

TÜRKİYE'DE ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN DURUMU: SON YİRMİ YILDA NELER DEĞİŞTİ?

Şevkat BAHAR ÖZVARIŞ*

Öz: Üreme hakları, kişinin kendi bedeni hakkında, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin konularda, şiddet, zorlama ve ayrımcılığa maruz bırakılmadan, özgür ve sorumlu bir şekilde karar verme ve seçimler yapma hakkını içerir. Kadınların toplumsal cinsiyetle ilgili geleneksel rolleriyle ilgili mevcut durumları, üreme haklarına ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerinde önemli bir faktördür. Bu yazının amacı, Türkiye'de üreme sağlığı hizmetleri açısından son 20 yılın sonuçlarını değerlendirmektir. Değerlendirmede, veri kaynağı olarak ulusal ve uluslararası raporlar temel alınmıştır. Birinci basamak hizmetlere entegre edilerek sunulması gereken üreme sağlığı hizmetlerine erişilebilirlik ve üreme hakları, Türkiye'de son 20 yılda izlenen neoliberal sağlık politikası ve patriyarkal yapı ile son derece ilişkilidir. Kadının statüsü, üreme hakları ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim açısından Türkiye'nin dünya sıralamalarındaki yeri kabul edilemez durumdadır. Değerlendirme sonucunda, mevcut sağlık politikasının üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklere neden olduğu, özellikle yoksul kadınların hizmetlere erişimindeki sorunlarını giderek derinleştirdiği görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Üreme sağlığı, üreme hakları, kadın sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliği,

Status of Reproductive Health Services in Turkey: What Has Changed in the Last Twenty Years?

Abstract: Reproductive rights include the right to decide and make choices about one's own body, sexual and reproductive health, in a free and responsible manner, without violence, coercion or discrimination. The current situation of women regarding their traditional gender roles is an important factor in their access to reproductive rights and reproductive health services. The aim of this article is to evaluate the results of the last 20 years in terms of reproductive health services in Turkey. During evaluation, national and international reports were taken as the basis as the data source. Accessibility to reproductive health services, which should be integrated into primary care services, and reproductive rights are highly related to the neoliberal health policy that followed in the last 20 years and patriarchal structure in Turkey. Turkey's place in the world rankings is unacceptable in terms of women's status, reproductive rights and access to reproductive health services. As a result of the evaluation, it has been seen that the current health policy causes inequalities in benefiting from reproductive health services, and especially the problems of poor women in accessing services are increasingly deepened.

Key words: Reproductive health, reproductive rights, women's health, gender equality

Giriş

Dünyada nüfus politikalarına bakıldığında, İkinci Dünya Savaşı sonrasında hızlı nüfus artışının kalınmanın önünde bir engel olduğu savıyla özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşanan hızlı nüfus artışını kontrol altına almak amacıyla neo-malthuscu yaklaşımın kullanıldığını görmekteyiz. Bu yaklaşım kapsamında, başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere 1960'lardan itibaren kontrolsüz nüfus artışının ekonomik ve sosyal "kalkınma üzerindeki olumsuz etkileri" konusunda bir duyarlılık artmaya başlamıştır. Bunu 1970'lerde "demografik yaklaşım" izlemiş, 1980'lerde sağlığa ilişkin kaygılar ön plana çıkarak "ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması" üzerine odaklanılmıştır. 1990'larda ise, "insan hakları ve ihtiyaçları" konusu ilgi noktası olmuştur. (Akin, Bahar-Özvarış, 2020). Bu süreçte uluslararası kadın hareketi, demografik hedefleri reddederek bunun yerine, üreme özgürlüklerine

saygı duyan, bireylerin haklarını ve sağlık durumlarını iyileştirmeye odaklanan bir çıkış yapmıştır. Bu sürece denk gelen yıllarda, 1994 yılında Kahire'de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD); nüfus, sağlık, kalkınma ve insan haklarının kapsamlı bir şekilde birlikte ele alınarak çözüm önerilerinin üretilmesi açısından tüm dünya ülkeleri için önemli bir başlangıç olmuştur.

ICPD, üreme sağlığında "yaşam boyu yaklaşımı" benimseyen, bireysel hakları öne çıkaran bir anlayışla kadın sağlığının odak noktası olarak ele alınması gerektiğini vurgulamıştır. Önceki dönemlerde nüfus politikalarını uygulamak suretiyle demografik amaç ve hedeflere ulaşmak için adeta bir "araç" olarak ele alınan kadınlar, birey haklarının ön plana çıkarılması anlayışının bir sonucu olarak konunun özünde yer almaya başlamışlardır. Ayrıca, cinsel sağlık ve

*Prof. Dr., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD: (ORCID No:0000-0003-0650-2952)

Geliş Tarihi / Received : 09.12.2022

Kabul Tarihi / Accepted : 23.01.2023

üreme sağlığında (CSÜS); kadınların güçlendirilmesini, temel bir gündem maddesi olarak benimseyen ve insan hakları ile sağlık arasında ayrılmaz bir bağ olduğu anlayışı üzerine şekillenmiştir. ICPD'nin önemli çıktılarında biri olarak **üreme sağlığı**; "üreme sistemi, işlevleri ve süreci ile ilgili her türlü konuda, sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmıştır (WHO, 1999). Bu bütüncül anlayışla üreme sağlığının amaçları ve hizmetlerinin kapsamı tanımlanarak bu hizmetlerin Temel Sağlık Hizmetleri'ne (TSH) entegre edilmesi ve ülkelerin politikalarını buna göre düzenlemeleri önerilmiştir (UNFPAa, 1994). Bunu izleyen 1995 yılında, Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda ve beş yıl sonra düzenlenen Pekin+5 izleme toplantısında **üreme hakları**; "insan haklarının bir parçası olarak bütün bireylerin çocuklarının sayısı, aralığı ve zamanlamasıyla ilgili olarak özgür ve sorumlu bir şekilde karar vermeleri, bunun için bilgiye ve tüm olanaklara ulaşabilmeleri ve en üst düzeyde cinsel sağlık ve üreme sağlığına ulaşma hakları" şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca üreme hakları, kişinin kendi bedeni hakkında, CSÜS da dahil olmak üzere, cinsellikleri üzerindeki her türlü kararı, şiddet, zorlama ve ayrımcılığa maruz kalmadan, özgür ve sorumlu bir şekilde verebilme ve seçimler yapma hakkını da içermektedir (Şahin Hodoğlugil ve Akın, 2000). Esasen bu hak, Türkiye'nin 1986'da taraf olduğu CEDAW (Kadına karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi) ile çok daha önceki yıllarda güvence altına alınmıştır (T.C. Resmi Gazete, 1985b). Bu kapsamda, istenmeyen veya planlanmayan gebeliklerin önlenmesinin ve isteyerek düşüklerin (kürtaj) güvenli hale getirilmesinin, aile planlaması danışmanlığı da dâhil, sağlık kuruluşlarında tüm aile planlaması hizmetlerine ve doğum kontrol yöntemlerine ve güvenli düşük hizmetlerine erişimin sağlanmasının önemi ve gereği belirtilmiştir.

