

# TÜRKİYE'DE NÜFUS, DOĞUM KONTROL YÖNTEMİ VE İSTEYEREK DÜŞÜKLERE YÖNELİK POLİTİKALAR: NEDENLERİ VE SONUÇLARI

Ayşe AKIN\*

## Özet

Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşundan günümüze dek pronatalist ve antinatalist olmak üzere iki farklı nüfus politikası izlenmiştir. Nüfus politikalarının değiştirilmesinde toplumun gereksinim ve talepleri ön plana alınmış ve uygulanan nüfus politikaları daima liberal, birey haklarına saygılı, gönüllülüğü esas alan nitelikte olmuştur. Nüfusun 13 milyon gibi çok az olduğu 1920'li yıllarda doğurganlığın artması için bazı teşvikler yapılsa da bazı ülkelerde olduğu gibi, hiçbir zaman devlet, ailelerin çocuk sayısı ile ilgili ne fikir yürütmüştür ne de baskı yapmıştır. Sadece, devlet olmanın gereğini yaparak, anayasal görevini yerine getirmiş ve topluma, doğurganlığı ile ilgili ne arzu ediyorsa, bunu bilinçli seçim yaparak gerçekleştirebilmesi için hizmet vermiştir. Türkiye'de pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesinden sonra kontraseptif kullanımı artsa da sağlıksız düşüklerin meydana gelmesi önlenememiş ve 1983 yılında tekrar yasal değişiklik yapılmış ve daha liberal bir yasa kabul edilmiştir. İsteyerek düşüklerin anne ölümüne yol açması ancak bu yasadaki sonradan ciddi ölçüde engellenebilmiştir. Günümüzde Türkiye'de izlenen nüfus politikasının değiştirilmesi için hiç bir neden ya da bilimsel bir gerekçe bulunmamaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Nüfus, Türkiye, aile planlaması, politikalar

**Policies Toward Population, Birth Control Methods and Induced Abortions in Turkey: Reasons and Outcomes**

## Abstract

Since declaration of Turkey Republic being pronatalist and antinatalist two different population policies have been followed in Turkey. For changing the population policy always needs and request of the people are considered and the policy is followed always liberal and respected the individual's rights and voluntarism. Despite some incentives were provided for high fertility in the years 1920s when the population size was only 13 million, the government never made pressures or comments or suggestions on the number of children the families should have. The governments only full fill its responsibility and provided the necessary services to the public to reach their desired family size and have informed choices. After the pronatalist policy changed contraceptive prevalence increased but occurrence of unsafe abortions were not prevented then another legislative change took place and more liberal law was accepted. Only after this legislative change induced abortions caused maternal deaths were considerably prevented. At present in Turkey there is no reasons or scientific rationale for the current population policy /law would be changed.

**Key words:** Population, Turkey, family planning, policies

Türkiye'de Cumhuriyetin ilanını izleyen yıllarda ülkenin gereksinimine uygun olarak "pronatalist nüfus politikası" izlenmiştir. Çünkü savaştan çıkmış ve kayıpları çok olan ülkenin nüfusu o tarihlerde yaklaşık 13 milyondur. O yıllardaki yasal düzenlemelerle doğurganlığın teşvik edici; beşten fazla doğum yapanlara madalya verilmesi, yol vergisinden muaf tutulmaları, kontraseptif yöntemler ile ilgili bilgi verilmesi ya da ithal edilmelerinin yasaklanması gibi uygulamalar yapılmıştır (Akin, 2007). Bu uygulamalar sonuç vermiş ve Türkiye'nin nüfusu hızla artmış, 1920-

1930 yılları arasında yıllık nüfus artış hızı %2 civarında iken, 1950'lerin ortalarında bu hız, %3'e yükselmiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrasına rastlayan bu yıllarda, sıtmanın eradikasyonu, antibiyotiklerin keşfi, hükümetlerin çocuk sağlığına önem vermesi gibi sağlıkla ilgili olumlu gelişmeler olmuş ve dünyanın diğer pek çok ülkesinde de olduğu gibi izlenen pronatalist politikalar sonucu Türkiye'de de doğumlarda çok hızlı bir artış meydana gelmiş ve 1945-1960 yılları arasında ciddi bir demografik değişime yol açmıştır (Toros, 1993; Fişek, 1998).

\* Prof. Dr., Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Halk Sağlığı Uzmanı; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Başkanı, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi (BÜKÇAM) Müdürü.

1958-1962 yılları arasında yıllık nüfus artış hızı %3-3.2 dolaylarında, 15 yaş altı nüfus ise toplam nüfusun % 41.5'ini oluşturmakta, kaba doğum hızı binde 45 olup, çok yüksek olan kaba ölüm hızı ise binde 13'e düşmüştü. İşte bu dönemde, aşırı doğurganlık sonucu artan istenmeyen gebelikler ve kadın sağlığı yönünden son derece olumsuz sonuçlara yol açan "sağlıksız yöntemlerle yapılan isteyerek düşüklere" yasa ile yasak olmasına rağmen, artışı meydana geldi ve sağlıksız düşüklere bağlı anne ölümlerinde ise ciddi bir artış gözlemlendi. O dönemde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve Ankara Doğumevinin başhekimisi olan Dr. Zekai Tahir Burak Hastanesi'nde, gözlemlendiği sağlıksız düşüklere bağlı anne ölümlerine dikkat çekmek için büyük çabalar sarfetti. Hastane vakalarını dokümanite ederek, düşüklere bağlı anne ölümlerindeki yaklaşık %50 olan büyük payını gösterdi. Daha sonra da o dönemin Sağlık Bakanı'na mektup yazarak, "Sağlıksız düşüklere başvuruların ve buna bağlı anne ölümlerinin arttığını, bunları önlemek için Türkiye'de artık nüfus politikasının değişmesi ve kontrasepsiyonun yasallaşması gerektiğini" vurguladı (Özbay, 2001; Akın, 2007).

1959 yılında Dr. Fişek tarafından yönetilen 137 köyü içeren bir araştırma yapıldı. Bu araştırmanın bulgularına göre Bebek Ölüm Hızı (BÖH) bin canlı doğumda 165, Anne Ölüm Hızı (AÖH) ise 100 bin canlı doğumda 280 olarak bulundu. Daha da önemlisi anne ölümlerinin %53'ü sağlıksız koşullarda yapılan düşüklere bağlı olduğu gösterildi (Akın, 2007). Bu yıllarda Prof. Dr. Nusret Fişek ve Dr. Burak'ın çabalarına, Prof. Dr. Naşit Erez, Dr. Ziya Durmuş, Dr. Necdet Erenus gibi tanınmış kadın doğum uzmanlarının destekleri de eklendi. Son derece ciddi gerekçelere dayalı, çok yönlü, çok disiplinli savunuculuk çalışmaları bilimsel araştırma sonuçları ile de desteklenerek, Sağlık Bakanlığı (SB) ile oluşturulan yakın bağ ve SB'nin de gereken duyarlılığı göstermesi biraz vakit olsa da olumlu sonuç vermiştir.

1960 devrimini müteakip, Türkiye'nin planlı döneme girmiş olması ile pek çok alanda yasal düzenlemeler, reform niteliğinde yenilikler yapılmış, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuş ve "nüfus olgusu" çok önem kazanmıştır. Pek çok halk sağlığı konusunda öncü olan Prof. Dr. Nusret Fişek bu konuda da son derece önemli rol oynamış ve ilk "antinatalist nüfus politikasını" DPT ile şekillendirerek, ulusal ve uluslararası düzeyde konunun savunuculuğunu yapmıştır. Bu süreçte, liderlik, sektörlerarası işbirliği ve savunuculuk

çok önemli olmuştur. Örneğin, bu amaçla Dr. Fişek, SB. Hıfzısıhha Okulu'nda, geniş katılımlı bir forum organize ederek, din görevlilerinin, bilim insanlarının, demografların, sosyologların, medya ve gönüllü kuruluşların "Doğum Kontrolü" konusunu bu forumda tartışmalarını sağlamıştır. Yine bu yıllarda kurulmuş olan Türkiye Aile Planlaması Derneği'nin bir gönüllü kuruluş olarak, yürüttüğü, bilgilendirme programlarının konunun savunuculuğunda çok olumlu etki ve katkısı olmuştur (Altıok, 1978).

