

DOSYA/DERLEME**TÜRKİYE'DE SAĞLIK VE NÜFUS SİYASETLERİNİN RASYONELLERİ**

Güven BAKIREZER*

Bu yazıda Türkiye'de birbiriyle ilişkili olan sağlık ve nüfus siyaset ve uygulamalarının ardındaki rasyoneller tespit edilmeye ve değerlendirilmeye çalışılacaktır. Daha spesifik olarak da halk sağlığı ve doğum kontrolü üzerinde durulacaktır. Türkiye'de sağlık siyaseti üç alt dönemde ele alınabilir: Otoriter erken cumhuriyet dönemi (1923-1945), sosyal refah devleti dönemi (1946-1980), yeni-sağ dönem (1980'den günümüze). Nüfus siyaseti ise iki alt döneme ayrılabilir: Nüfus artışını teşvik dönemi (1923-1965), nüfus ve aile planlaması dönemi (1965'ten günümüze). Dönemlendirme farklılıklarına rağmen sağlık ve nüfus siyasetleri arasında paralellik olduğu görülecektir. Buna karşın, yazının planı sağlık ve nüfus siyaset ve uygulamalarını ayrı bölümlerde seçmeci bir döküm halinde ele almak şeklindedir. Giriş mahiyetinde sağlık ve nüfus siyasetleri ilişkisi tarihi süreç içinde verilecek, sonuç mahiyetindeki bölümde de Türkiye'de sağlık ve nüfus siyasetlerinin rasyonelleri değerlendirilecektir.

Sağlık ve Nüfus Siyaseti

Modern devlet, geleneksel devlete kıyasla, hem toplumu çok daha fazla yönlendirir hem de toplumdan gelen taleplere daha duyarlıdır. Yönlendirme her şeyden önce nüfusun coğrafi dağılımı, yeniden üretimi ve üretkenlik kapasitesi üzerindedir, ikinci olarak da askeri/siyasi mobilizasyonu içindir. Nüfusun gerek kentsel sanayi merkezlerinde yoğunlaşması gerek ulusal ordular halinde toplanması, siyasallaşmayı kolaylaştırır ve devleti meşruiyet sorunuyla yüz yüze bırakır. Nüfusun üretken kapasitesinin geliştirilmesi ile rızanın kazanılmasının

kesiştiği bir alan sağlık ve özellikle de koruyucu niteliği olan halk sağlığıdır. Tarihte, salgın ve bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, bütün bir cemiyetin tehdit altında kaldığı durumlarda idari önlemler alınmış ise de, modern döneme değin hastalık ve sağlık kural olarak kişilerin kendi sorunu görülmüştü. Sağlığın toplumsal bir sorun olarak görülmesi ve sistemli sağlık politikalarının benimsenmesi sanayi ve kentlerin geliştiği modern döneme özgü bir hadisedir.

19. yüzyılda Avrupa'da gelişen halk sağlığı sanayileşme ve kentleşme süreçlerinin getirdiği "sosyal sorun"a, yani yoksulluk ve beslenme yetersizliği, fabrikalardaki ağır çalışma koşulları, çalışma ve yaşama mahallerinin pisliği, toplu çalışma ve yaşamanın bulaşıcı hastalıkların yayılışını kolaylaştırması gibi sorunlara bir yanıtıdır. Yüzyılın büyük bölümünde sorunların kaynağı çevre pisliği (çöp, kanalizasyon) olarak görülmüş, halk sağlığı hekim olmayanların da içinde yer aldığı ağırlıkla çevre sağlığı mühendisliği uygulamaları ile yürümüştür. Mikrobiyoloji alanındaki devrim ile yüzyılın son çeyreğinde halk sağlığı hekimlerin işin başında olduğu ve ağırlıkla bulaşıcı hastalıklarla mücadeleyle odaklanmaya başlamıştır. Aslında hastalığın sosyal kökenleri, yani yoksulluk ve yoksul kesimlerin mücadeleleri alttan alta süren bir sorun olarak hep varolmuşsa da, teknik ilerlemeler kısmi bir refah getirmede oldukça başarılı olmuştur (Demirhindi, 1988:163-170; Soyer, 2003a). Bu refah ulusal sınırların ötesine hızla yayılmıştır; ticaret ve taşımacılığın gelişmesi salgın hastalıkları uluslararası bir sorun haline getirdiğinden gelişen tıbbi bilginin paylaşımı ve ortak mücadele için işbirliği yönünde adımlar atılmıştır (Demirhindi, 1988: 166-168). Mikrobiyolojinin gelişiminin bulaşıcı hastalıkların kolaylıkla yayıldığı askeri birliklerin savaşma kapasitesi üzerinde de olumlu etkisi büyüktür.

* Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü

20. yüzyılın ilk yarısında halk sağlığında ve mikrobiyolojideki gelişmelere paralel olarak ölümler ve özellikle de bebek ve çocuk ölümleri hızla azalmış, ortalama yaşam süresi uzamıştır. Bulaşıcı hastalıkların çoğu dönem sonunda gelişmiş ülkelerde tarihe karışmıştır. Aslında kitlelerin ölümün kontrolüne olan talepleri kadar doğumun kontrolüne de talepleri vardı ve bu yüzyıllardır kullanılan gebeliği önleyici ve gebelikten kurtulucu yöntemleri kullanışından da belliydi. Doğum kontrol bilgisi, geri çekilme, prezervatif kullanma, mekanik yollardan düşük yapma 19. yüzyılda mevcuttu. 1844'te kauçuğun kullanılmaya başlaması ile prezervatif daha yaygın kabul gördü. Bununla birlikte devam eden teknik ilerlemeler kullanıma giremedi. Rahim içi araçların tasarlanması 20. yüzyılın ilk on yıllarında oldu, ama üretim sınırlı kaldı. Hormonal yoldan erken gebeliği taklit suretiyle gebeliği önleme bilgisi 1920'lerde gelişti ama doğum kontrol haplarının piyasaya çıkması 1950'lerin sonunu bekledi. Gebelikten korunma yöntemlerinin geliştirilmesi ve kullanıma girmesinin, örneğin bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin neden gerisinde kaldığı merak uyandırıcı bir sorudur. SSCB dışında Avrupa devletleri doğum kontrol yöntemlerini kabul etmemişlerdir. Doğum kontrolü bilgisi veren yayınlar ve araştırmalar üzerindeki baskı, öfke, yasak ve engellemelere dair örneklerde görüldüğü üzere, cinsel muhafazakarlığın bunda mutlaka rolü vardır (Ortaylı, 1989: 52-58).¹ Buna rağmen asıl sebebi askeri-siyasi koşullarda aramak daha isabetli olsa gerekir. Bu dönemdeki savaşlarda tarihte görülmemiş ölçülerde, milyonlarca ifade edilecek kadar, insan kaybı olmuştu. Erkek nüfus yıllarca gücünü cephelerde harcamış ve üretimdeki yerlerini çoklukla kadınlar almak zorunda kalmıştı. Bir yandan maddi kayıplar bir yandan savaş atmosferi nüfusun artırılması yönünde ulusal siyasetleri etkilemiştir.

20. yüzyılın büyük bir toplumsal dönüşüm dönemi olan ikinci yarısı hemen tüm dünyada sağlık ve nüfus siyasetlerini de değiştirmiştir. Piyasanın kendi kendini düzenleme kapasitesine olan inanç 1929 büyük ekonomik buhranı ile sarsılmıştı. Servetin eşitsiz dağılımının eksik tüketim krizine yol açtığı görüşü ve henüz 1930'larda deneysel olarak başlayan daha dengeli refah dağılımı yönündeki uygulamalar II. Dünya Savaşı sonrasında sosyal refah devletinin yolunu açtı. Bu yönde önemli bir baskı da yüzyılın ilk yarısında şiddetlenen sınıf mücadelelerinin ve Sovyetler Birliği'nde eşitlikçi bir sosyoekonomik sistemin kuruluşunun kapitalist dünyada devletleri siyasi meşruiyet krizine sokmasıydı. Sosyal devlete geçişin sağlık alanındaki uzantılarından biri 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluşudur. Örgüt, sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali" olarak, oldukça geniş biçimde tanımladı. Savaş sonrasında askeri barış ve ekonomik ilerleme ortamı nüfusun nicel önemini azaltırken nitel önemini artırmıştı. Hatta giderek nicel büyüme nitel yatırım önünde engel olarak görülmeye başlanmıştı. Tüm dünyadaki ekonomik büyüme kadınları kitlesel ölçekte çalışma hayatına çekerken kadının konumu ve ailenin yapısı da değişmeye başladı. Nüfus planlaması ve doğum kontrolü inanılmaz bir hızla toplumsal dönüşümün bileşenleri haline böylece

gelmiştir. 1948'de Japonya nüfus planlamasını başlattı ve kürtajı serbest bıraktı ve ailelerden iki-üç çocuktan fazlasına sahip olmamalarını istedi; 1950'lerde Hindistan nüfus planlamasına geçti; 1960'lardan itibaren az gelişmiş ülkelerin pek çoğu nüfus artışını sorun göreyerek nüfus artış hızını azaltma veya anne-çocuk sağlığı düzeyini yükseltme gerekçeleriyle aile planlamasına geçtiler (Fişek, 1983: 87). 1966'da Birleşmiş Milletler, aile büyüklüğüne her ailenin özgürce karar verebilmesini önerdi. 1968'de Tahran'daki İnsan Hakları Konferansı'nda "her çiftin istediği sayı ve aralıkla çocuk sahibi olmak ve doğum kontrolü hakkında yeterli bilgi ve eğitimi almak hakkıdır" denildi. Sonraki yıllarda da doğum kontrolünün temel bir hak olarak gerçekleşmesi üzerinde hükümetlerin sorumluluğu kabul edildi (Ortaylı; 1989: 58, 62). Doğum kontrolü önündeki kısıtlamalar ABD'de 1965'te kaldırıldı. Kürtaj hakkı İngiltere'de 1967'de, ABD'de 1973'te, Fransa'da 1975'te, İtalya'da 1978'te kabul edildi. Yönelim değişikliği üzerinde 1960 ve 70'lerde yükselen feminist dalganın doğum kontrol ve kürtaj haklarını "kadının bedenini denetleme hakkının dokunulmazlığı ve basit demografik kaygılara alet edilmemesi gerektiği" temelinde savunmasının da önemli rolü olmuştur (Michel, 1984: 134-157).²

Türkiye'de Sağlık Siyaseti

a) Osmanlı Mirası

19. yüzyıl öncesi Osmanlı Devleti'nde daha çok saraya ve orduya yönelik olarak devlet eliyle yürütülen sağlık hizmetlerinin örgütleyicisi reisü'l-etibba (hekimbaşı) kurumuydu. Teba, parası varsa özel hekimlerden, yoksa hayır maksatlı kurulmuş hastane ve şifa evlerinden hizmet alabilirdi, tabii ancak büyük kentlerde. Yine buralarda, içme suları, gıda kontrolü, kanalizasyon ve ölü defni gibi koruyucu bazı hizmetlerden de yararlanırdı (Akdur, 1999: 392). 19. yüzyılda modernleşme sürecine giren Osmanlı Devleti'nde özellikle yüzyılın ikinci yarısından sonra askeri ve ekonomik nedenlerle nüfusun niceliği ve verimliliği önem kazanmıştır. Özel olarak, ticaret ve ulaşımın ilerlemesi ile kentsel alanlarda yayılan salgınlara karşı, kısmen de askeri savaş koşullarında salgın ve bulaşıcı hastalıkların yol açtığı asker kayıp ve verimsizliğine karşı halk sağlığı hizmetleri verilmeye ve geliştirilmeye başlanmıştır. Mikrobiyoloji alanında Avrupa'daki gelişmeler sağlık hizmetlerini gerekli ve mümkün kılmıştı. İlave olarak sosyal yardım uygulamaları da artırılmıştır. Tebadan yurttaşlığa geçilirken halk sağlığı ve sosyal yardım politikaları aracılığıyla devletin siyasi meşruiyet kazanmaya çalıştığı görülür (Özbek, 2002).

Etkin sağlık hizmeti sunulduğu söylenemese de, sağlık teşkilat ve mevzuatı sistemli bir siyasete geçişin göstergesiydi. 1861 yılında yayınlanan "Memalik-i Mahrusa-i Şahane'de Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname" ile imparatorluk dahilinde Mekteb-i Tibbiye'den veya yabancı tıp okullarından diploması olmayanların hekimlik yapamayacağı hükmü getirilmişti. 1869'da belediyelere hekim, eczacı, aşı ve ebe gibi sağlık personeli tayin etmek, yabancı ülkelerde sağlık eğitimi görmüş olanlara imparatorlukta çalışma izni vermek üzere

Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye kurulmuştu. 1871'de yayınlanan "İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi", asıl olarak koruyucu sağlık hizmeti vermek üzere, taşradaki il ve ilçelere memleket tabibi göndermeyi ve belediye eczaneleri açılmasını düzenlemiştir. Memleket tabipleri, belediye tarafından belirlenecek yerlerde haftada iki gün parasız muayene yapacaklar, bulaşıcı ve salgın hastalıkları hükümete bildirecek, gerekli tedbirleri alacaklardı. İstanbul'da ve diğer vilayetlerde Belediye Eczahanesi adıyla birer eczane açılacak, eczaneler diplomalı eczacıların yönetiminde ve mahalli hükümet tabiplerinin denetiminde bulunacak, hekim tarafından onaylanan yoksul hastaların reçeteleri de parasız yapılacaktır. 1876'daki "Belediye Eczahaneleri İdaresi Nizamnamesi"nde de aynı hükümler tekrarlanmıştır. 1881'de imparatorluğun sağlık durumu üzerine araştırmalar yapmak, alınması gerekli tedbirleri bildirmek, herhangi bir yörede çıkan bulaşıcı ve salgın hastalıklar hakkında hükümete tedbirler önermek, şehir ve kasabalarda satılan yiyecek, içecek, ve ilaçlardan dolayı halk arasında çıkabilecek ihtilafları halletmek gibi görevlerle Meclis-i Sıhhiye-i Umumiye kurulmuştur. Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye ise 1906'da Meclis-i Maarif-i Tıbbi, İl. Meşrutiyet'in ilanından sonra ise Meclis-i Umur-ı Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye adlarını almıştır. 1913'te kabul edilen "Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi Teşkilatına Dair Kanun-ı Muvakkat" ile cemiyet lağvedilerek yerini Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi almış, 1914'te sağlık hizmetleri yeni oluşturulan Dahiliye ve Sıhhiye Nezareti altında toplanırken Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi de [Karantina İdaresi ve kolera salgınlarına karşı kurulan Hicaz Sıhhiye İdaresi ile birlikte] nezaret altına girmiş, Müdüriyet vilayet sağlık müdürlükleri ve kaza hükümet tabiplikleri kurmuştur. Salgın hastalıklarla mücadele ilk kez 1914'te "Emraz-ı Sariye ve İstilaie Nizamnamesi" ile (1930 Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na kadar yürürlükte kalarak) devletin görevleri arasına girmiştir (Yıldırım, 1985: 1320-1322; Aydın, 2002: 13-23, 102-109).

