



Dr. Ali Koyuncuer\*

Bütün dünyada yaşanan önemli sorunlardan biri de istenmeyen gebeliklerdir. Bunun için birçok örgütlenme kurulmuştur. Gerek anne sağlığı, gerek çocuk sağlığı açısından ailenin bakabileceği kadar çocuk yapması hedeflenmektedir. Bunun aynı zamanda hem aile ekonomisine, hem de ülke ekonomisine önemli rahatlama getireceğine inanılmaktadır. Bu yazının amacı özellikle de birinci basamak hekimliğinde (kendi deneyimlerimizden yola çıkarak) sıkça karşılaşılan bir soruna açıklık getirmektir. Yalnızca hasta ile ilişkisi gereği değil, koruyucu hekimlik açısından da konuya yaklaşılması ve bununla ilgili yeterli bilgi donanımına sahip olunması amaçlanmıştır.

Her kadının bir ya da iki çocuk sahibi olması beklendiğinden, üreme yıllarının çoğunluğu gebeliği engellemeye çalışmakla geçer. Üremenin etkin kontrolü, bir kadının çocuk doğurma dışındaki amaçlarına ulaşması için

gerekli koşuldur (1). Halen dünya nüfusu her gün 260.000 kişi, yılda 94 milyon artmaktadır (2).

Dünyada 1990 verilerine göre yaklaşık 900 milyon üreme döneminde aile varken, bu değer, 2003 verilerine göre bir milyar 43 milyon 265 bin olmuştur. Bu ailelerin dünya genelinde 1990'da %43'ü gebelikten korunmakta iken, 2003 sonuçlarına göre herhangi bir yöntem kullananların oranı %60.9, modern yöntem kullananların oranı yüzde 54.0'dır. Tüm dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem, kadın ve erkekteki cerrahi sterilizasyon olup bunu rahim içi araçlar (RİA) ve oral kontraseptifler (hap) izlemektedir. Dünyada en yaygın kullanılan kontraseptif yöntem prevalansı 2003 verilerinde toplamda yüzde 20.2 ile kadın sterilizasyonudur. Daha sonra RİA %13.9, hap %7.2, kondom %4.8, erkek sterilizasyonu %3.5, enjeksiyonlar-implantlar %2.6, vajinal bariyerler %0.5, geri çekme %2.4, takvim %3.9 ile kullanılan yöntemler olmaktadır (2,3).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) doğumların %55'nin planlanmamış olduğu tahmin edilmektedir. Planlanmamış gebeliğin önemli bir belirtisi indüklenen düşük prevalansıdır. Genç insanların fertiliteleri yaşlı kadınlardan daha fazla olduğu ve kontrasepsiyon olmaksızın ilişkiye girmeleri daha olası olduğu için, kontraseptif başarısızlığı yaşamayı daha kolaydır. ABD'de cerrahi olmayan kontrasepsiyonlar içinde hap kullanımı 1988 verilerine göre %18.5, kondom %8.8, RİA %1.2 oranındadır. Cerrahi sterilizasyon yöntemini kullananların oranının %28.3 olduğu belirtilmektedir (1).

**Kontrasepsiyon:** Burada bütün kontrasepsiyon yöntemleri ve ayrıntıları ele alınmayıp Türkiye'de yaygın olarak kullanılanlar ve üzerinde araştırma konusu yapılanların bir kısmı üzerinde durulacaktır. "Doğal Aile Planlaması", menstrüel fazın fertil döneminde cinsel ilişkiden kaçınılarak, gebeliğin önlenmesi ya da planlamasıyla gerçekleştirilir. İlaçlar, araçlar ve cerrahi prosedürler kullanılmaz. Batı ülkelerinde doğal aile planlaması uygulanan kadınlarda gebelik oranı 100 kadın yılında 10-15'dir. Üç ana