1. Türkiye'de Nüfus ve Doğurganlık ile İlgili Politikalar

Türkiye'de 1950'lerde pronatalist nüfus politikası nedeniyle, toplumun talep etmesine rağmen gebelikten korunma yöntemlerinin yasak olması, aşırı doğurganlık, yasa dışı olmasına rağmen güvenli olmayan yöntemlerle yapılan isteyerek düşüklerin yaygınlığı ve bu düşüklere bağlı anne ölümlerinin çok yüksek olması nedenleri ile izlenen bu politikanın değiştirilmesi için çalışmalar başlatılmıştır. Bu kapsamda 1965 yılında ilk Nüfus Planlaması Kanunu

(557 sayılı kanun) ile antinatalist politikaya geçilmiştir. Ülke genelinde doğum kontrol yöntemlerinin kullanılmasını olanaklı hale getiren bu yasa kadın sağlığı açısından çok önemli gelişme sağlamıştır. Ancak, yasada gebeliğin isteyerek sonlandırılmasına (isteyerek düşük), ancak tıbbi bir endikasyon (sağlık açısından yaşamsal önemi olan bir neden) varsa izin verilmiştir. Çıkarılan bu ilk yasa ne yazık ki isteyerek düşükleri ve buna bağlı hastalıkları ve ölümleri önleyememiş, yasadışı ve güvenli olmayan yöntemlerle yapılan isteyerek düşüklerin sıklığı ve hizmetlere erişimdeki eşitsizlikler devam etmiştir. Bu dönemde ülke genelinde güvenli düşük hizmetine erişemeyen kadınların, geleneksel yöntemlerle ve sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşüklerine bağlı olarak anne ölümleri ciddi boyutta artmış, anne ölümlerinin %53'ünü bu nedenle olan ölümler oluşturmuştur (Akın ve Terzi, 2020). 1983 yılında kabul edilen ve halen yürürlükte olan 2827 sayılı yasa ile 10 haftaya kadar olan gebeliklerde isteyerek düşükler ("kürtaj") yasal hale gelmiştir. Buna ek olarak sertifikalandırılan pratisyen hekimler gebelik sonlandırılması için yetkilendirilmiş, sertifikalandırılan ebe ve hemşireler RİA uygulaması için yetkilendirilmiştir. Bunlar, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlerden yararlanmayı artıracak düzenlemeler olmuştur. Sözü edilen yasa ile ayrıca, isteğe bağlı olarak kadın ve erkek için cerrahi sterilizasyon (tüplerin bağlanması) yasallaştırılmıştır. (T.C. Resmi Gazete, 1983a).

Bu yeni yasanın Türkiye'de kadın-anne ve çocuk sağlığı üzerine etkileri olumlu olmuştur. Ülkede düşüğe bağlı komplikasyonlar (sağlıkla ilgili istenmeyen durumlar) ve anne ölümleri büyük oranda önlenerek güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri %53'ten %2'ye düşmüştür (Akın ve Terzi, 2020). İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmış, düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgal oranları giderek azalmıştır. Bu dönemde yıllar içerisinde kadınların doğum kontrol yöntemlerinden yararlanmaları artarak 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre, RİA kullanım sıklığının iki kat arttığı, gebeliği önleyici modern yöntem kullanım sıklığının, o güne kadar yüksek olan geleneksel yöntemleri geçerek %34,5'e ulaştığı görülmektedir (Tablo 1). (HÜNEE, 1968-2018c).

Bu gelişmelerle birlikte dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de 1994 yılına kadar "anne ve çocuk sağlığı ve

Tablo 1. Türkiye’de bazı yıllara göre gebeliği önleyici yöntem kullanımları ve isteyerek düşüklerin sıklığı (%) (1968-2018)

Kaynak: HÜNEE, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları

Gebeliği önleyici yöntem	Yıllar								
	1968	1978	1983	1993	1998	2003	2008	2013	2018
Herhangi bir yöntem	22,0	50,0	61,5	62,6	63,9	71,0	73,0	74,0	70,0
Modern Yöntem	5,3	18,0	27,2	34,5	37,7	42,5	46,0	47,0	49,0
RİA	-	4,0	8,9	18,8	19,8	20,2	16,9	17,0	14,0
Hap	1,0	8,0	9,0	4,9	4,4	4,7	5,3	5,0	5,0
Kondom	4,3	4,0	4,9	6,6	8,2	10,8	14,3	16,0	19,0
Tüp ligasyonu	-	-	0,1	2,9	4,2	5,8	8,3	9,0	10,0
Geri Çekme	10,4	22,0	31,1	26,2	24,4	26,4	26,0	26,0	20,0
Diğer	12,0	12,1	8,6	3,2	2,8	4,1	1,1	1,0	1,0
Geleneksel Yöntem	22,4	32,0	34,2	28,1	25,5	28,5	27,0	26,0	20,0
İsteyerek Düşükler	7,6	16,8	19,0	18,0	14,5	11,3	10,0	5,0	6,0

(100 gebelikte)

aile planlaması (AÇSAP) hizmetleri” üzerine odaklanılmış, konu sadece çocuk doğurma ve doğurganlığın düzenlenmesi olarak algılanmış, kadın sağlığının diğer boyutları ihmal edilmiştir. 1994 yılından sonra ise, ICPD kapsamında CSÜS ve üremeye ilişkin hakların ve üreme sağlığına bütüncül bakan yaklaşımın, ülke düzeyinde olumlu yansımaları olmuştur. Bunlara örnek olarak; 1996’da Sağlık Bakanlığı-AÇSAP Genel Müdürlüğü tarafından üniversitelerden ve ilgili kurumlardan davet edilen uzmanlarla birlikte CSÜS Ulusal Stratejik Eylem Planları hazırlanmış, strateji olarak CSÜS hizmetlerinin TSH’ne entegrasyonu hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı (SB) Nüfus Planlaması Kurulu’nun adı, Kadın Sağlığı Danışma Kurulu olarak değiştirilmiştir. Üniversitelerde mezuniyet öncesi eğitime CSÜS konularının entegrasyonu için YÖK ile çalışmalar yürütülerek tıp fakültelerinin müfredatına girmesi sağlanmıştır. SB hizmet içi eğitimlerinde, tıp fakülteleri ve ebeler yükseköğretimde Aile Planlaması (AP) Danışmanlık ve RİA (Rahim İçi Araç) uygulama eğitimlerinin standardizasyonu sağlanmıştır. Ayrıca, AÇSAP Genel Müdürlüğü’nün hizmet içi eğitimlerinde kullanılmaya başlanan eğitim rehberleri (5 eğitim modülü; Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik, AP, Gençler için CSÜS, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar) hazırlanmış ve bu kapsamda eğitimcilerin eğitimi yapılarak SB bünyesindeki eğitimler uç birimlere kadar kademeli olarak yaygınlaştırılmıştır. O zamana kadar ele alınmayan, üreme sağlığı-AP konusuna erkek katılımını sağlamak açı-