19. yüzyılda koruyucu sağlık uygulamalarının başında karantina gelmiş, 1830'lardan itibaren İstanbul ve taşrada bir çok tahaffuzhaneler (karantina evleri) kurulmuştur. Salgın ve bulaşıcı hastalıkların görüldüğü yerlerdeki eşyayı ve giysileri dezenfekte etmek üzere 1890'lardan itibaren İstanbul ve taşrada tebhirhaneler açılmış, I. Dünya Savaşı'nda askeri giysi ve eşyalar fırın ve tandırlarda dezenfekte edilmiştir. 1890'lardan itibaren İstanbul'da ve taşrada özellikle kolera ve kuduza karşı bakteriyoloji laboratuvarları kurularak araştırma ve muayeneler yapılmış, aşı ve serum hazırlanarak ihtiyaç duyulan yerlere gönderilmiştir. Çiçek aşısı üretmek için 1890'lardan itibaren İstanbul ve başka bazı yerlerde telkihaneler açılmıştır. Orduda görülen tifüs, tifo, dizanteri salgınları büyük kayıplara yol açabildiğinden (ve de açtığından) dezenfeksiyon önlemlerine ve aşı yapımına özel bir önem vermek gerekiyordu (Yıldırım, 1985: 1322-1338)

b) Erken Cumhuriyet Dönemi Sağlık Siyaseti

Cumhuriyet dönemine geçerken sağlık siyasetinin en

önemli sorunları devralınan yetersiz sağlık örgütlenmesi, mevzuatı ve sağlık personeliydi. TBMM mayıs 1920'de 3 sayılı kanun ile Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'ni kurarak Osmanlı son döneminde dahiliye işleri ile birlikte aynı bakanlık altında yürütülen sağlık işlerini ayrı bir bakanlık altına almıştır. Sağlık siyasetinin temellerini özellikle üç kanun oluşturmuştur: 1928'de 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" sağlık hizmeti veren hekim, dişçi, ebe, hastabakıcı, sünnetçi gibi tüm çalışanların statülerini, hak, yetki ve görevlerini belirlemiş, tüm sağlık mesleklerini Sıhhiye Vekaleti altında toplamıştır. Sağlık hizmetlerinin anayasası niteliğinde –ve bugün de yürürlükte– olan 1930 tarih ve 1593 sayılı "Umumi Hıfzısıhha Kanunu" halk sağlığını ön plana alarak bulaşıcı hastalıklarla savaş, aşı zorunluluğu, yiyecek ve içecek maddelerinin kontrolü, umumi kadınların kontrolü, işyerleri şartlarının kontrolü, işçi, çocuk ve gebe kadınların çalıştırılma şartları, anne ve çocuk sağlığı, ölü defni vb. işleri düzenlenmiştir. 1936 yılında 3017 sayılı "Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti Teşkilat ve Memurun Kanunu" ile Vekalet'in merkez ve taşra örgütünün ve sağlık personelinin görevleri belirlenmiştir (Bu kanun 1983'te bir kararname ile kaldırılmıştır.)

Erken Cumhuriyet döneminin sağlık siyasetinin ve örgütlenmesinin temel özelliği tedavi hizmetlerinden çok, koruyucu hizmetler/halk sağlığı hizmetlerine önem verilmesidir. Dönemin en uzun süreli sağlık bakanı Refik Saydam'ın (1935'te Hıfzısıhha Okulu'nun açılışında) deyişi ile "Tabip, hastalıkların bertaraf edilmesinde oynadığı rolden ziyade sıhhatte olanların bu hallerini muhafaza etmesi için emek sarfedecektir." (Erginöz, 1988: 180). 1928'de Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti'ne bağlı olarak Merkez Hıfzısıhha Müessesesi kurulmuştur. Kurumun amacı halk sağlığının korunması için araştırma ve inceleme yapmak, aşı ve serum üretmek, dışardan gelen ilaç ve diğer sağlık maddelerini kontrol etmek, sağlık personelinin halk sağlığı konusunda eğitmektir (Özpekcan, 2002: 209-210). 1913'te başlayıp cumhuriyet ile de benimsenen "hükümet tabipliği" uygulaması 1930'larda Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile nahiyelere kadar yayılmış; aynı kanunda adı geçen ve iş tanımı 1934'te çıkarılan bir talimatname ile belirtilen "seyyar tabiplik" kurumu ile ayda 20 gün at sırtında ziyaret ve ayakta ücretsiz muayene ve ilaç dağıtarak köylere ulaşmak istenmişti. 1924 yılından itibaren, 150 ilçe merkezinde olmak üzere taşraya 5-10 yataklı "muayene ve tedavi evleri" (dispanser) götürülmüş; hasta muayeneleri ücretsiz yapılırken yoksul hastalara da ilaç parasız verilmiştir. 1950'de sayıları 300 civarına ulaşmıştı ve bu tarihten sonra yenilerinin açılmasına son verildi (Aydın, 2002: 21-22, 36-41). Daha çok koruyucu hizmetlere yönelindiğinden hastane sayısını artırmak pek hedeflenmemiştir (Özpekcan, 2002: 225). Maaşlar ise koruyucu hizmetlerde çalışanlar için tedavi edici hizmetlerde çalışanlara göre daha yüksek tutulmuştur; ama Saydam'dan sonraki dönemlerde bu maaş politikasından vazgeçilecektir (Erginöz, 1988: 181).

Eczane ve özel hastanelerin işletme koşulları da halk sağlığı politikalarının amaçları ile uyumlu düzenlenmiştir.

1927 yılında çıkarılan "Eczaneler ve Eczacılar Hakkında Kanun" ile eczacılık uygulamalarının çağdaşlaştırılması, devlet kontrolü altına alınması ve eczanelerin ülke içinde eşit dağılımı hedeflenmişti. Kanunda nüfusu on binden az olan yerlerde bir eczane ve fazlakı her on bin nüfus için yine bir eczane açılmasına izin verileceği, nüfusu on binden az olan yerlerde gerek olduğunda Vekalet'in izniyle ikinci bir eczaneye izin verilebileceği belirtilmişti. 1933 yılında "Hususi Hastaneler Kanunu" çıkarılırken özel hastanelerin hıfzısıhha kurallarına uygun olması, hastalara karşı taşıyacağı yükümlülüklerin belirlenmesi ve genel olarak üzerlerinde devlet denetiminin sağlanması tasarıda gerekçe olarak gösterilmişti. Kanunun üçüncü bölümünde hastalardan alınacak ücretlerin vekaletçe belirleneceği ve yüksek olamayacağı, ruhsatta belirtilen sayıda yatağın her zaman parasız ve özenli hizmet vermek üzere ayrılmış olacağı, resmi kurumlarca para ile tedaviye gönderilen hastaların kabul ve tedavi edileceği, yoksul hastalara ve acil gelenlere uygulanacak işlemler belirtilmekteydi (Özpekcan, 2002: 200-202, 230-232).

Sağlık personeli açığı hem ülke genelinde hem de özellikle geri bölgelerde mevcuttu. Cumhuriyet'e geçerken yegane hekim yetiştiren kurum olarak Darülfünun Tıp Fakültesi vardı ve Cumhuriyet'in ilk on yılında toplam 966 kişi mezun olmuştu. 1945 yılında Ankara'da ikinci tıp fakültesi açılmış, sonraki yıllarda bunların sayıları artmıştır. Bundan başka, 1924 yılında hekim yetiştirmek için, öğrenim ve geçim masrafları devlete ait olmak üzere İstanbul'da 200 kişilik Leyli (Yatılı) Tıp Talebe Yurdu açılmıştır. Sağlık memuru yetiştirmek için İstanbul ve Sivas'ta, ikincisi 50 kişilik yatılı kapasiteli, birer Küçük Sıhhiye Memuru Okulu açılmıştır. İki yıllık zorunlu hizmetlerini kendilerine verilen binek hayvanları ve yem bedeli ile köyleri dolaşarak yaparlar; salgın hastalıkları belirleme, halkı aydınlatma, ilaç dağıtımı ve aşı uygulama gibi görevleri yerine getirirlerdi. Bu iki okuldan 1932 yılına kadar 305 kişi mezun olmuştu. 1925 yılında ilk kez açılan Hemşire Okulu'ndan iki yıllık öğrenimle ve zorunlu hizmet yükümlülüğü ile 1932'ye kadar 118 kişi mezun olmuştu (Özpekcan, 2002: 238-240). 1923'te 554 hekim, 560 sıhhiye memuru, 136 ebe vardı, yaklaşık 20 bin kişiye bir hekim düşüyordu; 1927 nüfus sayımına göre hekim ve sağlık memuru sayısı bir kattan fazla artarak toplam 2802'ye çıkmıştı; 1933'te rakamlar biraz artmıştı (Özpekcan, 2002: 168, 183, 225). Sağlık memuru, hemşire, ebe gibi yardımcı sağlık personelinin yetiştirilmesine ise gereken önemin verildiği söylenemez (Erginöz, 1988: 181).

Kasım 1923'te çıkarılan "Etibbanın Hizmet-i Mecburiyesi Hakkında Kanun" ile Tıp Fakültesi'nden mezun olacak sivil hekimlerin mesleklerini icra etmeyi tercih etmedikleri bölgelere ve özellikle Doğu Anadolu bölgesine gönderilmeleri hedeflenmiştir. Kanuna göre Tıp Fakültesi'nden mezun olup stajını tamamlayan hekimler kura ile belirlenecek yerlerde iki yıl zorunlu hizmetle yükümlü olacak, hükümetçe belirlenen yerlerde üç yıl hizmet etmeyi üstlenecek olanlar öğrenimlerini parasız ve yatılı sürdüreceklere, Vekalet hekimlere maaş ve

olağanüstü ödeneklerinin yarısından az, bir katından fazla olmamak üzere zam verebilecek, görevden kaçınan hekimler beş yıl mesleklerini yapamayacaklardı (Özpekcan, 2002: 175-178). Aralık 1924'te çıkarılan ek bir kanunla baytar, diş hekimi ve eczacılar da zorunlu hizmete dair kanun kapsamına alınmışlardır (Özpekcan, 2002: 180-182). Henüz Milli Mücadele sırasında frengi kanunu çıkarılırken kadın hekim yokluğu sorun oluşturmuş, hanımların muayeneleri konusunda uzun tartışmalar çıkmış, kimi mebuslar evlenmemiş hanımların ve hasta olmayanların kültürel gerekçelerle muayeneden muaf tutulması gerektiğini savunmuş, nihayet ilgili maddenin yeniden düzenlenmesi için Şer'iyeye, Adliye ve Sıhhiye komisyonlarından ortak bir komisyona görev verilirken bir an önce hanımları muayene edecek kadın hekim yetiştirme zorunluluğu dile getirilmişti (Özpekcan, 2001: 128). Eylül 1922'den itibaren kadın hekimler tıp eğitimi görmeye başlamışlardır (Özpekcan, 2002: 237). Kadınların hekimlik mesleğine girişini teşvik etmek üzere, 1928'de "Türk Kadın Doktorlarının On Sene Müddetle Hizmet-i Mecbureden Muafiyetleri Hakkında Kanun" çıkarılmıştır (Özpekcan, 2002: 211-212). 1932'de tıp öğrenimine rağbetin artmadığı ve artırmak gerekçesiyle zorunlu hizmetin kaldırılmasına dair kanun çıkmıştır (Yatılı Tıp Öğrenci Yurdu mezunları için de azaltılmıştır) (Özpekcan, 2002: 229-230).

c) Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Bulaşıcı hastalıklar, Osmanlı döneminde olduğu gibi, Erken Cumhuriyet döneminde de en önemli sağlık sorunu ve mücadele alanıydı. Bulaşıcı hastalıkların başında sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz geliyordu. 1924 yılı Meclis görüşmelerinde kesin sayı bilinmemekle beraber halkın yarısının sıtmalı olduğu telaffuz ediliyor; sağlık bakanı, hastalara yılda 50 ton kinin gerekli iken, 1923 yılında sadece 1381 kg dağıtıldığını duyuruyordu. 1924 yılı Meclis açılışında yaptığı konuşmada Mustafa Kemal genel sağlık hizmetlerinin o güne dek uğradığı ihmali ve çalışanların zindeliğini sağlayacak tedbirlerin başında sıtma mücadelesini vurgulamış; Ali Fethi Okyar hükümeti de özellikle sıtma ile mücadelenin en esaslı ilke olduğunu ve hatta bataklikların kurutulması masrafları için gerekirse dış borçlanmaya gidileceğini ilan etmişti. Takip eden yıllarda (ve 30'ların başlarında) parasız kinin dağıtımı sürmüştü, bataklikların kurutulmasına hız verilmiştir. Bulaşıcı hastalıklardan trahomla savaşta da 1920'lerin ikinci yarısında (ve 30'ların başlarında) ilerleme kaydedilmişti. Veremle savaş ise 1920'lerde beklenir düzeyde olmamış, 30'ların başlarında da büyük paralar gerektirdiği gerekçesiyle yetersiz kalmıştır. 1933 yılında 26 yerde kuduz tedavi merkezi açılmış, 1936'dan sonra bu hastalıktan ölümler azalmaya başlamıştır (Özpekcan, 2002: 168-169, 172-173, 191-193, 220-224).

