncül yaklaşıma uygun bir durum da olmayacaktır. Ayrıca Aile Hekimliği sisteminde başka yere sevk, performans değerlendirmesi açısından da sorunlu bir alandır.

Aile Planlaması hizmetleri ile ilgili diğer beklenen olumsuzluk, geçmişte sağlık ocaklarına Sağlık Bakanlığı tarafından hibe ya da bütçe yolu ile temin edilen oral kontraseptifler, rahim içi araçlar ve kondomlar başvuranlara ücretsiz olarak dağıtılmaktaydı. Aile hekimliği sisteminde ise ücretsiz dağıtımın biçimi henüz açık olmadığı gibi, sosyal güvenlik kurumu (SGK) da bir tedavi etkisi olmayan kontraseptif giderlerini ödememektedir. Bunun anlamı, bireyler ve ailelerin bu önemli koruyucu hizmeti ceplerinden ödeyerek elde etmek durumunda kalacak olmasıdır. Bu da hizmete ulaşmayı engelleyen başka bir faktördür. Diğer taraftan, hastanelerin aile planlaması kliniklerinde uygulanan gebelik sonlandırmaları ve diğer AP bağlantılı

uygulamalar da SGK ödemeleri kapsamının dışında olup hizmete ulaşmada önemli bir engel teşkil etmektedir.

Konu ile ilgili üzerinde durulması gereken diğer bir husus; Türkiye’de, 2000 li yıllardan sonra, esasen başlangıcı 1980 lere dek uzanan “kadınları, birey olarak değil kız evlat, eş, anne v.b. görülmesi, diğer bir ifade ile kadının ikincil konumda görülmesi” gibi geleneksel rollerine iten söylem ve eylemlerin giderek arttığının gözlenmesidir. Bu yıllardan sonra kadının örtünmesinin rol modellerle teşvik edilmesi, toplumsal cinsiyet bağlamında kadın erkek eşitliği konusunda sürdürülen çabalarla çelişen söylem ve eylemlerin giderek artması gibi eğilimler Türkiye gibi hakların kullanımında henüz gerçek anlamda kadın erkek eşitliğinin sağlanamadığı bir ülkede kadınların aleyhine olacak girişimlerdir ve bunların etkilerinden korunmak için özel çaba gösterilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de aile planlaması uygulamaları ile ilgili olarak daha da endişe veren bir durum, üst düzey karar vericilerin, “Üreme Sağlığına önem vereceğiz ama hükümet olarak aile planlamasını benimsemiyoruz”; ya da “her kadın en az 3 çocuk doğurmalıdır” gibi yanlı söylemlerdir. Oysa Türkiye’nin de katılarak sonuç belgesini imzalamış olduğu “Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansında-ICPD, Üreme\_Sağlığı, sadece üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm sözü edilenlerle ilgili fizik, mental ve sosyal yönden tam iyilik hali olarak tanımlanmıştır”. Yani üreme sağlığı, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine sahip olmaları ve bunu ne zaman ve nasıl kullanacakları konusunda karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. Bu son koşul kadın ve erkeklerin kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi ve klinik hizmetlere ulaşabilmelerini, gerektiğinde isteyerek düşük hizmetlerine ulaşabilme hakkını içermektedir.