sından değerli bir çalışma olarak 2001 yılında SB ve UNFPA işbirliği ile TSK’nde Üreme Sağlığı-Aile Planlaması (ÜSAP) adıyla, öncelikle askerlik hizmetini yapmakta olan erbaş ve erleri hedef alan bir proje yürütülmeye başlatılmıştır. Üniversite medikolarının (sağlık merkezi) içerisinde “Genç Dostu Birimler”in kurulması, Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı okullarda CSÜS eğitimleri, SB’nin belli illerde gençlere yönelik CSÜS hizmetleri de sunan “Adölesan Merkezleri”nin açılması bu kapsamda yapılanlar açısından iyi uygulama örnekleridir.

Bu değerlendirmeler kapsamında, Türkiye’de 1965’ten 2000’li yıllara kadar Türkiye’nin antinatalist politikasında ve hizmet anlayışında ciddi bir sorun olmamış, yıllar boyunca benzer yaklaşımlar sürdürülmüştür. Yakın zamana kadar AP hizmetleri, 1961 yılında kabul edilen “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalizasyonu Kanunu” çerçevesinde kırsal alanda da dâhil, başarılı bir şekilde sunulmuş, olumlu etkileri sağlık istatistiklerine yansımıştır (Tablo 1). AP hizmetlerinde, ilk Nüfus Planlaması Yasası’nın kabul edildiği yıllardan son 20 yıllık süreye kadar, riskli gebelikleri önleyerek anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan, kadınlara gerekli bilgi, danışmanlık ve hizmetleri sunarak AÇSAP hizmetleri kapsamında doğurganlıkları ile ilgili bilinçli seçim yapmalarını sağlayan politikalar izlenmiştir. Bu süreçte ayrıca, birinci basamakta Sağlık Ocakları ve özellikle kırsal alanda ebelerin yaptığı ev ziyaretleri

ile yürütülen hizmetlerin sonucunda kadınların doğum öncesi bakım hizmeti almaları, doğumlarını bir sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirmeleri ile anne ölümlerinde ciddi bir azalma olmuştur (**Bahar-Özvarış ve Akin, 2020**).

2. Türkiye’de Üreme Sağlığı Hizmetleri Açısından Son 20 Yılın Sonuçları

Dünyada 1980’lerin sonunda Brezilya, Meksika, Güney Kore, Tayvan gibi ülkelerde başlayan “sağlıkta reform ve yeniden yapılanma” adıyla anılan neoliberal politikaların, Türkiye’de de aynı yıllarda ön hazırlıkları yapılmış ve 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” adı altında uygulanmaya başlanmıştır. Neoliberal ekonomik politika ile sağlık alanında kamusal finansmanın yerini ticarileşmiş ve bireyselleştirilmiş hizmet anlayışı almış ve bu gelişme sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (**Dayı, 2019**). Bu politika sadece ekonomik alana değil, aynı zamanda muhafazakarlaşma olarak da ifade edilen, kültürel alana saldırıyı ve kadın bedeni üzerinden üreme haklarına saldırıyı da beraberinde getirmiştir. Kadınların geleneksel rollerine vurgu yapan anlayış ve patriyarkal yapı, ülkede var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderek derinleştirmiştir. Bunu uluslararası değerlendirmelerde de görmek mümkündür.

Dünya Ekonomik Forum’u, geliştirdiği kompozit bir indeks kullanarak 2006 yılından itibaren yayınladığı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurum Raporu, “ekonomiye katılım ve fırsatlar”, “eğitime erişim”, “politik güçlenme” ve “sağlık ve hayatta kalma” olmak üzere dört ayrı başlıkta her yıl ülkelerdeki cinsiyet eşitsizliğinin boyutunu değerlendirmektedir. “Sağlık ve hayatta kalma” alt başlığında; kadınlarda doğuştan beklenen yaşam süresinin yanı sıra anne ölüm oranı, toplam doğurganlık hızı, kadınlarda doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı, aile planlamasında karşılanamayan ihtiyaç yüzdesi, çocuk yaşta evliliklerin yüzdesi, adolesan (ergen) yaşta doğurganlık sıklığı, doğum öncesi bakım alanların yüzdesi, sağlık personeli tarafından yapılan doğumların yüzdesi, kadınların yaşamı boyunca şiddete maruz kalma sıklığı gibi CSÜS ile ilgili pek çok gösterge yer almaktadır. Ülkelerden elde edilen resmi veriler ile yapılan bu değerlendirmede; kadın-erkek eşitsizliğinin düzeyi olarak bir indeks değeri hesaplanmakta, bu değer 0-1 puan arasında değişmekte, değer 1’e yaklaşması eşitsizliğin azaldığı, değer 0’a yaklaşması eşitsizliğin arttığı anlamına gelmektedir. Buna göre de ülkeleri

en iyiden başlayarak sıralamaktadır. 2022 yılında yayınlanan rapora göre Türkiye, 146 ülke içinde 124. sırada yer almış ve indeks değeri 0,639’dur. Raporadaki alt başlıklara göre ise, Türkiye ekonomiye katılım ve fırsatlar alt başlığında 134., eğitime erişim başlığında 101., politik güçlenme başlığında 112. ve sağlık ve hayatta kalma alt başlığında 99. sırada yer almıştır (**GGGR, 2022**). Bu değerlendirmeler kapsamında, özellikle 2016’dan sonra Türkiye’nin “sağlık ve hayatta kalma” alt başlığında sıralamadaki yerinde bir düşüş olduğu gözlenmektedir. Nitekim Avrupa Birliği Komisyonu’nun Türkiye ile ilgili yakın bir tarihte yayınladığı raporda kadın ve kız çocuklarının hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında gerilemenin devam etmekte olduğu belirtilmiştir (**AB Komisyonu, 2022**). Kadının statüsü, üreme hakları ve CSÜS hizmetlerine erişim açısından Türkiye’nin dünya sıralamasındaki yeri ve bu saptamalar kabul edilemez durumdadır.