1963 yılında Hükümet, Population Council'dan Türkiye'de, demografik faktörlerin analiz edilebileceği bir saha araştırması yapmasını talep etmiştir. Türkiye'de bir ilk olan bu tür çalışmada, toplumun artık aile planlamasına ihtiyaç duyduğu ve hizmetleri talep ettikleri gösterilmiştir. Örneğin, kırsal kesimde yaşayanlar devletin aile planlaması hizmetlerini vermesini talep ediyor, ailelerin %60'ı 2 ile 4 çocuk istiyordu, yaşı 30 un üzerinde ve 10 yıldır evli olanların çoğu ise artık çocuk istemiyordu. Kentsel kesimdekilerin %67'si, kırsal kesimdekilerin %87'si kontraseptiflerle ilgili daha fazla bilgi edinmek istediklerini belirtmişlerdir (Metiner, 1969; Özbay, 1970; Özbay 1975). 1964 yılında, antinatalist politika daha TBMM'de kabul edilmeden önce, SB, Türkiye'de "aile planlaması" teşkilatını kurdu ve konu ile ilgili olan sağlık çalışanlarının çeşitli düzeylerde eğitimleri yapıldı.

Sağlıksız düşüklere çok yaygın olarak yapılıyor olması ve bu durumun anne ölümlerindeki büyük payı; Türkiye'de nüfus politikasının değiştirilmesindeki temel nedeni oluşturmuştur. Ne var ki bu durumun tıp uzmanlarınca fark edilmesinden sonra, politikalara yansıtılması, verilen yoğun çabalara rağmen, yaklaşık on yıl sürmüştür. Bu süre içinde, yıllık düşük sayısının bir yılda 500 bin civarında, çeşitli komplikasyonlar sonucu ölen anne sayısının ise 10 bin civarında olduğu tahmin edilmiştir (Fişek, 1998).

Antinatalist nüfus politikasının uygulanmasını başlatan 557 Sayılı yasa, 10 Nisan 1965 yılında, TBMM'de belli bir muhalefete rağmen, kabul edildi. Bu olay Türkiye'de kadın sağlığı konusunda devrim niteliğinde olup, kabul edilen yasa ile; geriye dönebilen kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgilendirme ve eğitim programları ve klinik hizmetler yasal olarak serbest bırakıldı ancak isteyerek düşüklere, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon yöntemlerine sadece medikal

endikasyonla izin verilmiştir (557 Sayılı yasa, 1965). Ne var ki kısıtlı yasaya rağmen, izleyen yıllarda isteyerek düşüklerin, tıbbi nedenler dışında da yapılması devam etmişve anne ölümleri içerisindeki payı ne yazık ki ciddiyetini korumuştur.

Türkiye örneği dahil pek çok ülkede, düşüğün yasa ile yasaklanması onun yapılmasını engelleyememektedir. Yasa ile serbest bırakıldığında ise gerekli denetim ve hizmet standartları, hizmetin varlığı, ulaşılabilirliği de sağlanmak koşulu ile kadın sağlığına önemli katkı yaptığı düşüğe bağlı anne ölümlerinin önlenmesi ve düşük hızlarının da artmadığı bilinen gerçeklerdir.

Doğurganlığın düzenlenmesi, kadın ve erkekler için sağlık hakkının bir parçası olan "üreme hakkı" dır, bir başka ifadeyle insan haklarından biri olup, bu kapsamda düşünülmelidir. Bu konu uluslararası pek çok belgede ortaya konulmuş olup (1994 Kahire, Nüfus ve Kalkınma Konferansı-ICPD, 1995 Pekin IV. Dünya Kadın Konferansı vb.), Türkiye bu belgeleri çekincesiz imzalamıştır (Akın, 2001).

Kuşkusuz gebeliğin sonlandırılması, yani isteyerek düşükler, sürekli olarak bir Aile Planlaması (AP) yöntemi olarak kullanılmamalı,

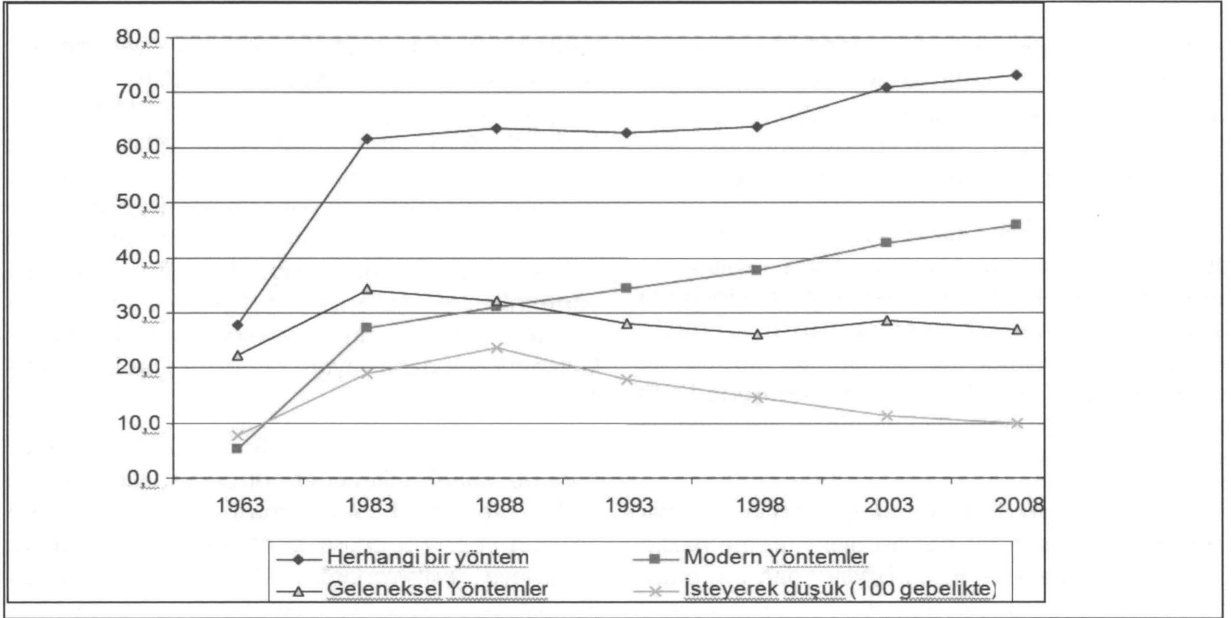
kontrasepsiyona mutlaka öncelik verilmelidir. Ancak, kontraseptif (KS) yöntemlere ulaşımın yetersiz kalması, yöntem kullanımındaki hatalara bağlı yöntem başarısızlığı, veya etkili yöntem kullanılmaması kadını, isteyerek düşüğe yönelten istenmeyen gebeliklere yol açmaktadır. Türkiye'de 1965 yılında kabul edilen "İlk Antinatalist Nüfus Politikası Yasası"nı müteakip, etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanımının giderek artmasına rağmen, etkisi sınırlı-geleneksel yöntemlerin kullanımı çok daha yaygın olmuştur (Tablo 1, Şekil 1, Şekil 2).