Üreme sağlığı alanında gereksinimleri karşılamaya söz veren bir

ülkede, aile planlaması / doğurganlığın düzenlenmesi uygulamaları da bütünün bir parçası olarak içerilmelidir. Çünkü bütün bu uygulamalar insanların doğuştan sahip oldukları insan haklarından biri olan, “sağlık hakkı” kapsamındadır. Diğer bir husus ise kaç çocuğa sahip olunacağı kararı, bireylerin, ailelerin verecekleri bir karardır. Kadının toplum içindeki yeri, yaşam tercihleri, sağlık durumu ve ailenin ekonomik gücü doğan her çocuk için verilecek kararı etkiler. Yeterli ilgi, zaman, eğitim, beslenme ve diğer olanakların sağlanıp sağlanamayacağı önceden düşünülmesi gereken durumlar olmalıdır. Doğurganlıkla ilgili sayı vermek, sağlık konusunda diploması olan “hekimlerin ya da ebe-hemşirelerin” bile haddi olmamalıdır. Sağlık yetkilileri sadece, hizmet verdikleri topluma bu konularda rehberlik etmek/ yardımcı olmak durumundadırlar. Günümüzde 1920’ lerde olduğu gibi demografik yapı nedeni ile nüfusu artırma çabalarına da henüz bir gereksinim yoktur ve bu tür uygulamalardan medet umulmasının bilimsel olarak yanlış olduğu deneyimlerle belirlenmiştir. Türkiye’de nüfus artış hızının azalmasına karşın, kaydedilen net yenilenme hızı hala nüfusun artmasına sebep olacak düzeydedir. Net yenilenme hızının 1,0 olmasından sonra da önceki yıllarda kaydedilen toplam doğurganlık hızının ivmesi ile nüfus bir müddet daha artmaya devam edecek ve daha sonra durağanlaşacaktır. Yani Türkiye nüfusu, doğurganlık teşvik edilmeden de gelecek en az 20 yıl artmaya devam edecektir <sup>5,11,19,22</sup>.

Mayıs 2012’de üst düzey politikacıların “kürtaj cinayettir” sözleri ile başlatılan tartışmalar sadece yanlış değil aynı zamanda Türkiye’nin bu güne dek izlediği ve başka pek çok ülkeye de “iyi örnek” olabilecek uygulamalarına başarılarına da gölge düşürecek talihsiz bir yaklaşım olmuştur. Çünkü Türkiye’de 2827 sayılı yasa ile düşük yasallaştırıldıktan sonra düşüğe bağlı anne ölümleri son derece azalmış, yıllar içinde düşük hızları da giderek azalmış 100 gebelikte 23 lerden 10’a düşmüştür. Bu sonuç, AP hizmetlerinin ailelerin gereksinimlerini karşılayacak

şekilde verilmesi ile sağlanmıştır (Tablo2, Şekil1).

Türkiye’de isteyerek düşüklerde gebeliklerin yarısından fazlası özel muayenehanelerde sonlanmaktadır. Özel hastaneler ikinci olarak hizmet alınan yerdir. Türkiye’de yasal olmasına, ailelerin talep etmelerine rağmen düşük hizmeti günümüzde bile “kamu sağlık hizmeti sisteminden” yeterince sağlanamamaktadır. Bu durum sosyal ve ekonomik olarak birbirinden benzemeyen bölgeler arasında, hizmete ulaşma açısından, ciddi erişim farklılıkları yaratmaktadır. Bu bilgiler, Türkiye’de isteyerek düşük hizmeti almada ciddi bir “karşılanmayan gereksinim” olduğunu göstermektedir. Yapılan araştırmalarda bunun nedeni, kamu sağlık kuruluşlarında hekimlerin, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının iş yükünün çok fazla olması dolayısı ile bu talebe yeterli yanıt verememeleri olarak belirtilmektedir.

Bu bağlamda pratisyen hekimlerin kamu kuruluşlarında, MR yöntemi ile isteyerek düşük hizmeti sunmasının önemi ortaya çıkmaktadır. Bu uygulama, kimilerinin ifade ettiği gibi kaldırılmak yerine, yaygınlaştırılmak için tartışılmalıdır. Hizmette karşılanamayan gereksinimleri gidermek için ayrıca, halen çoğu gelişmiş ülkeler olmak üzere 50’den fazla ülkede yasal olarak uygulanan “tıbbi düşük, medikal abortus” hizmetleri Türkiye’de de verilmelidir. Bu uygulama, hekimlerin ilgili cerrahi müdahaleye ayıracakları zamanı azaltacak, ayrıca tıbbi düşük yöntemi cerrahi yöntemin taşıdığı riskleri taşımadığından kadınlara ve ailelere sunulabilecek daha güvenli, atravmatik bir seçenek olacaktır. Bu konuda Türkiye’de 1999 yılından beri Sağlık Bakanlığı Araştırma ve Etik Kurullarının onayı ile “mifeprison ve misoprotol kombinasyonu” kullanılarak, Dr.Akın’ın yönetiminde medikal abortus yöntemi sunulmuş, 209, 207 ve 500 vakalık üç seride faz III klinik araştırma yürütülmüştür. Yapılan bilimsel araştırma sonuçları tıbbi düşük yönteminin başarılı, kadınlar tarafından tercih edilen, kullanım memnuniyeti yüksek ve güvenli olduğunu göstermiştir. Her üç klinik araştırmada da yaşamı tehdit eden hiç bir