Elbette, kadınların toplumsal cinsiyetle ilgili geleneksel rolleriyle ilgili mevcut durumları ve patriyarkal yapı, kadınların üreme haklarına ve birinci basamak hizmetlere entegre edilerek sunulması gereken üreme sağlığı hizmetlerine erişimlerinde önemli bir faktör olmaktadır. Bu durum aynı zamanda, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde, sağlık hizmetlerinde erişimde ve sağlık hizmeti sunanların cinsiyetlere göre davranışlarında bile eşitsizliklere neden olmaktadır. Türkiye’de sağlıkla ilgili yasal düzenlemelerde toplumsal cinsiyet bakış açısının ne kadar dikkate alındığı incelendiğinde, önceki yıllarda var olan mevzuatta kadınların özellikle üremeye ilgili rolleri ve kadının “annelik rolü” başta olmak üzere, geleneksel rollerine vurgu yapan ataerkil normların mevcut olduğu saptanmıştır (**Akin ve Bahar-Özvarış, 2005**). Bu kapsamda kadınların rolünün annelikle sınırladığı, çocukların bakımından ve ailenin sağlığından sorumlu olarak tanımlandığı, diğer sağlık sorunlarının ele almadan doğurganlık ile ilgili sağlık sorunlarına önemli vurgular yapıldığı görülmüştür. Yasalarda her zaman kadınlar hedeflenmiş, üreme sağlığı konusunda erkeklerin katılımı tüm politika oluşturma aşamalarında göz ardı edilmiştir. Bunlar içerisinde 1983’de kabul edilen ikinci Nüfus planlaması yasası, göreceli olarak kadınların daha özgür bir seçim yapmalarına olanak sağlamıştır. (**Akin ve Bahar-Özvarış, 2005**).

Üreme sağlığı hizmetleri; 1961 yılından itibaren sosyalleştirme kapsamında kırsal alanı da kapsayacak şekilde birinci basamakta Sağlık Ocakları’nda, AÇ-

SAP'larda, özellikle kırsal alanda ebeler aracılığı ile ev ziyaretleri ile uç birimlere kadar ve devlet hastanelerindeki AP kliniklerinde sürmekte iken, 2003 yılından itibaren SDP ile bunu, yerini sınırlı ve parçalı hizmet sunan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) ve daha büyük nüfusa hem hizmet sunan hem de idari birim olan "Toplum Sağlığı Merkezleri" (TSM) almıştır. Örneğin, üreme sağlığı hizmetleri içerisinde yer alan doğum öncesi bakım hizmetleri ASM'lerde, AP hizmetlerinden olan RİA uygulama ASM'lerin sadece bazı tiplerinde ve TSM'lerde (şimdilerde Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde) sunulmaya başlanmıştır.

Üreme sağlığı kavramı, doğurganlığın düzenlenmesini ve aile planlamasını içermesine rağmen, 2008'lerde dönemin karar vericileri, "ortalama doğum sayısının düştüğünü, nüfusun yaşlandığını gerekçe göstererek artık doğum kontrolü ifadesinin yerine üreme sağlığının kullanılması gerektiğini" belirtmeye başlamıştır (TBMM, 2008). Bu beyanlar sonrasında SB başta olmak üzere, resmi kurumlarda adeta Aile Planlaması/Doğum kontrolü ifadesinin kullanımından bile kaçınarak üreme sağlığı kavramının içeriğinden uzaklaşma söz konusudur. Bu sürecin en belirgin sonucu, 2011 yılında SB'nda yapılan re-organizasyon çalışmasıyla AÇSAP Genel Müdürlüğü kapatılmış, üreme sağlığı hizmetleri Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü-Kadın Sağlığı Daire Başkanlığı'nın sorumluluğuna aktarılmıştır. Ayrıca, kamu hastanelerinin içerisindeki AP klinikleri ile uç birimlerde hizmet sunan AÇSAP merkezlerinin sayısı azalmış veya başka birimlere dönüştürülmüştür. Bunların yanı sıra, yukarıda bahsedilen, 1994 sonrası uygulanmaya çalışılan programların ilerleyen süreçte birer birer yok olduğu görülmektedir; AP konusunda sertifikalı insan gücü yetiştirme açısından son derece önemli olan, SB bünyesindeki hizmet içi "AP Danışmanlık ve RİA Uygulama Eğitimleri" uzun süredir yapılmamaktadır. Tıp fakülteleri ve ebelik yükseköğretimlerinde SB ile işbirliği halinde yürütülen aynı eğitimlerin (eğitimin uygulama aşamasının SB'na bağlı AP kliniklerinde yürütülmesi nedeniyle) artık yapılamaması söz konusudur. Sağlık sisteminin değişmesiyle birlikte daha önce SB birimlerinde ve bazı üniversitelerde medikolar (sağlık merkezleri) içinde kurulmuş olan ve gençlere yönelik CSÜS hizmetleri sunan adölesan (ergen) merkezlerinin ve "Genç Dostu Hizmet Modeli"nin sonlandırıldığı görülmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı okullarda CSÜS eğitimleri

sonlandırılmıştır.

Esasen, karar vericilerin "en az üç çocuk" politikasıyla doğurganlığı teşvik eden söylemleri ile başlayan süreçle birlikte 10. Kalkınma Planı'nda doğurganlığı teşvik eden hedeflerin yer alması sonucunda Türkiye'de pronatalist nüfus politikasına geçildiği söylenebilir. Bu değişimle, ailenin korunması adı altında kadını birey olarak gören anlayış yerine, aile içinde tanımlayan anlayış ve Türkiye'nin genç nüfus demografik yapısının korunması konusu öne çıkarılmıştır. Bu kapsamda "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" hedefleri arasında, kadınların üreme haklarına ve kararına müdahale anlamına gelen, toplam doğurganlık hızının düşüklüğü iddiasıyla çalışan kadınların toplam doğurganlık hızının artırılması gibi hedeflere yer verilmesi, bunun için yasal teşvikler getirilmesi yer almıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013). Kadına biçilen toplumsal cinsiyet rolü yine "annelik" olmuş, kadınların kendilerinin esnek çalışmayı istedikleri, çocuğuna uzun süre, evde kendisinin bakmak istediği, "iyi anne" veya "annelik görevlerini eksiksiz yerine getirmeleri" gibi kurgulara dayandırılarak "aile ve iş yaşamının uyumlaştırılması" adı altında bazı düzenlemeler getirilmiştir. Anne olduklarında yaşamın diğer alanlarından çekilmelerini doğallaştıran bu kurgu, kadınları çalışma yaşamından uzaklaştırırken bir yandan da kadınların esnek ve güvencesiz işlerde ucuz iş gücü olarak, sendikasız, güvencesiz, örgütsüz çalışmasını beraberinde getirmiştir (KEİG, 2015).