**Tablo 1.** Türkiye'de yıllara göre ailelerin kontraseptif yöntem uygulamaları (%)

Kullanılan yöntem	1988	1993	1998
RİA	14.0	19	20
Hap	6.2	5	4
Kondom	7.2	7	8
Cerrahi Sterilizasyon	1.8	3*	4*
Geri Çekme	25.7	26	24
Toplam Modern Yöntem	31.0	35	38
Toplam Geleneksel Yöntem	32.3	28	26

\*Tüp ligasyonu olarak alınmıştır (3,5,7)

**Tablo 2.** Türkiye'de yıllara göre ailelerin kontraseptif yöntem uygulamaları (%)

Ülke, Yıl,	Yöntem				
	RİA	Hap	Kondom	Cerrahi steril.	Geri çekme
İngiltere (2002)	6.0	22.0	18.0	K-13 E-17	4.0
Fransa (1994)	19.9	35.6	5.0	8.0	3.2
Almanya (1992)	6.0	58.6	4.4	K-0.9 E-0.0	0.3
Belçika (1991-1992)	5.0	46.7	4.7	K-109 E-7.0	2.0
İtalya (1995-1996)	5.5	13.6	13.7	K-5.8 E-0.1	17.5
Hollanda (1993)	3.6	49.0	7.7	K-4.8 E-10.5	2.9

başlık olarak fertil siklus, serviks ve bazal vücut ısısından söz edilebilir. Fertil siklus menstrüel siklusun fertil ve infertil fazları, siklus boyunca değişen estrogen (östrojen) ve progesteron yoğunlukları sonucunda oluşan işaret ve belirtilerle kendini gösterir. Estrogen ve progesteron etkilerini en belirgin biçimde servikal mukus yapımı ve bazal vücut ısısında gösterir. Fertilité siklusu üç faza ayrılır. Rölatif infertil faz, fertil faz ve mutlak infertil faz. Estrogen ve progesteron yoğunluklarındaki değişiklikler serviksi etkiler, mukusun miktarını ve niteliğini değiştirir. Bazal vücut ısısı, gece uyuyarak tam bir istirahat yapan kişinin, yemek dahil normal aktivitelere başlamadan önce ölçülen vücut sıcaklığıdır. Ternojenik etkisi olan progesteronun siklusun postovulatuvar döneminde salgılanması arttığından bazal vücut sıcaklığında 0.6-0.8 derecelik artış olur (4).

*Kondom* belki de en eski doğum kontrol yöntemidir. Kontraseptif yöntemler arasında, hala kabul edilerek, yerini koruyan bir yöntemdir. Kondomlar kontrasepsiyonda çok etkilidirler.

*Spermisidler* diyafram, *cap*, *sponge*, ve kondom kontrasepsiyon yöntemleri ile birlikte yaygın kullanılabilir. Etki yolu iki temel komponente bağlıdır. Aktif komponent spermeleri öldürerek, sperm motilitesini azaltarak ve spermin ovaya penetre olması için, gerekli enzimleri inaktive ederek önemli rol oynar.

Diyafram yönteminin popülaritesi giderek azalmıştır. Bundaki en sık neden, diyaframın neden olduğu yakınmaları yapmayan oral kontraseptifler ve RİA' nın bulunmasıdır (5).

*Enjektabl medroksiprogesteron*, hipotalamus-hipofiz- over eksenini üzerinde etki yaparak ovulasyonu inhibe eden bir progestindir. Endometriyum ve servikal mukus üzerinde etkili olmaktadır (4). Depo progesteron, servikal mukusta kalınlaşmaya yol açarak sperm geçişini engeller. Aynı zamanda gonadotropin salgılanmasını ve dolayısıyla ovulasyonu baskılar (6).