1963 yılında, henüz ilk Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmeden önce yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre ailelerin %27.7'si etkisiz yöntemlerle gebeliklerini önlemeye çalışıyorlardı. 1965 yılında Nüfus Planlaması Yasası'nın kabulünden sonra her beş yılda bir benzer yöntemle, Türkiye'yi temsil eden örneklem üzerinde yapılan araştırmalar, toplumun AP yöntemlerini kullanmasının giderek arttığını ortaya koymuştur. Ancak bu artış daha çok etkisi sınırlı olan geleneksel yöntemlerde olmuş, isteyerek düşüğe başvuru da yasa dışı olmasına rağmen, giderek artmıştır. Örneğin, 1983 yılında Türkiye'yi temsil eden örneklem üzerinde yapılan

**Tablo 1. Türkiye'de yıllara göre aile planlaması yöntemlerinin kullanım eğilimleri (1963-2008)**

Kontraseptif Yöntem	1963	1983	1988	1993	1998
Herhangi bir Yöntem	27.7	61.5	63.4	62.6	63.9
Modern Yöntem	5.3	27.2	31.0	34.5	37.7
Hap	1.0	9.0	6.2	4.9	4.4
RİA	0.0	8.9	14.0	18.8	19.8
Kondom	4.3	4.9	7.2	6.6	8.2
Tüp ligasyonu	0.0	0.1	1.7	2.9	4.2
Diğer modern yöntemler		4.3	2.0	1.3	1.1
Herhangi bir geleneksel yöntem	22.4	34.2	32.3	28.1	26.1
Geri Çekme	10.4	31.1	25.7	26.2	24.4
Diğer Geleneksel Yöntem	10.0	3.1	6.6	1.9	1.7
İsteyerek Düşükler (100 gebelikte)	7.6	19.0	23.6	18.0	14.5

Kaynak: 1963-2008; Özbay, 1970; Akın, 2006; Akın, 2007

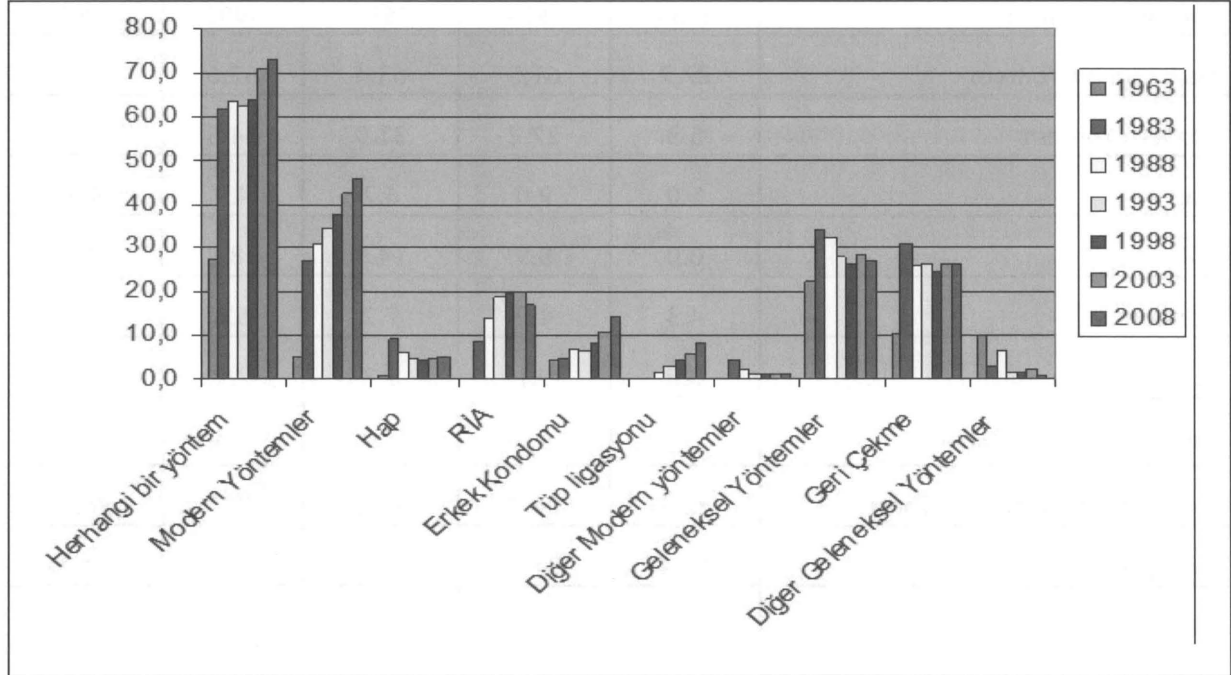


Şekil 1. Türkiye’de yıllara göre doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı (1963-2008)  
Kaynak: TNSA, 1963-2008; Özbay, 1970; Akın, 2006; Akın, 2007

araştırma sonuçlarına göre, herhangi bir KS yöntem kullanan aileler %61.5, etkili yöntem kullananlar %27.2, geleneksel yöntem kullananlar %34.2, 100 gebelik için isteyerek düşükler 19.0 olarak bulunmuştur. Kontraseptif hizmet almada karşılanamayan gereksinim fazla olup, 1981 yılı için isteyerek düşük sayısının 300 bin, bunun yaklaşık 50 bininin "self-induced" olduğu hesaplanmıştır

(Akın, 1987). Yine bu yıllarda büyük hastanelere ayda en az 3-4 ölümcül abortus komplikasyonunun kabul edildiği gözlenen gerçeklerdi (Tablo 1).

O yıllarda toplum, küçük aile normunu daha fazla kabullenmiş olup, AP hizmetlerinde "karşılanamayan gereksinim" giderek artmaktaydı.



Şekil 2. Türkiye’de yıllara göre kontraseptif yöntemlerin kullanımındaki değişimler (1963-2008)  
Kaynak: TNSA, 1963-2008; Özbay, 1970; Akın, Bahar, 2006; Akın, 2007



Dolayısıyla, Türkiye'de hizmet talebini karşılamak, isteyerek düşüğün anne ölümlerine yol açmasının engellenmesi için mutlaka aynen 1950'li yıllarda olduğu gibi, uygun müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi gerekiyordu. Kuşkusuz bu dönemdeki politik ortam 1950'li yıllara kıyasla daha destekleyici idi. Yapılacakların öncülüğünü, liderliğini yine aynen 1960'larda olduğu gibi, Dr. Fişek yaptı ve SB, Bilimsel Kurulu'ndan çıkarttığı bir kararla, Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı AD ve Dünya Sağlık Örgütü-Cenevre/HRP işbirliğinde, bu makalenin yazarının da esas araştırmacı olduğum bir dizi Hizmet Araştırması başlatıldı (WHO, 1977; Akın, 2010).

#### Bu araştırmalarda temel amaç

- Ülkedeki karşılanamayan AP gereksinimini azaltmak için etkili KS yöntemlerin uygulanmasında ek insan gücü yaratmak (RIA uygulamada ebe-hemşirelerin eğitimi)

- İsteyerek düşüklerin anne ölümlerine neden olmasını engellemek için isteyerek düşüklerin yasallaştırılması (konu ile ilgili bilimsel gerçeklerin araştırmalarla ortaya konulması)

- İsteyerek düşükler yasallaştırıldığında, kamu sağlık kuruluşlarında isteyerek düşük talebinin artma olasılığına karşı, kadın-doğum uzmanlarını desteklemek için ek insan gücü yaratılması (pratisyen hekimlerin Karman Aspirasyonu ile gebelik sonlandırmada eğitilmeleri)

Yukarıda belirtilen amaçlar doğrultusunda yaklaşık beş yıl süren, hizmet araştırmalarının sonuçları, 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması Kanunu'nun değiştirilme gerekçesinde ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'nun maddelerinin oluşturulmasında temel alınmıştır. 1980-1983 yılları arasında bilindiği gibi Türkiye'de Askeri bir hükümet vardı ve bu gurubun çıkarılacak yeni kanunla ilgili "ikna" edilmesi gerekiyordu. Ayrıca söz sahibi, kıdemli pek çok kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının ve bazı karar vericilerin de bazı konularda ikna edilmesi gerekiyordu. Bu bağlamda SB'nin öncülüğünde, yeni yasaya karşı ve yana olan bütün tarafları bir araya getiren pek çok büyük toplantı düzenleyerek, son derece duyarlı olan "düşüğün yasallaştırılması, pratisyen hekimlerin konu ile ilgili yetkilendirilmesi, ebe hemşirelerin RIA uygulamada yetkilendirilmesi" konuları bu toplantılarda bilimsel kanıtlarla, sağlıklı olarak tartışıldı. Yine bu dönemde askeri hükümetteki en yetkili olanlara konunun özellikle

sağlık yönü bilimsel kanıtları ile anlatıldı ve ikna edildiler.