Bulaşıcı hastalıklardan frengi yaygınlığı kadar alınan tedbirlerin mahiyeti bakımından da dikkat çekiciydi. 1926'da belirlenebilen hasta sayılarına göre nüfusun %3,3'ü frengiliydi, ama gerçek rakamlar çok daha yüksek olmalıydı (Özpekcan, 2002: 183-184). TBMM hükümeti, henüz 1920'de bir kararname ile zührevi hastalıkların

yayılmasını önlemek ve sağlıklı kuşaklar yetiştirmek amacıyla var olan nikah öncesi muayene yönteminin hekim bulunan yerlerde ve ücretsiz olarak devamına karar vermişti (Özpekcan, 2001: 127). Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İltimaiye Vekaleti'nin 1921 tarih ve 90 sayılı "Frenginin Men-i Sirayet- ve İntişarının Tahdidi"ne dair kanun ile devletin frengi tedavisini ücretsiz yapması kabul edilmiş; tedaviye düzenli gelmeyenlere veya hastalığı bilerek yayanlara zorlayıcı hükümler getirilirken, hastaların belirlenmesinde gizlilik esası öngörülmüş, hasta isimleri açıklayıcılara cezalar getirilmişti (Özpekcan, 2002: 252). 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu ise 1921 frengi kanununu ilga ederken benzeri hükümler koymuştu. Kanununun 103. maddesi frengi, bel soğukluğu ve yumuşak şankr hastalığına yakalananların kendilerini tedavi mecburiyetlerini, 105. maddesi bunun parasız yapılacağını öngörmüştü. Kanununun 122. maddesi evlenecek erkek ve kadınların evlenmeden evvel tıbbi muayeneye tabi, 123. maddesi frengi, belsoğukluğu, yumuşak şankr, cüzzam ve akıl rahatsızlığı olanların evlenmesinin yasak olduğunu belirtiyordu. 1931 tarihli "Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname" ile muayenenin nasıl yapılacağı, devlet kurumlarında yapılması halinde parasız olacağı belirtilmiş, hekimlerin muayene sonuçlarını gizli tutma mecburiyetleri vurgulanmıştır.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede zorunlu olan aşı üretiminde Cumhuriyet'in henüz erken döneminde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. 1925 ve 1926 yıllarında İstanbul ve Sivas'taki hıfzısıhha kuruluşları yeterli aşığı üretmiş ve yurtdışından ithale gerek kalmamıştı (Özpekcan, 2002: 187). 1927'de bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele için çıkarılan ek bir kanun ile hastalık görülen veya görülme tehlikesi olan yerlerde gerekli görülenlere aşı uygulanma zorunluluğu getirilmiştir (Özpekcan, 2002: 202-203). 1934'ten sonra aşı üretimi Merkez Hıfzısıhha Kurumu'nda sürdürülmüş, bu alanda başka ülkelere aşı yardımı yapılacak kadar ileri gidilmiştir (Özpekcan, 2002: 225). II. Dünya Savaşı koşullarında bulaşıcı hastalıklarla mücadele kesintiye uğramış; çiçek, tifüs, sıtma ve tüberküloz salgınları görülmüşse de savaş sonrasında mücadele yeniden başlatılmış, özellikle daha önce yetersiz kalan veremle mücadeleye önem verilmiştir. Gecikmeli de olsa 1980'lere gelindiğinde bulaşıcı hastalıkların gerek görülme sıklığı gerek ölüme sebebiyeti bakımından pek bir önemi kalmamıştı (Bertan ve Özcebe, 1993: 188-193).

d) Öjeni

Erken Cumhuriyet döneminde koruyucu sağlık siyaseti benimsenmiş olmasına karşın bu yurttaşların temel sağlık hakkını yerine getirmek için değil, onları ekonomik olarak verimli kılmak içindi. Aynı araçsal yaklaşım bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin devletin ve milletin geleceği için kısıtlandığı öjenik düşünce ve uygulamalarda da vardır. Osmanlı'nın geç döneminde doğan ırk hıfzısıhhası (öjeni) düşüncesi 1930'larda, Avrupa'da olduğu gibi, Türkiye'de de oldukça yaygınlaşmıştır. Evlilik için eş seçiminde

bedensel ve ruhsal sağlığa ve hatta aile öyküsüne dikkat edilmesi ve sağlıksız olanların evlenip çocuk yapmasının engellenmesi gereği, evliliğin ferdi olmaktan ziyade milli bir iş olduğu ve cemiyetin hayır ve menfaatinin gözetilmesi ve ırk melezleşmesinin önüne geçilmesi gerektiği, bedensel sağlık ve kuvvet ile zihinsel kapasite, beden terbiyesi ile ahlak arasında doğrusal ilişki olduğu, cılız kadından gelecek neslin de cılız olacağı ve bu yüzden kadınların spor ve egzersiz yapması gerektiği gibi noktalar vurgulanmıştır (Özcan, 2006).

Öjenik düşünce ile resmi metin ve uygulamalar arasındaki mesafeyi kuşkusuz gözetmek gerekir. Öjenik düşüncenin yaygınlığına rağmen öjenik pratiğin alanı dar kalmıştır. 1930 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 1. maddesinde "müstakbel neslin sıhatli olarak yetişmesini temin" devletin hizmetleri arasında sayılmıştır. Bu çerçevede 1920'lerde olduğu gibi Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda da frengi ve diğer zührevi hastalıkları, kimi bulaşıcı hastalıkları taşıyanların ve akıl hastalarının evlenmelerine getirilen engeller öjenik karakterdedir. Bireysel hak ve özgürlüklere somut bir müdahale oldukları için bu önlemlerin ahlakiliği tartışılır. Bu önlemlerin ardında, eğer ayrıştırılabilirse, ırkçı bir gaye mi, yoksa iş-görme kapasitesini düşüren hastalıkların yayılmasını engellemeyi hedefleyen iktisadi bir rasyonalite mi olduğu da tartışılır.³ Öjenik söylem II. Dünya Savaşı sonrasında terk edilir. 1946'da geliştirilen "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"nda koruyucu hekimliğin konuları arasında "nesil ijyeni (Öjenik)" şöyle bir anılır, metnin geri kalanında üzerinde durulmaz. Ama Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun nesil hijyenini koruyan yasaklayıcı hükümleri hala yürürlüktedir.

e) Sağlık Siyasetinde Zihniyet Dönüşümü

İkinci dünya savaşı sonrasında demokratik beklenti ve talepler dünyası sağlık hizmetlerinde yepyeni bir gündem yaratır. Sağlık hizmetlerinin planlı biçimde yaygınlaştırılması ihtiyacı hissedilir ve on beş yıl içinde üç ayrı plan/program geliştirilir. 1946'da Yüksek Sıhhat Şurası oldukça geniş kapsamlı "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı"nı kabul eder. 1954'te daha mütevazı "Milli Sağlık Programı" benimsenir. Nihayet 1961 yılında 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" çıkarılır ve buna dayanılarak Sosyalleştirme Programı uygulamaya geçer. Geliştirilen plan ve programlarda her şeyden önce bir zihniyet değişikliğini adım adım takip etmek mümkündür.

1946 planı gerekçe niteliğindeki ifadeleriyle yeni gündemi tarif eder: "İkinci Cihan Harbinden sonra bütün dünyada çok değişmiş olan yaşama telakki ve icapları bizi de sağlık konusunu ön plana almak zarureti karşısında bırakmaktadır." Cumhuriyet idaresi "halk sağlığına şükranla şayan faydalar temin etmişse de bunlar büyük halk kütlelerinin ve bilhassa köylümüzün sağlık ihtiyaçlarını tamamiyle karşılayamamış ve bu işlerin biran evvel düzenlenmesi lüzumunu hissettirmiştir." (Milli Sağlık Planı, 1946: 5-6). Plan 1946 yılında Türkiye'nin de katıldığı

Uluslararası Sağlık Konferansı'na ve burada kurulması kararlaştırılan Dünya Sağlık Örgütü anayasasına gönderme yaparak, sağlığın "yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğundan ibaret olmayıp; beden, fikir ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali" olarak tarif edildiğini ve hükümetlerin "milletlerin sağlıklarından mesul" olmak itibarıyla "sağlık ve sosyal tedbirler almak" durumunda olduğunu hatırlatır (**Milli Sağlık Planı, 1946: 59-60**). Gönderme hem yeni yönelime işaret etmesi hem de bunu dünyadaki yeni gerçeklikle gerçekleştirmesi açısından oldukça açıklayıcıdır.

Bununla beraber planın sunuluş ve savunuluş tarzı eski zihniyetten kurtulunamadığını gösteriyordu. Planın sonuç kısmında şöyle denir: "Hastalıklar yüzünden kaybolan çalışma günleri; hastaların tedavisi için devlet ve fertlerin sarfetmeğe mecbur oldukları paralar ve bir de ölenlerin uzun yıllar boyunca istihsal sahasında bırakacağı boşluk dolayısıyla milli ekonomimiz her yıl hatta en dar bir hesapla dahi bir milyar liraya yakın bir zarar görmektedir... Fert ve cemiyeti istihsale elverişli kılmak için evvela onun varlığını sağlamak, zihni ve uzvi tamamlığını ayrıca garanti etmek lazımdır. Kişiyi iş görme kıymeti üzerinde sağlam ve elverişli tutmak için yapılmış masraflar boşuna harcaş manasında istihlak değil, serveti artırma yönünde alınmış isabetli tasarruf ve tedbirler sayılmak iktiza eder. Türk vatani üstünde verimli çalışmasını iştihak ve ısrarla istediğimiz insanların çoğalması, sağlamlığı, eksiksiz, gediksiz yaşaması ve bir tek vatandaşın dahi enerjisinden, kabiliyetinden, meleke ve kıymetinden bir zerze bile kaybedilmemesi lazımdır." (**Milli Sağlık Planı, 1946: 56-58**). Buradaki temalar tüm metin boyunca her vesileyle tekrarlanıyor ve hatta detaylı maliyet hesaplamalarına gidiliyordu.⁴ Aslında satır aralarında planın maliyetinden ötürü reddedilebileceği kuşkusuz sezilir ve fayda/maliyet analizi biraz da bu yüzdendir. Fakat önemli olan planı kabul veya reddedecek Meclis'in meseleyi nasıl göreceğiydi ve bu bakımdan metin yönetici elitin bireye araçsal yaklaşan zihniyetini açık eder. Mesele yurttaşın sağlık hakkı değildir.

1954 programında ise sağlık hizmetini iktisadi kalkınmaya tabi kılarak vatandaşları araçsallaştıran eski zihniyetin yerini sosyal yurttaşlık anlayışına bıraktığı görülür. Şöyle denilmektedir: "Tababetin sosyal hizmet haline gelmesi, hükümetin bir sağlık siyaseti gütmesi bilhassa demokrasilerde iki başlı ehemmiyete haiz olmaktadır. Bu da demokrasilerin gayesinin vatandaşın refah ve saadetine çalışmak olması ve hükümetin sosyal hizmet mahiyetindeki sağlık işlerinin bütün nimetlerinden vatandaşları faydalandırmak için manevi bir mecburiyet duyduğu gibi halk da her bakımdan kontrol etmeye salahiyyetli bulunduğu devletten sağlık ve tababet sahasındaki eksikliklerin tamamlanmasını muasırın [ısrar ve inatla] ister, ihtiyaçlarını bildirir ve bunlar tatmin edilmezse şikayete başlar." (**Aydın, 2002: 70**). Yine de demokratik taleplere popülist ve pragmatik bir zihniyetle yaklaşıldığı görülür. Program "hastaneleri pek bol olan ileri memleketlerde bile sağlık merkezlerinin koruyucu tababet esas olmakla beraber, tedavi de yapması halkın rağbetini arttırmak bakımından çok faydalı görülmektedir"

der ve sağlık merkezlerinin tedavi edici hizmet de vereceğini bildirir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bunun yeni bir yöneliş değil, genel stratejinin bir parçası olarak taktik bir gereklilik olduğunun vurgulandığı program da bu gerekçe de alıntılanır: "Müessir [etkili] deva olan koruyucu tababeti halka hazmettirebilmek için üstünü, bir şeker tabakası tarzında, tedavi tababetiyle kaplamak lazımdır. Modern sağlık merkezi siyaseti budur ve hastane tesisleri kit olan memleketlerde bu şeker tabakası da bizzat müessir bir devadır." (**Aydın, 2002: 72**).

Sağlığın bir hak olarak kabulü ancak 1960'larda gerçekleşmiştir. 1924 Anayasası'nda sağlık ile ilgili bir madde zaten yoktu. 1931 tarihli Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nu 1. maddesi devlete sağlık hizmeti yüklemekle beraber sağlık hakkından ve devlet ödevinden söz etmiyordu: "Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindedir." Nihayet 1961 Anayasası'nın ikinci kısım, üçüncü bölümü olan "Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler" altında "Sağlık Hakkı" başlığı taşıyan 49. maddesinde devletin, "herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevli" olduğu belirtilir. Bireyin sağlık hakkı ve devletin bu hakkın kullanılması için gereğini yerine getirme ödevi devlete eskiye göre daha ağır bir sorumluluk yükliyordu. Aynı yıl çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ve buna dayanılarak uygulanan Sosyalleştirme Programı yeni anlayışı yansıtır. Kanuna göre sağlık, Dünya Sağlık Örgütü'nün de tanımladığı şekilde, "yalnız hastalık ve maluliyet yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali"ydi. Kanun "İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla" sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesini amaçlıyordu.

f) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi

1946 planı temel ilkeleri bakımından Erken Cumhuriyet dönemi politikalarından farklı değildi. Temel olarak koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak ve ilave olarak üzerine tedavi edici hekimliği getirmek düşünülüyordu. Plan asıl olarak hizmetlerin organizasyonunda köklü yenilik getirmektiydi. Çok kapsamlı bir şekilde sunulmuş olsa da aslında planlanan sağlık merkezleri ağına köylere yaymaktı. Plan koruyucu sağlık hizmetlerini yürütecek birimin sağlık merkezi olmasını, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezinin açılmasını öngörüyordu. Bu merkezlerde iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe, bir de ziyaretçi hemşire görev alacaktı. Sağlık merkezinin görev bölgesindeki halk sosyal ve tıbbi fişlerle sağlık yönünden takip edilecek, böylece ana karnından ölümüne kadar, her ferdin sağlığı kontrol altında tutulacaktı. Her on köyde bir sağlık memuru ve ebesi görevlendirilecekti. Plan uyarınca ülke çapında 1000 sağlık merkezi, il merkezlerinde verem dispanserleri

kurulması öngörülmüştü. Bunun dışında yedi sağlık hizmet bölgesinin her birinde 500 yataklı bölge hastanesi, 300 yataklı bir akıl ve sinir hastalıkları hastanesi, 300 yataklı çocuk hastalıkları hastanesi, 200 yataklı doğumevi, 100 yataklı verem savaş dispanseri, 300 yataklı sanatoryum, 250-300 yataklı verem hastanesi, 20 yataklı frengi ve zührevi hastalıklar hastanesi, 200 yataklı dinlenme yurdu, 100 yataklı dilsiz ve körler kurumu, 100 yataklı bulaşıcı ve salgın hastalıklar hastanesi, ve sağlık memurları, ebe, ve hemşireler yetiştirecek eğitim kurumları açılacaktı (**Milli Sağlık Planı, 1946: 7-40**).

1946 planını gerçekleştirmek doğrultusunda pek bir şey yapılmamıştır. Bu kapsamda bir planın uygulanması bekleneceği üzere finansman sorununun çözümüne bağlıydı. Bu bakımdan planının getirdiği yeniliklerden biri bir " Milli Sağlık Bankası" ve "Sağlık Sandıkları" kurmayı öngörmesiydi; ama detaylandırılmamıştı. Plan meclise ilk tanıtıldığında övgü ile karşılanmasına rağmen daha bir yıl geçmeden gerçekleştirilemeyecek kadar "hayali" olduğu gerekçesi ile eleştirilmeye başlandı (**Aydın, 2002: 62-63**). Yasa tasarısı haline gelen plan Meclis komisyonlarında görüşülüp kabul edildiği halde 1948'de kabine değişikliği sonrası geri çekildi. Eğer tasarı yasalaşmış olsaydı 550 milyon TL olarak hesaplanan toplam maliyeti on yıl taksitle geri ödenmek koşuluyla bir İngiliz firması tarafından karşılanacaktı (**Dirican, 2001: 466-467**). Muhtemelen tasarı çok maliyetli bulunmuştu.