RİA, yüksek düzey etkinlik, sistemik metabolik etkilerle ilişkili olmaması, uzun süreli kullanım için tek bir girişimin gerekmesi önemli avantajlarıdır. İlaçsız (progesteron içermeyen) tipinde, artmış sayıdaki endometriyal lökositlerden kaynaklanan doku yıkım ürünleri spermisidal bir intrauterin çevre oluşturur. Aracın yapısına bakırın girmesi enflamatuvar

reaksiyonu artırır. İlaçlı RİA'da, progesteron etkisi ile, endometriyum implantasyon için uygun olmayan duruma dönüştürülür. Servikal mukus spermelerin geçişini azaltır. Üç tipi bulunmaktadır: Baryum emdirilmiş plastik araçlar, bakır içeren araçlar, progesteron salgılayan T şeklindeki araçlar (4).

*Oral kontraseptifler* temelde ovulasyonu inhibe ederek kontraseptif etki gösterirler. Progestin (progesteron) fraksiyonu primer olarak Luteinizan Hormon'u, estrogen (östrojen) fraksiyonu ise Folikül Stimülan Hormon'u baskılayarak dominant folikül gelişmesini engeller. Yine progestin (progesteron) etkisine bağlı olarak endometriyal glandlarda atrofi olur, servikal mukus kalınlaşarak sperm geçişine engel olur ve tubal peristaltizmde azalma görülür (5).

Kombine hap, yapay bir corpus luteum gibi düşünülebilir.

Erkekler için uygun kontraseptif yöntemleri halen deneme aşamasındadır. Gossipol ve medroksiprogesteron bu amaçla kullanılan ilaçlara örnek verilebilir (6). Gossipolün spermid olarak satışa sunulabilmesi için daha çok araştırmalar yapılması gerekir (5).

Tubal sterilizasyon, vazektomi, takvim, geri çekme yöntemlerindende söz edilebilir.

#### **Türkiye'de Aile Planlamasının Durumu**

Türkiye'de 1965 yılından başlatılan sürdürülen aile planlaması çalışmaları günümüze kadar önemli gelişmeler göstermişlerdir. Türkiye'de kaba doğum hızı ülke genelinde binde 22.9, kentlerde 21.7, kırsal yerleşim alanlarında ise binde 24'tür. Özvarış (1993 ve 1988 verileri), kadınların doğurganlık davranışları ile ilgili son duruma göre; 50 yaşına gelen bir kadının doğurmuş olduğu çocuk sayısı 4.6, şimdiki doğurganlığı, yani üreme dönemi boyunca bir kadına düşen canlı doğum sayısının (toplam doğurganlık hızı) %2,7 olduğunu belirtmiştir. Bu sayı kentsel bölgede 2.4, kırsal bölgede ise 3.1, Batı Anadolu'da 2.0, Doğu Anadolu'da 4.4'tür. Oysa 1988'de toplam doğurganlık hızı 3.9 iken, 1993 yılında 2.7'ye düşmesi olumlu bir gelişme olmakla birlikte, bölgeler arası farkın büyüklüğüne dikkat çekilmektedir (5).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), sayımlar arası nüfus artış hızını 1970'lerden bu yana binde 20-25 olduğunu açıklarken, 1997 yılında yapılan nüfus sayımları sonrası değerlendirmeleri de Özvarış'ı desteklemektedir. Kentsel ve kırsal

yerleşim yerleri Türkiye-1998 verilerine göre, araştırma tarihinden önceki üç yıl için toplam doğurganlık hızı (TDH) kadın başına 15-49 yaş için kentlerde %2.39 kırsalda %3.08; 15-44 yaş için kentlerde %2.39, kırsalda %3.08 olarak saptanmıştır. Kaba doğum hızının (KDH,1000 kişi başına) %22,8 olduğu bildirilmiştir. Önceki araştırmalar dikkate alındığında, toplam doğurganlık hızlarında eskiden beri süregelen kent/kır farkının kapanmakta olduğu görülmektedir.