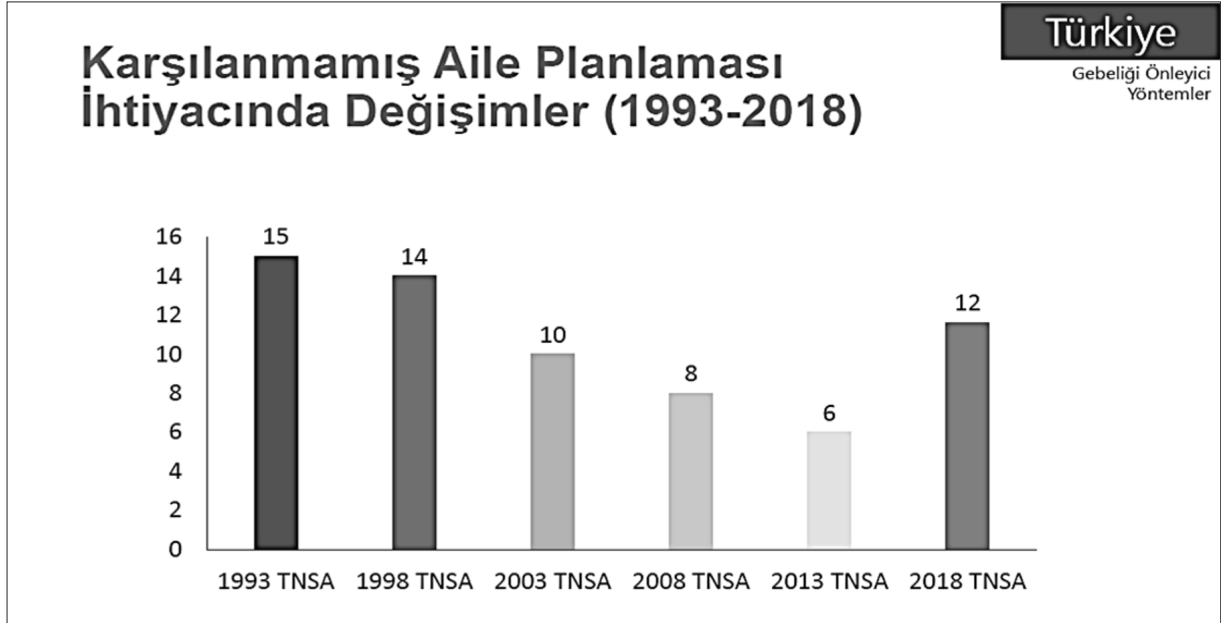
Uzun yıllar uluslararası kuruluşlardan hibe şeklinde sağlanan AP lojistik desteği 1995'den itibaren aşamalı olarak azaltılmış, 2000 yılında ise tamamen kesilmiştir (Özvarış ve ark., 2004). SB daha sonraki yıllarda satın alma yoluyla AP malzemelerini temin ederken 2017 yılında bu görevi il sağlık müdürlüklerine devretmiştir. Bu süreçle birlikte, pandemi sonrası daha da belirgin hale gelen, birinci basamak sağlık kurumlarına AP malzeme lojistiğinde sorunlar yaşanmaya başlanmıştır (CİSU, 2021). Nitekim 2018 TNSA verilerine bakıldığında; AP yöntemlerinin %39'u kamudan, %38'i özel sektörden, %23'ü diğer yerlerden temin edilirken yıllar içerisinde birinci basamak kuruluşlardan temin edenlerin yüzdesinin %36'dan %24'e gerilediği görülmektedir (HÜNEE, 2019). Sonuçta, SDP sürecinde hizmet birimlerinin sayısı ve donanım ve malzeme eksikliği gibi sorunlar nedeniyle, özellikle de yoksul ve eğitimsiz kadınlar arasında kamusal alanda AP hizmetlerine

erişimdeki eşitsizlikler derinleşerek devam etmiştir (Dayı, 2019).

Türkiye’de ülke genelini yansıtan en son veri olarak 2018 TNSA sonuçlarına göre üreme sağlığı ile ilgili şu andaki durumu incelendiğinde çarpıcı veriler görülmektedir: Doğurganlık çağının sonuna geldiğinde kadın başına düşen çocuk sayısını veren Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) 2,3’tür. Annenin eğitimi ve ailenin refah düzeyi düşükse TDH yüksek olmakta, yükseldikçe TDH düşmektedir. Adölesan (15-19 yaş) kadınların neredeyse %4’ü çocuk sahibi ya da ilk çocuklarına gebedir. İlkokulu bitirmiş kadınların %20’si adölesan (ergenlik) dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, lise veya üzeri eğitim alan kadınlar arasında bu oran %1 düzeyindedir. En düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında adölesan annelik daha yaygın iken (%9), refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında daha düşüktür. Türkiye’de, 25-49 yaşlarındaki kadınların %21’i 18 yaşına kadar, %39’u 20 yaşına kadar ve %4’ü ise 15 yaşından önce evlenmektedir. Bununla birlikte, kadınların %53’ü şu anda sahip olduğundan daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini, %14’ü ise daha sonra istediklerini belirtmiştir. Yani kadınların yaklaşık üçte birinin gebelik istemediği görülmektedir. Anne-bebek ölümleri açısından çok önemli olan riskli gebeliklerin hala çok yüksek ve yaygın olduğu görülmektedir; bu açıdan kadınların %27’si tekli yüksek risk,