1950'lerde Demokrat Parti sağlık ve özellikle halk sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında sağlık merkezlerinin çoğaltılması politikasını izlemiştir; 1950'de 16 olan sağlık merkezlerinin sayısı 1951'de 29'a, 1960'da 283'e çıkmıştır (**Aydın, 2002: 63-65, 73**). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin köylere ulaşması asıl olarak genellikle ilçelerde açılan bu sağlık merkezleri ile sağlanmıştır (**Soyer, 2001: 428**). 1954'te oluşturulan "Milli Sağlık Programı"nın amacı taşra-kırsal kesim sağlık hizmetlerini teşkilatlandırmaktır. Bu program 1946 planına göre hedefleri bakımından daha sınırlıydı. Programda, 1946 planında olduğu gibi, bir "Milli Sağlık Bankası"nın kurulması ve bu bankanın koyacağı bir sağlık sistemi öngörülmüştür. Ancak bu program da bir önceki gibi uygulanma fırsatı bulamamıştır. 1946 planı zamanında gündeme gelen "Kaza Sağlık İdareleri" ile taşra kırsal kesimdeki dağınık sağlık hizmetlerinin sağlık merkezleri çatısı altında toplanması düşünülmüştü. Bu konudaki uygulama 1954'te başladı. "Kaza Sağlık İdareleri ve Sağlık Merkezleri Talimatnamesi" (1955) ile sağlık merkezleri artık sadece il ve ilçe merkezlerinden değil köylerden de sorumluydular. Koruyucu hekimlik amacıyla yapılan muayene, tedavi ve ilaçlardan para alınmayacağı öngörülmüştü (**Aydın, 2002: 69-74**). 1950'lerden itibaren sanayileşme ve ulaşım olanaklarının artmasına bağlı olarak yaşanan hızlı kentleşme kentsel alanlarda sağlık hizmet ve kurumlarına olan talebi artırmıştı. 1950'de 18.837 olan yatak sayısı 1960'ta 45.807'ye çıkmıştır ki bu artış hızı önceki ve sonraki dönemlerle keskin bir farklılık oluşturuyordu. Aynı artış sağlık personeli sayısında olmadı. Bu dönemde büyük yerleşim merkezlerindeki

muayenehane sayısında önemli artış oldu. İlerlemelere rağmen bu dönemdeki sağlık hizmetlerindeki büyüme hızı talebin hep gerisinde kalmıştır; bu fark sonraki yıllarda da sürecek, hastane kapılarında beklemeler olacaktı (**Gürsoy, 1985: 1724**).

1961 sosyalizasyon programı kapsam ve hedefleri bakımından 1946 planından çok 1954 programına benzemektedir (**Aydın, 2002: 86**). Sosyalizasyon kanunda köylerden ilçe ve il merkezlerine doğru sağlık evleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri ve nihayet hastaneler arasında kademel bir ilişki tarif ediyordu. Bu şekilde hastaların doğrudan büyük yerleşim birimlerine ve hastanelere akması önlenmek isteniyordu. Sosyalizasyon bölge ve kurumlarında görevlendirilecek hekim artık serbest meslek icra edemeyecek, tüm zamanını görevi başında geçirecekti (Hükümet tabiplerinin yaptıkları işi de artık sağlık ocağındaki hekimler devralacaktı.) 1961 programının uygulanması da yine her şeyden önce finansal kaynağa bağlıydı. 1961 Kanuna göre sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi "vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır." Aslında kanun "prim"den söz ederken sosyalleştiriminin finansmanı açısından zorunlu sağlık sigortasını, yani vatandaş katkısını, öngörüyordu; ama bu uygulanmayacaktı. İleriki yıllarda programın mimarı Nusret Fişek de sigorta yoluyla finansmana karşı çıkacaktır (**Aydın, 2002: 88-93**). Bu durumda finansman devlet bütçesine kalıyordu. Halbuki sosyalizasyona geçildikten sonra bütçeden sağlığa ayrılan pay da azaldı. Sosyalizasyon bölgesinde çalışan hekimlere verilen ücretlerde daha ilk yıllarda kesintilere gidildi. Tam süre çalışma ilkesinden de vazgeçildi. 1964'te gerekli hekim ve hemşire kadrosunun %80'i doldurulabilirken 1973'te ancak %30'u, 1980'de gerekli hekim sayısının %53'ü doldurulabiliyordu. 1980'de kapsam içine alınan il sayısı 44 ve nüfusun %54,5'i idi (**Gürsoy, 1985: 1726-1727**). Genel olarak hedeflerin gerisinde kaldığı gibi programın hızı da giderek düşmüştür. Literatür, Fişek de içinde olmak üzere, başarıya ulaşılamadığı hususunda hemfikirlerdir. Başarısızlığın nedenleri arasında belki bazı teknik güçlükler de gösterilebilir. Ancak, herhalde asıl neden programa hükümetlerin inanmamış oluşudur.

g) Sağlık Hizmetlerinin Piyasalaştırılması

1980 sonrasında sosyal devlet anlayışından geri gidilirken sağlık ve sosyal yardım hizmetleri de piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandığı hizmetler olarak benimsenir olmuştur (**Akdur, 1999: 396-397**). 1982 Anayasası ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devletin görevi olarak tanımlayan eski anayasa maddeleri kaldırılarak yerlerine devletin bu hizmetleri düzenlemesi ve denetlemesini ifade eden maddeler konmuştur. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi bunu açıklıkla belirtir: "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini

sağlamak... amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal yardım kuruluşlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." 1981'deki bir kararname ile sağlık yatırımları teşvik kapsamına zaten alınmıştı. 1983'te Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermayenin kapsamı genişletilerek hizmetlerin fiyatlandırılması başlatılmış, 1987'de 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" ile kamu sağlık hizmetlerinin ticarileşmesinde önemli ilerleme kaydedilmiştir. 1990'da Dünya Bankası ile imzalanan Sağlık Projesi Kredi Anlaşması devletin rolünü koruyucu sağlık hizmetleri ile sınırlıyor, tedavi edici hizmetlerin özel sektör tarafından yerine getirilmesini öngörüyordu. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve diğer koruyucu sağlık hizmetleri ile muhtaç ve güçsüzlerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin dışında sunulan hizmetlerin bedelinin yararlananlar tarafından ödenmesinin esas olacağını bildirmiştir. 5 Nisan 1994 kararları ile kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı personel giderlerini karşılamak düzeyine indirilmiştir (Soyer, 2003b: 303-314).

1950'lerden itibaren tedavi edici sağlık hizmetlerinin payı kamu sektöründe olmak kaydıyla sürekli artarken, 1980'lerden 2000'lere sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi/özelleştirilmesine paralel olarak koruyucu sağlık hizmetleri adeta çökmüştür. Toplam sağlık harcamaları içindeki payı %1'lere kadar düşmüştür. Sağlık ocakları, aşılama, gebe-bebek izleme hizmetlerinde gerileme göstermiş; ayrıca verdikleri hizmetler karşılığında ücret talep etmek zorunda kalmışlardır (Soyer, 2003b: 316).

Türkiye'de Nüfus Siyaseti

a) Hukuki Düzenlemeler

1920'lerde Umur-ı Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti doğumu artıracak ve çocuk ölümünü azaltacak tedbirleri almak, annelerin doğumdan evvel ve sonra sağlıklarını korumak gibi görevleri önüne koymuştu (Soyer, 2001: 416). 1926 yılında kabul edilen 765 sayılı "Türk Ceza Kanunu"un 468 ve 469 numaralı maddelerine göre kendi isteği ve hareketi ile çocuk düşüren veya başkasına düşürten kadına ve çocuğu düşürten veya vasıta temin eden kişiye hapis cezası öngörüyordu. 1936 yılında 3038 sayılı kanun ile yeniden düzenlenen 471. maddeye göre "çocuk yapmağa mani fiil ve hareketlerin işlenmesini teşvik eden veya bu fiil ve hareketlerin işlenmesi için propoganda yapan" kimselere hapis veya para cezası öngörülüyordu (1965 yılı 557 sayılı kanun ile bu madde kaldırılmıştır.) 1930 yılında çıkarılan "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"nun 3. maddesinde de Vekalet'in görevleri arasında "doğumu tezyit ve teshil ve çocuk ölümünü tenkis edecek tedbirler" en başta sayılmıştır ("tezyit" [artırma] kelimesi 1965'te metinden çıkarılacaktır). Kanunun (1965'te kaldırılacak olan) 156. maddesi altı veya daha fazla hayatta çocuğu olan kadınlara nakdi mükafat veya arzu edenlere bunun yerine madalya

verileceğini belirtiyordu . Kanunun 152. maddesinde "ilkaha [döllenmeye] mani veya çocuk düşürmeye vasıta olup Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaletince tayin olunacak alat ve levazımın ithal ve satışı memnu" kılınmıştı ("ilkaha mani veya" ibaresi 1965'te kaldırılacaktır).

Nüfus artışını dolaylı olarak teşvik edecek pek çok hukuki düzenleme daha yapılmıştır. 1929 yılında çıkarılan 1525 sayılı "Şose ve Köprüler Kanunu"nun 9. maddesinde hayatta beş evladı olan kimselerin öngörülen yapım işlerinde çalışma veya nakden ifa mükellefiyetinden muaf oldukları belirtilmiştir. 1936 tarihli "İş Kanunu"nda analık yardımı ödeneceği hükmü yer almıştı. 1944 yılından itibaren devlet memurlarına doğum yardımı ve çocuk zammı verilmesi, 1945 tarihli "İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları, Analık Sigortaları Kanunu"nda ve bu kanunda yapılan sonraki değişikliklerde sigortalı kadınlara ve sigortalı erkeklerin eşlerine analık ve doğum yardımı yapılması, emzirme ödeneği verilmesi kabul edilmiştir. 1934 yılında çıkan "İskan Kanunu"nda yurt dışından Türkiye'ye göç edeceklere toprak dağıtılırken çok nüfuslu göçmen ailelere çok toprak verilmesi öngörülmüştü. 1938 tarihli "Tevzii Arazi Talimatnamesi" ile Rumların terk ettikleri veya devlete geçmiş arazinin muhtaç çiftçilere dağıtılmasında da aynı ilke benimsenmiştir. 1945 tarihli "Çiftçiyi Topraklandırma Kanunu"nda da çocuğu olanlara hem toprak sahibi olmak hem de toprağın bedelini ödemek bakımından bazı ayrıcalıklar tanınmıştı. 1949 tarihli "Gelir Vergisi Kanunu" ile göçmen ve mülteci sayılanlara, evli ve çocuklu mükelleflere önemli vergi muafiyetleri getirilmiş, hizmet erbabına ödenen çocuk zamları, emzirme ve doğum yardımları vergi dışında tutulmuştu (Ünal, 1991: 9-10).

1950'lerin sonlarında nüfusu artırıcı politikalara karşı tutum değişikliği içine girilmiş, bu doğrultuda Devlet İstatistik Enstitüsü ve Sağlık Bakanlığı tarafından araştırma ve çalışmalar yapılmıştır. 1960 yılında Diyanet İşleri Başkanlığı'ndan aile planlaması konusunda İslam dininin yorumu istenmiş, gebeliği önleyecek tedbirlerin, kadının rızası alınmak şartıyla, caiz olduğu görüşü alınmıştır (Doğan, 1993: 254-255). 1965 yılında 557 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun"da nüfus planlaması "fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları" şeklinde tanımlanmış, bunun da gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanacağı belirtilmiştir. Önceki dönemin nüfus politikasının aksine, yeni politika aileleri diledikleri gibi hareket etmekte serbest bırakmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı "nüfus planlaması zararetinin halka duyurulması", gerekli eğitim, öğretim, ve uygulama hizmetlerini yürütme, gebeliği önleyici ilaç ve araçları temin veya imal etme veya ettirme, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyatla verme veya verdirme veya sattırma için tedbir alma ile yükümlü kılınmıştır.

Sağlık ocaklarının yeterli hizmeti verememesi ve taşrada teşkilatlanamaması sonucu aile planlamasında belirlenen hedeflere ulaşamaması devleti hukuki

mevzuatta yeni arayışlara götürdü. 1980 yılında TBMM'nin Din İşleri Yüksek Kurulu'ndan aile planlaması konusunda istediği görüşe yanıtta, İslamın prensip olarak çoğalmayı teşvik etmekle beraber gebeliği önleyici tedbirlere başvurulmasının caiz olduğu, devamlı kısırlığa yol açan ilaç ve aletlerin kullanımının caiz görülmediği, dört aylık olmayan gebeliğe son verilebileceği görüşüne sahip İslam fakihleri olmakla beraber, "meşru bir zaruret olmaksızın düşürmek veya aldırma (kürtaj) yolu ile bir canlının hayatına son verilmesinin caiz olmayacağı" mütalaa olunmuştur. Ardından Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın istediği görüşe yanıtta aynı yorum tekrarlanmış, meşru mazeret olmadıkça çocuk düşürme ve aldırmanın "haram ve cinayet" hükmünde olduğu beyan edilmiştir (Doğan, 1993: 254-257).⁵ Buna karşın 1983 yılında 557 sayılı kanunun yerine kabul edilen 2827 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" farklı yönde davranır. Kanunun gerekçesinde eski kanunun onbeş yıldır yürürlükte olmasına rağmen istenen sonucun alınamadığı, ailelerin istedikleri çocuk sayısının sahip olduklarından çok daha az olduğu, gebeliklerin yarısının istenmediği, istenmeyen düşüklerin giderek arttığı, çocuk düşürme önündeki yasal engelden dolayı düşüklerin kötü koşullarda gerçekleştiği ve bunun anne ölümlerine neden olduğu, ve kürtajın tüm dünyada giderek yasal hale geldiği belirtiliyordu (Doğan, 1993: 268-269). Kanuna göre 10 haftaya kadar olan gebeliklerde istek üzerine rahim tahliye edilebileceği, müdahalenin reşit ve bekar ise gebe kadının iznine, evli ise eşinin de rızasına bağlı olacağı hükme bağlanmıştır.⁶ Ayrıca erkek ve kadınlara cerrahi sterilizasyon ameliyatı serbest bırakılmıştır.