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntemler ile ilgili ve gebeliği önleyici yöntem kullanımına ilişkin bilgi düzeyleri incelendiğinde, tüm kadınların %98.2'sinin herhangi bir yöntemi bildiği gösterilmiştir. Yine tüm kadınlar içinde modern yöntemlerden %94.9 ile RİA en çok bilinen yöntem olurken, hap %94.4, kondom %79,9 oranında bilinmektedir. Geleneksel yöntemler içinde geri çekme %77.4, takvim ise %43.6 ile bu yöntemler hakkında bilgiye sahip olunduğu bildirilmiştir. Ancak aynı araştırma evli çiftlerin bu oranda yüksek bilgiye sahip olmadıklarında göstermiştir. Örneğin her ikisinin de (koca ve karısı) hap bilme oranı %88.9, RİA %85.9, geri çekme %77.6'dır (7).

Ülkede sağlık hizmetinin en temel örgütü sağlık ocağıdır. Nerdeyse Türkiye'de her kasabaya kadar yaygınlaştırılmış olan bu birimler, toplumun en fazla ve en kolay ulaşabildikleri merkezlerdir. Sağlık Bakanlığı'nın Haziran 2003 verilerine göre halen faal olan toplam sağlık ocağı sayısı 5 883'tür. Ocak-Haziran 2003 verileri içinde Haziran ayında bildirilen toplam gebe sayısı ise 21 924'tür (8).

Gebeliği önleyici modern yöntemlerin elde edildiği kaynaklar ile ilgili olarak, 1998'deki araştırmada yüzde 55.8 devlet sektörü olması ve bunun da en büyük kesimini yüzde 23.2 ile sağlık ocaklarının temsil etmesi özellikle birinci basamak hekimliğinin rolünü göstermesi açısından değerlidir (7).

### **Son Üç Araştırmaya Göre Türkiye'de Kontrasepsiyon**

Aile planlaması programlarının başarısının değerlendirilmesinde en sık kullanılan göstergelerden birisi de halen gebeliği önleyici yöntem kullanma düzeyidir. Doğurganlığın belirleyicilerinin analizi sırasında yaygın olarak kullanılan bir ölçüdür. Genel olarak, halen evli olan kadınların %64'ü gebeliği önleyici bir yöntem (Tablo 1) uygulamaktadır. Halen evli her beş kadından biri RİA kullanmaktadır

(Tablo 1). En sık olarak kullanılan ikinci modern yöntem kondomu, halen evli kadınların yaklaşık yüzde %8'i, kocaların ise yüzde 11'i "halen kullanılan yöntem" olarak belirtmişlerdir. Geleneksel bir yöntem olan geri çekme Türkiye'de halen evli kadınlar arasında en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Tablo 2'de bazı Avrupa ülkelerindeki durum ile Türkiye'deki uygulamaların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### **Kontrasepsiyonda Başarı ve/ya da Başarısızlık**

Yöntem bırakmaya ilişkin analizlerde birbirini dışlayan beş temel neden üzerinde durulmaktadır. Bunlar yöntem başarısızlığı, gebe kalma isteği, yöntemin yan etkileri ya da yönteme bağlı sağlık nedenleri, yönteme ilişkin sağlık nedenleri, yönteme ilişkin sağlık dışı nedenler (kocanın karşı çıkması, yöntemi elde etmedeki güçlük, daha etkili bir yöntem kullanma isteği, yöntem kullanımındaki zorluklar, ve yöntemin maliyeti) ve diğer nedenler (kocasının yanında olmaması, cinsel ilişkinin seyrek olması, kadının gebe kalmasının zor olduğunu söylemesi menopozda olması, boşanma, ayrılma-ölüm, kaderci yaklaşım ve diğer nedenler) (9).

Tablo 3'te bazı kaynak kitap ya da araştırmalarda yöntem başarısızlıklarında farklılık olduğu görülmektedir.

Türkiye'de duruma bakıldığında, aile planlaması yöntemlerini kullanan her üç kadından birisinin, kullanmaya başladıktan sonraki 12 ay içinde yöntemi kullanmayı bıraktığını göstermektedir. Bir yıllık yöntem bırakma hızları RİA için (Tablo 4) yüzde 9 kadar düşük iken, enjeksiyonlar için yüzde 52, hap için yüzde 56, geri çekme için ise yüzde 38 bulunmuştur. Kullanıcıların yüzde 5'i gebe kalmak istedikleri için, yüzde 7'si yöntemin gebeliği önlemede başarısız olması nedeniyle, yüzde 5'i yöntemin yan etkileri ya da sağlık işleri nedeniyle ve geriye kalan yüzde 17'si de diğer nedenlerden dolayı yöntem kullanmayı bırakmışlardır (7).