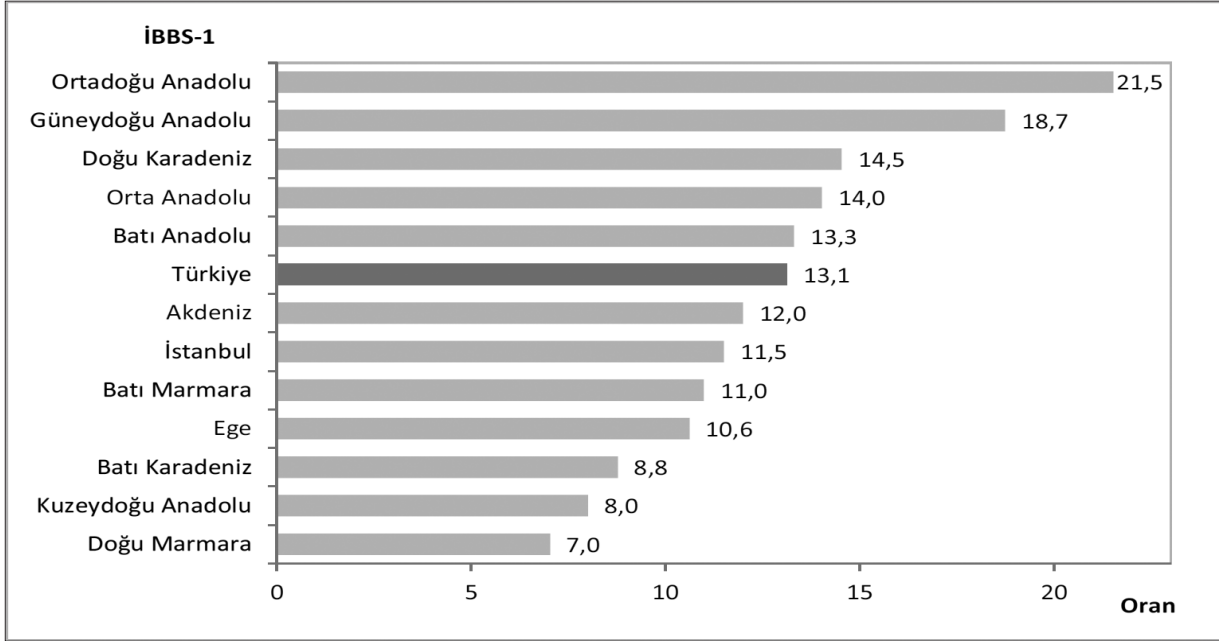
%9’u ise çoklu yüksek risk kategorisindedir. Bununla birlikte, halen evli kadınların %49’u gebeliği önlemek amacıyla modern yöntem kullanmakta, %21’i geleneksel yöntem kullanmaktadır (HÜNEE, 2018b). Modern yöntem kullanımı 2008’den bu yana çok az bir artış göstermiş, oldukça güvenilir ve etkili olan RİA yönteminin kullanımı (2003’de %20’lerde iken, 2018’de %14) giderek düşmüştür (Tablo 1). (HÜNEE, 1968-2018c). Hizmete erişim sorunu yaşayan, kırsal alanda ve doğu-güneydoğu bölgesinde ve yoksul kadınlar arasında modern yöntem kullanımı açısından ciddi farklar mevcuttur (HÜNEE, 2018b; Özdemir ve ark. 2019)

TNSA 2018 verilerinde en göze çarpan bulgu, AP’nda hizmet açığını ortaya koyan “AP’nda karşılanamayan ihtiyacın” son beş yılda iki katına çıkmasıdır (Şekil 1). Şu anda halen evli kadınların %12’sinin karşılanmamış AP ihtiyacı vardır; bunların %4’ü bir sonraki doğuma ara vermek istemekte, %8’i ise artık daha fazla doğum yapmak istememektedir. Geleneksel yöntem kullananlar da bu gruba dâhil edildiğinde karşılanamayan ihtiyaç %33 olmaktadır. Yani Türkiye’de üç kadından birinin AP ihtiyacı karşılanmamaktadır. Hizmet niteliğinin düzeyi bilinemese de gebelerin %96’sı doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almış, %4’ü ise doğum öncesi bakım almamıştır. Eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma sıklığı artmaktadır. Sevindirici bir şekilde ev doğumları azalmış, doğumların %99’u bir sağlık



Şekil 1. Türkiye’de yıllara göre aile planlaması hizmetlerinde karşılanmamış ihtiyaç (%)

Kaynak: TNSA, 2018



Şekil 2. Türkiye’de bölgelere göre anne ölüm oranı, 2020

kuruluşunda ve bir sağlık personeli eşliğinde, %1’i ise evde gerçekleşmiştir (**HÜNEE, 2018b**). Bu yüzdenin pandemi döneminde %97,5 olarak düştüğü görülmektedir (**SBSGM, 2021**). Tüm bu değerlerde hizmete erişimde sorun olduğunu işaret edecek şekilde kent-kır ve bölgeler arasında ciddi farklılıklar mevcuttur (**HÜNEE, 2018b**).

İsteyerek düşükler açısından bakıldığında; 2018 TNSA’nda evlenmiş kadınların %15’inin en az bir kez isteyerek düşük (kürtaj) yapmış olduğu, araştırma tarihinden önceki beş yılda gebeliklerin %6’sının isteyerek düşükle sonlandığı görülmektedir (**HÜNEE, 2018b**). İlginç bir bulgu olarak 2013 TNSA verilerinde kendiliğinden düşük sıklığının iki katına çıktığı, isteyerek düşüğün ise yarı yarıya azaldığı ve bu eğilimin 2018’de de aynen devam ettiği görülmüştür (Tablo 1) (**HÜNEE, 1968-2018c**). Kadir Has Üniversitesi’nin 2020 yılında yaptığı bir çalışmada, toplam 295 kamu hastanesi ile görüşülmüş; 185 hastanede isteğe bağlı güvenli düşük hizmetlerinin (kürtaj) sağlanmadığını, sadece 10 hastanede (Ankara, Amasya, Bayburt, Burdur, Hakkâri, Şanlıurfa, Tekirdağ ve Tunceli) sağlandığını ortaya konmuştur. Görüşmede alınan cevapların dağılımına bakıldığında çarpıcı bir şekilde, isteğe bağlı düşük hizmetlerinin yasal olmasına rağmen “yasak” olduğunu düşünenlerin bulunmasıdır. (**O’Neil ve ark., 2016**). Türkiye’de şu anda güvenli düşük hizmetleri yasal olmasına rağmen, *fiili bir yasak* durumu yaratarak hizmetin ulaşılabilir olmasının önünde engellerin

bulunması söz konusudur. Bu hizmetlerin kamusal alanda verilmediği durumlarda, özel sektörde denetlenmesi zor bir şekilde yüksek fiyatlarla sunulan hizmetlerden sadece özel bir kadın grubunun yararlanabileceği, yoksul kadınların sağlıklı ve güvenli düşük hizmetlerine erişemeyeceği bilinen bir gerçektir. Nitekim 2018 TNSA verilerinde de bu hizmetin %49 ile özel hastane/klinikten ve muayenehanelerden alındığı görülmektedir (**HÜNEE, 2018b**).