24 Mayıs 1983'de ikinci antinatalist 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası kabul edildi (**2827 sayılı yasa, 1983**). Bu yasanın getirdiği yenilikler:

- 10 hafta dahil isteyerek düşüklerin, istek üzerine sonlandırılması

- Eğitilmiş pratisyen hekimlere gebeliği sonlandırma yetkisinin verilmesi

- Eğitilmiş ebe ve hemşirelere RIA uygulama yetkisinin verilmesi

- Kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemine istek üzerine izin verilmesi

40 yıldır uygulanan güçlü bir pronatalist nüfus politikasının değiştirilmesi üreme sağlığı ve özellikle kadın sağlığı alanında gerçek bir atılım olmuştur. Bu sürecin başarısında rolü olan kilit faktörler;

- Demografik ve sağlık konuları ile ilişkili olarak sorunun bilimsel yaklaşımla doğru değerlendirilmesi ve doğru tanı konulması

- Liderlik

- Araştırma sonuçlarını ve diğer kanıtları kullanarak çeşitli sektörler ve disiplinler tarafından yürütülen güçlü savunuculuk çalışmaları

- Toplum katılımı ve desteği

- Daha az politik/popülist olmayan bir hükümetin olması.

- SB'nde ileri görüşlü yöneticilerin olması

**1983 yılında kabul edilmiş olan 2827 sayılı yeni Nüfus Planlaması Yasası'nın Türkiye'de kadın-anne sağlığı ve AP uygulamaları üzerine etkisi ne olmuştur?**

Yeni yasanın kadın-anne sağlığı ve aile planlaması uygulamaları üzerindeki en belirgin etkileri aşağıdaki şekilde özetlenebilir (Akın, 2007; Akın, 2010);

Düşüğün yasallaşması, ülkedeki düşüğe bağlı komplikasyonların ve anne ölümlerinin önlenmesinde büyük bir etki yapmıştır. Güvenli olmayan düşüklere bağlı anne ölümleri yok denilecek kadar azalmıştır.

- İsteyerek düşük komplikasyonlarına bağlı hastane yataklarının işgali ortadan kalkmıştır.

- İsteyerek düşüklerin sağlık hizmetleri üzerindeki yükü azalmıştır.

- İsteyerek düşüklerin bireylere olan maliyeti azalmıştır.

- Başlangıçta isteyerek düşük prevalansı artmış, fakat 1990'lardan sonra düşmeye başlamıştır. Halen düşüş eğilimi devam etmektedir (Tablo 1, Şekil 1).

- Yeni yasadan sonra RIA kullanma prevalansı sonraki beş yıl içinde ikiye katlanmıştır (Tablo 1, Şekil 1, Şekil 2).

- İlk kez, etkili kontraseptif yöntem prevalansı geleneksel yöntemlerin prevalansını geçmiştir (Tablo 1, Şekil 1).

- Diğer taraftan BÖH ve AÖH'lerinde meydana gelen düşüşlerde de kuşkusuz izlenen nüfus politikasının etkisi büyük olmuştur (Akin, 2000; Akin, 2006; Akin, 2007). Bu yazı kapsamında irdelenmesi gereken diğer iki husus;

(1)- Acaba Türkiye'de isteyerek düşüklerin yasallaşması, kontraseptif yöntem kullanımını azaltmış ve isteyerek düşüğün artan oranda AP yöntemi olarak kullanılmasına yol açmış mıdır?

(2)- Acaba yeni yasanın uygulanması ile isteyerek düşüklerin anne ölümleri içindeki payı azalmış, etkili KS yöntemlerin kullanımı artmış mıdır?

Birinci sorunun yanıtı, Ülkemizde 1963 yılından beri düzenli olarak, beş yılda bir yapılan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının" sonuçları, özellikle de isteyerek düşük hızlarında yasa sonrası eğilim değerlendirilerek verilebilir. Yasa sonrası düşük hızlarında bir artış meydana gelmişse de ülkede aile planlamasında izlenen bilinçli politikalar sonucu kontraseptif uygulamalarında bir azalma meydana gelmemiş; aksine yasayı izleyen beş yılda RIA kullanımı ikiye katlanmış, isteyerek düşükler ise 1990'lardan sonra giderek azalmıştır. Örneğin, 1988'de 100 gebelikte 23.6 olan isteyerek düşükler, 2003 TNSA sonuçlarına göre 11.3'e daha sonra 2008'de ise 10'a düşmüştür (Tablo 1, Şekil 1).

İkinci sorunun yanıtı ise, Türkiye nüfusunun %80'ini içeren 53 ilinde doğum yapılan bütün hastanelerinde H.Ü Halk Sağlığı AD ve SB işbirliği ile 1997-1998 de yürütülen "Anne Ölüm Nedenlerinin" incelendiği araştırma ve 2005 yılında Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri

Enstitüsü ve SB işbirliği ile yürütülen "Ulusal Anne Ölümleri Araştırması"nın sonuçları incelendiğinde, bu sorunun yanıtı çok açık olarak görülmektedir. Şöyle ki; anne ölümleri içinde birinci çalışmada %7.6, ikinci çalışmada ise %15.7 olarak düşük yer alıyordu. İsteyerek düşüğün anne ölüm nedenleri arasındaki payı birinci çalışmada %2.2 olarak belirtilmiştir (Akin, 2000; HNEE, 2006). Kayıt bildirimindeki yetersizliklere rağmen, Türkiye'de doğum yapılan hastanelere isteyerek düşük komplikasyonlarının ender geldiği özellikle de ölümcül vakaların çok ender görüldüğü düşükle ilgili durumu yansıtan genel bir gözlemdir.

### **Türkiye'de Kalkınma Planlarında Yer Alan Nüfus Planlaması ile İlgili Stratejiler (Hoşgör, Tansel, 2010):**

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.

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 doğum kontrolünü engelleyen yasalar değiştirilmiş; sağlık çalışanı -başta kendileri olmak üzere- nüfus planlaması ve gebeliği önleyici yöntemler konusunda eğitmişlerdir. Kontraseptifler 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- doğurganlığın düşüş eğilimine girmesiyle- hükümetlerin doğurganlık planlamasına ilgisi azalmaya başlamıştır.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı döneminde (1973-1977) AP ile ilgili sağlık hizmetlerinin ayrılamayacağı fikri ön plana çıkmıştır. Bunun sonucunda, ana ve çocuk sağlığı ile AP hizmetleri birleştirilmiştir. Bu dönemde toplam doğurganlık hızı düşmesine rağmen, sağlık hizmetlerinin iyileşmesi ve ilgili kuruluşlar arasında işbirliği

sonucu ölümlerde kaydedilen düşüşler nüfus artışının artmasına neden olmuştur. Bu politikanın uzantısı olarak, toplumsal, ekonomik ve demografik etkenler arasında etkileşim ve nüfus politikasının, toplumsal ve ekonomik politikaların bir türevi olduğu belirgin olarak ortaya konmuştur. Yüksek BÖH'nin ve yetersiz ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin birer nüfus sorunu olduğu belirtilmiş, AP'nin ana-çocuk sağlığı hizmetleriyle birlikte ele alınması gereği vurgulanmıştır.

Dördüncü BeşYıllık 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 pek başarılı olduğu söylenemez.

Beşinci BeşYıllık Kalkınma Planı'nda (1985-1989) nüfus ve ilgili sorunlar ikinci plana atılmış görünmektedir. Planda sadece nüfus niteliğinin yükseltilmesi, temel ilke olarak öne çıkarılmıştır. Beşinci BeşYıllık Kalkınma Planı'nda ekonomik kalkınma ön plandadır.

Altıncı BeşYıllık Kalkınma Planı'yla (1990-1994), yine nüfus konusu tartışılmaya başlanmış; yüksek nüfus artışının istenen ekonomik büyüme ve toplumsal gelişmeyi engellediği görüşünden hareketle, toplam doğurganlık hızının yanı sıra, nüfus artışının da azaltılmasına yönelik çabalar başlamıştır.

Yedinci BeşYıllık Kalkınma Planı'nda (1996-2000), halen yüksek bulunan nüfus artışının, ekonominin gelişme ve değişme sürecini engellediği; sürdürülebilir kalkınma çabalarını güçleştirdiği; konut sağlık, altyapı ve eğitime olan gereksinimi arttırdığı belirtilmektedir. Bunun yanında, AP 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 BeşYıllık Kalkınma Planı (2001-2005), Türkiye'de net yenilenme hızının ne zaman 1.0'e 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 BeşYıllık 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 vurgulanmıştır.

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

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

- Üreme sağlığı ve AP hizmetlerinin hedef kitle açısından ulaşılabilirliği, devamlılığı ve yaygınlığının artırılacağı gibi hususları yer almıştır.