1960'larda değişen nüfus politikasının ardında birey hak ve hürriyetlerinden önce iktisadi ve özellikle de işgücü yapısına bağlı sebepler vardı.⁷ Nüfus artışını azaltıcı önlemlerin alınması gereğinin "nüfus planlaması" tabiri kullanılarak Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda geçmiş olması anlamlıdır. Her ne kadar mevcut yasak hükümleri yüzünden gebeliği önlemek ve önlenemeyen gebelikleri sona erdirmek için başvurulmuş son derece ilkel ve tehlikeli yolların sebep olduğu "büyük sayıda can kaybı ve ızdırplar" a ve nüfus planlamasının bir "Devlet müdahalesi" değil, ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran "demokratik bir usul" olduğuna vurgu yapılıyorsa da, asıl sebep iktisadiydi. Plana göre nüfus artış hızının yükselmesi iktisadi gelişmeyi kösteklemekteydi. "Bir zamanlar çok haklı sebeplerle kabul edilmiş olan nüfusu mümkün olduğu kadar hızlı artırma politikası bugünün şartlarına uygun değildir" deniyor ve nüfus artış hızının yavaşlamasının çalışmayan ve topluma yük olan çocuk nüfus oranının küçülmesini sağlayacağı, çalışma çağındaki nüfus oranındaki azalmaların pek önemli olmayacağı ve hatta doğurganlığın azalmasının kadınların iş hayatına geçmesini kolaylaştıracağı belirtiliyordu (Kalkınma Planı, 1963: 67-73). 1970'lerde nüfus planlamasında istenen sonucun alınamadığı kalkınma planlarında dile getirilir ve önerilerde bulunulur. 1980'lerdeki kalkınma planlarında (beş ve altı) kalkınmanın en önemli unsuru olan beşeri kaynağın niteliklerinin geliştirilmesi temel ilke olarak

gösterilir (Doğan, 1993: 263-266). 1965 tarih ve 557 sayılı kanuna ek olarak aynı yıl yürürlüğe konulan "Nüfus Planlaması Yönetmeliği"nde de sağlık ile kalkınma arasında gidip gelen yaklaşım izlenebilmekteydi. Bir yandan nüfus planlamasının "bir halk sağlığı hizmeti" olduğu vurgulanıyordu ki bu bir anlamda o güne dek demografik kaygılarla en temel bir sağlık hizmetinin verilmemiş olduğunun kabulüydü. Diğer yandan nüfus planlaması "memleketin ve ailenin bakıp besleyemeyeceği kadar çok sayıda çocuğa değil, iyi bakılmış ve yetiştirilmiş çocuklara muhtaç olduğunu öğretmek" olarak tarif ediliyordu.

b) Nüfus Artışı, Ölümlülük, Doğurganlık

1927 nüfus sayımına göre 13.648.270 olan Türkiye nüfusu 1940'da 17.820.450'ye ulaşmıştı, yani nüfusu artırıcı politikaya rağmen %2 civarında görece düşük bir nüfus artış hızı görülmüştü. Bu dönemde halkın yaşam standardındaki iyileşme sınırlı kalmıştı. Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmesi ölümleri, özellikle de çocuk ölümlerini azaltmışsa da etkisi sınırlı kalmıştı. Hatta 1946 sağlık planına göre nüfus artışındaki ağır gidişin sebebi çocuk ölümleri idi (Milli Sağlık Planı, 1946: 21). II. Dünya Savaşı yıllarında nüfus artış hızı düşme eğilimi göstermiş ve %1 civarına inmiş ve 1945'te ancak 18.790.174'e ulaşmıştı. Bunda savaş yıllarında askerlik altına alınan nüfusun rolü olmalıdır. 1950-1960 arasında nüfus artış hızı en yüksek noktasına, %2,8'lere, ulaşarak nüfus 27.754.820'ye çıkmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na göre nüfus artış hızındaki ilerlemenin ana sebebi hastalıklarla mücadeledeki başarı sonucu ölüm hadleri hızla düşerken doğum hadlerinin düşmemesi, hatta belki de hafif bir yükselme göstermesiydi (Kalkınma Planı, 1963: 68). Ancak giderek özellikle hızla büyüyen kentsel alanlarda bireylerin kentsel fırsatları değerlendirerek kendilerine ve daha az çocuğa yatırım yapmaya yönelmeleri doğurganlık hızını düşürecekti.

Cumhuriyet'in ilk onbeş yılında beş çocuktan ikisi yaşamlarının ilk yıllarında ölüyordu (Peker, 1999: 175). Koruyucu hizmetlere bağlı olarak bebek ölümlerinde ise (II. Dünya Savaşı yılları hariç) düzenli bir azalma olmuştur. Shorter ve Macura 1935-40 döneminde bebek ölüm hızını bin canlı doğumda 273, 1940-45 döneminde 306 olarak tahmin etmektedirler. Demek ki Erken Cumhuriyet döneminde yaklaşık her üç bebekten biri ölmekteydi. Bebek ölüm hızlarında Erken Cumhuriyet döneminde başlayan düşme istikrarlı şekilde sonraki dönemde de sürdü; 1945-50'de binde 260, 1950-55'te 233, 1955-60'ta 203, 1960-65'te 176, 1965-70'te binde 151 (Shorter ve Macura, 1983: 101). Ancak düşme çeşitli eşitsizliklerle sürdü. 1945-67 arasında bebek ölüm hızları bölgeler ve kent ile kırsal arasında farklılık göstermekteydi. Sosyo-ekonomik gruplar arasındaki bebek ölüm hızları farkı ise bölgelerarası farktan büyüktü. 1950-59 arasında kentsel bebek ölüm hızları üst sosyoekonomik seviyedeki kadınlar için binde 93, alt sosyoekonomik seviyedeki kadınlar için binde 149'du; 1960-65'te bu hızlar binde 47 ve binde 123'tü (Shorter ve Macura, 1983: 86-87, 89).

Cumhuriyet'in başında toplam doğurganlık hızının (bir kadının ortalama çocuk sayısı) 7'ye yakın olduğu kabul edilebilir (Peker, 1999: 182-183, not 4). Bu rakamın 1960'lara kadar pek değişmediği, ancak ondan sonra anlamlı bir düşme eğilimine girdiği tahmin edilmektedir (Shorter ve Macura, 1983: 45; Peker, 1999: 180). Aile planlamasının devlet politikası olarak benimsendiği 1960'lardan önce kırsal ile kent, Doğu ile Batı arasında önemli doğurganlık farklılıkları bulunmaktaydı. Avrupa ile uzun bir teması olan ve sosyoekonomik seviyenin yüksek olduğu İstanbul ve İzmir'de doğurganlık oranları özellikle düşüktü. Doğurganlık farklılıkları doğal nedenlerden de kaynaklanabileceği için, 1930'larda bilinçli bir doğurganlık kontrolünün ne ölçüde yaygın olduğu kesin olarak bilinmemektedir (Shorter, 1971: 37; Shorter ve Macura, 1983: 45-46). Shorter ve Macura'nın tahminlerine göre 1945'te toplam doğurganlık hızı İstanbul ve İzmir'de 2,41, diğer kentsel alanlarda 4,36, kırsal alanda 6,99'du. 1945-65 arası dönemde, kırdan göçle gelenlerin doğurganlık alışkanlıklarını ilk elde sürdürmeleri sebebiyle, İstanbul, İzmir ve diğer kentsel alanlarda oranlar bir miktar yükselirken (1965'te İstanbul-İzmir'de 3,04, diğer kentsel alanlarda 4,78) kırsal alanlarda hafifçe düşmüştü (1965'te 6,78) (Shorter ve Macura, 1983: 61).

c) Doğum Kontrolüne Geçiş

Türkiye'de daha nüfus planlaması kanunu çıkmadan önce doğum kontrol yöntemleri kullanılmaya başlamış ve doğurganlık hızı azalma sürecine girmişti. 1963'te herhangi bir korunma yöntemi kullanan kadınların oranı %22'ydi ve yasak olmasına rağmen %5'ten fazlası modern bir yöntem (hap, prezervatif) kullanıyordu (Bertan ve Özcebe, 1993: 172). Etkili yöntemlerin bilgi ve araçlarına ulaşmanın engellenmesi sonucu çocuk düşürme bir doğum kontrol yöntemi gibi kullanılmaktaydı. 1959 ve 1963 yıllarında yapılan araştırmalardan çıkan sonuçlar beraber düşünülmürse, doğurganlık çağındaki kadınların %5 veya biraz daha fazlasının yılda bir veya daha fazla kez çocuk düşürdüğü söylenebilir; ve bir tahmine göre yıllık toplam düşüklerin sayısı 500 bin civarındaydı (Fişek, 1971: 18). Nüfus politikasının doğum kontrolü uygulayan sayısının artmaya başladığı bir sırada değişmesi doğurganlığın düşüşünde hükümetin yol gösterici olmaktan çok destekleyici rol oynadığını gösterir (Özbay ve Shorter, 1970: 195-196).

1960-65 döneminde Türkiye'de toplam doğurganlık hızı 6,1 iken (ve azalma eğilimine girmişken) kadınların istedikleri çocuk sayısı gerçekte bunun yarısı kadardı. 1963 yılında yapılan "Türkiye Nüfus Araştırması"nda 15-44 yaş aralığındaki evli kadınlar için ideal çocuk sayısı 3-4 arasındaydı (3,5'e yakın). 1967'de Ankara Etimesgut sağlık bölgesinde (ki köysel olarak nitelendirilebilse dahi kentsel etkileri açıklık ve eğitim düzeyi bakımlarından Türkiye ortalamalarının üstünde bir yerd) yapılan araştırmada aynı yaş grubundaki kadınlar için ideal çocuk sayısı 3'ün altındaydı. Çiftlerin %38'i iki çocuktan fazlasını istemedikleri halde %58'in ikiden fazla çocuğu vardı (Özbay ve Shorter, 1971: 262-263). Aile planlamasına

karşı tutum ise olumluydu. 1966 yılında Ankara'da evli çiftler arasında yapılan bir araştırmadan çıkan sonuçlara göre 45 yaşından küçük kadınların %72'si aile planlamasının kesinlikle lehinde, %15'i ılımlı lehinde, %13'ü karşıydı. 45 yaşından daha büyük olan kadınlar da ise bu oranlar sırasıyla %63, %19, ve %18'di. 45 yaş altında (doğurganlık çağında) bulunan ilk grup kadınların %83'ü gebeliği önleme yolları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmayı istemekteydi (Goldberg ve Litton, 1971: 224). Kentsel ve büyük bir il olmasına rağmen 1960 itibarıyla Ankara'da doğurganlık oranının (5,5) Türkiye ortalamasının çok altında olmadığı (yaklaşık 6,5) hatırlanırsa araştırma sonuçları Türkiye geneline bir ölçüde teşmil edilebilir. Buna göre henüz aile planlamasına geçişin başlangıcında nüfusun ezici bir çoğunluğu lehte, eski jenerasyon için lehte tutum azalsa bile hala büyüktü.

Yaş ve kültürün aile planlamasına tutum üzerinde etkileri kuşkusuz vardı. Fakat aile planlamasına geçişin gecikmesinde geleneksel-dinsel kültürel etkenlerin çok önemli rol oynadığı söylenemez. Goldberg ve Litton'un araştırmalarında 45 yaşından küçük kadınların gelenekçi veya çağcıl oluşuyla, kocalarının dindarlık düzeylerinin düşük veya yüksek oluşuyla gebeliği önlemeye veya çocuk düşürmeye başvurma arasında güçlü bir korelasyon görülmektedir. Çağcıl kadınların %61'i, gelenekçi kadınların %31'i, kocasının dindarlık derecesi düşük olan kadınların %61'i, yüksek olanların %35'i gebeliği önlemeye veya çocuk düşürmeye başvurmuşlardır (Goldberg ve Litton, 1971: 229). Bununla birlikte gelenekçi ve kocası dindar kadınların dahi üçte bir gibi küçük sayılamayacak bir kısmı gebeliği önleme veya çocuk düşürmeye başvurmuştur (Bu bakımdan belki Türkiye'nin katolik Avrupa'ya değil, protestan Avrupa'ya benzediği söylenebilir.) 1967'de Ankara Etimesgut sağlık bölgesinde yapılan bir araştırmada da orta yaşlı köylülerin ve özellikle kadınların aile planlamasına karşı tutumları olumlu iken köyün yaşlıları ve özellikle dindar olanların bunu tasvip etmedikleri görülmüştür. Yaşlıların tepkilerini dile getiririnde doğum kontrolünün günah olduğu, peygamberin çoğalmayı öğütlediği, çocuk veren Allah'ın rızkını da vereceği gibi dinsel ve bunun yanında ülke topraklarının çok daha geniş nüfusu besleyebileceği ve aile planlamasına harcama yapmak yerine endüstrileşmeye kaynak sarfetmenin daha hayırlı olacağı gibi siyasi-iktisadi dayanaklara başvurulmuştur (Güvenç, Serinken ve Özbay, 1971: 246, 248).

1960'ların ortalarında doğum kontrol bilgisi hakkındaki araştırma sonuçları şaşırtıcı olduğu kadar zihin açıcıdır da. 1963 "Türkiye Nüfus Araştırması" sonuçlarına göre 15-44 yaş aralığındaki evli kadınların ve eşlerinin %43'ü hiçbir doğum kontrol yöntemi bilmiyordu. Rahim içi araçları (RIA) bilen kimse yoktu, %23 haplardan, %37 prezervatiften haberdardı. Modern yöntemler bir yana, çiftlerin ancak %36'sı geri çekme yöntemini duymuştu. 1967'de yapılan Etimesgut araştırmasında herhangi bir yöntem bilen aynı yaş aralığında evli kadınların oranının %96'ya, modern yöntemlerden her birini ayrı ayrı bilenlerin %70-90'lara kadar, geri çekmeyi bilenlerin

oranının %79'a çıkması, Etimesgut'un sosyoekonomik düzeyi göz önüne alınsa dahi, birkaç yıl içinde ne kadar fark yaratılabildiğinin bir göstergesiydi (Özbay ve Shorter, 1971: 264-265). 1968 yılında ülke çapında örnekleme ile 45 yaşından küçük tüm evli kadınları temsil eden bir araştırmada beklenene göre daha düşük ama beş yıl öncesi ile karşılaştırıldığında önemli bir ilerlemeye işaret eden rakamlar bulunmuştur. Buna göre modern yöntemlerden her biri %40-50'ler oranında, geri çekme yöntemi %57 oranında biliniyordu. Kent-kır ve bölgeler arasında büyük farklılıklar vardı. Kırdaki yaşayanların yarısından azı geri çekme yöntemini biliyordu (Özbay ve Shorter, 1970: 208-209). Doğum kontrolüne karşı olanlar ve henüz istedikleri çocuk sayısına ulaşamamış olanlar göz önünde tutulsa dahi, 1963 itibarıyla Cumhuriyet'in yurttaşını doğum kontrolü konusunda bilgisiz bırakmayı başardığı görünmektedir.

d) Ana-Çocuk Sağlığı

1960'lardan itibaren doğurganlık hızının düşmesi düzenli bir eğilim izlemiştir. "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları"na göre doğurganlık hızı 1978'de 4,33, 1988'de 3,02, 1998'de 2,61, 2003'te 2,23'tür. Bu sonuçlar Türkiye'nin 2000'lerin başında toplam doğurganlık hızının yenilenme düzeyinin hemen üstüne kadar indiğini gösterir (Koç ve Özdemir, 2004: 50).