Türkiye’de *anne ölümleri* incelendiğinde; 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri çalışmasında anne ölüm oranı (AÖO) yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak hesaplanmış, bu ölümlerin %60’ının önlenilebilir nedenlerle olduğu ortaya konmuştur (**HÜNEE, 2005a**). SB Sağlık İstatistikleri Yıllıkları incelendiğinde, 2018’de yüz bin canlı doğumda 13,6, 2019’da 13,1 olarak belirtilen anne ölümlerinin son 10 yılda plato çizdiği görülmektedir (**Bahar-Özvarış ve Akın 2020**). SB’nin 2020 istatistiklerine göre; anne ölümleri yüz bin canlı doğumda yine aynı şekilde 13,1 olarak verilmiş, tablonun altında COVID-19 kaynaklı anne ölümleri de hesaplamaya dâhil edildiğinde yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu belirtilmiştir. Pandemi döneminde anne ölümlerindeki %52’lik bu artış incelenmesi gereken ciddi bir artıştır. Ayrıca, AÖO açısından bölgeler arasında önemli farklar bulunmaktadır, örneğin bu oran Güneydoğu Anadolu’da yüz bin canlı doğumda 19’a, Ortadoğu Anadolu’da 22’ye çıkmaktadır (**Şekil 2**) (**SB, 2020**).

Türkiye’de kadınların CSÜS hizmetlerine erişimleri açısından yukarıda sayılarla ortaya konan durum, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi’nin Türkiye’nin sekizinci periyodik geribildirim raporunda belirtilen dış değerlendirme ile de ne yazık ki örtüşmektedir. Komite raporunda, kadın ve kız çocuklarının CSÜS hizmetlerine ve haklarına erişimleriyle ilgili duyduğu endişeyi dile getirmekte, CEDAW’ın 1999’daki genel tavsiye kararını hatırlatarak kırsal kesimdeki kadınlar ve kız çocukları da dahil olmak üzere tüm kadınlar ve kız çocukları için, kadınların cinsel ve üreme tercihlerine, özerkliğine, mahremiyetine, gizliliğine ve bilgilendirilmiş onamlarına saygı göstermesi gerektiğini vurgulamaktadır (**UN CEDAW, 2022**). Ayrıca, raporda Türkiye’nin taraf devlet olarak modern ve acil doğum kontrol yöntemlerine erişim de dahil uygun CSÜS hizmetlerine ve bilgilerine erişimi sağlamasını, kadınların güvenli düşük hizmetlerinin ve modern gebeliği önleyici yöntemler konusunda haklarını savunmak, hastaneleri denetlemek ve on haftaya kadar gebelikleri sonlandırmak yönündeki yasal yükümlülüklerine uydıklarından emin olunması gerektiğini belirtmektedir. Komite, ayrıca taraf devlet olarak Türkiye’ye şu önerilerde bulunmaktadır:

a. CEDAW’ın birinci maddesi uyarınca kadınlara karşı her türlü ayrımcılığı yasaklayan, kamusal ve özel alanda doğrudan ve dolaylı ayrımcılığın yanı sıra, kesişen ayrımcılık biçimlerini de kapsayan mevzuat hayata geçirilmeli ve toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığa yönelik anayasal yasağın etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamalı,

b. Ayrımcılıkla ilgili olarak cinsiyet, yaş, milliyet, etnik köken, engellilik ve sosyo-ekonomik duruma göre ayrıştırılmış veri toplamak için kapsamlı bir sistem geliştirmeli,

c. Kız çocuklarının güçlenmesi açısından her düzeydeki eğitimin önemi teşvik edilmeli, kız ve oğlan çocukları için zorunlu eğitim yaşı 16’ya çıkarılmalı,

d. Yoksulluk içinde yaşayan, kırsal kesimdeki kız çocuklarına, gebe kadın ve genç annelere, engelli kadınlara, mülteci ve sığınmacı kadınlar ve kız çocuklarına odaklanarak kadın ve kız çocukları arasında temel eğitim, orta ve yükseköğretimde kayıt, devam ve tamamlama oranlarını artırmak için geçici özel önlemler alınmalı,

e. Kadınların ve kız çocuklarının eğitimin her düzeyinde ve özellikle bilim, teknoloji, mühendislik

ve matematik ve bilgi ve iletişim teknolojisi (STEM) de dahil olmak üzere geleneksel olmayan çalışma alanlarında eğitim almalarını desteklemek için mali teşvikler ve burslar dahil geçici özel önlemler sürdürülmeli ve geliştirilmeli,

f. Kadınların ve kız çocuklarının toplumdaki rollerine ilişkin ayrımcı kalıp yargıları ortadan kaldırmak ve eğitim ortamlarında toplumsal cinsiyete dayalı kalıp yargıları pekiştirmemeleri için öğretmenler duyarlı hale getirilmeli ve

g. Tüm okul müfredatlarına, insani yardım ortamları da dahil olmak üzere CSÜS ve üreme haklarına ilişkin toplumsal cinsiyete duyarlı, yaşa uygun ve erişilebilir eğitim dahil edilmeli ve öğretmenlere, kadınların ve kız çocuklarının CSÜS ve üreme hakları konusunda sistematik eğitimler verilmelidir.

3. Sonuç

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanamadığı toplumlarda görüldüğü gibi, Türkiye’de de bireylerin CSÜS hizmetlerine ve haklarına ulaşması oldukça zordur. Kadınların toplumsal cinsiyetle ilgili geleneksel rolleriyle ilgili mevcut durumları, üreme sağlığı hizmetlerine ve haklarına erişimlerinde önemli bir faktördür. ICPD sonrası, 2019 yılında yapılan ICPD+25 Nairobi zirvesinde, ülkeler için 2030 yılına kadar ulaşılması istenen “*üç sıfır hedefi*” ortaya konmuştur. Bu hedefler;

I. Önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi,

II. Aile Planlanmasında karşılanmayan ihtiyaçlarının sıfıra indirilmesi,

III. Kadına yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler başta olmak üzere zararlı geleneksel uygulamaların sonlandırılması (başka bir yazının konusu olacak kadar kapsamlı bir konudur) ve bu hedefler için “*kimsenin geride bırakılmaması*” sloganı kabul edilmiştir (**UNFPA, 2019b; UNFPA 2019c; Akın ve Bahar-Özvarış 2020**).