Dokuzuncu BeşYıllık 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 BeşYıllık Kalkınma Planı'nda nüfus bağımsız bir başlık altında ele alınmamıştır. Nüfusun niteliğini arttırıcı 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 Bakanı'nın ise "üreme sağlığına evet-aile planlamasına hayır" gibi söylemleridir.

Yukarıda özetlenenlerde de belirttiği gibi, İlk Sekiz Planda nüfus konusu, hem sağlık hem hızlı nüfus artışı nüfus büyüklüğü ile diğer faktörlerin ilişkisi dile getirilmiş Üreme Sağlığı AP hizmetlerinin daha etkili verilebilmesinin yollarını arayan son derece yerinde ve doğru tespitler yapılarak uygulamalar da buna paralel yapılmıştır. Dokuzuncu Planda ise nüfusun baskı oluşturan

yönleri vurgulansa da nüfus olgusu sağlıktan çok demografik değişim ve kalkınma bağlantısı ile ele alınmıştır.

### **Türkiye'nin 2000'li yıllar sonrası izlemek istediği nüfus politikası ve gerekçeleri:**

Türkiye'de 2000'li yıllardan sonra da nüfus planlaması/AP politikalarında yasal anlamda bir değişikliğe gidilmemesine rağmen, AP ve kadınların geleneksel rolleri ile ilgili bazı konuların bir geri gidişin başlangıcı olmaması için üzerinde durulması gerekmektedir. Bu konulardan birincisi, sağlık hizmet sistemi ile ilgilidir; 2000'li yıllardan sonra Türkiye'de neo-liberal politikaların da etkisi ile nerede ise her alanda ciddi bir küreselleşme akımının başladığına şahit olunmaktadır. Yani ulus devlet yerine, küresel güçlerin daha egemen olduğu, çok uluslu şirketlerin kuşkusuz kar amacıyla daha fazla alanlara girdiği, hatta hakim olduğu uygulamalar giderek yaygınlaşmaktadır. Bu tür uygulamaların "bir insan hakkı olan sağlık alanında yaygınlaşması, insan sağlığının da bir meta gibi görülmesi ve sağlık hizmetlerinin de ilaç ve ileri teknoloji tüketimine yönlendirilmesi, hizmetlerin bireye olan maliyetini artırıcı bir yaklaşımla ele alınması her şeyden önce bir hak anlayışı ile ele alınması gereken "sağlık" konusunun tabiatına aykırıdır.

Türkiye'de AP hizmetleri, ilk yasanın çıktığı yıllardan beri "Temel Sağlık Hizmetleri" bütünü'nün entegre bir bölümü olarak ekip hizmeti anlayışı ile topluma verilmekteydi. Sağlık ocakları sisteminde hekim, ebe, hemşire, diğer sağlık çalışanları ile toplumun sağlık eğitimi, ev ziyaretleri ile özellikle kadın-anne ve çocuklara koruyucu ve erken tanı hizmetlerine öncelik ve önem verilmiştir. Yaklaşık 40 yıl devam eden bu sistemle toplumun sağlığında somut iyileşmeler başarılabilmiştir (SB, 2012). Ne var ki 2004 yılında pilot yasa ile başlatılan "Aile Hekimliği Sistemi" 2010 yılı sonunda sonuçları geniş ölçekte bilimsel yaklaşımlarla irdelenmeksizin Türkiye'nin bütün illerine yaygınlaştırılmıştır. Sağlıktaki bu hizmet biçimi "Türkiye'de neo-liberal politikaların bir sonucu olan "Sağlıkta Dönüşümün" bir parçası olup, sağlığın da "alınır satılır bir meta olarak" görülmesinin sağlığa olan biryansımasıdır. Bu sistemde, sağlık hizmeti sunan ekip zayıflatılmakta nerede ise "tek hekime" indirgemektedir. Sözü edilen sistemde sağlık hizmeti "hastalıkla" başlatılmakta, sağlık ocakları sisteminde olduğu gibi "ev ziyaretleri yapılması" yönetmeliklerde yer alsada Türkiye koşulları düşünüldüğünde

pek çok yörede uygulama anlamında ortadan kalkacaktır. 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 yeni sistemin çok iyi izlenmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir. Bu değerlendirmeler yapılırken sağlığın, bireylerin doğuştan sahip oldukları bir insan hakkı, devletin bireylerin bu hakkını koruma, çağdaş yaklaşımlarla gereğini yapma, görevi olduğu mutlaka hatırlanmalıdır.

Reçete yazma temelli, denetimi güç olan Aile Hekimliği sisteminde hizmete esas yön veren, belirlenen "performans puanına" göre hizmetlerin ücretlendirilmesi yani yönlendirilmesidir.

Aile Hekimliği Sisteminde en fazla zarar görecektir hizmetler, AP hizmetleridir. Bilindiği gibi, AP sağlam kişiye verilen koruyucu hizmetlerdir ve gerek danışmanlık verilmesi gerekse uygulamalar özel bilgi ve beceri gerektirmekte, bazı uygulamalarda ise eğitimden sonra sertifikalandırılmış olma zorunluluğu vardır. 2010 yılı sonu itibarı ile Türkiye geneline yaygınlaştırılan bu sistemde aile hekimi görevini yürütecek hekimlerin kaçınının AP uygulama sertifikasının olduğu bilinmemektedir. Bu durumda sertifikası olmayan hekimlere AP hizmeti için başvuran ve örneğin RIA uygulamak isteyen bir kadın bu hizmeti alamayacak, muhtemelen kendisine daha pahalıya mal olacak çareler aramak zorunda kalacaktır. Sistemin başlangıcında AP hizmetlerini, Aile Sağlığı Merkez (ASM)'lerinin bu eksiğini gidermek amacı ile Toplum Sağlığı Merkez (TSM)'lerinin vereceği belirtilmiştir. Ancak aile hekimlerinin vakalarını AP hizmeti için sevk etmeleri beklenen TSM'ler ile ilgili de henüz böyle bir uygulama örneği olmadığı gibi, TSM'lerde çalışan hekimlerin de sertifikalı olmaları gerektiğinin yanı sıra, reçete yazma yetkilerinin tartışmalı olması ve sağlık hizmetinde bütüncül yaklaşımı zedeleyen böyle bir uygulamanın yerinin olmaması gerekir.

Yukarıda belirtilenler, alt yapısı hazırlanmadan "pilot yasa ile" büyük ölçekte uygulamalara başlamanın beklenen olumsuzluklarıdır ve bu olumsuzluklar düzeltilene dek kaç birey kaç aile bundan ne ölçekte olumsuz etkilenecektir. Ne yazık ki bunun yanıtını ne bilim çevresi ne de karar vericiler bilmemektedir. AP hizmetleri ile ilgili diğer beklenen olumsuzluk, geçmişte sağlık ocaklarına

SB tarafından hibe ya da bütçe yolu ile temin edilen oral kontraseptifler, rahim içi araçlar ve kondomlar başvurulara ücretsiz olarak dağıtılmaktaydı. Aile hekimliği sisteminde ise, ücretsiz dağıtımın biçimi ve miktarı henüz tam açık olmadığı gibi, sosyal güvenlik kurumu (SGK) tarafından tedavi yönü olmayan kontraseptiflerin ödenmediği bilinmektedir. Diğer taraftan, hastanelerin AP kliniklerinde uygulanan gebelik sonlandırmaları ve diğer AP bağlantılı uygulamaların da SGK tarafından ne ölçekte ödeniyor olduğu en azından toplum tarafından bilinmemektedir. Bütün bunların anlamı bireylerin, ailelerin çoğu, bu önemli koruyucu hizmeti ceplerinden ödeyerek elde etmek durumunda kalacaklardır ki bu da hizmete ulaşmayı engelleyen diğer bir faktördür.