Doğurganlık düşüşündeki bu istikrarlı eğilim gebeliği önleyici yöntemlerin kullanımının artışı ile de önemli ölçüde paralel gitmiştir. 1963'te herhangi bir korunma yöntemi kullanan kadınların oranı %22 iken 1978'de korunma oranı %50'ye, modern yöntem kullanım oranı ise %5'ten %18'e, geri çekme yöntemi kullanımı ise %10,4'ten %22'ye çıkmıştı. 1980'lerde korunma oranı önceki dönemden daha hızlı arttı. 1988'de %77 iken, modern yöntem kullanım oranı %38'e yükselmışti (Bertan ve Özcebe, 1993: 172-174). Modern yöntemlerin geleneksel yöntemleri geçmesi ancak 1990'larda mümkün olabildiği. "2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"na göre, genel olarak, evli kadınların, %42,5'i modern ve %28,5'i de geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam %71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. En fazla kullandığı söylenen yöntem %26 ile geri çekmedir. Modern yöntemler arasında en fazla kullanılan yöntem olan RİA'yı (%20) kondom (%11) izlemektedir (Ünalın, Koç ve Tezcan, 2004: 65). Yine 1990'larda evlenmiş ve evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlaması yöntemini bilmekteydi. Neredeyse tamamı en az bir modern yöntem bildiklerini ifade etmişlerdir. RİA, hap, kondom, geri çekme gibi yöntemlerin her biri neredeyse tüm kadınlar tarafından bilinmekteydi. Dahası kadınlar arasında yaş, eğitim, bölge, kent/kır gibi farklar bilgi düzeyini etkilemiyordu (Ünalın, Koç ve Tezcan, 2004: 61-62).

1980'lere kadar modern yöntemlere başvurunun düşük kalması ve geri çekme yönteminin artması gebeliği önleme konusunda sunulan hizmetin 1980'lere kadar

yeterli olmadığını gösterir. Hizmet yetersizliğinin bir başka kanıtı da isteyerek çocuk düşürmenin artmasıydı (Fişek, 1983: 89). 1980 yılına kadar düşüklük üzerine yapılmış araştırmaların sonuçlarının derlenmesi isteyerek yapılan düşüklüklerin artmış olduğunu göstermekteydi. 1963'te kadınların %7,6'sı geçmişte en az bir kez isteyerek düşük yaptığını belirtmişken 1975'te oran %13,9'a çıkmıştı. Tüm araştırmalarda isteyerek çocuk düşürme oranlarının köylerden, ilçelere, şehirlere ve metropollere doğru ve eğitim ve mesleki statü düzeyinin artmasına paralel olarak yükselerek seyrettiğini göstermişti. 1975 yılında metropollerde oturan her dört kadından biri, köylerde ise her yirmi kadından biri geçmişte isteyerek çocuk düşürmüştü (Tezcan, Carpenter-Yaman, ve Fişek, 1980: 46). 1982 yılında isteyerek düşüklük oranı %12,1'di (100 gebelikte 12,1); "1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"na göre 1984'ten beri oran giderek artmış ve 1987 yılında %23,6'ya yükselmiştir (Bertan ve Özcebe, 1993: 171). 1980'lerde bu oranın yükselişinde kürtajın serbest bırakılması etkili olmalıdır. Yine de isteyerek düşüğün doğum kontrol yöntemlerinden daha hızlı yaygınlaşmış olması önemlidir. İsteyerek çocuk düşürme oranı ancak 1990'larda düşme eğilimine girebilmiştir. Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırmaları sonuçlarına göre isteyerek çocuk düşürme oranları 1993'te %18'den 2003'te %11,3'e inmiştir (Tezcan ve Bozbeyoğlu, 2004: 84).

Ana-Çocuk sağlığı hizmetleri ise hep yetersiz kaldı. 1970'lerde Türkiye'de ana ve çocuk ölümleri bir çok az gelişmiş ülkeden dahi yüksekti.⁸ Çocuk ölümlerinin yüksek oluşunun iki önemli nedeni kalori-protein yetmezliği ve sağlık hizmetinden yoksunluktu. Ana sağlığı düzeyinin düşük oluşunun sebepleri ise aşırı doğurganlık, çocuk düşürme, gebelikte bakımsızlık, doğumların çoğunlukla ehliyetsiz kişiler yardımı ile yapılmasıydı (Fişek, 1983: 187). 1983 yılında bebek ölüm hızı 95 iken, ölen toplam bebek sayısı 150 bini (Bertan ve Özcebe, 1993: 193). "1989 Türkiye Nüfus Araştırması"na göre bebek ölüm hızı bin canlı doğumda 62,3'tür. Kırsal alanda 51,58 iken, kentsel alanda 71,25'ti. Batı Anadolu'da 49,64 ile en düşük iken, Doğu Anadolu bölgesinde 79,51 ile en yüksekti (Bertan ve Özcebe, 1993: 180). Doğum öncesi bakım anne ve çocuk sağlığı bakımından önemliydi. 1966-67 nüfus araştırmasına göre o yıl doğumların %7,7'si hastanede, %92,3'ü evde yapılmıştı; hastanede doğum oranı şehirlerde %22,3, köylerde %2,3'tü (Fişek, 1983: 185). "1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"na göre gebelerin %42,6'sı bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti almıştı. Kentsel alanlarda yaşayan her 10 kadından 6'sı, kırsal alanda yaşayan her 10 kadından 3'ü doğum öncesi bakım için bir sağlık kuruluşuna başvuruyordu. Doğu Anadolu bölgesinde doğum öncesi bakım alan kadınların oranı %22,4'tü. Doğumların %39,1'i sağlık birimleri dışında yapılmaktaydı. Sağlık kuruluşları dışında gerçekleşen doğumların oranı kent-kır ve bölgeler arasında önemli farklılıklar göstermekteydi; kentsel yerlerde %27,6, kırsal yerlerde %52,8'di; Batı Anadolu'da %27,6, Doğu Anadolu'da %63,1'di. Doğumların ülke genelinde

%24,82'si, kırsal alanda %36,54'ü evde kendi kendine gerçekleştirmektedir (Bertan ve Özcebe, 1993: 164-169).

Türkiye'de Sağlık ve Nüfus Siyasetlerinin Rasyonelleri a) Sağlık ve Nüfus Siyasetlerinin Sosyolojisi

Dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de nüfus ve sağlık, modernleşme sürecinin, daha spesifik olarak da sürecin temelinde yatan ekonomik ihtiyaç ve dinamiklerin etkileyen ve etkilenen parçası oldular. 19. yüzyılda Osmanlı devleti, üretecek ve savaşacak, fazla ve sağlıklı nüfus istiyordu. 20. yüzyılın ilk çeyreğinde, Balkan Harbi, I. Dünya Savaşı ve Milli Mücadele'de yitirilen insan sayısı, cephede geçirilen yıllar yüzünden düşen çocuk doğumları ve ekonomik gerilemenin getirdiği sefalet, Türkiye Cumhuriyeti'ni yetersiz ve sağlıksız bir nüfus ile karşı karşıya bırakmıştı. O günün düşük teknoloji koşullarında askeri savunma önemli ölçüde insan sayısına bağlıydı. Benzer şekilde, ülke ekonomisinin dayandığı ama makine kullanımının başlamadığı tarımsal faaliyet için de emek gücü niceliği hayatiydi. Sağlık siyaseti, nüfusu hızlı artıracak koruyucu hizmetlere, özellikle bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve çocuk ölümlerini azaltmaya yöneldi. Doğum teşvik edildi, çocuk düşürme yasaklandı.

Devlet elinde belli bir sanayi temeli 1930'larda atılmıştı. Ama sınıf mücadelesinin gelişmesinden korkan siyasi elit sanayileşmenin büyük şehir merkezlerinde yoğunlaşmaması politikasını benimsemişti. 1950'lerden itibaren sanayileşmeye katılan özel sektör rasyonellik açısından ulaşımın kolay olacağı belirli merkezlerde yoğunlaşmayı tercih etti. Ülkenin batısında konuşlanan sınıai faaliyet doğrudan istihdam kapasitesi ile ve dolaylı olarak çevresinde yarattığı diğer kentsel iş fırsatları ve daha yüksek yaşam standardı vaadiyle hızlı bir kentleşme sürecine sebep oldu. Sınıai ve ticari kentsel işlere uygun, temel bir eğitim ve disiplin sürecinden geçmiş işgücüne talep nüfusun niceliğinden çok niteliği sorunlarını gündeme getirdi. Eğitime zaman ve kaynak aktarma gereği ile çok çocuk yetiştirmenin ekonomik maliyetleri çelişiyordu. Kentsel işlerde istihdamına giderek daha fazla ihtiyaç duyulan çalışan kadının konumu ile zaman ve emeğini çocuk büyütme sarf edecek annenin konumu da birbirlerine karşıydılar. Doğum kontrolünün nüfus planlamasına geçişten önce başlaması tesadüf değildir. Devlet ekonomik hayatın gereklerine ve toplumdaki gelen taleplere yanıt verdi. Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu her şeyden önce nitelikli işgücünü korumaya dönük bir yatırımdı. Ama kentsel refah ve toplumsal farklılaşma koruyucu temel hizmetlerin ötesinde tedavi edici sağlık hizmetlerine de talep yarattı. Sosyalizasyon kapsamında sağlık hizmetlerinin taşraya götürülmesi çok partili sisteme geçiş ile toplumsal taleplere karşı artan bir siyasi duyarlılığı da gösteriyordu. Fakat nüfus akışının kırdan kente, taşradan metropollere olduğu bir dönemde sağlık hizmetlerinin köylere kadar götürülmesi bürokratlara iktisadi olarak pek de rasyonel görünmemiş olmalıdır.

Küresel rekabet sürecine girilen 1980'ler, verimliliğin düşük olduğu tarımsal faaliyetin hızla tasfiyesini getirirken

metropollere ve diğer kentlere göçün hızı önceki döneme göre arttı. İşgücü arzının fazlalığı karşısında nüfusun nicel büyümesi tümüyle önemini yitirdi. Küresel rekabette bilişim ve iletişime dayalı teknolojik donanımın, işletmecilik ve pazarlama stratejilerinin önem kazanması önceki dönemden çok daha fazla nitelikli ve yaratıcı işgücü gerektirmektedir. Küresel ölçekte rekabette kamu teşebbüs ve kaynaklarının hızla sermayeye aktarılması öngörülmektedir. Bunun sağlık alanındaki uzantısı sağlık hizmetlerinin giderek kamusal olmaktan çıkıp piyasaya devredilmesidir.

b) Sağlık Siyasetinin Ekonomi Politikası

Türkiye'de sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve dolayısıyla dönemeleştirilmesinde kullanılan en sık bir kriter sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin üstlendiği rol ve daha özel olarak da devlet ve piyasa ilişkisi veya kamu ve özel sektörlerin payıdır. Örneğin Akdur'a göre sağlık politikalarındaki bütün çeşitliliğe rağmen genelde iki seçenek vardır: Birinci seçenek sağlıklı toplumsal bir olgu olarak görerek, sağlıklı yaşam ve tıbbi bakımı doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı ve sağlık hizmetlerinin sunumunu toplumun ve onun örgütlü gücü devletin görev ve sorumluluğu sayan ve sağlık hizmetlerini toplumsal dayanışmanın aracı kabul eden politikadır. İkinci seçenek sağlıklı bireysel bir olgu olarak görerek, sağlık hizmetlerini piyasanın arz ve talep mekanizmasına bırakan, hizmetlerin sunumuna bir kar amacı olarak bakan ve bireylerin fırsatları oranında hizmetlerden yararlanmasını öngören politikadır (Akdur, 1999: 391). Akdur'a göre Cumhuriyet'in başında benimsenen politika birinci seçenektir; bu politika ne yazık ki kararlı şekilde uygulanmamıştır ve dahası 1980 sonrasında ikinci seçenek benimsenir olmuştur (Akdur, 1999: 397-399).

1980 öncesinde ve sonrasında devletin gerek mevzuatta gerek pratikteki rolü bakımından açık bir farklılık görülmekle ve sağlık hizmetlerinin ne ölçüde kamusal ne ölçüde özel olarak sunulduğu anlamlı olmakla beraber, bunu bir seçenekten bir diğerine geçiş olarak niteleyebilmek kolay değildir. İçinde bulunulan aşama ve koşullara göre politikalar değişebilir; ama seçeneğin değiştiğini ileri sürmek, tarif edildiği şekilde seçeneklerin ardındaki etik anlayışın da değiştiğini tespit etmekle mümkün olabilir. Akdur'un tarif ettiği haliyle ilk seçenek eşitlikçi bir etik, ikinci seçenek eşitsizlikçi bir etikdir. Türkiye'de devletin etiği temel olarak toplumsal refahı eşitsizlikçi yoldan artırmak olmuştur. İktisadi kaynaklar nasıl eşitsizlikçi biçimde bireylerin mülk edinimine bırakılmışsa, sağlıklı yaşam da temel olarak bireylerin sosyoekonomik konumlarına bağımlı bırakılmıştır. Bunun sınırlarını toplumun madden varlığını sürdürmek, her bireyin topluma katkısını garantilemek ve toplumsal parçalanmayı önlemek için herkese asgari bir sağlıklı yaşam imkanı sunma zorunluluğu oluşturmuştur. Örneğin Aydın, yanılıcı biçimde, o dönemde devletin sorumluluğu üstlenmesinden hareketle sağlık hizmetini "etik bir yükümlülük şeklinde" gördüğünü ileri sürmektedir (Aydın,

2002: v). Oysa devlet kastedildiği türden bir etik ile olmaktan çok, siyasi ve iktisadi bir rasyonalite ile davranmaktaydı.