Bu değerlendirmeler ışığında sonuç olarak, Türkiye 2030’a sekiz yıl kala bu hedeflere ulaşmanın oldukça gerisindedir. SDP ile son 20 yıllık süreçte izlenen neo-liberal sağlık politikası ve patriyarkal yapı, özellikle CSÜS hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlik yaşayan toplumsal kesimlerin bu hizmetlere erişimindeki sorunlarını giderek derinleştirmektedir. Türkiye’de CSÜS hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler arttıkça, koruyucu sağlık hizmeti ve aynı zamanda bir Temel Sağlık Hizmeti olan AP hizmetlerine erişim azaldıkça, kadın/anne-çocuk sağlığında riskler artacak ve olumsuz sonuçların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır.

Kaynaklar

- Akın A., Bahar-Özvarış Ş.** (2005). A case study on the integration of a gender perspective into reproductive health policy in Turkey. Towards a simple framework for monitoring the integration of gender concerns in public health policies: Case studies from seven European Member States of the World Health Organization: Croatia, Ireland, Kyrgyzstan, the Netherlands, the United Kingdom, Tajikistan and Turkey. (Ed.: JA Haafkens) Erişim tarihi: 17.12.2022 https://huksam.hacettepe.edu.tr/English/Files/WHO_RapportDEF.pdf
- Akın A., Bahar-Özvarış Ş.** (2020). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nın (ICPD) 25. Yılında Nairobi Zirvesi: Dünyada ve Türkiye'de Neler Değişti?. (Eds.: S. Üner, P. Okyay) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (137-149 ss.) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2
- Akın A., Terzi Ö.** (2020) İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. (Ed: Üner S, Okyay P) Türkiye Sağlık Raporu-2020 içinde (151-163 ss) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2.)
- Avrupa Birliği (AB) Komisyonu** (2022) **Türkiye Raporu**, AB Genişleme Politikasına İlişkin 2022 Bilgilendirme Erişim tarihi: 19.12.2022 https://www.ab.gov.tr/siteimages/birimler/kpb/2022_turkiye_report_tr_27.11.2022_22.05.pdf
- Bahar-Özvarış Ş., Akın A.** (2020). Anne Ölümleri (Eds.: S. Üner, P. Okyay) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (131-137 ss.) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2
- Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı/Hakları (CİSÜ) Platformu** (2021) Türkiye'de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu. Esin A., Mihçioğur S., Canan Demir C., Kanal G. (Eds: A. Akın, T. Türmen) Erişim Tarihi: 17.12.2022 <https://cisuplatform.org.tr/cisu-rapor-tasarimi-dijital-2021/>
- Dayi A.** (2019) Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey. *Health Hum Rights*. 2019 Dec;21(2):57-68.)
- Global Gender Gap Report (GGGR)** (2022) World Economic Forum. Erişim tarihi: 17.12.2022. https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2022.pdf
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)** (2005a). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Erişim tarihi: 17.12.2022 <https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Di%C4%9Fer%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar/UAOC2005-AnaRapor.pdf>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)** (2019b). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Erişim tarihi: 17.12.2022 http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE)** (1968-2018c). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları Serisi. Erişim: 17.12.2022. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/nufus_ve_saglik_arastirmalari_serisi-59
- Kadın Emegi ve İstihdamı Girişimi (KEİG)** 2015. Çalışma Yaşamında Eğretilik, Eğreti İstihdam ve Atipik İstihdam İlişkisi, KEİG Platformu. Birinci Basım: Eylül 2015, Kayhan Matbaa, İstanbul. ISBN: 978-605-84504-1-7 Erişim Tarihi: 17.12.2022, <http://www.keig.org/wp-content/uploads/2016/03/egretiweb.pdf>
- O'Neil ML, Aldanmaz B, Quilez RMQ, Kılınç FR** (2016). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın ve Çalışmaları Araştırma Merkezi. Erişim tarihi: 17.12.2022 <https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/kurtaj-hizmetleri-raporu.pdf>
- Özdemir R, Cevik C, Ciceklioglu M.** (2019) Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. *Rural Remote Health*. 2019 Aug;19(3):5125 <https://doi.org/10.22605/RRH5125>
- Özvarış, ŞB., Akın, L., Akın, A.** (2004) The role and influence of stakeholders and donors on reproductive health services in Turkey. *Reprod. Health Matters*, 12, 116-127 [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)24138-6](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)24138-6)
- Şahin Hodoğlugil N., Akın A.** (2000) Cinsiyet Eşitliği, Barış ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye'de Durum, Cinsiyet Eşitliği, Barış ve Gelişme Yolunda Pekin+5 Sonuçları ve Türkiye'de Durum Erişim tarihi:17.12.202 http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/cinsiyet_esitligi.pdf
- TBMM** (2008) Genel Kurul Tutanağı. 23. Dönem 2. Yasama Yılı 76. Birleşim 12/Mart /2008 Çarşamba. Erişim Tarihi: 17.12.2022 https://www5.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g_birlesim_baslangic?P4=20105&P5=H&page1=55&page2=55
- T.C. Kalkınma Bakanlığı** (2013) Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018. Ankara. Erişim tarihi: 17.12.2022 https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf
- T.C. Resmi Gazete** (1983a) Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. 24 Mayıs 1983. 18059 Erişim tarihi: 17.12.2022, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18059.pdf>
- T.C. Resmi Gazete** (1985b) Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi. 14 Ekim 1985. 18898. Erişim tarihi: 17.12.2022, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18898.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı** (2020) Erişim tarihi: 17.12.2022 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı** (2021) Haber Bülteni, Erişim tarihi: 17.12.2022 <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf>
- UN CEDAW** (2022) Committee on the Elimination of Discrimination against Women-CEDAW/C/TUR/CO/8, 2022, Erişim tarihi: 17.12.2022 <https://www.ecoi.net/en/file/local/2075376/N2242093.pdf>
- United Nations Population Fund (UNFPA)** (1994a) Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994, Erişim tarihi: 17.12.2022, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA)** (2019b) The Nairobi Summit on ICPD25. Erişim tarihi: 17.12.2022, <https://www.nairobi-summiticpd.org/content/icpd25-commitments>
- United Nations Population Fund (UNFPA)** (2019c) Review of the implementation of the programme of action of the International Conference on Population and Development Fulfilling the ICPD promise progress, gaps and working at scale review of the implementation of the ICPD programme of action dignity and human, rights: what has been achieved? UNFPA publication, 2019. Erişim tarihi: 17.12.2022 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/CDP_report_23-online.pdf
- World Health Organization (WHO)** (1999) Definition and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health & Reproductive Health, Family & Reproductive Health European Regional Office, 1999, page12. Erişim tarihi: 17.12.2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108284/E68459.pdf?sequence=1&isAllowed=y>