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 arttığıdır. Bu yıllardan sonra kadının örtünmesi, rol modellerle teşvik edilmesi, toplumsal cinsiyet bağlamında kadın erkek eşitliği konusunda sürdürülen olumlu çabalarla çelişen söylem ve eylemlerin giderek arttığı gözlenmektedir. Bu tür akımlar, Türkiye gibi hakların kullanımında henüz gerçek anlamda kadın erkek eşitliğinin sağlanamadığı bir ülkede kadınların aleyhine olacak girişimlerdir ve mutlaka kaçınılmalıdır. Türkiye'de AP uygulamaları ile ilgili olarak daha da endişe veren ise üst düzey karar vericilerin, "Üreme Sağlığına önem vereceğiz ama hükümet olarak aile planlamasını benimsemiyoruz"; ya da "her kadın en az üç çocuk doğurmalıdır" gibi söylemlerdir.

Günümüzde siyasetin "her ailenin en az üç çocuğu olmalı" söylemi ile yola çıkıp, daha sonra bu sayının beşolmasının ifade edildiği müdahaleye geçmeden önce, Türkiye'nin taraf olduğu ve ciddi bir devlet olarak hazırlık aşamalarına katılıp sonunda da imzaladığı, kabul edip "taahhüt ettiği" özellikle doğurganlığın düzenlenmesi konularında önemli olan uluslararası sözleşmeleri, sonuç belgelerini hatırlamakta yarar var.

Bunlardan ilki "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi -1948"; Birleşmiş Milletler (BM)'in 1979 yılında hazırladığı Türkiye'nin 1985 yılında imzaladığı ve TBMM tarafından onaylanmış olan CEDAW (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın

Önlenmesi Sözleşmesi); BM tarafından 1994 yılında Kahire'de düzenlenen "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı- International Poulation and Development Conference- ICPD"; Yine BM tarafından 1995 yılında Pekin'de düzenlenen "IV. Dünya Kadın Konferansı"; son iki uluslararası toplantının beş, on, onbeş yıl sonraki değerlendirmeleri de yapılmıştır (CEDAW, 2004; BM, 1994; BM, 1995; BM, 1996). Sadece başlıkları belirtilen bu uluslararası belgelerin ortak yönleri ve ele alınan konu ile ilgili vurgular (CEDAW,2004; BM, 1994; BM, 1996):

- Kadının bir "birey" olduğu ve erkeklere eşit hakları olduğu, devletlerin/hükümetlerin görevinin bu hakların eksiksiz olarak kullanılmasını garanti etmesi gereği,

- Kadınların sağlık hakları ve üreme haklarının onların insan haklarının önemli bir bölümü olduğu ve hükümetlerin, bu hakkın kullanımı için gerekenleri yerine getirmelerinin onların anayasal görevi olduğu,

- Doğurganlığın düzenlenmesine her bireyin özgür iradesi ile başka hiç kimsenin etkisi olmaksızın, baskı yapılmaksızın kendisinin karar vermesi gerektiği,

- Nüfus ve Kalkınma ana temasında dünyanın gelecek 20 yılının planının yapıldığı Kahire toplantısında, üreme sağlığının ilk kez tanımı yapılmıştır. Belgede, üreme hakları, ulusal yasalarda, uluslararası insan hakları bildirgelerinde ve diğer oybirliği ile kabul edilmiş belgelerde benimsenmiş belirli insan haklarını içermektedir. Bunlar bütün çiftlerin, bireylerin, çocukların sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına özgürce ve sorumlulukla karar verme temel hakkı, bunu yapacak bilgiye ve araçlara sahip olma hakkı, cinsel sağlık ve üreme sağlığında en yüksek standarda ulaşma hakkıdır. İnsan hakları bildirgesinde ifade edildiği gibi, ayrımcılık, baskı ve şiddete maruz kalmadan üremeyle ilgili konularda karar verme hakkı da bu haklara dahildir. İnsanlar bu hakkı kullanırken halen hayatta olan ve gelecekteki çocuklarının ihtiyaçlarını, kendilerinin topluma olan sorumluluklarını göz önüne almalıdırlar. Bütün insanların bu haklarını sorumlu bir biçimde kullanmalarını sağlamak AP'nın dahil olduğu üreme sağlığı alanıyla ilgili hükümet ve toplum destekli politikalarla programların temel amacı olmalıdır denilmektedir (1994, ICPD paragraf 7.3). ICPD dokümanının Nüfus bölümünde ise, "



Son zamanlarda, birçok ülkede, doğum hızlarında düşüşle birlikte, nüfuslarında büyük artışlar olması kaçınılmazdır. Birçok ülkede, nüfus yapısının "genç" olması sonucu önümüzdeki on yıllar, ciddi boyutlarda sayısal artışlar getirecektir. Kentlerin hızlı büyümesi ve nüfusun dengesiz bölgesel dağılımının da dahil olduğu yurtiçi ve ülkelerarası nüfus hareketleri, gelecekte artarak devam edecektir denilmektedir (1994, ICPD paragraf 3.1)

-ICPD'de üreme sağlığı ile ilgili bütün belirtilenler 1995 yılında Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda kabul edilerek tekrar altı çizilmiştir. Sadece yukarıda belirtilenler bile doğurganlık, sağlık ve haklar bağlamında "siyasetin ne yapması gerektiğini çok açık olarak göstermektedir".

2050 yılına kadar Türkiye nüfusu ve olası değişiklikler: Pek çok kuruluşun da konuyu incelediği gibi Türkiye'nin, geçmiş yıllardaki yüksek doğurganlık hızları nedeni ile halen sayısal olarak büyük bir genç nüfusu olması nedeni ile 2050 yılına dek artmaya devam edecek, ancak 2050 yılından sonra 100 milyon civarında durağanlaşacaktır (Hoşgör, 2010; TÜİK, 2012; TNSA, 2008).

#### Yapılan projeksiyonlara göre gelecek yıllarda Türkiye nüfusu:

Yapılan hesaplamalara göre, Türkiye'nin doğurganlık hızlarında yıllara göre düşüşler, sağlık göstergelerinde iyileşmeler meydana gelecektir (Tablo 3). Tabloda dikkat çekmesi gereken husus doğurganlık hızlarındaki düşüşlere, yaş gruplarının oransal olarak değişmesine rağmen, hiçbir yaş grubunda nüfus büyüklüğü sayısal olarak azalmamakta, aksine artmaktadır. Karar vericilerin bu nüansı görmesi, ya da görenlerden öğrenmesi gerekmektedir. Daha bu günden Türkiye nüfusunun "yaşlanıyor" olduğu kaygısının da haklı olamadığı yine tablo 3 incelendiğinde görülmektedir. Şöyle ki, 2000 yılında %5.69 olan 65 yaş ve üzeri yaş grubunun toplam nüfus içindeki payı yıllar içinde artmakta, 2030 yılında %10.8'e 2040 yılında %13.69'a ve 2050 yılında ise %17.32'ye ulaşmaktadır (Tablo 3) (Hoşgör, Tansel, 2010).

BM'in toplam nüfusunun %15'i yaşlı olan ülkeleri "yaşlı nüfus" olarak adlandırdığı göz önünde bulundurulursa, nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye ancak 2040 yılından sonra "yaşlı nüfus" kategorisine girecektir. Yani, gelişmiş ülkelerin günümüzde yaşadığı "nüfus yaşlanıyor" endişesini

Türkiye'nin bugünden yaşayarak, doğurganlığı teşvik edici önlemler almasının bilimsel bir temeli ve gereği yoktur. Diğer taraftan bu yazıda da vurgulandığı gibi, doğurganlığa karar verme ve doğurganlık davranışındaki seçim Türkiye'nin de kabul ederek imzaladığı uluslararası belgelerde de belirtildiği gibi, "kadın ve erkeğin", ancak özellikle de gebelik, doğum ve lohusalık gibi her anında risklerin de yaşanabileceği çok uzun bir süreyi yaşayan kadının bu konuda özgür iradesi ile herhangi bir yönlendirmeye maruz kalmadan karar vermesi, kendisinin temel bir "insan hakkıdır". Bu hakkın teslimi ise devletin anayasal görevi olmak durumundadır.

Türkiye tarihinde doğurganlık davranışı ve hakları bağlamında bir ilk de yine 2012 yılında T.C. Başbakanı'nın çeşitli toplantılarda "Kürtaj Cinayettir" nitelemesi ile yaşanmıştır. Oysa Türkiye'de, yine bu yazı kapsamında açıklandığı gibi isteyerek düşükler, anne ölümlerinin içindeki payının %50'lere kadar çıkması ve anne ölüm nedenlerinin en başında gelen "sağlıksız düşükleri-unsafe abortion" önlemek amacı ile ele alınmış ve nitekim 1983 yılında isteyerek düşüklerin yasallaştırılmasından sonra düşüklerin anne ölümleri içindeki payı %2'lere düşmüştür (Akin, 2000; HNEE, 2006).