Sağlık politikası bir bakıma bir ülke kaynaklarının tahsisi politikasıdır. Siyasi elitlerin gözünde Türkiye'nin öncelikli meselesi ekonomik kalkınmaydı; sağlık buna tabi olarak ele alındı. Kalkınma ve sağlık arasındaki ilişkinin kurulacağı en optimum nokta elitler arasında tartışma konusu olmuştur. Örneğin Umumi Hıfzısıhha Kanunu tasarısı görüşmeleri sırasında yer altında çalışan işçilerin çalışma saatleri, kadınlara yasak olan işler, küçük çocukların hangi alanlarda çalıştırılabilecekleri tartışılırken, ülkenin içinde bulunduğu ekonomik buhran koşullarının dikkate alınmadığı, iş kuruculara ağır yükümlülükler getirdiği için yatırımların duracağı eleştirileri yapılmıştır (**Özpekcan, 2002: 227**). Dahası benimsenen iktisadi kalkınma yolunun sağlık şartları üzerinde doğrudan etkisi vardır. Yönetici elitler kalkınmanın yolunu işçiler aleyhine sermayeyi özel ellerde toplamak ve küçük köylü aleyhine sanayiye kaynak aktarmak olarak gördüler. Bunun sağlık alanındaki sonuçları, görece yoksulluğa bağlı olarak gelişen beslenme yetersizliği ve yüksek hastalık riski gibi olumsuz temel sosyal şartlar olmuştur.

Benimsenen makro ekonomik politikalar devletin sağlık harcamalarına ayırdığı payı da belirlemiştir. Genel olarak, hükümet bütçelerinde sağlığa ayrılan pay düşük kalmıştır. Özel olarak, bütçeyi oluşturan vergilerin hangi kesimlerden ne oran ve miktarlarda toplandığı önem kazanır. İstenirse hem bütçe artırılabilir hem de vergi yükü yüksek gelir gruplarına bindirilmek suretiyle yoksul kesimlere kaynak transferi gerçekleştirilebilir. Türkiye'de vergiler –ardında iktisadi bir rasyonellik de olsa– sosyal amaçlarla 1946-1980 döneminde kullanıldı. Bu dönem bütçeden sağlığa ayrılan payın da arttığı dönemdi. Vergi politikaları ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkinin bir örneği kamuda hekim istihdamıdır. Türkiye'de hekimlerin kamu sektöründe çalıştırılmaları hep bir sorun oluşturmuştur. Bir yandan hekimlere olan ihtiyaç diğer yandan hekimliğin nitelikli bir meslek olması serbest çalışan hekimin kamu sektöründe çalışana göre daha çok kazanabilmesi olgusunu doğurmuştur. Aranır ve zor bulunur olma ayrıcalığının hekimlere kazandırdığı pazarlık gücünün bir göstergesi ve sonucu hekimlere resmi görevleri yanında özel muayene açma olanağının verilmesidir. Gürsoy'a göre, Erken Cumhuriyet döneminde, hekimi devlet hizmetinde tutmanın daha geçerli bir çözümü bulunamamıştı (**Gürsoy, 1985: 1721**). Hekimlerin serbest çalışmasına müsaade sağlık hizmetine ulaşmada parasal gücü belirleyici kılar. Oysa, kamu hizmeti anlayışı ile çelişse de, devlet, memurların maaş makasını hekimler lehine açabilir ve personel giderini yüksek gelir gruplarının daha fazla vergilendirilmesi suretiyle sağlayabilirdi ve bugün de sağlayabilir.

c) Nüfus Siyasetinin Rasyonalitesi

Erken Cumhuriyet döneminde nüfus artırıcı politikaların ardındaki askeri ve ekonomik acil nedenlere bakarak politika ve uygulamaları haklılaştıran mazeretçi

bir tutum literatürde yaygındır. Örneğin Doğan'a göre, bu politikalar "o zamana göre geçerli ve haklı" nedenlere dayanmaktadır ve o dönemdeki "yayımların, politika ve hukuk düzeninin bu anlayışla değerlendirilmesi gerekir" (**Doğan, 1993: 261-262**). Benzer bir tutumla Peker de, Atatürk'ün nüfusun artması, milletin sağlığının yükseltilmesi, ve fertlerin üretim için yetenekli bir şekilde yetiştirilmesi yönündeki görüşünü "büyük millet olmanın gereği" ile savunuşunu Cumhuriyet'in ilk yıllarındaki ekonomik, siyasi, ve askeri bir dizi iç ve dış sebeplerden ötürü "haklı" bulmaktadır (**Peker, 1999: 182, not 1**). Aslında Peker bireyi araçsallaştırıcı nüfus siyasetini haklılaştırmının güçlük ve sıkıntısını hisseder, ama çözümü bu siyasetin mantığını tam da rahatsız olduğu noktasında tahrif etmekte arar: Genç Cumhuriyet "insan kaynağını yetiştirme" amacını "yönetilenlere kul ve araç olarak değil, insan ve yurttaş olarak ayrımsız bakan yeni bir felsefi tutum" ile gerçekleştirmiştir. Halbuki 1960'larda nüfus politikasındaki dönüşümünü değerlendirirken kendi ile çelişir: "doğurganlığın yüksek düzeyde devamı yerine, demokrasi ve insan hakları çerçevesinde çiftlerin sağlıklı üreme hakkını sağlayacak" yasal değişikliğin gerçekleştirilmiş olduğunu ve sağlık hizmetlerinde birey-devlet ilişkisinin "yeniden" tanımlanarak bireyin "devlet karşısında hak sahibi" kılındığı bir döneme geçildiğini belirtir (**Peker, 1999: 169, 171**).

Erken Cumhuriyet dönemi nüfus siyasetinin devlet, millet, kalkınma adına bireyi baskıcı biçimde araçsallaştırmasının, birey hak ve özgürlüklerini ihlal edişinin bedelleri ağır oldu. Ekonomik politikalar ile nüfusu artırıcı siyaset arasındaki hassas bir ilişki vardı. Zira bir noktadan sonra, nüfusu artırmak için bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve ana çocuk sağlığını koruma gibi sağlık tedbirleri, yaşama ve çalışma şartlarını iyileştirecek ekonomik tedbirleri gerektiriyordu. Bu tedbirler alınmadan veya yeterince alınmadan doğumları teşvik ve doğum kontrolünü yasaklamak yoluyla olabildiğince hızlı nüfus artışını korumak insan hayatı bakımından maliyetliydi. Nüfus artışı isteniyordu ise her şeyden önce telefati önlemek üzere ana ve çocuk sağlığı önemsenmeliydi. Nüfus çalışmaları dünyada ve Türkiye'de kadının doğurganlık davranışı ile çocukların yaşama şansı arasında kuvvetli ilişki olduğunu göstermektedir; çok genç ve yaşlı annelerin ve sık doğum yapan annelerin bebek ve çocukları yüksek ölüm riski altındadır (**Peker, 1999: 176; Bertan ve Özcebe, 1993: 186**). Fazla doğumu teşvik bu bakımdan fazla ölümü teşvik anlamına gelmekteydi. 1935-40 döneminde beş yaşına ulaşmış erkeklerin 51,4 yıl, kadınların 50,2 yıl yaşayacağı tahmin edilmiştir (**Shorter ve Macura, 1983: 101**). Bugün ise kadınların erkeklerden daha fazla yaşayacağı tahmin ediliyor. Erken Cumhuriyet döneminde çok ve sık doğum yapan kadınların çoğu ağır tarımsal işlerde de çalıştığından görece erken yaşta tükeniyorlardı. Bugün kadınlar az doğum yapmakta ve kentsel işlerde çalışmaktadır (**Peker, 1999: 176**).

Çocuk ölümlerinin yüksekliği göz önüne alındığında altı çocuğa verilen teşvike hak kazanmak için bir kadının

on kadar doğum yapması gerekiyordu ki bu kadınların temel görevinin ve faaliyetinin çocuk üretmek olarak tasarlandığı gösterir. Doğum kontrol hizmetini esirgemek ise nüfus artışı adına kadını doğurma aygıtı gibi kullanmak anlamına geliyordu. Nüfusu artırmak için sadece teşvik değil zorlama (çocuk düşürme, doğum kontrol araçları ithalat yasağı, doğum kontrol bilgisi verme yasağı) da olduğundan, doğum kontrolüne başvuran kadınlar, örneğin düşük doğurganlığın olduğu İstanbul ve İzmir'deki kadınlar, siyasi elit ve ideologların gözünde vatana "ihamet" ediyorlardı.⁹ Çocuk doğurması hedef olduğuna göre kadının yeri de ister istemez evi, kimliği de annelik olarak belirlenmiş oluyordu. Bu Erken Cumhuriyet dönemindeki kadının mesleki, siyasi, sosyal hayatta erkek ile eşit bir konumda düşünülmediğini, böyle söylem ve sembollerin, retorik değilse eğer, ileriki bir hedef olarak algılandığını gösterir. Ancak 1960'lardan sonra kadının çalışma hayatına girmeye başlaması ile kadın imgesi de değişmeye başlayacaktı (Bakirezer, 1996).

1960'larda aile planlamasına geçilirken hukuki metinlerde bunun birey hak ve özgürlükleri ile temellendirilmesine rağmen, nüfus planlamasının ardında iktisadi bir rasyonalitenin olduğu söylenebilir. Buna göre aşırı doğurganlığın sonucu hızlı nüfus artışıdır; nüfustaki artışa en azından denk düşecek bir ekonomik büyüme ve orantılı gelir dağılımı olmadığında nüfus artışı sağlık, beslenme, eğitim vb. yaşam standartlarını, dolayısıyla da işgücünün niteliğini düşürecektir; bu da son kertede ekonomik büyümeyi yavaşlatacaktır. Dönemin muhafazakar çevrelerinde bu iktisadi rasyonalitenin doğru olmadığı eleştirisi yaygındı. Örneğin Kurtkan'a göre bu görüş aslında "dünya kaynaklarını daha ziyade kendilerine hasretmek isteyen batı medeniyeti ülkeleri"nin "az gelişmiş ülkelerin nüfuslarının artmasını engelleyici" bir tedbir olarak "az gelişmiş ülkelerde nüfus artışının tehlikelerini propaganda etme" yolunu tutmalarından kaynaklanıyordu. Oysa nüfusun hızlı artışı ne açlık ve kıtlık, ne işsizlik doğurur, ne de iktisadi gelişme hızını azaltırdı. Gelişmiş ülkelerde sanayileşme hem refah artışına hem de nüfus artışına yol açmış, ancak ekonomi ile nüfus arasındaki optimum nokta aşıldıktan sonra nüfus artış hızında azalma başlamıştı. Türkiye'de ise nüfus artış hızı sanayileşme ile 1960 sıralarında zirveye ulaşmış, bundan sonra sanayileşme devam ettiği halde nüfus artışında "vakitsiz" bir düşme başlamıştı. Halbuki nüfus artışı olumlu biçimde şehirleşme ve sanayileşmeyi teşvik edecekti. Dahası, Kurtkan'a göre, iktisadi büyüme kişi başına düşen reel üretim artışından başka, cemiyetin teknolojik, iktisadi, ve demografik vasıflarında da destekleyici bir yükselişi ifade eder. Üretim faktörleri içinde en önemlisi emek iken bunun içinde de en önemlisi kabiliyete dayanan vasıflı emektir. "En kıt tabiat başışı olan üstün kabiliyetli fertler" in sayısının artması geniş bir nüfus tabanına ihtiyaç gösterir. Doğurganlığı yüksek olan alt ve orta kesimlerin içinde bulunduğu sosyal çevre şartlarının eğitimle ıslahı sayesinde kabiliyetli kimselerin ortaya çıkarılması ve kazanılması mümkün olacaktır (Kurtkan, 1977).

Bir kere, Kurtkan'ın söylediğinin aksine, doğurganlık hızındaki düşme (dolayısıyla nüfus artış hızındaki düşme)

1965 kanunundan önce başlamıştı. İkincisi, az gelişmiş ülkelerden gelişmiş ülkelerin geçtiği aşamalardan aynen ve o hızda geçmezler. Dünya ekonomisi içinde entegrasyon az gelişmiş ülkelerde en modern üretim süreçlerinin geri geleneksel üretim biçimleri ile eklemlendiği karmaşık yapılar doğurur. Hızlı sanayileşme kaynakların hızla emek-gücünün niteliğini geliştirmeye tahsisini gerektirir. Dahası standart meta üretimine ve kol emeğine dayalı fordist üretim rejiminde işgücü niteliği çok sorun oluşturmazken, günümüzün post-fordist rejiminde zihinsel emek sürükleyici hale gelmiştir. Bugünün avantajlı konumundan bakıldığında nüfus artış hızının düşme eğilimine girmesi ile kaynakların emek-gücünün niteliğine yatırıma yönettirmeye başlanması ekonomik büyüme için hayırlı olmuştur. Üçüncüsü, Kurtkan çevre şartlarının ıslahından çok veya en az onun kadar, tabiat vergisiyle üstün kabiliyetli olana kimselerin çıkma ihtimalini yükseltecek büyük nüfusa önem verirken bilimden çok muhafazakarca ön-kabullerden hareket ediyordu.

d) Sağlık ve Etik

21. yüzyılın başlarında Türkiye sağlık ve nüfus alanlarında temel hedefler bakımından istenilen noktalara ulaşmak üzere görünmektedir. Bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı ve etkisi neredeyse yok edilmiştir. Temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik teşkilatlanma açısından tamamlanma noktasına yaklaşmıştır. Nüfus artış hızı neredeyse nüfusun yenilenme düzeyine inmiştir. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı neredeyse bireylerin istedikleri ölçülere ulaşmıştır. Fakat devletin sağlık ve nüfus siyaseti hala iktisadi bir rasyonaliteden bireylerin temel haklarının korunması zihniyetine dönüşmemiştir. Bütün bir cumhuriyet tarihine bakıldığında insanın kendi başına bir değer sayılmak yerine, insanın ve insan sağlığının araçsallaştırıldığı görülür. Birey kendi moral tercihleri doğrultusunda özgürce gireceği bir siyasal akdin tarafı görülmez.

Bu aslında Türkiye'ye özgü bir durum da değil. Kıt kaynakları piyasa mekanizması dolayısıyla dağıtarak insanlığı ilerletmeyi vaad eden üretim biçiminin ve onu denetleyen/yönlendiren sosyal mühendisliğin bir sonucu. Küreselleşme sürecini şimdilik yönlendiren yeni-sağ siyasetin önermeleri kamu hizmetlerini etkin kılma, devletin mali yükünü azaltma, ve nihayet kolay ve hazır yaşam olanaklarını elinden alarak bireyi çalışmaya/çalalamaya teşvik etmedir. Bireyin kendi seçmediği koşullardan ötürü içine düştüğü eşitsizlikleri kaygı edinmez, herkesin layıkını serbest piyasada bulacağını iddia eder. Dünyada ve Türkiye'de genetik uygulamaların sağlık ve nüfus alanlarına girdiği günümüzde insanlık belki de hiç görmediği bir karşıtlıklar dönemi eşliğinde. Yeni-sağ dünyada, bir yandan insan doğasına müdahalenin yarattığı dinsel öfke, diğer yandan iktisaden avantajlıların ve dezavantajlıların sağlığının artık baştan, bir kader gibi belirlenebilecek olmasının getirdiği korkunç tehdit, insanlığın önünde çözüm bekleyen sorunlar olarak duruyor.