Kadının eğitimi, canlı doğum sayısı ve doğurganlık tercihleri, kontraseptif yöntemlerin etkili kullanımında belirleyici etmenlerdir. Kadın eğitiminin artması, doğurganlığını, sonlandırma amacı ile kontrol etme isteği ve 2-3 canlı doğum yapma, diğer etmenlere göre, özellikle, geri dönüşümlü modern yöntemlerde bırakma hızını azaltmakta, ortanca kullanım süresini

**Tablo 3.** Çeşitli kaynaklara göre kullanılan yöntemin gebelik riski (%), başarısızlık oranları

Yazar Yöntem	Kondom	Spermisid	Vajinal Yöntemi	Diyafram	Takvim	Geri çekme	RIA	Hap	Tüp ligasyonu	Vaze-ktomi
Beck W.(NMS)	5-10	5-25	10-15	5-10						
Kişnişçi	12	-			20	18	3	1-8	0.4	0.2
Ranjit *	14.2	28.1		13.1	23.5	24.1	3.2	7.0		
Berek J.S,Novak	K-21 E-12	21		18		19	2	3	0.4**	.15**
Mycek-Harvey-Champe	3.6	11.9		1.9	15.5	6.7	1.4	0.25	.13**	.02**
Trussel	9	15		8	20	19		7		
Kaiser	14	26		20	25	19	0.8	5	0.5**	.15*

\*Bu değerler standardize edilmiş değerlerdir ve ilk yıl içindir/ \*\*Cerrahi sterilizasyon olarak alınmıştır (1, 2, 4,10, 11, 12, 13)

**Tablo 4.** Bir yıllık yöntem bırakma hızları ve nedeni (%)

Gebeliği önleyici yöntem	Yöntem başarısızlığı	Gebe kalma isteği	Yan etkiler/ sağlık kaybı	Diğer nedenler	Tüm nedenler
Hap	6.6	4.8	21.4	23.6	56.4
RIA	0.9	0.4	6.0	2.0	9.4
Kondom	6.0	8.1	0.8	28.6	43.3
Geri Çekme	12.0	7.2	0.3	18.7	38.2
Toplam	7.4	5.2	5.0	17.2	34.9

uzatmaktadır. Bırakma nedenleri incelendiğinde, son beş yılda yöntem bırakmada %2'lik azalma olduğu saptanmıştır. Yöntem başarısızlığı nedeniyle bırakmada, geri çekme (Tablo 4) birinci sırada olup bunu diğer geleneksel yöntemler ve hap izlemektedir (14). Saka ve ark. Türkiye'de yüz gebelik başına yöntem başarısızlığı en düşük RIA için, en yüksek kondom için olduğuna değinirken (15), İnce ve ark.nın çalışmaları nda ilk yöntem olarak geri çekme kullanımı %19.3, halen geri çekme ile korunanların oranı %9.8 olarak bulunmuşlardır. Korunurken gebe kalan kadınların yaklaşık yarısı (%57.8) geri çekme ile korunduğunu ifade etmiştir. İnce ve ark., yine Ünsal ve arkadaşlarının çalışmalarına dayanarak, herhangi bir yöntem kullanırken gebe kalanların oranı %19.5 olup bunlardan %60.6'sında geri çekme ile korunurken gebelik gerçekleşmiş olduğunu da belirtmişlerdir. Türkiye üreme sağlığı hizmetleri durum analizi araştırması'nda gebelik sonlandırması için başvuran kadınların %76'sının o esnada geri çekme yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (16).