komplikasyon meydana gelmemiştir. Bulgular ülke gerçekleri doğrultusunda değerlendirilmiş, medikal abortus hizmetlerinin de ulusal üreme sağlığı hizmetleri içinde yer almasının uygun olacağı görüşünün gelişmesine ışık tutmuştur<sup>24</sup>.

Bu konudaki son çalışma, “halen sağlık hizmeti sunan personelin ve tıp ve hemşirelik fakültesi öğrencilerinin güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri, algıları ve uygulamalarına ilişkin” Başkent ve Hacettepe Üniversitelerinin, Dünya Sağlık Örgütü işbirliğinde, Ankara, İzmir, Manisa ve Van illerinde yürütülen bir araştırmadır. Bu araştırma sonuçlarının paylaşılması amacı ile Türkiye’de “isteyerek düşüklerin yasal yönünün tartışma konusu yapıldığı dönemde, yani “ 6 Haziran 2012 tarihinde”, Ankara’da araştırma bulgularının sunulduğu bir toplantı düzenlenmiştir. Çok sayıda uzmanın katıldığı bu toplantı sonunda görüş birliği içinde “Güvenli olmayan düşüğün önlenmesi” konusunda bir bildirge hazırlanmıştır. Türkiye’de düşüklerin yasaklanması gerektiği söylemlerine de bir yanıt teşkil etmesi nedeni ile bu bildirgede yer alan görüşler aşağıda özetlenmiştir<sup>24</sup>;

◆ Toplantıda sunulan bilimsel kanıtlar, dünya ve Türkiye istatistikleri, “güvenli koşullarda yapılmayan düşüğün” kadın sağlığı yönünden son derece tehlikeli ve de anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden olduğunu ortaya koymuştur.

◆ Doğurganlığa karar verme hakkının, uluslararası belgelerde de vurgulandığı gibi “bireylerin, ailelerin özellikle de kadınların özgürce kullanacakları bir insan hakkı olduğu, bu karara kimsenin müdahale etmemesi gerektiği” vurgulanmıştır.

◆ Türkiye’nin geçmişte izlediği üreme sağlığı politikaları pek çok ülkeye örnek olacak özellikte olup, kadın anne ve çocuk sağlığına olan olumlu etki ve katkısı yıllar içinde yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konulmuştur.

◆ Türkiye’de sağlıksız koşullarda yapılan düşüklerin anne ölümlerine neden olmasının önüne geçmek amacı ile düşükler, 10 haftaya dek

◆ yasallaştırılmıştır. Bu yasa ile getirilen diğer önlemlerle, etkili gebeliği önleyici yöntem kullanımı da hızla artmıştır. Ayrıca bu yasanın uygulanması, isteyerek düşüklerin anne ölümlerinin içindeki payının % 2 lere kadar düşmesini sağlamıştır.

◆ İsteyerek düşüklerin yasa ile yasaklanması düşük yapmayı azaltmamakta aksine sağlıklı koşullarda yapılan düşükleri arttırarak anne ölümlerinin artmasına yol açmaktadır. Bunun yaşandığı pek çok ülke örneği bulunmaktadır.

◆ İsteğe bağlı düşüğe olan ihtiyacı azaltmanın en etkili yolu, danışmanlık dahil aile planlaması hizmetlerinin tümünün herkesçe erişilebilir şekilde genel sağlık sigortası kapsamı altına alınmasıdır

◆ Türkiye’de yapılmış olan klinik araştırmaların sonuçları göz önüne alındığında, cerrahi düşük yönteminin risklerini taşımayan, gebeliğin erken dönemde sonlandırılmasında çoğu Avrupa Ülkeleri olmak üzere halen dünyada pek çok ülkede uygulanmakta olan “tıbbi düşük - cerrahi müdahale olmaksızın ilaçla yapılan düşük yönteminin” de Türkiye’de, kadınlara standart üreme sağlığı hizmetleri içinde bir seçenek olarak sunulması uygun olacaktır.