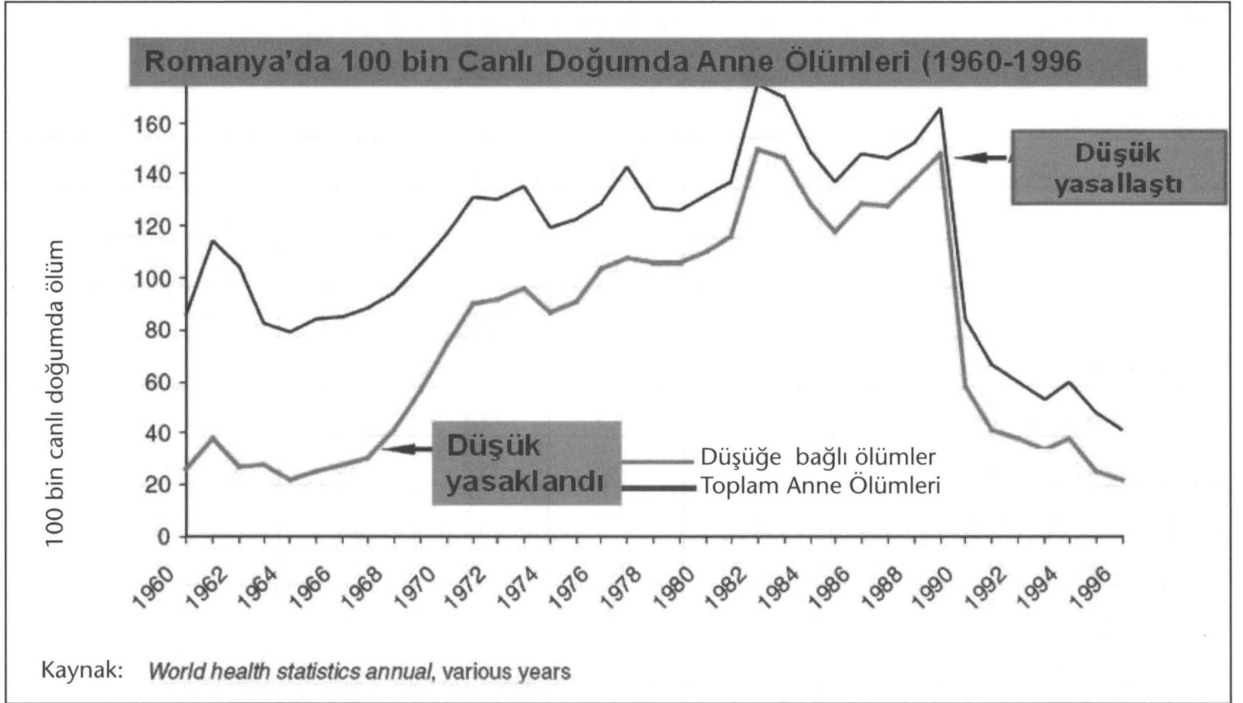
Siyasi kimliği olanların dikkatini çekmesi gereken diğer bir husus da; bazı öngörülerin aksine, yasadan sonra isteyerek düşükler bir miktar artsa da daha sonra giderek azalmış, 2008 TNSA sonuçlarına göre 100 gebelikte 10'a düşmüştür ve bu azalma eğilimi halen devam etmektedir. Bu azalan eğilimde etkili olan Türkiye'nin bütün "Kalkınma Planlarında" da vurguladığı ve özellikle SB'nın Türkiye gerçeklerini zamanında gerçekçi olarak kavraması, insan haklarına özellikle kadın haklarına saygılı olarak toplumun taleplerini vermesi, AP hizmetlerini başarılı olarak vermesinin bir sonucudur (Tablo 1, Şekil 1) (Fişek, 1998; Akin, 2006; HNEE, 2009).

Üst düzey yöneticilerin son aylarda telaffuz ettikleri, Türkiye'de haklı gerekçelerle kadınlara sağlanmış olan istek üzerine isteyerek düşük yapma hakkını geri alma düşünceleri, Türkiye'nin bu güne dek imzalamış olduğu uluslararası kararları hiçe saymanın yanı sıra, büyük çaba ve emeklerle çözümlenmiş olduğu düşüğe bağlı anne ölümlerinin geri gelmesine yol açar ki, nedeni ne olursa olsun böyle bir hakkın hiçbir makamda olmaması

Tablo 3. Yıllara göre nüfus göstergeleri, orta düzey projeksiyon Türkiye 2000, 2050

NÜFUS GÖSTERGELERİ	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>DOĞURGANLIK</b>						
Toplam Doğurganlık	2,53	2,12	2,01	1,95	1,9	1,85
Bürüt Yenileme Hızı	1,23	1,03	0,98	0,95	0,93	0,9
Net Yenilenme Hızı	1,2	1	1	0,9	0,9	0,9
Ortalama İlk Doğum Yaşı	27,63	27,32	27,24	27,23	27,23	27,23
<b>ÖLÜMLÜLÜK</b>						
Erkek Doğuştaki Yaşam Ümidi	67,6	69,3	71,1	72,6	74,1	75,6
Kadın Doğumdaki Yaşam Ümidi	74,2	76,5	78,8	80	80	80
Toplam Doğuştaki Yaşam Ümidi	70,8	70,8	74,9	76,3	77,1	77,8
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	26,9	26,9	14,4	11	9	7,1
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (Binde)	32	32	16	12	10	8
<b>SAĞLIKLA İLGİLİ HIZLAR</b>						
Kaba Doğum Hızı(Binde)	21,6	18,1	15,2	14	12,8	11,7
Kaba Ölüm Hızı(Binde)	6,15	6,16	6,34	7,33	9	10,61
Doğal Artış Hızı(%) (Yüzde)	1,55	1,19	0,98	0,66	0,38	0,11
Yıllık Nüfus Artış Hızı(%) (Yüzde)	1,5	1,2	0,9	0,7	0,4	0,1
Nüfusun İkiye Katlanma Zamanı(Yıl)	45	58	78	105	183	619
<b>YILLIK DOĞUMLAR VE ÖLÜMLER</b>						
Doğumlar	1.467.026	1.401.043	1.309.374	1.294.360		1.170.936
Ölümler	416.934	477.382	544.608	680.150		1.059.113
<b>NÜFUS</b>						
Toplam Nüfus	67.803.930	77.473.668	85.863.220	92.740.165		99.794.141
Erkek Nüfus	34.346.737	39.012.610	42.978.164	46.112.418		49.405.297
Kadın Nüfus	33.457.193	33.547.193	42.885.056	46.627.747		50.388.844
0-4 Yaş Nüfus Oranı	9,71	8,91	7,62	6,89	6,39	5,89
5-14 Yaş Nüfus Oranı	20,12	17,25	15,84	13,92	13,03	12,29
15-49 Yaş Nüfus Oranı	54,73	55,26	53,69	50,81	47,23	45,71
15-64 Yaş Nüfus Oranı	64,47	67,53	68,61	68,32	66,89	64,5
65 + Yaş Nüfus Oranı	5,69	6,3	7,93	10,88	13,69	17,32
15-49 Yaş Kadın Nüfus Oranı	54,42	54,59	52,81	49,77	46,25	44,84
Cinsiyet Oranı	102,66	101,43	100,22	98,89	98,13	98,05
Medyan Yaş (Ortanca Yaş)	25	28	32	35	38	40

Kaynak 2000 DİE Nüfus Sayımı, 2010- 2050 Hoşgör 2010, Orta Düzey Nüfus Projeksiyonu, Hoşgör, Tansel, 2010



**Şekil 3. Romanya'da Yasal Durumun Toplam Anne Ölümleri ve Düşüğe Bağlı Anne Ölümlerine Olan Etkisi**

gerekir. Böyle bir girişime başta Türkiye'deki bütün kadınlar, bilim insanları, kadın konusunun savunucularının karşı çıkacağı ve izin vermeyeceği ve bunu başaracakları da hatırlanması gereken diğer bir husustur.