Sağlık yan etkileri nedeni ile yöntem bırakmada hapın en sık olarak birinci sırada yer alması ise hizmet sunumunda bilgilendirme yetersizliğini, belki de, doğru seçimin yapılamadığı bir hizmet modelinin varlığını düşündürmektedir (14).

### Yöntem Başarısızlığında Bir Sonuç: İstemli Düşükler

Günümüzde 75 bini düşükler nedeniyle olmak üzere, her yıl 600 bin anne ölümü olduğu tahmin edilmektedir. İsteyerek düşükler doğurganlığın düzenlenmesinde kullanılan en eski ve en yaygın yöntemdir. İstemli düşüklere olan gereksinimin azaltılması ve güvenli olmayan düşüklerin önlenmesi aile planlaması hizmetlerinin sağlık sistemine entegre olmasının sağlanmasından geçer. İstenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler ve buna bağlı maternal mortalite ve morbidite ulaşılabilir aile planlaması hizmetlerinin artırılmasıyla büyük oranda azaltılabilir(15). Günümüzde gebeliğin ilk iki ayında, yetişmiş ve etkili hekimlerce endikasyonun konulması, uygulamada tıbbi standartın korunması koşulu ile abortusda anne mortalite riski milyonda %0.6'yı aşmamaktadır ( Beck: 100 bin uygulamada <0.05'den az) (4,5).

Yöntem başarısızlığı hem isteyerek düşüklerin, hem de doğurganlığın artmasına yol açmaktadır (14). İndüklenmiş (planlı) abortus ABD'de ilk kez 1973 yılında yasallaştı ve hükümet yasalarına bağlı olarak yaklaşık 20. gebelik haftasına kadar indüksiyon yapılabilmektedir. Yasal abortus ABD'de en sık olarak uygulanan cerrahi müdahalelerden biridir (4).



Türkiye'de 27 Mayıs 1983 tarihinde resmi gazetede yayımlanan "Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun" düşüklerle ilgili yasal düzenlemelerin kaynağıdır. Yasa'nın tanımlamasına göre, 'nüfus planlaması fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarının sağlanmasıdır'. Madde 5 "gebeliğin 10. haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir" demektedir. Küçüklerin velisi, mümeyyiz olmayanların vasisinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesi durumunda çocuk düşürtülebilir (1983 yılında 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu)(18).

Yapılan demografik araştırmada 1967-1968 yılları arasında 270 bin toplam düşük olduğu, bu değer 165 binin istemli olduğu, 1972-1973 yılları arasında 318 bin düşük olduğu ve bunun 204 binin istemli düşük olduğu belirlenmiştir. Günümüzde bu sayının yarım milyonu aştığı sanılmaktadır (5).

Araştırmalar 1993 ile 1998 arası beş yıllık dönem boyunca, isteyerek düşük oranlarının biraz azalarak her 100 gebelik için 18 düşüğe 15'e indiğini göstermektedir.

Kentlerde bu değer %21.3'ten %16.1'e inerken, kırsal kesimde %12.4'den %11.6'ya düştüğü görülmektedir. Başka çocuk istememe en sık olarak görülen nedendir. Bu neden, düşük yapan her 10 kadından 6'sını (%62.0) oluşturmaktadır. Diğer nedenler ise bir önceki gebeliğin yeni sonlanmış olması, yaşlarının ilerlemesi, sağlık nedenleridir (7). Şenlet ve ark. ise, 1988'de 15-49 yaş her 1 000 kadın için 45 olan düşük oranının, 1998'de yine her 1 000 kadın için 25 olduğunu belirtmişlerdir (17).

### Öneriler

Burada her ne kadar hekim ağırlıklı değerlendirmelere ağırlık verildiyse de, aile planlamasında tüm toplumun eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Hekim danışmanlık hizmetlerini kendisi üstlenmeli, hasta ya da yakınlarıyla kurumda her karşılaşmayı bu konu için fırsat bilmelidir. Kitle iletişim araçları etkin bir biçimde kullanılmalı, okullar, üniversiteler ve diğer eğitim kurumları bu konuda duyarlı duruma getirilmeli, müfredatlarda yer alması sağlanmalıdır. Hatta aile planlaması için yılda belli günler ya da hafta verilmesi sağlanmalıdır. Sağlıklı bir toplum yaratmak için herkes katkılarını özveriyle sunmalıdır. Bütün bu değerler gösteriyor ki aile planlaması hizmetlerinde özellikle birinci basamak hekimliğinin rolü büyüktür.