◆ Tıbbi düşük yönteminde kullanılan mifepriston ve misoprostol’ün Türkiye’de de tıbbi düşük yönteminde kullanılması için ruhsatlandırılma işleminin tamamlanması hizmeti yaygınlaşmasında önemli bir adım olacaktır.

### **Sonuç**

Türkiye’de 1965 yılından sonra uygulanan nüfus politikaları daima liberal, birey haklarına saygılı, gönüllülüğü esas alan nitelikte olmuştur. Bazı ülkelerde olduğu gibi hiçbir zaman devlet, ailelerin çocuk sayısı ile ilgili ne fikir yürütmüştür ne de baskı yapmıştır. Bu politikanın sonucudur ki günümüzde 6. çocuğunun doğumunu isteyene de, hiç çocuk istemeyene de, hangi nedenle olursa olsun en çok iki çocuk sahibi olmayı kendine yeterli bulan aileye de devlet / hükümetler baskı anlamına gelebilecek bir beyanatta bulunmamış sadece, devlet olmanın gereğini

yaparak, anayasal görevini yerine getirmiş ve toplum, doğurganlığı ile ilgili ne arzu ediyorsa, bunu bilinçli seçim yaparak gerçekleştirebilmesi için hizmet vermiştir. Üst düzey karar vericilerin Türkiye’de Aile Planlaması bağlamında dikkatle üzerinde durmaları gereken önemli hususlar vardır. Son nüfus araştırması bulgularına göre, Türkiye’de bir yılda 1.6 milyon gebelik, 1.2 milyon canlı doğum ve 18 bin ölü doğum olmaktadır. Bunların yanı sıra canlı doğan bebeklerden 22 bini bir yaşına ulaşmadan ölmektedir. Bu ölenlerin 17 bini yaşamının ilk bir ayı içinde kaybedilmektedir. Yani Türkiye’de sadece ölü doğumlar ve ilk bir ay içindeki bebek ölümleri önlenilse ki bu önlemlerde AP hizmetlerinin yeri büyüktür, bir yıl içinde olan 35 bin gebelik boşa gitmeyecek, yasayan bebeklerle sonuçlanacaktı. Ayrıca, Türkiye’de yüzlerce gebenin doğum öncesi bakım almadığı, her gebenin sağlıklı doğum hizmetine ulaşmadığı ne yazık ki bilinen ülke gerçekleri arasındadır. Kadın-anne ve çocuk sağlığında geçmişte yapılan çalışmalarla elde edilen iyileşmelere eklenmesi gerekenler bu gerçeklere göre, hizmetler yukarıda belirtilenler doğrultusunda yönlendirilerek yerine getirilebilir. Ancak, Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımı ile bütünsel bir anlayış içinde kurgulanan bir sağlık sistemi bu iyileşmeyi sağlayabilir.

Bütün bunlar yapılırken kadın sağlığında en fazla özen gösterilmesi gereken konu, kadının erkekler gibi eşit hakları olan bir birey olduğu, kendi kararlarını kendisinin verebileceği gerçeğinden hareketle onun hizmetlere ulaşmasının önündeki her türlü engeli ortadan kaldırmak ve onun bütün insan haklarını eşit olarak kullanmasını sağlamak olmalıdır <sup>6</sup>.