DİPNOTLAR

1 Ortaylı'ya göre en büyük sorumluluk cinselliği bir suç, bir günah kabul edip, üremeye yol açmayacak her türlü cinselliği reddeden ve lanetleyen tutum olmalıdır (Ortaylı, 1989: 55).

2 Bu bakımdan Ortaylı'nın da belirttiği gibi pro-natalist politikaların doğum kontrol yöntemlerini yasaklaması ve anti-natalist politikaların ekonomik primlere ve zorlayıcı hükümlere başvurusu kabul edilemez (Ortaylı, 1989: 62-63).

3 Buna en güzel bir örnek Fahrettin Kerim Gökay'ın öjeni üzerine yazısıdır. Gökay temeldeki iktisadi rasyonaliteyi şöyle ifade der: "Bugün fert devletin en gelirli sermayesidir. Binaenaleyh 'Eugenique' noktasından bu sermayeyi çok iyi idare etmeğe ve korumağa mecburuz. Milli servet ve iktisat meselesi de bunu amirdir." Bu temelde bir yandan ruhen veya bedenen kusurlu olanlar verimli çalışamayacaklarını, bakımlarının cemiyete yük olacağını, çalışanlara zarar verebileceklerini söyler, diğer yandan farklı ve aşağı ırklarla birleşmeye ruhsal parçalanma ve vasıf kaybına yol açacağı gerekçesiyle karşı çıkar (Gökay, 1934).

4 "Ferdî iyene riayet edilmediğinden dolayı hastaların sayısı artarsa bundan hem fert, hem onun istihsal kudretinden mahrum kalan cemiyet, hem de tedavi işini üzerine alan devlet zarar görür." "Bu arada insanın çalışma kabiliyetini şayani hayret bir şekilde azaltan, doğumların azalmasında ve çocuk ölümlerinde mühim bir rolü olan sıtma üzerinde de biraz durmak çok yerinde olur. Elimizdeki istatistiklere göre sıtma bölgelerimizde 1945 yılında 2,5 milyon sıtmalı tedavi edilmiştir. Sıtmalı hastaların en az dört gün çalışmadıkları kabul edilse, bu yüzden bir senede on milyon çalışma günü kaybettiğimiz anlaşılır. Bir işçi gündeliği ortalama üç lira olduğundan yalnız sıtmalıların çalışmadıkları günler yüzünden kaybımız 30 milyon liradır." "...koruyucu hekimlik sahasındaki çalışmalarımız işler bir hale girdiği gün, hastalık ve ölümler bugünküne nisbetle bir hayli azalmış olacak, çalışan kollar çoğalacak, istihsal artacak, hastanelerimiz de ağır yüklerinden kurtulacaktır." "Nüfusumuzun yüzde yetmişbeşini teşkil eden köylerimiz yetiştirdikleri mahsul ile memleketi besledikleri gibi fazla çocuk yapmak suretiyle de nüfusumuzun artmasına hizmet ederler. Bu itibarla memleketimizin kuvvet kaynakları daha çok köylümüzdedir." "Buna rağmen köylerimiz sağlık yönünden çok mahrum ve bakımsız kalmışlardır." "Bugün köylüye koruyucu hekimliğin en iptidai esaslarını öğretecek, hastalananlara, kazaya uğrayanlara ilk yardımı yapabilecek bir teşkilat yoktur. Köylerimizde Türk anaları hiçbir bakım ve ihtimam görmeden bol bol doğurmakta, çocuklarsa her türlü sıhhi bakımdan mahrum kaldığından bir kısmı ölmektedir. Bundan dolayı memleketin gördüğü zararlar milyarları geçmektedir." "Bir insanın ekonomi bakımından istihsal kıymetini ortalama 5,000 lira farzederek her yıl kayıp ettiğimiz 50,000 verimli yüzünden 250,000,000 lira zarar etmekte olduğumuzu esefle görürüz." (Millî Sağlık Planı, 1946: 7-8, 10, 12-13, 23).

5 Din İşleri Yüksek Kurulu'nun yorumları, örneğin 1971

sonunda Fas'ta düzenlenen "İslam'da Aile Planlaması Kongresi"nde kabul edilen karar metni ile de uyumluydu (Doğan, 1993: 258).

6 Kanun koyucunun isteyerek çocuk düşürme ve kürtaja gebeliğin süresi bakımından bir üst sınır koymasının ve bu sürenin ötesindeki fiillere cezai müeyyide uygulanmasının ne kadar etik olduğu tartışılır. Bu konudaki muhalif argüman istenmeyen cenini döl yatağında tutacak hiçbir gücün olmadığı ve üst sınırın ötesindeki yasadışı ve gizli düşürme ve kürtaj vakalarının anne sağlığını tehlikeye atacağı ve genel olarak da annenin gebeliğe mahkum edildiği önermelerine dayanır (Katoğlu, 2004: 304-305). Bizi burada öncelikle ilgilendiren kanun koyucunun amacıdır. Anne tercihi saygı ve anne sağlığını koruma ile ceninin yaşam hakkına saygı arasında düşünülen denge devletin iktisadi rasyonalitesi ile toplumun ahlaki değerleri arasında bir uzlaşmayı ifade eder. Belki de etik olarak daha uygun bir uzlaşma istenmeyen çocukların doğurulması ve ama bakımını devletin üstlenmesi olabilir.

7 Aile planlamasının ilk kez geçtiği 1982 Anayasası'nın "Ailenin Korunması" başlığı altındaki 41. maddesinde devletin aile planlamasının öğretilmesinde gerekli tedbirleri alacağı söylenmekle beraber maksadın bireylerin temel hak ve hürriyetlerinin korunması olduğu belli değildir. Amacın ailenin korunması olduğu gibi -Anayasa'nın diğer maddeleri ile birlikte düşünüldüğünde- kişinin temel hak ve hürriyetlerinin sağlanması olduğu yönünde de yorumlar vardır. Örneğin Ünal'ın alıntılıdığı Bayraktar-Okur tarafından yapılan yorum ikinci yöndedir: "Devlet'in ferdin cinsel hayatına yapacağı müspet ve menfi her türlü baskı Anayasa'ya aykırı olacaktır. Yani Devlet, ferdî zorla üremeye sevk edemeyeceği gibi, yine ürememeğe, yani doğum kontrolüne zorlayamaz... Ferdin arzusu hilafına çocuk sahibi olması, ya gerekli araç ve ilaçları istediği halde bulamaması yüzünden (kanunen yasak olması veya başka sebepler dolayısıyla) veya bu vasıtaları bilmediği için kullanamamasından ileri gelir. İki durumda da fert kendine rağmen, arzusu hilafına üremektedir. Bu konuda iradesini gerçekleştirmekten mahrumdur. Bu yüzden Devlet'e düşen, doğum kontroluyla ilgili ilaç ve araçları halkın bilgisine ve istifadesine sunmak, ancak, herhangi bir baskıda bulunmamaktadır... Devlet ferde tercih hakkı ve imkanı sağlar ve bununla yetinir. Doğum kontrolunu önleyen mevzuat gibi, ferdin rızası olmadan yapılan doğum kontrolü da kişinin temel hak ve hürriyetine aykırıdır." (Ünal, 1991: 23-24).

8 Türkiye'de bebek ölüm hızı (1975 yılı) binde 112 iken, örneğin (1974 yılı) Batı Almanya'da binde 21,1 ve Romanya'da binde 35'ti. Ayrıntılı istatistikler için bkz (Fişek, 1983: 187).

9 1930'larda Cumhuriyet Halk Partisi'nin yarı-resmî organı Ülkü dergisinde Necip Ali Küçük'a'nın çocuk düşürmeye dair yazısını sonlandırış biçimi siyasi elitin halet-i ruhiyesini yansıtır: "Fakat hiçbir sebep yokken çocuğu aldirmek mahsülü hayat olan çocuğu öldürmekle her halde her şeyden önce sosyeteye karşı bir suç işlenmiş olur. Bizim gibi az zaman içinde çoğalmağa muhtaç olan millet ve memleketler için bu tarzda hareket ise Türk dünyasına karşı açık bir ihanettir!" (Küçük'a, 1936: 26).

KAYNAKLAR

- Akdur, R.** (1999). "Cumhuriyet'ten Günümüze Türkiye'de Sağlık Politikaları", Zeynep Rona (ed.), Bilanço 1923-1998, İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları içinde, 391-402.
- Aydın, E.** (2002). Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi, Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık.
- Bakırezer, G.** (1996). "1960'ların Hayat'ında Kadın Kimliğinin Değişimi", Toplumsal Tarih, 31: 39-43.
- Bertan, M., Ö.H.** (1993). "Türkiye'de Nüfus ve Sağlık", Aykut Toros (ed.), Türkiye'de Nüfus Konuları: Politika Öncelikleri, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 141-209.
- Demirhindi, O.** (1988). "Halk Sağlığı-I", Ekrem Kadri Unat (ed.), Dünya'da ve Türkiye'de 1850 Yılından Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 4: 163-173.
- Dirican, R.** (2001). "Dr. Behçet Uz (1893-1986) ve Ulusal Sağlık Planı", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16(6): 466-467
- Doğan, L.** (1993). "Türkiye Nüfusunun Kültürel, Dini ve Politik Özellikleri", Aykut Toros (ed.), Türkiye'de Nüfus Konuları: Politika Öncelikleri, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 209-279.
- Erginöz, H.** (1988). "Halk Sağlığı-II. Türkiye'de Sağlık İdaresi", Ekrem Kadri Unat (ed.), Dünya'da ve Türkiye'de 1850 Yılından Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi, İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 174-190.
- Fişek, N.H.** (1971). "Türkiye'de Nüfus Araştırmaları", Bozkurt Güvenç ve Frederic C. Shorter (editörler), Türkiye Demografyası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 3-21.
- Fişek, N.H.** (1983). Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- Goldberg, D. Litton, G.** (1971). "Aile Planlaması: Gözlemler ve Açıklayıcı Bir Plan", Bozkurt Güvenç ve Frederic C. Shorter (editörler), Türkiye Demografyası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 221-242.
- Gökay, F. K.** (1934). "Milli Nüfus Siyasetinde (Eugenique) Mealesinin Mahiyeti", Ülkü, 3(15): 206-212.
- Gürsoy, G.** (1985). "Sağlık", Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi içinde, cilt 6-7, İstanbul: İletişim Yayınları, 1715-1745.
- Güvenç, B. Serinken, H. ve Özbay, F.** (1971). "Etimesgut Sağlık Bölgesinde Deneysel Bir Aile Planlaması Programı", Bozkurt Güvenç ve Frederic C. Shorter (editörler), Türkiye Demografyası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 242-250.
- Kalkınma Planı** (1963). Ankara: Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı yayını.
- Katoğlu, T.** (2004). "Ceza Hukuku ve Etik", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 19(4): 300-306.
- Koç, İ., Özdemir, E.** (2004). "Doğurganlık", Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, Ankara: Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü: 81-90.
- Kurtkan, A.** (1977). "Türkiye'de Nüfus Problemleri ve Planlaması", Sosyoloji Konferansları, 15, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Yayını, 15-37.
- Küçük, N. A.** (1936). "Çocuk Düşürme", Ülkü, 7(38): 23-26.
- Michel, A.** (1984). Feminizm, İstanbul: Ağaoğlu Yayınevi.
- Milli Sağlık Planı** (1946). Ankara: SSB Yayınları.
- Ortaylı, N.** (1989). "Doğum Kontrolü'nün Hikayesi", Toplum ve Bilim, 45: 49-64.
- Özbay, F., Shorter, F.C.** (1970). "Türkiye'de Aile Planlaması Uygulamalarında 1963 ve 1968 Yılları Arasında Görülen Değişmeler", Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2(2): 194-212.
- Özbay, F., Shorter, F.C.** (1971). "Etimesgut Sağlık Bölgesinde Doğurganlık ve Aile Planlaması", Bozkurt Güvenç ve Frederic C. Shorter (editörler), Türkiye Demografyası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 250-279.
- Özbek, N.** (2002). Osmanlı İmparatorluğu'nda Sosyal Devlet: Siyaset, İktidar ve Meşruyet, 1876-1914, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Özpekan, M.** (2001). "Büyük Millet Meclisi Tutanaklarına Göre Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Politikası (1923-1933) (I. Bölüm)", Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları, 7: 105-160.
- Özpekan, M.** (2002). "Büyük Millet Meclisi Tutanaklarına Göre Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Politikası (1923-1933) (II. Bölüm)", Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları, 8: 163-274.
- Öztaş, G. G.** (2006). "Türkiye'de Öjeni Düşüncesi ve Kadın", Toplum ve Bilim, 105: 265-283.
- Peker, M.** (1999). "Nüfus Politikasındaki Değişim ve Nüfusumuzdaki Dönüşümler", Zeynep Rona (ed.), Bilanço 1923-1998, İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları içinde, 169-183.
- Shorter, F. C.** (1971). "Türkiye'de Doğurganlık, Ölüm Seviyeleri ve Nüfus Artışı", Bozkurt Güvenç ve Frederic C. Shorter (editörler), Türkiye Demografyası, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, 22-44.
- Shorter, F. C., Macura, M.** (1983). Türkiye'de Nüfus Artışı (1935-1975): Doğurganlık ve Ölümlülük Eğilimleri. Ankara: Yurt Yayınevi.
- Soyer, A.** (2001). "Türkiye'nin İktisadi ve Sosyal Tarihi Bağlamında Başlangıcından 1960'a Kadar Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 16(6): 413-429.
- Soyer, A.** (2003a). "Halk Sağlığının Doğuşu ve Şekillenmesi; Kapitalizmin Sanayi Devrimi Evresinde Doğup Büyüyen, Ama Halkın Mutluluğu İçin Kullanılabilecek Bir Mücadele Alanı/ Aracı (Mı?)", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 18(3): 186-196.
- Soyer, A.** (2003b). "1980'den Günümüze Sağlık Politikaları", Praksis, 9: 301-321.
- Tezcan, S., Yaman-Carpenter, Carol E., Fişek, N. H.** (1980). Türkiye'de Çocuk Düşürme, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayınları.
- Tezcan, S., Bozbeyoğlu, A.Ç.** (2004). "Düşükler ve Ölü Doğumlar", Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, Ankara: Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü: 81-90.
- Ünal, T.** (1991). Aile Planlamasına Hukuksal Yaklaşım, Ankara: Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayını.
- Ünal, T. Koç, İ., Tezcan, S.** (2004). "Aile Planlaması", Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2003, Ankara: Hacettepe Nüfus Etüdüleri Enstitüsü: 81-90.
- Yıldırım, N.** (1985). "Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Koruyucu Sağlık Uygulamaları", Tanzimat'tan Cumhuriyet'e Türkiye Ansiklopedisi içinde, İstanbul: İletişim Yayınları, 1320-1338.