### Kaynaklar

- 1- Berek J.S., Adashi E.Y., Hillard ; Aile Planlaması, Novak Jinekoloji, Nobel Tıp Kitabevi, 12th Ed., Çeviri Editörü: Doç. Dr. Ahmet Erk, 1998; 227-278
- 2- Kişnişçi. Aile planlaması, Genel Bilgiler, Akın A., Kadın ve Doğum Hastalıkları 1:6; 137-166
- 3- United Nations, Population Division, Department Of Economic And Social Affairs, World Contraceptive Use 2003, Consult www.unpopulation.org, New York
- 4- Beck W.W. Aile Planlaması: Kontrasepsiyon ve Komplikasyonları, National Medical Series For Independent Study (NMS), Çeviri Editörü: Asena U. 1998; 241-248
- 5- Gökmen O., Çiçek N. Türkiye'de Aile Planlamasının Durumu, Günümüzde Kontrasepsiyon, Nobel Kitabevi, 1th Ed. 2001 ; 1-6, 237-256
- 6- Taylor M., Reide P. Endokrin ve Üreme Sistemleri, Mosby's Crash Course, Farmakoloji, Çeviri Editörü: Ozer H.S., 1. th Ed. 2000; 135-154
- 7- Nüfus Sağlık Araştırması -1998, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, MEASURE+, Macro International Inc. Ankara, 1999
- 8- Sağlık Bakanlığı İstatistikler geri bildirim 2003 birinci yarısı www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/(erişim tarihi 30.07.2004)
- 9- Koç İ., Ergöçmen B.A., Yiğit E.K., Senlet P. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarına Göre Türkiye'de Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımını Bırakma, Yöntem Başarısızlığı ve Yöntem Değişirme Davranışları, Nüfus Bilim Yazıları, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. NO.2 Ankara 2001
- 10- Mycek-Harvey-Champe. Steroid Hormonlar, Lippincott's Illustrated Reviews Serisi, Çeviri Editörü: Oktay Ş., 1998; 263-278
- 11- Ranjit N., Akinrinola B., Darroch J. E., Singh S. Contraceptive Failure in the First Two Years of Use: Differences Across Socioeconomic Subgroups. Family Planning Perspectives, 2001, 33(1): 19-27
- 12- Trussel J., Vaughan B. Contraceptive Failure, method-related discontinuation and resumption of use: results from the 1995 National Survey of Family Growth. Fam Plann Perspect. 1999; 31(2): 64-72, 93.
- 13- Kaiser H.J. Contraceptive Use and Methods in the U.S., Facts Sheet, The Henry Kaiser Family Foundation. www.kff.org
- 14- Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması, UNFPA.
- 15- Saka G., Ertem M., Bulut A., İlçin E. İstemler Düşükler ve Kadının Ev Dışında Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu, 8. ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, www.dicle.edu.tr/halks
- 16- İnce N., Özyıldırım B.A. İstanbul'da Bir İlçede Geri Çekme Yönteminin Kullanımı İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Çapa, İstanbul, 8. ulusal Halk Sağlığı Kongresi 23-28 Eylül 2002, www.dicle.edu.tr/halks
- 17- Senlet P., Çagatay L., Ergin J., Mathis J. Bridging the Gap: Integrating Family Planning With Abortion Services in Turkey International Family Planning Perspectives 2001; 2; 27 http://www.agi-usa.org
- 18- Soysal Z. Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçları, Adli Obstetrik/Jinekoloji, Adli Tıp Kurumu Yayınları-9, 1 th. Ed. 2003(2); 724-772.