Türkiye’de “Aile Planlaması konusu” politik amaçla kullanılmamalıdır. Aksi takdirde, bu tür yaklaşımlar bu günün ve yarının kadın, anne, çocuk, aile ve toplumun sağlığına zarar verecektir. Özetle, Türkiye’de doğurganlığın düzenlenmesi / aile planlaması konusunda atılmış olumlu adımlar, isteğe bağlı gebelik sonlandırma dahil, sahip olunan haklar bağlamında daha da güçlendirilerek sürdürülmelidir



**Kaynaklar**

1. Fişek N.H.” Halk Sağlığına Giriş”; Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara,1983
2. “Türkiye’de Nüfus Konuları - Politika Öncelikleri”, Ed. Toros, A., Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara, 1993.
3. “Fişek,N. Dünyada ve Türkiye’de Nüfus Sorunu”. Dirican Rahmi; Prof.Dr. Nusret Fişek’in kitaplaşmamış Yazıları- II, Ana – Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması kitabı içinde , Türk Tabipleri Birliği Yayını 1998, Ankara)
4. Akın,A., “Aile Planlaması”; Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güncellenmiş 2. Baskı, Ed. Ayhan Durukan Günalp ve Ark.Güneş Tıp Kitapları s:109-139, 2008 Ankara.
5. Akın A., Bahar Özvarış Ş. “Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması” Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde (Ed. Ç. Güler, L. Akın), Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006, s. 188-314.
6. Akın, A. ve Ark. “Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler”, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Afşaroğlu Matbaası, Ankara, 2008.
7. Kışnişçi H. Akın A. “Türkiye’de Düşüklerle ilgili Epidemiyolojik Bir Araştırma”: Türkiye’de Nüfusun Yapısı ve Nüfus Sorunları”- 1973 Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, D-25, 1978 Ayyıldız Matbaası, Ankara, pp.113-132.
8. Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı, Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara, 1994
9. Fişek H.N.; “Türkiye’de Nüfus Sorunlarının Ele Alınış Tarzı ve Planlar”: Sağlık Dergisi, cilt: 38, sayı:3-4, 1964
10. Fişek H.N.; “Türkiye’de Aile Planlaması Program Stratejisi”: Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması” Derleyen Dirican R. Türk Tabipleri Birliği Yayını. Ankara 1998,
11. Hoşgör,Ş.,Tansel,A.; 2050 ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim:Eğitim,İşgücü,Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar (2000-2050) TÜSİAD ve UNFPA yayını 2010,İstanbul
12. Akın, A, “Emergence of the Family Planning Program in Turkey”, The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs kitabı içerisinde, Ed. Robinson, W. C. Ross, J. A. The World Bank, Washington DC, 2007, s.85-102.
13. Özbay, Ferhunde and Frederic C. Shorter. “Turkey: Changes in Birth control practices, 1963 to 1968”, Stud Fam Plann 1970; No.51 (March), 1-7.
14. Akın,A., “From Research to Practice: Use of Non-Physicians in Family Planning SeVICES in Turkey” Cah.Socio.Demo.Med., 50(4): 445-462 (September-December 2010)pp:445-461.
15. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No.557,Resmi Gazete, 10 Nisan 1965
16. “The evaluation of the cost and the impact of illegal abortions on health services”, 1977. A multicentered collaborative study with WHO Geneva, (Health Service Research) and Hacettepe University, Dept. of Public Health, Ankara
17. Akın, A. et al., “Training Auxiliary Nurse-Midwives to Provide IUD Services in Turkey and the Phillipines”, Stud Fam Plann, 1980; Vol., 11, No. 6, 178-187,
18. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 27 Mayıs 1983 Tarihinde 18059 Sayılı Resmi Gazetede Yayınlanmıştır. Ankara 1983.
19. Genel Nüfus Sayımı- Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri”, T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Yayın No.2759, Ankara 2003.
20. Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık

- DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, HÜ. Hastanesi Basımevi 2009 Ankara.
21. “Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005”, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.
22. Akın, A. Sevcen, F., “Türkiye’de Kadın Sağlığı Düzeyi ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu”, Türkiye Klinikleri, Cerrahi Bilimleri, Jinekoloji Obstetrik, Vol:2, No:13 pp.1-14, 2006.
23. www.saglik.gov.tr (erişim Nisan 2011)
24. “Sağlık hizmeti sunanlarının güvenli düşük ve tıbbi düşük konusundaki görüşleri ve algıları” Araştırma Raporu, Ed.Akın A. Ankara 2012