Belki politikacılara örnek olması ve ders alınması gereken Romanya örneği verilebilir. Şöyle ki, şekil-3'de de görüleceği üzere, 1966 yılında Romanya'da düşüğü yasaklayan bir yasa kabul edilmiştir. Bunu izleyen yıllarda anne ölümleri çok artmış ve yapılan analizlerde bu artışın kadınların "sağlıksız yöntemlerle" yaptıkları düşüklere bağlı olduğu gösterilmiştir. Romanya örneği, "tarihin tekerrür etmemesi için" ders alınması gerektiğini gösteren son derece öğretici bir sonuçtur. Sözü edilen etkiyi fark eden sağduyulu politikacılar 1989'da yasayı eski şekline döndürmüş ve anne ölümlerinde hemen dramatik bir düşüş yaşanmıştır. Ne var ki 1966-1989 yılları arasındaki 23 yıl binlerce anne yanlış bir politika değişikliği sonucu kaybedilmiştir (Warriner, 2006).

Özetle, üreme sağlığına "Evet" diyor isek bu evet bütünün bir parçası olan AP uygulamalarını da içerir çünkü bütün bu uygulamalar insanların doğuştan sahip oldukları insan haklarından

olan "sağlık haklarıdır". Diğer bir husus ise kaç çocuğa sahip olunacağı kararı, bireylerin, ailelerin verecekleri bir karardır burada etkili olabilecek faktörler, kadının sağlık durumu, ailenin ekonomik gücünün doğan her çocuğa yeterli eğitim beslenme ve diğer olanakların sağlanıp sağlanamayacağı olmalıdır. Doğurganlıkla ilgili sayı vermek, sağlık konusunda diploması olan "hekimlerin ya da ebelerin ve 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 gereksinim yoktur ve yapılması bilimsel olarak yanlıştır. Çünkü 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 (BM, 2006; BM, 1994; BM, 1995; Akın, 2006; Hoşgör, 2010). Yani Türkiye nüfusu, doğurganlık teşvik edilmeden de gelecek en az 20 yıl artmaya devam edecektir (Tablo 3).

## 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. Sadece, devlet olmanın gereğini yaparak, anayasal görevini yerine getirmişve toplum, doğurganlığı ile ilgili ne arzu ediyorsa, bunu bilinçli seçim yaparak gerçekleştirebilmesi için hizmet vermiştir. Nasıl geçmişte Çin Halk Cumhuriyeti'nin tek çocuk politikası, batı ülkeleri tarafından "baskıcı, insan haklarına aykırı" bulundu ise, ailelere, bireylere doğurganlıkları ile ilgili bir şeylerin üstelik de haklı gerekçeleri olmaksızın "dayatılması" aynı ölçülerde yanlışve haklar bağlamında kabul edilemezdir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının kadın sağlığı bağlamında yapacağı öneriler kuşkusuz burada sözü edilen durumun dışında mütalaa edilmelidir. Türkiye'de kadın sağlığında en fazla özen gösterilmesi gereken konu, kadının eşit 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, geleneksel rolüne geri gitmesinin yollarını kapamak olmalıdır. Türkiye'de "AP konusu" politik amaçla asla kullanılmamalıdır. Aksi takdirde, bu tür yaklaşımlar bu günün ve yarının kadın, anne, çocuk, aile ve toplumun sağlığına zarar verecektir. Sonuç olarak, Türkiye'de doğurganlığın düzenlenmesi /AP konusunda atılmışolumlu adımlar, isteğe bağlı gebelik sonlandırma dahil, sahip olunan haklar bağlamında daha da güçlendirilerek sürdürülmelidir.

## KAYNAKLAR

- Akın, A. (2001)** *Implementing the ICPD Programme of Action: The Turkish Experience in Sexual and Reproductive Health; Recent Advances, Future Directions.* in P.P Chander and F. A. Paul Van Look. (Eds.), Vol II. New Age International (p) Limited, Publishers.
- Akın, A. (1987)** *Türkiye'de anne ölümleri. Toplum ve Hekim Mecmuası*, 42: 5-15.
- Akın, A., Guçiz-Dogan, B., Mihçioğur, S. (2000)** *Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. (ÇoğaltılmışRapor).
- Akın, A., Sevincan, F. (2006)** *Türkiye'de kadın sağlığı düzeyi ve aile Planlaması uygulamalarının durumu. Türkiye Klinikleri, Cerrahi Bilimleri, Jinekoloji Obstetrik*, 13(2):1-14.
- Akın, A. (2007)** *Emergence of the Family Planning Program in Turkey, The Global Family Planning Revolution, Three Decades of Population Policies and Programs in W. C. Robinson and J. A. Ross (Eds.), The World Bank, Washington DC: 85-102.*

**Akın, A., Bahar-Özvarış, Ş. (2006)** *Kadın Sağlığı, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması. içinde: Ç. Güler, L. Akın (Eds.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara: 188-314.*

**Akın, A., ve ark. (2008)** *Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara: Afşaroğlu Matbaası.*

**Akın, A. (2010)** *From research to practice: Use of non-physicians in family planning services in Turkey. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 50(4): 445-462.

**Altıok, E. (1978)** *The Development of a Population Policy and Its Implementation in "Population Policy Formation in Turkey. Ned Levine and Sunday Uner Hacettepe University Publications, D-24, Ankara: Ayyıldız Matbaası.*

**Birleşmiş Milletler (BM). (1994)** *Nüfus ve Kalkınma, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında Kabul Edilen Eylem Planı. Kahire, 5-13 Eylül 1994, Birleşmiş Milletler, Ankara.*

**Fişek, H.N. (1998)** *Türkiye'de Doğurganlık, Çocuk Düşürme ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Arasındaki İlişkiler. İçinde: R. Dirican (Derleyen), Prof. Dr. Nusret Fişek'in KitaplaşmamışYazıları-II içinde- Ana Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara: 195-203.*

**Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. (2009)** *Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Basımevi, Ankara.*

**Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2006)** *Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005. Ankara. Yayın no: NEE-HÜ.06.02*

**Hoşgör, Ş., Tansel, A. (2010)** *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar (2000-2050) TÜSIAD ve UNFPA yayını, İstanbul*

**Metiner, T. (1969)** *Turkey: Answering The Demands of The People: Population' Challenging World Crisis, Ed. By. Bernard Berelson \Voice of America Forum Lectures, pp. 100-110.*

**Özbay, F. (1975)** *Türkiye'de 1963, 1968 ve 1973 Yıllarında Aile Planlaması Uygulamalarında ve Doğurganlıktaki Değişmeler: Second Conference on Turkish Demography, Çeşme-Izmir 1975. Hacettepe Institute of Population Studies, 2001, Ankara, Publication number: HIPS-HU-01-01, pp. 85-101.*

**Özbay, F., Shorter, F.C. (1970)** *Turkey: Changes in birth control practices, 1963 to 1968. Studies in Family Planning, March. 1(51):1-7.*

**Türkiye İstatistik Kurumu.** (2012) Türkiye İstatistik Yıllığı 2011. TÜİK Yayın No 3665 ISSN 0082-691X Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr> ve ya <http://www.turkstat.gov.tr>. Erişim tarihi: Ağustos 2012.

**Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi (CEDAW),** Rana Mullen UNICEF, Turkey yayını, 2004, Ankara.

**United Nations.** (1996) The Beijing Declaration and The Platform for Action" Fourth World Conference on Women, Beijing, China 4-15 September 1995. United Nations, Department of Public Information UN, New York.

**Toros, A. (ed).** (1993) Türkiye'de Nüfus Konuları - Politika Öncelikleri. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Ankara.

**Nüfus Planlaması Hakkında Kanun** No.557, Resmi Gazete, 10 Nisan 1965

**WHO.** (1977) 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. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun; 27 Mayıs 1983 Tarihinde 18059 Sayılı Resmi Gazetede Yayımlanmıştır. Ankara 1983.

[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr). erişim tarihi: Eylül 2012

**Warriner, I.K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J, My Huong, N.T., Vy, N.D., Seuc, A.H.** (2006) Rates of complication in first-trimester manual vacuum abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. Lancet, 368(9551):1965-1972.